

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE**

**ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC**

**IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**

**STROKOVNA SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER**

**IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V SOCIALNIH ZAVODIH**

**2. Kongres gerontološke zdravstvene nege in  
oskrbe**

**ŽIVETI ŽIVLJENJE V VARNI STAROSTI**

**ZBORNİK PREDAVANJ**

**BERNARDIN 5. in 6. DECEMBER 2016  
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE**

**ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC**

**IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE**

**STROKOVNA SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER  
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V SOCIALNIH ZAVODIH**

**2. Kongres gerontološke zdravstvene nege in  
oskrbe**

# ŽIVETI ŽIVLJENJE V VARNI STAROSTI

## ZBORNİK PREDAVANJ

### BERNARDIN 5. in 6. DECEMBER 2016

#### 2. Kongres gerontološke zdravstvene nege in oskrbe: ŽIVETI ŽIVLJENJE V VARNI STAROSTI

**Programski odbor strokovnega srečanja** mag. Klavdija Kobal Straus, dipl. m. s., spec.,  
Gabrijela Valenčič, dipl.m.s., mag.zdrav. nege, mag. Branko Bregar, dipl. zn, viš. pred., dr. Mirko  
Prosen, viš. pred.

**Organizacijski odbor strokovnega srečanja** Gabrijela Valenčič, dipl.m.s., mag. zdrav. nege,  
mag. Klavdija Kobal Straus, dipl. m. s., spec, Frančiška Pinoza, dipl. med. s. ,dipl. org., Nada  
Hercan, dipl. m. s.

**Urednica** mag. Klavdija Kobal Straus, dipl.  
m. s., spec.

**Recenzija** Helena Skočir, viš. med. ses., univ.  
dipl. org., pred.

**Lektor** Jana Gregorič, univ. dipl.  
prof. slov.

**Tisk** Abo grafika  
Ob železnici 16  
1000 Ljubljana

**Naklada** 200  
izvodov

**Založnik** Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2016  
Za vsebino člankov odgovarjajo njihovi avtorji

CIP - Kataložni zapis o publikaciji Narodna  
in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-053.9-083(082)  
616-083:364-5(082)

KONGRES gerontološke zdravstvene nege in oskrbe (2; 2016; Portorož) Živeti življenje v varni starosti: zbornik predavanj/2. Kongres gerontološke zdravstvene nege in oskrbe, Bernardin, 5. in 6. december 2016; [urednica Klavdija Kobal Straus]. - Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2016

ISBN 978-961-273-146-5 1. Gl. stv. nasl. 2.  
Kobal Straus, Klavdija, 1974- 287493888

## Kazalo vsebine

**Skozi preteklost do današnjih dni v zdravstveni negi v socialnih zavodih**, dr.  
Lilijana Leskovic.

..... 1

**Starost kot (najlepše) razvojno obdobje**, dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin.  
psih.

.....

..... 15

**Različne izgube in žalovanje v starejšem obdobju**, red. prof. dr. Onja Tekavčič Grad,  
univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

..... 23

**Uporaba deeskalacijskih tehnik pri zdravstveni obravnavi pacientov z demenco**,  
Branka Mikluž, dipl. m. s., Matej Rajgl, dipl. zn., Petra Stopar, dipl. m. s.

..... 35

**Duhovnost v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva**, Dr. Klelija Štrancar,  
univ. dipl. teol.

.....  
47

**Alzheimerjeva demenca kot nova oblika sladkorne bolezni tipa 3**, Ana Ogrič  
Lapajne, dr.med., spec. interne medicine

..... 51

**Etična vprašanja, povezana s starostjo in izgubo samostojnosti**, viš. pred., dr. Mirko  
Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.

..... 55

**Uvod v homeopatijo in njena vloga pri celostni obravnavi starejših**, dr. Miha  
Vivoda, mag. farm.

..... 71

**Qi gong - vadba pozornosti, ki lahko pomaga spreminjati gibalne vzorce**, dr. Jernej  
Sever

..... 81

**Krepitev posameznika v socialno varstvenem zavodu z naturopatskimi tehnikami,**  
Erika Brajnik, naturopatinja

..... 93

**Koristi ketogene diete za starejše: sindromi demence in Alzheimerjeva bolezen,**  
Gašper Grom, dipl. dietetik, svetovalec za LCHF/ketogeno prehranjevanje

..... 107

**Delovna terapija v socialno varstvenih zavodih,** Monika Vrhovnik Hribar, dipl.  
delovna

terapevtka, samostojna svetovalka

..... 123

**Mobilizacija: kdaj, kdo, zakaj?** Danielle Jagodic, dipl. fiziot., višja svetovalka .....

129

**Pomen in vloga socialnega dela v domu za starejše,** Franja Jakob, univ.dipl.soc.del.

..... 151

**Vloga dietetika v socialnovarstvenem zavodu,** Kemal Ejub, diplomirani dietetik

..... 163

**Dejavniki povezani z udejanjanjem kakovosti in varnosti v zdravstvu,** viš. pred.  
mag. Mojca Dobnik, dipl. m. s., univ. dipl. org., izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Doc. dr.  
Matjaž Maletič

..... 171

**Vloga managementa zdravstvene nege in odkrbe v procesu zagotavljanja  
kakovosti in varne zdravstvene oskrbe,** Dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg.

..... 183

**Primer vpeljave modela kakovosti v vsakdanjo prakso socialno varstvenega  
zavoda, Valerija Lekić Poljšak, direktorica, višja svetovalka**

..... **191**

**Varnostni pogovori/varnostne vizite – pomembno orodje za zagotavljanje varnosti  
v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, Zdenka Kramar, dipl. m. s., mag. zdr.  
nege, pred.**

.....  
**211**

**Finančno-medicinski nadzor zavoda za zdravstveno zavarovanje slovenije o  
razvrščanju stanovalcev socialnovarstvenih zavodov v kategorije zdravstvene  
nege, dr. Mateja Berčan, mag. Jana Mrak**

..... **225**

**Oskrba trahealne kanile: izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi, Helena Skočir, viš.  
med. ses., univ. dipl. org., pred., Ester Benko, mag. zdr.neg, pred**

..... **233**

**Kratkoelastična kompresijska oskrba nog, asist. Zvonka Fekonja, izr. prof. Dr. Majda  
Pajnkihar**

..... **255**

**Kronična rana in starejši pacient, Irena Jovišić, dipl. m. s. in Janja Nikolič viš. med.  
ses.,.**

.....  
**... 271**

**Asistirana peritonealna dializa pri starejših, Mirjana Rep dipl. m. s. in Polona Pirnat  
dipl. m. s.**

.....  
**281**

**Premestitev pacienta z večkratno odpornimi bakterijami**, viš. pred. mag. Mojca Dobnik, dipl. m. s., univ. dipl. org., izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Doc. dr. Matjaž Maletič ..... **290**

**PROGRAM SREČANJA:**

5. 12. 2016 (1. dan)

*od 07.00 do 08.30 Registracija udeležencev*

*od 08.30 do 08.40 Pozdravni nagovori*

Monika Ažman, predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije

Gabrijela Valenčič, predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih

*08.40 do 09.00 dr. Lilijana Leskovic – Skozi preteklost do današnjih dni v zdravstveni negi v socialnih zavodih*

*od 09.00 do 09.30 Podelitev zahval*

**I. SKLOP – Tudi to je starost** *moderatorja: Helena Skočir, Brane Bregar*

*09.30 do 09.50 Starost kot (najlepše) razvojno obdobje*

*20 min dr. Špela Hvalec, spec. klin. psih.*

*09.50 do 10.40 Različne izgube in žalovanje v starejšem obdobju življenja*

*50 min red. prof. dr. Onja Tekavčič Grad, spec. klin. psih.*



10.40 do 11.00 Odmor

11.00 do 11.20 **Validacija instrumentov za merjenje odnosa do starejših**

20 min dr. Julita Sansoni

11.20 do 11.40 **Uporaba deeskalacijskih tehnik pri zdravstveni obravnavi  
pacientov z demenco**

20 min Branka Mikluž, dipl. m. s., Matej Rajgl, dipl. zn., Petra Stopar, dipl.m.s.

11.40 do 12.00 **Duhovnost v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva**

20 min dr. Klelija Štrancar, univ. dipl. teol.

12.00 do 12.20 **Alzheimerjeva demenca kot nova oblika sladkorne bolezni tipa 3**

20 min Ana Ogrič Lapajne, dr. med., spec. interne medicine

12.20 do 12.40 **Etična vprašanja povezana s staranjem in izgubo samostojnosti**

20 min dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org., viš. pred

12.40 do 13.10 **Vprašanja in diskusija in predstavitve sponzorjev**

30 min

13.20 do 14.20 *Kosilo*

**II. SKLOP – Poglejmo širše** moderatorja: *Gabrijela Valenčič, Mirko Prosen*

14.20 do 14.40 **Uvod v homeopatijo in njena vloga pri celostni obravnavi starejše  
osebe**

20 min dr. Miha Vivoda, mag. farm.

**14.40 do 15.00 Qi gong - vadba pozornosti, ki lahko pomaga spreminjati gibalne vzorce**

20 min dr. Sever Jernej

**15.00 do 15.20 Krepitev posameznika v socialno varstvenem zavodu z naturopatskimi tehnikami**

20 min Erika Brajnik, naturopatinja

**15.20 do 15.40 Koristi ketogene diete za starostnike: Sindromi demence in Alzheimerjeva bolezen**

20 min Gašper Grom, dipl. dietetik, svetovalec za prehrano LCHF in fitnes trener

**15.40 do 16.10 Vprašanja in diskusija in predstavitve sponzorjev**

30 min

**16.10 do 16.30 Odmor**

20 min

**III. SKLOP – ..... in sodelujmo moderatorja: Helena Skočir, Brane Bregar**

**16.30 do 16.50 Delovna terapija v socialno varstvenih zavodih**

20 min Monika Vrhovnik Hribar, dipl. delovna terapevtka, samostojna svetovalka

**16.50 do 17.10 Mobilizacija: kdaj, kdo, zakaj?**

20 min Danielle Jagodic, dipl. fiziot., višja svetovalka

**17.10 do 17.30 Pomen in vloga socialnega dela v domu za starejše**

20 min Franja Jakob, univ.dipl. soc. del.

**17.30 do 17.50 Vloga dietetika v socialno varstvenem zavodu**

*20 min Kemal Ejub, dipl. dietetik*

**17.50 do 18.00 Vprašanja in diskusija**

*10 min*

*Ob 19.00 Večerja ob glasbi*

*6. 12. 2016 (2. dan)*

#### **IV. SKLOP – Varnost in kakovost v zdravstveni negi in oskrbi**

*moderatorja: Helena Skočir, Brane Bregar*

**08.30 do 08.50 Dejavniki povezani z udejanjanjem kakovosti in varnosti v zdravstvu**

*20 min viš. pred. mag. Mojca Dobnik, dipl. m. s., univ. dipl. org., izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Doc. dr. Matjaž Maletič*

**08.50 do 09.10 Vloga managementa zdravstvene nege in odkrbe v procesu zagotavljanja kakovosti in varne zdravstvene oskrbe**

*20 min dr. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg., viš. pred.*

**09.10 do 09.30 Primer vpeljave modela kakovosti v vsakdanjo prakso socialno varstvenega zavoda**

*20 min Valerija Lekić Poljšak, direktorica, višja svetovalka*

**09.30 do 09.50 Varnostni pogovori/varnostne vizite – pomembno orodje za zagotavljanje varnosti v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih**

*20 min Zdenka Kramar, dipl. m. s., mag. zdravstvene nege*

**09.50 do 10.10 Finančno-medicinski nadzor zavoda za zdravstveno zavarovanje**

**slovenije o razvrščanju stanovalcev socialnovarstvenih zavodov v kategorije zdravstvene nege**

*20 min dr. Mateja Berčan, dipl. m. s., spec., mag. zdr. nege in mag. Jana Mrak, vodja oddelka za nadzor na Direkciji ZZZS*

**10.10 do 10.40 Vprašanja in diskusija in predstavitve sponzorjev**

*30 min*

**10.40 - 11.10 ODMOR, OSVEŽITEV**

*30 min*

**V. SKLOP – Dileme in postopki v zdravstveni negi in oskrbi**

*moderatoja: Gabrijela Valenčič, Mirko Prosen*

**11.10 do 11.30 Oskrba trahealne kanile: izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi**

*20 min Helena Skočir, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred., Ester Benko, mag. zdr. neg., pred.*

**11.30 do 11.50 Kratkoelastična kompresijska oskrba nog**

*20 min asist. Zvonka Fekonja, mag. zdr. nege, izr. prof. Dr. Majda Pajnikihar*

**11.50 do 12.10 Kronična rana in starejši pacient**

*20 min Irena Jovišič, dipl. m. s.*

**12.10 do 12.30 ODMOR**

*20 min*

**12.30 do 12.50 Asistirana peritonealna dializa pri starejših**

*20 min Mirjana Rep, dipl.m.s., predsednica Sekcije medicinskih sester in*

*zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, Polona Pirnat*

*dipl. m. s*

**12.50 do 13.10 Premestitev pacienta z večkratno odpornimi bakterijami**

*20 min viš. pred. mag. Mojca Dobnik, dipl. m. s., univ. dipl. org., izr. prof. dr.*

*Brigita Skela Savič, Doc. dr. Matjaž Maletič*

**13.10 do 13.30 Vprašanja, diskusija in zaključki in povzetki kongresa**

*20 min*

**SKOZI PRETEKLOST DO DANAŠNJIH DNI V  
ZDRAVSTVENI NEGI V SOCIALNIH ZAVODIH**

**Through the past to the present day in nursing in  
social**

**institutions**

**dr. Lilijana Leskovic, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto**

*Kontaktni e-naslov:*

[lilijana.leskovic@guest.arnes.si](mailto:lilijana.leskovic@guest.arnes.si)

**IZVLEČEK**

**Uvod:** Zaradi staranja prebivalstva se je potrebno osredotočati na gerontološko zdravstveno

nego, saj lahko le-ta izrazito pripomore h kakovostnem staranju in s tem tesno povezanim

zadovoljstvom starejših. Prispevek predstavlja rezultate pregleda strokovne in znanstvene

literature skozi določeno obdobje ter ali rezultati publikacij podpirajo razvoj gerontološke zdravstvene nege v Sloveniji v primerjavi z ostalimi državami sveta in Evrope.

**Metode:** Na podlagi ključnih besed je iskanje potekalo po bibliografski bazi Cobiss/Opac in

Web of Science.

**Rezultati:** Da bi proučili razvoj gerontološke zdravstvene nege, smo analizirali objave iz tega

področja v obdobju 1994–2014. Zajeli smo objave v bazi WOS (Web of Science) in jih proučili

z vidika števila sodelujočih držav ter kategorij (raziskovalna področja). Analiza objav je pokazala, da se večja število prispevkov, posebej prispevkov avtorjev iz evropskih in azijskih

držav. Veča se tudi število in delež prispevkov, kjer so soavtorji iz različnih držav, kar kaže na

trend poglobljanja in raziskovanja področja gerontološke zdravstvene nege. Tekom proučevanega obdobja se kaže povečan trend objavljanja v revijah iz različnih kategorij WOS,

kar kaže na večanje interdisciplinarnosti raziskav.

**Diskusija in zaključek:** Gerontološka zdravstvena nege čedalje bolj pridobiva na veljavi, kar

lahko razumemo tudi kot posledico staranja prebivalstva, kajti le kdo si ne želi, da bi bil v starosti deležen dobre gerontološke oskrbe. Zavedati pa se moramo dejstva, da bo

kakovostna

gerontološka zdravstvena nega dosežena le z nenehnim raziskovanjem in pa tudi izpopolnjevanjem. Gerontološka zdravstvena nega se je sicer dokaj dolgo skrivala pod okriljem

1

medicinske gerontologije, ampak je nastopil čas, da se osvobodi in pot nadaljuje kot samostojna

znanstvena disciplina.

**Ključne besede:** raziskovanje, zgodovina, gerontološka zdravstvena nega

## **ABSTRACT**

**Introduction:** due to the ageing of the population, it is necessary to focus on gerontological

nursing, it can only be this highly contributes to quality aging and thus pleased to close the

elderly. The contribution presents the results of the review of the professional and scientific

literature through a specified period and whether the results support the development of the

publications of the gerontološke nursing in Ireland compared to the rest of the world and of

Europe.

**Methods:** based on the keyword search is the bibliographic database Cobiss/Opac and Web of

Science.

**Results:** in order to examine, the development of gerontological nursing, we analyze the publication in this field in the period 1994-2014. We captured in the database of WOS (Web of Science), and examined from the perspective of the number of participating countries and categories (research areas). An analysis of the postings showed that increases the number of contributions, in particular the contributions of the authors from European and Asian countries.

Also, an increasing number and proportion of contributions where the authors from different countries, reflecting the trend of deepening and research areas of the gerontological nursing.

During the observed period, shows increased trend of publishing in magazines from different categories of WOS, which indicates the expansion of interdisciplinary research.

**Discussion and conclusion:** Gerontological health care increasingly gaining in force, which can be seen also as a result of the aging of the population, because who does not want to be in the age of receiving a good supply gerontološke. We need to be aware of the fact that the high-quality gerontološka health care reached only through constant research and development. Gerontološka care of the rather long hiding under the umbrella of medical gerontology, but it's time to free yourself and the path continues as an independent scientific discipline



**Key word:** research, history,  
gerontologicalnursing

## Uvod

Staranje prebivalstva v razvitih industrijskih državah je nov pojav, ki nastopi v 20. stoletju. To

dejstvo nas sili v iskanje ustreznih rešitev in v spreminjanje odnosa družbe, politikov in strokovnjakov do tega vprašanja. Našli smo se namreč v družbi starejših. To dejstvo bo vplivalo

na marsikaj, prineslo bo neizogibne družbene, gospodarske, politične spremembe. Mladi ljudje

se bodo morali naučiti voditi tudi starejše od sebe in jih razumeti, proizvode in storitve bo treba

načrtovati za starejše. Vsi ljudje v visoki starosti ne bodo mogli biti deležni oskrbe v socialnovarstvenih zavodih. Vse večje bo tako število tistih, ki bodo morali v domačem okolju

imeti dovolj podpore za dostojno življenje, v katerem bodo zadovoljene njihove različne potrebe. To bo terjalo nove oblike in načine pomoči in oskrbe na domu ter tudi veliko ustreznega

izobraževanja, ki bo temeljilo na poznavanju starejših in njihovih potreb, še posebno tistih, ki

bodo prvič v stanju odvisnosti. Hrepenenje po življenju in pogovori o staranju niso zaobšli

nobene generacije, lahko bi rekli celo nobenega posameznika. Prve pisne vire o starosti in

staranju zasledimo že v daljni preteklosti pri mislecih stare Grčije, Rima, Kitajske, Indije, Izraela itd. O starosti so pisali filozofi, pesniki, pisatelji, o njej so razmišljali tudi slikarji in kiparji in ne nazadnje običajni ljudje. Koliko modrih in poučnih misli je zapisal že Konfucij ali

pa so se ohranile v Bibliji. Sofokles (495–406 pr. n. št.) je v knjigi Kralj Ojdip zapisal: »Starost

ogabna, brez moči, nedružabna, sovražna starost, v kateri se združi vse hudo, najhujše pa

bolečina.« (Mali, 2002). V dokumentih iz antičnih časov je jasno zapisan vidik spoštovanja

starejših ljudi, ampak se je odnos do starejših že v srednjem veku močno spremenil. V dobro

dokumentirani raziskavi francoska pisateljica Simone de Beau odkriva neverjetno surovost v

ravnanju s starejšimi ljudmi v srednjem veku. Zdi se, da je ta surovost dosegla vrhunec v 17. in

18. stoletju, še posebno med kmeti. Preziranje starejših ljudi torej ni posledica prihoda industrijske civilizacije v mesto (Tournier, 1980). V devetnajstem stoletju se z začetkom industrijskega razcveta spremeni tudi pogled na starejše ljudi; starejši, odslužen človek, izgubi

vrednost, ker nima več sile, ki bi poganjala industrijo.

Leta 1907 je v Londonu na Univerzi New York Columbia začela delovati prva katedra za zdravstveno nego. V petdesetih in šestdesetih letih se v Združenih državah Amerike akreditira

prvi program doktorskega študija zdravstvene nege. Vendar v programu so vprašanja, vezana

na gerontologijo, ostala na obrobju, saj je bila večina negovalnih študij opravljena v bolnišnici,

ki je raziskovala akutna stanja. Situacija se je v zadnjih letih zgolj malo spremenila, morda

zaradi težiščnih ciljev in novo imenovanih izobraževanj na strokovnih visokih šolah.

Univerzitetno raziskovanje za področje gerontološke zdravstvene nege je značilno za Nemčijo

v devetdesetih letih, in sicer omejeno na nekaj raziskovalnih centrov (Witten, Berlin, Bielefeld,

Bremen, Osnabrück, Vallendar). Tudi v Švici je le malo centrov, na katerih je bilo znanstveno

raziskovanje s področja gerontološke zdravstvene nege (Basei, Bern, Zürich). V Nemčiji je

Ministrstvo za raziskovanje v letu 2004 začelo izvajati program raziskovanja v zdravstveni negi

na štiriindvajsetih visokih šolah zdravstvene nege s petindvajsetimi podprojekti (Schaeffer, et

al., 2008). Ta program je vsebinsko obravnaval tudi pomembna vprašanja gerontološke zdravstvene nege, med drugim obvladovanje kroničnih bolezni, ravnanje z ljudmi z demenco

in optimizacijo procesa zdravstvene nege.

Hiter tehnološki napredek medicine in akutna bolnišnična obravnava sta v družbi cenjenji in

postavljeni na visoki lestvici priznavanj povsod po svetu. Zato sta v nasprotju s tem pojavom

zdravstvena nega in oskrba starejših ljudi, kronično obolelih in umirajočih, povezani z malo

razkošja, slabo plačani in tudi za izvajalce zdravstvene nege »najmanj zaželena opcija zaposlitve« (Norton, 1962; Nolan, et al., 2006, 2012). Kako je do tega prišlo? Najprej si

poglejmo institucionalno oskrbo zdravih in oskrbo obolelih starostnikov v zadnjih dveh stoletjih

– kako sta bili opisani s strani raziskovalcev iz različnih disciplin (Wilkin & Hughes, 1986; Foucault, 2005; Stollberg, 2010; Sachße, 2010; Hämel, 2012). Ob koncu 20. stoletja je zaradi

naraščanja števila starejših ljudi stopilo v ospredje tudi vprašanje, kako ustrezno poskrbeti za

optimalno znanje celotne družbe. Ob upoštevanju demografskih, ekonomskih in političnih

dejavnikov je postalo razvidno, da je to mogoče le ob razvijanju večje povezanosti vseh generacij in solidarnosti med njimi. Predvsem pa, da se z medgeneracijskim učenjem ustvarijo

pogoji za preživetje zdravstvenih, pokojninskih in socialnih sistemov in sprejemanju nacionalne

strategije, ki bo omogočala preživetje in razvoj družbe z velikim deležem starega prebivalstva

(Gorjup, 2014 cited in Leskovic, 2015). Ustrezna področja družbenih aktivnosti (ki temeljijo

na skupni evropski politiki in strategijah) so se aktivno usmerila v procese zagotavljanja pogojev za doseg kakovostnega staranja in oskrbe naglo rastočega deleža tretje generacije ter

ohranjanja solidarnosti in kakovostnega medčloveškega sožitja. Poudarjena je potreba po

boljšem medgeneracijskem spoznavanju, komuniciranju in povezanosti med generacijami. Na

drugi strani zaradi gospodarske globalizacije prihaja do pritiskov k zmanjšanju socialne zaščite

ter k privatizaciji gospodarske infrastrukture in netržnega sektorja javnih služb oz. služb, ki so

potencialno donosne. Med njimi so tudi javne službe na področju socialnega varstva. Leskovic

(2015) meni, da je ustrezna dostopnost zdravstvenih storitev in profesionalen odnos zdravstvenega osebja pomembno bogastvo prebivalstva. Ob ustanavljanju centrov/inštitutov

za »raziskovanje medicine«, ki so lahko ponujali visoko strokovno zdravstveno oskrbo za

paciente, so po drugi strani predstavljali bolnišnice kot multireferenčne organizacije. Na ta

način so bolnišnice postale izobraževalno klinično okolje za zdravnike in izvajalce zdravstvene

nege. Management zdravstva je v tem času namenjal premalo pomembnosti oskrbi starejših. V

družbi so veljali kriteriji podcenjenih kategorij obravnave, med katere so sodili tudi starejši. Za

njih je veljalo, da starejši potrebujejo manj dela in več discipline. Napačna predstava in nepoznavanje geriatričnih sindromov so vodile v neprofesionalni odnos in obravnavo starejših.

Prav nasprotno, starejši so zaradi fizične onemoglosti potrebovali pomoč pri izvajanju in vzdrževanju življenjskih aktivnosti. Weimarer pravi, da so »možnosti za razvoj dostojanstvenih

ponudb življenja starih ljudi v domovih starejših občanov omejene« (Hämel, 2012).

## **Razvoj gerontološke zdravstvene nege v Sloveniji**

Potek razvoja gerontološke zdravstvene nege na slovenskem poteka stihijsko.

Preobremenjenost kadra zaradi neustreznih kadrovskih normativov, odnos družbe do starejših,

sistemska nedorečenost med resornimi ministrstvi, katerih pristojnost je skrb za starejše, ter

ostali dejavniki so zaznamovali gerontološko zdravstveno nego v socialnih zavodih.

Kakovostni premik v razvoju zdravstvene nege zasledimo v sedemdesetih letih preteklega

stoletja, predvsem na področju zaposlovanja bolj izobraženega kadra ter zagotavljanju tehničnih standardov, ki jih dejavnost gerontološke zdravstvene nege potrebuje za izvajanje

negovalnih storitev. Od ubožnic do socialnovarstvenih zavodov, ki so prilagojeni starejšim za

vse oblike bivanja in oskrbe. Elemente gerontološke zdravstvene nege ni zaslediti v desetletjih

preteklega stoletja. Šele ob ustanavljanju izobraževalnih institucij v slovenskem prostoru po

dvajsetem stoletju je bilo zaznati premike razvoja gerontološke zdravstvene nege. V socialnih

zavodih je čutiti izboljšanje zaposlovanja ljudi s primerno, nikakor pa zadostno stopnjo izobrazbe. V sistem oskrbe starejšega so vključeni bolničarji, ki so med šolanjem v učnem

programu dobili osnove nudenja pomoči starejšim. Nadalje, še vedno je razmerje zaposlovanja

kadra med IV. in V. stopnjo izobrazbe v socialnih zavodih v prid bolničarjev, in sicer 70 %

nasproti 30 % zdravstvenih tehnikov in diplomiranih medicinskih sester. Menedžment zdravstvene nege v socialnih zavodih že dve desetletji nesporno opravlja tako socialno

kot

5

specifično zdravstveno dejavnost. Zdravstvena nega je celovita dejavnost. Medicinska sestra je

na področju dejavnosti gerontološke zdravstvene nege zdravih in bolnih samostojni izvajalec,

v diagnostično terapevtskem procesu pa sodeluje z zdravnikom. Prizadevanja menedžmenta

zdravstvene nege v doseganju ustreznih kriterijev za kategorizacijo potekajo že dve desetletji

in še vedno ni sprememb. V socialnem zavodu so pristojnosti medicinske sestre nejasne.

Obstoječa »merila«, ki so veljavna, niso strokovna podlaga za izračun obremenjenosti zaposlenih v socialnih zavodih ter izračun obsega potreb po gerontološki zdravstveni negi, so

pomanjkljiva oz. neustrezna in slonijo predvsem na osnovi naročil intervencij zdravnika. Merila

ne vključujejo postopkov in posegov gerontološke zdravstvene nege. Z izrazom postopek smo

izražali strokovni vidik opravil, za kar je v celoti odgovorna medicinska sestra na podlagi svojih

strokovnih znanj in izkušenj. Menedžment zdravstvene nege v socialnih zavodih je mnenja, da

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) svoja pravila naslanja

samo na intervencije iz področja zdravstvene nege, ki jih medicinska sestra izvaja po naročilu

zdravnika, kar dokazujejo inšpekcijski nadzori, opravljeni s strani ZZZS. Zaradi teh nadzorov

načrtno zmanjšujejo delež zdravstvenega denarja, na drugi strani pa ob zniževanju

odstotkov

kategorij zdravstvene nege prihaja do zmanjševanja števila zaposlenih v zdravstveni negi.

Prihaja do paradoksa, zaposleni so nadpovprečno obremenjeni zaradi neustrezne kadrovske

politike, na drugi strani pa se starejši odločajo za namestitev v »domsko« varstvo v visoki

starosti zaradi večjih potreb po gerontološki negi (Leskovic, 2009a).

## **Metode**

Za izvedbo raziskave smo uporabili deskriptivno metodo dela in kvantitativno

neeksperimentalno metodologijo raziskovanja.

### *Opis instrumenta*

Narejena je bila analiza objav s področja gerontološke zdravstvene nege. Objave smo iskali s

pomočjo orodja Web of Science (v nadaljevanju WoS). Iskanje je bilo omejeno na zbirko Web

of Science Core Collection. Uporabili smo kombinacijo ključnih besed: geriatr\* AND (nursing

care). Objave smo poiskali za leta 1994, 1999, 2004, 2009, 2014 ter za celotno obdobje od 1994

do 2014. Za nadaljnjo analizo je bilo uporabljeno orodje »Analyze Results«.



### *Opis vzorca*

Rezultate smo analizirali glede na avtorje (Authors), države (Countries/Territories) in kategorije v WoS (Web of Science Categories).

### *Opis poteka raziskave in obdelava podatkov*

Podatke smo pridobili novembra 2016. Pravilnost podatkov v zbirki nismo preverjali, zato dopuščamo možnost napak. Dobljene rezultate smo analizirali z deskriptivno statistiko. Za

posamezno leto in za navedeno obdobje smo izračunali: skupno število objav; skupno število

avtorjev; skupno število držav, iz katerih so prihajali avtorji; skupno število držav po posameznih kontinentih (Evropa – dežele Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne

Irske so v zbirki indeksirane ločeno, Severna Amerika – sem smo šteli Združene države Amerike in Kanado, Južna Amerika – sem smo poleg držav Južne Amerike šteli še države

Srednje Amerike, Afrika, Avstralija – sem smo šteli tudi Novo Zelandijo, Azija – sem smo šteli

tudi države Bližnjega vzhoda); skupno število objav na posamezni kontinent; skupno število

objav glede na države (kadar je več soavtorjev, lahko ti prihajajo iz različnih držav); razmerje

med skupnim številom objav glede na države in skupnim številom objav.

Pri analizi kategorij WoS smo ugotavljali skupno število vseh kategorij, v katerih so bile objave

s področja gerontološke zdravstvene nege, pet najbolj pogosto zastopanih kategorij, zastopanost

kategorije zdravstvena nega (Nursing), število in delež objav (izračunan glede na skupno število

objav) v najbolj zastopanih kategorijah in v preostalih kategorijah. Posamezna objava lahko

sodi v več kategorij, zato je vsota deležev izračunana glede na skupno število objav lahko večja

od 1. Vseh kategorij je v WoS 249

([http://incites.isiknowledge.com/common/help/h\\_field\\_category\\_oecd\\_wos.html](http://incites.isiknowledge.com/common/help/h_field_category_oecd_wos.html)).

## Rezultati

Podatki za število objav s področja gerontološke zdravstvene nege v zbirki WoS, število

avtorjev, število držav, iz katerih so avtorji, število objav po državah ter razmerje med številom

objav po državah in številom držav so podani v Tabeli

1.

7

Tabela 1: *Pregled števila objav s področja zdravstvene nege starostnika v zbirki Web of Science*

*Table 1: Overview of the number of publications in the field of health care of the elderly in the database Web of Science*

**Leto/obdobje 1994 1999 2004 2009 2014 1994–**

**2014** Število objav 61 71 130 214 273 3124 Število avtorjev 212 287 \* \* \* \* Število držav 12 16  
23 30 42 74 Število objav po državah 67 80 137 256 340 3653 Število objav po državah/število  
objav

1,10 1,13 1,05 1,20 1,25 1,17

\* Podatka ni bilo mogoče pridobiti, saj je bilo število avtorjev nad 500, kar je največje  
možno

število enot, ki jih je mogoče izpisati z orodjem Analyze Results.

Vir: Web of Science Core Collection.

Iz Tabele 1 lahko vidimo, da je število objav v obdobju od 1994 do 2014 vseskozi  
naraščalo, in

sicer je v tem obdobju naraslo za 4,5-krat. Povprečno število avtorjev na prispevek je  
bilo 3,5

leta 1994 in 4,0 leta 1999. Za ostala leta podatka z orodjem Anylse Results ni bilo  
mogoče

pridobiti, ker je bilo število avtorjev več kot 500. 500 je največje možno število enot, ki  
jih je

mogoče izpisati z omenjenim orodjem.

V obdobju 1994–2014 so bili avtorji iz 74 držav. Število držav, iz katerih so bili avtorji, je  
v

omenjenem obdobju naraslo za 3,5-krat (Tabela 1).

Skupno število objav po državah je nekoliko večje od skupnega števila držav, saj so  
lahko

soavtorji iz različnih držav. Razmerje, ki nakazuje, koliko soavtorjev je bilo iz različnih  
držav,

je 1,17 za obdobje 1994–2014 (Tabela 1). V letih 1994, 1999 in 2004 je to razmerje pod  
povprečjem za celotno obdobje. V letih 2009 in 2014 pa nad povprečjem, kar nakazuje,  
da se

število objav, kjer sodelujejo avtorji iz različnih držav, povečuje. V vseh letih je bilo  
največ

prispevkov od avtorjev iz Združenih držav Amerike, kadar gledamo posamezno državo  
ali

deželo, in sicer 64 % leta 1994, 58 % leta 1999, 45 % leta 2004, 43 % leta 2009 in 32 %  
leta

2014. Povprečje za leto 1994–2014 znaša 44 %. Pri podatkih za Severno Ameriko v  
Tabeli 2

razlika do predstavljenih % pade na Kanado. Iz Tabele 2 je razvidno, da je v  
raziskovanem

obdobju naraščalo število objav avtorjev iz evropskih držav (za faktor 9,2), Severne  
Amerike

(za faktor 2,1 za obdobje 1994–2014 oziroma za 2,3 za obdobje 1994–2004), Azije (za faktor

4,4) in Avstralije (za faktor 4,4). Leta 2014 je tako bilo največ avtorjev iz Evrope, sledili so

8

avtorji iz Severne Amerike, Azije in Avstralije. V zadnjem desetletju je bilo tudi nekaj objav

avtorjev iz Južne Amerike. Najmanj so objavljali avtorji iz Afrike (v celotnem raziskovanem

obdobju le 8 objav).

V obdobju 1994–2014 so objave iz področja gerontološke zdravstvene nege bile zavedene v

108 kategorijah WoS od 249 (torej v 43 %). Od skupno 3.124 objav jih je bilo največ objavljenih

v kategoriji geriatrija in gerontologija (Geriatrics & Gerontology) – 1.397 objav (45 %), sledijo

kategorije gerontologija (Gerontology) – 1.064 (34 %), zdravstvena nega (Nursing) – 629 (20

%), psihiatrija (Psychiatry) – 311 (10 %) ter splošna in interna medicina – 287 (9 %). V

preostalih 103 kategorijah je bilo 1.563 prispevkov (50 %). Za pet objav (0,2 %) ni bilo podatka.

Vsota objav po kategorijah močno presega skupno število objav (5.251 objav oziroma 168 %),

kar kaže na interdisciplinarnost raziskav. Večanje interdisciplinarnosti raziskav kaže tudi

podatek o večanju števila kategorij WoS, v katerih so bile objave s področja gerontološke

zdravstvene nege po posameznih letih. Leta 1994 so bile objave v 23 kategorijah WoS, leta

1999 v 20, leta 2004 v 32, leta 2009 v 34 in v 40 kategorijah leta 2014.

## Diskusija

Florence Nightingale je skušala vplivati na napredek zdravstvene nege kot profesije na različne

načine. Prepričana je bila, da naj bi medicinska sestra svoj čas porabila ob pacientu za negovanje, ne pa za čiščenje. Medicinske sestre naj bi se izobraževale celo življenje in naj ne

bi v znanju stagnirale. Bile naj bi izobražene in pametne in naj bi te sposobnosti uporabljale pri

izboljševanju pogojev za pacienta. Zdravstvena nega in vodilne medicinske sestre naj bi imele

socialni ugled. Florence Nightingale je imela izoblikovano vizijo, kaj zdravstvena nega lahko

je in kaj naj bi zdravstvena nega bila (Urbančič, 1996). Zdravstvena nega je še v razvoju. V

veliki meri poudarja negovanje, psihosocialno in emocionalno podporo pacientu, neinvazivne

metode dela, za razliko od medicine, ki daje prednost predvsem telesnemu zdravju, ki ga je moč

doseči z visoko medicinsko kulturo. Tako se zdravstvena nega interdisciplinarno razvija s

psihologijo, sociologijo in ostalimi znanostmi. Vendar pa je razvoj zdravstvene nege in

doseganje avtonomije poklica povezan z družbenim dogajanjem in problemi spola in slojev ter

s političnim dogajanjem. Veliko poklicnih skupin si želi doseči visoko raven profesije, za kar

morajo biti izpolnjeni določeni kriteriji, ki posegajo na področja teorije, družbenih vrednot,

izobraževanja, motivacije, avtonomije, predanosti poklicu, profesionalnega združenja in kodeksa etike (Sarvimaki, 1994).

Raziskovanje je ustvarjanje možnosti za razumevanje, ugotavljanje in vrednotenje aktivnosti,

ki jih opravljajo medicinske sestre. Raziskovanje je torej potrebno zato, da bogati strokovno

znanje in spodbuja kritično razmišljanje o lastni strokovni praksi. Raziskovanje v zdravstveni

nege preverja in ocenjuje dnevno rutino dela in njeno učinkovitost in hkrati omogoča vrednotenje novih predlaganih pristopov in oblik aktivnosti zdravstvene nege (Lešer & Leskovic, 2015).

Skupina tujih strokovnjakov (Morley, et al., 2014) podobno izpostavlja, da je na področju raziskav, povezanih z oskrbo v socialnovarstvenih zavodih, nujno potreben razvoj novih pristopov na osnovi z dokazi podprte prakse ter njihovo uveljavljanje v rutinski praksi. S staranjem prebivalstva pridobivajo na pomenu kardiovaskularne bolezni, nevropsihiatrične

bolezni in druge kronične bolezni. S tem se tudi povečuje potreba po ustrezni organizaciji

zdravstvenega sistema za zagotovitev kakovostne zdravstvene oskrbe, nadzor stroškov in

postavljanje prioritet (Board on International Health, Institute of Medicine, 1997). Skladno z

naštetimi povečanimi potrebami zaradi staranja prebivalstva se povečuje število raziskav in s

tem objav s področja zdravstvene nege starejših. Število objav je v dvajsetletnem obdobju

naraslo, tako da je bilo v letu 2014 približno 4,5-krat več objav kot v letu 1994 (Lešer, et al., 2015).

Globalizacija na področju raziskovalnega dela se povečuje z mednarodnim sodelovanjem

inštitucij na raziskovalnih projektih, mobilnostjo raziskovalcev, objavljanjem raziskovalnih dosežkov v spletnih medijih ter razvojem spletnih baz in iskalnikov znanstvenih objav.

Globalno ali regijsko mednarodno povezovanje raziskovalcev je pogosto spodbujeno že z

razpisi za sofinanciranje raziskovalnega dela, saj le-ti financiranje projektov pogojujejo z vključenostjo raziskovalcev iz več držav. Raziskave v zdravstvu pa imajo pogosto mednarodne

razsežnosti tudi zaradi izvajanja multicentričnih kliničnih študij. Rezultati naše raziskave so

pokazali, da prihaja do trenda povečanja raziskav gerontološke zdravstvene nege. Leta 1994 so

tako avtorji objav prihajali iz 12 držav, leta 2014 pa iz 42 različnih držav. Indeks število objav

po državah/število objav, ki nakazuje iz koliko različnih držav so avtorji objav, je v tem obdobju

iz 1,10 narasel na 1,25. Povečuje se zastopanost avtorjev iz različnih kontinentov. Zelo nizka

pa je še vedno zastopanost avtorjev iz afriških držav, ker je povezano tako z nizko razvitostjo

regije v raziskovalnem smislu kot tudi s tem, da je staranje prebivalstva v Afriki manj pereče v

primerjavi z drugo zdravstveno in socialno problematiko na tej celini (Lešer, et al., 2015).

V Evropi izjemno povečanje števila objav na področju gerontološke zdravstvene nege v proučevanem obdobju gotovo odraža tudi povezovanje evropskega raziskovalnega prostora v

evropskih okvirnih programih kot tudi razvoj visokošolskih in podiplomskih izobraževalnih programov na področju zdravstvenih ved, ki so se v evropskih državah v tem obdobju intenzivno razvijali in omogočili razvoj kariere in raziskovalno vključenost kadrov. Pri objavljanju znanstvenih člankov je zelo pomembna tudi uredniška politika revij, saj Falagas in

Alexiou (2008) ugotavljata, da medicinske revije pretežno objavljajo dela, ki nastajajo v državi,

v kateri revija izhaja, čeprav prav tako ugotavljata naraščanje deleža mednarodnih objav. To je

verjetno tudi eden od razlogov za močno prevladovanje objav avtorjev iz Združenih držav

Amerike do leta 2009, saj vse tri najpomembnejše revije s področja zdravstvene nege starostnika (Geriatric nursing, Journal of gerontological nursing ter Research in gerontological nursing) izhajajo prav v tam.

Dejstvo je, da gerontološka zdravstvena nega v domovih od leta 1990 pridobiva na kakovosti,

vendar ne tako hitro glede na ugotovljene potrebe, pri čemer je razlog pomanjkanje kadrovskih

resursov ter nizka stopnja izobrazbe zaposlenih za izvajanje gerontološke zdravstvene nege. V

preteklosti je bilo prepričanje na sistemski ravni, da za starejše ni pomembna usmeritev in

stopnja izobrazbe pri izvajanju storitev. Kazalci strukture nastanjenih starostnikov glede obravnave so v večini zdravstvene narave, kar narekuje potrebo po zaposlitvi kadra z



visoko

stopnjo izobrazbe. Pojav hitrega staranja prebivalstva kliče po spremembah in zahtevi po

smernicah gerontološke zdravstvene nege. Z upoštevanjem in izvajanjem smernic gerontološke

zdravstvene nege bo obravnava starejših sodobnejša, učinkovitejša, varnejša in bolj humana

(Leskovic, 2009b).

Pomembna je izvedba kakovostne gerontološke zdravstvene nege, kajti le na ta način bomo

lahko zagotovili vse potrebe starejših. Nujno je, da se na tem področju nadaljuje z raziskovanjem in izobraževanjem, saj si bo tako lahko gerontološka zdravstvena nega še

nadalje utirala pot v delovno okolje, posledica tega bo pa dobra gerontološka zdravstvena

oskrba vseh obravnavanih starostnikov.

Ali danes razumemo gerontološko zdravstveno nego kot samostojno in empirično orientirano

znanstveno področje, ki je lahko vodilna disciplina, ostaja odprto vprašanje.

## **Zaključek**

V prispevku smo proučili spreminjanje trenda mednarodnega povezovanja pri raziskavah s

področja zdravstvene nege starejših na osnovi analize objav iz tega področja za obdobje 1999–

2014. Rezultati so pokazali, da so v proučevanem obdobju narasli vsi parametri, ki kažejo na

globalizacijo raziskav obravnavanega področja: narašča samo število objav kot tudi število

držav, iz katerih prihajajo avtorji ter število objav, pri katerih so avtorji iz različnih držav.

Tekom proučevanega obdobja se kaže povečan trend objavljanja v revijah iz različnih kategorij

WoS, kar kaže na večanje interdisciplinarnosti raziskav.

## Literatura

Board on International Health, Institute of Medicine. 1997. America's vital interest in global health: Protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests. Washington, DC: National Academy Press. Pridobljeno 1. 10. 2016, s : [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=5717&page=2](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5717&page=2).

Falagas, M.E.&Alexiou, V.G., 2008. An analysis of trends in globalization of origin of research published in major general medical journals. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), pp. 71–75.

Foucault, M. 2005. *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* Frankfurt: Fischer.

Hämel, K., 2012. *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung*. Wiesbaden: Springer VS.

Lešer, V. Leskovic, L. & Kregar Velikonja, N., 2015. *Globalizacija raziskav na področju*

zdravstvene nege starostnika. In: STARC, ed. Izzivi globalizacije in družbeno- ekonomsko okolje EU: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca = Globalisation challenges and the social-economic environment of the EU : conference proceedings : international scientific conference, Novo mesto, 16. in 17. april 2015. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede: = Faculty of Business and Management Sciences: Visoka šola za upravljanje in poslovanje: = School of Business and Management, pp. 396-403.

Leskovic, L. 2009a. Status in vloga zdravstvene nege v socialnih zavodih = Status and role of nursing care in social institutions. V: LESKOVIC, Ljiljana (ur.), TRŠEK, Jadranka (ur.). Starost - izziv ali problem sodobne družbe = Old age - challenge or problem of modern [society] zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege, Portorož, 10.-12. junij 2009, Kongresni center Bernardin. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, str. 22-27.

12

Leskovic, L. 2015. Ali je varna starost pravica ali privilegij? = Is safe ageing a right or a privilege?. V: KREGAR-VELIKONJA, Nevenka (ur.). Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu : zbornik povzetkov : mednarodna znanstvena konferenca = Holistic approach to the patient: health and social care of the elderly : book of abstracts : international scientific conference, 12. november 2015, Novo mesto. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede: = Faculty of Health Sciences, 2015, str. 43.

Leskovic, L. 2009b. Zdravstvena nega in oskrba v domovih za starejše občane. V: PREGELJ, Peter (ur.), KOBENTAR, Radojka (ur.). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju : učbenik. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, str. 452-455.

Nolan, M. R., 2012. The aims and goals of care: a framework promoting partnerships between older people, family carers and nurses, in: Reed, J., Clarke, C., Macfalane, A. (Ed.): Nursing Older Adults. McGraw-Hill: Maidenhead, pp. 23-42.

Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. in Nolan, J., 2006. The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice(2). University of Sheffield.

Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A.N., 1962. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill

Livingstone.

Mali, Jana., 2002. Starost, emocije in emocionalno delo v domovih za ostarele. V: Socialno

delo, Visoka šola za socialno delo, Ljubljana. letnik 41(6), str. 317-322.

Morley, J. E., Caplan, G., Cesari, M., Dong, B., Flaherty, J. H., Grossberg, G. T., Holmerova, I., Katz, P. R., Koopmans, R., Little, M. O., Martin, F., Orrell, M., Ouslander, J., Rantz, M., Resnick, B., Rolland, Y., Tolson, D., Woo, J., Vellas, B. 2014. International survey of nursing home research priorities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(5), pp. 309-312.

Sachße, C., 2010. Zur Geschichte Sozialer Dienste in Deutschland, in: Evers, A., Heinze, R.G., Olk, Stollberg, G (2010). Sozialer Wandel in der Krankenversorgung seit dem 19. Jahrhundert, v: Kreutzner S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V&Runipress: pp. 67-86.

Stollberg, G., 2010. Sozialer Wandel in der Krankenversorgung seit dem 19. Jahrhundert, v: Kreutzner S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V&Runipress: 67- 86.

Sarvimaki, A., 1994. Science and tradition in the nursing discipline. *Scand J caring Sci*.

Urbančič, K. (1996). Zgodovinski razvoj zdravstven nege. *Obzor. Zdr. N* 30:21.

Tournier, Paul., 1980. Učimo starjeti. Zagreb: Biblioteka oko tri ujutro. ;  
Vandenplas-Holper, C. (1998). Le développement psychologique a l'âge adulte et pendant la vieillesse. Maturité et sagesse., Paris, *Presses universitaires de France*.

13

Wilkin, D.& Hughes, B. 1996. The elderly and the health services, v: Philipson, C.in Walker,

A. (Ed.): Ageing and Policy. A Critical Assessment. Aldershot: Gower,pp.

163-183.



# STAROST KOT (NAJLEPŠE) RAZVOJNE OBDOBJE

## Old age as the most beautiful developmental stage

dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Psihiatrična bolnišnica Idrija

*Kontaktni e-naslov:*

[spela.hvalec@pb-idrija.si](mailto:spela.hvalec@pb-idrija.si)

### IZVLEČEK

Tako v laični kot tudi strokovni sredini se vse pre pogosto poudarja predvsem negativne plati

starosti (neželene spremembe, upadanje in izgube sposobnosti, spretnosti...) kot zadnjega

izmed razvojnih obdobj, ki se začne po posameznikovem 65. letu. Prispevek predstavlja tako

negativne kot tudi pozitivne spremembe v starosti ter poudarja pomen zavedanja potreb starejših in vpliv njihove zadovoljenosti na zadovoljstvo z življenjem ter oceno kakovosti življenja.

***Ključne besede:*** starost, stereotip, spremembe, potrebe, kakovost življenja

### ABSTRACT

The secular as well as the professional middle all too often stresses mainly negative sides

(unwanted changes, decline and loss of abilities, skills, ...) of old age as the last of the developmental stages, starting after one's 65th year. The paper presents both negative as well

as positive changes in the old age and stresses the importance of awareness of older people's

needs and their impact on satisfaction with their own lives and the assessment of the quality of

life.

**Key words:** old age, stereotype, changes, needs, quality of life

15

## Uvod

Starost je v primerjavi z obdobjem otroštva, mladostništva in tudi srednjih let precej manj opevano ter še v začetku 19. stoletja pri razvojnih psihologih pogosto prezrto razvojno obdobje.

In čeprav si vsi želimo dočakati starost, tako kot pravi pregovor, pa nihče pravzaprav noče biti

star. Zakaj? Depresivnost, splošno nezadovoljstvo, usmerjenost v preteklost, razmišljanje o

smrti, splošno pešanje sposobnosti so poleg številnih drugih namreč najbolj značilne sestavine

negativnega stereotipa o staranju (Hummert, et al., 1993; Chasten, et al., 2002;



Zupančič, 2004;

Cuddy, et al., 2005). A glede na to, da po celem svetu narašča delež starejših (v okviru razvojne

psihologije starejše opredeljujemo kot posameznike v obdobju pozne odraslosti oz. po 65. letu

starosti in vse do smrti) in obdobje starosti zaradi podaljševanja življenjske dobe traja vse dlje

(Vovk Korže, et al., 2011), bi si kot družba in bodoči starejši želeli, da bi bila tudi starost kot

zadnje razvojno obdobje v posameznikovem življenju lepa oz. da bi bilo življenje tudi v obdobju starosti kvalitetno.

V nadaljevanju prispevka bi želeli preko predstavitve sprememb v starosti, ki so v veliki meri

biološko determinirane, in dogajanja na polju potreb (pri zadovoljevanju katerih pa ima ključno

vlogo posameznik in njegovo socialno okolje) osvetliti tudi pozitivne vidike obdobja starosti.

## **Spremembe v starosti**

Staranje je izjemno zapleten proces (Vijg, 2008), ki se mu nihče ne glede na vsa prizadevanja,

ki jih v to vloži, ne more izogniti. Ker je človek bio-psiho-socialno bitje, opazujemo tudi starostne spremembe na vseh treh komponentah. Pogosto so navzven opazne najprej telesne

spremembe. Večina jih nastane zaradi zmanjšanja elastičnosti tkiv in količine vode v telesu ter

slabšega delovanja vseh organskih sistemov (Lopez-Otin, et al., 2013). Opazne so

starostne

spremembe na koži, kosteh in mišičevju, srcu in ožilju, pljučih in dihalnem sistemu, možganih

in živčevju, prebavnem sistemu, sečilih in genitalijah, čutilih in imunskem sistemu.

Številne so tudi duševne oz. psihološke spremembe v starosti. Ob tem je pomembno poudariti,

da je duševno zdravje v starosti v veliki mero pogojeno z ustrežno mentalno higieno in duševnim zdravjem v zgodnejših življenjskih obdobjih (Milavec Kapun, 2011). Razlike med

posamezniki v splošni inteligentnosti se povečajo; čeprav splošna inteligentnost bolj strmo

16

upade šele po 80. oz. 85. letu starosti. Pri starejših sicer pogosto zaznamo najprej upad višjih

kognitivnih funkcij (pozornost, spomin, učenje), pri ohranjanju katerih ima še posebno vlogo

samoaktivnost. Pojavijo se spremembe na področju osebnosti (predvsem v smeri potenciranja

določenih osebnostnih specifičnosti), ki pa tudi v zelo pozni starosti ostaja visoko diferencirani

sistem posameznikovih značilnosti, predstav o sebi, stališč, vrednot in izkušenj (Zupančič,

2004). Pogosto se pojavi duhovna praznina (kot izguba smisla – vezano tako na preteklost,

sedanjost kot tudi prihodnost) ter spremenjeno dojemanje sveta in medosebnih odnosov.

Pričakovane duševne oz. psihične spremembe v starosti pa ne smemo nikakor enačiti z

duševnimi motnjami v starosti. Duševne motnje se lahko pojavijo prvič v življenju v obdobju

starosti ali predstavljajo nadaljevanje duševne motnje iz mlajših življenjskih obdobj. V starosti

so v primerjavi z mlajšimi življenjskimi obdobji pogostejše organske duševne motnje, vendar

pa so pogoste tudi endogene duševne motnje (Kogoj, 2011). S staranjem pa se lahko spreminja

tudi klinična slika duševnih motenj.

Biološke oz. telesne in duševne spremembe v starosti vplivajo na nastanek, razvoj in razplet

socialne problematike v tretjem življenjskem obdobju in obratno, saj imajo spremembe na

različnih področjih medsebojni vpliv (Milavec Kapun, 2011). Upokožitev je glavni generator

spremembe življenjskega sloga in nenazadnje pomembno prispeva tudi k spremembi ekonomskega statusa. Drastičnim spremembam je podvržena posameznikova socialna mreža

(Terbovec & Ovsenika, 2012). Pogoste so izgube bližnjih, ki vodijo v osamljenost in pomembno vplivajo na razvejanost socialne mreže. Poleg kvantitativnih sprememb je moč

opaziti tudi kvalitativne spremembe odnosov. Prav ocena kakovosti odnosov pa pomembno

vpliva tako na zdravje starejših in zadovoljstvo z življenjem kot tudi na dolžino življenja (Lyons

et al, 2009).

Če bi naslov zastavili v obliki vprašanja in bi na tem mestu končali s prispevkom, bi na naslovno

vprašanje najverjetneje odgovorili nikalno. Staranje je vsekakor proces številnih sprememb,

mnoge med njimi dejansko nakazujejo propadanje, izgubljanje, pešanje... Je pa predvsem od

posameznikovega videnja in sprejemanja teh sprememb odvisno, ali bo uspel prepoznati tudi

pozitivne spremembe.

Posamezniki, ki se optimalno starajo, so ljudje pozitivnega mišljenja, aktivni v svojih odločitvah, dobro informirani; predvsem pa so ljudje, ki uživajo svoje življenje (Pillemer, 2011). Aktivno staranje je proces optimalnega uresničevanja danih možnosti posameznikovega

17

zdravja, udeležbe v družbi in varnosti z namenom vzpodbuditi kakovost njegovega življenja v

starosti (Ramovš, 2003).

Empirični podatki, ki so jih avtorji pridobili v različnih raziskavah na evropski in severnoameriški starejši populaciji, potrjujejo tudi številne pozitivne vidike obdobja starosti.

Lyons (2009) je s svojimi sodelavci ugotavljal, da je med ustvarjalci na različnih področjih

(literatura, slikarstvo, glasba...) visok delež posameznikov, starejših od 60 let.

Raziskovalci michiganske univerze (Birren & Schaie, 2001) so 200 ljudem opisali različne

osebne stiske in jih pozvali, naj svetujejo rešitve. Izkazalo se je, da so imeli starejši od 60 let

boljše zamisli kot njihovi mlajši kolegi. Znali so se vživeti v težave drugih in nanje

pogledati z

različnih zornih kotov. Tudi pri obvladovanju čustev, kar se sicer učimo celo življenje, so bili

starejši udeleženci raziskave spretnejši. Raziskovalci so se usmerili tudi na proučevanje odzivov

mladih in starejših na izgube pri igrah na srečo. Ugotovitve so pokazale, da so mladi izgube

doživeli precej bolj travmatično kot starejši, ki so se odzvali bolj umirjeno in zadržano.

Skupina raziskovalcev iz newyorške univerze Stony Brook je opravila obsežno anketo, v katero

je vključila na desettisoč Američanov. Odkrili so, da udeleženci, starejši od 50 let, izkazujejo

na splošno večje zadovoljstvo s svojim življenjem, lažje in učinkovitejše se spopadajo s stresom, vztrajno pa naj bi z leti padala tudi stopnja zaznane in izražene jeze (Cox, 2015).

Čeprav mnogi enačijo starost s samoto, žalostjo in nezadovoljstvom, kažejo izsledki raziskave,

ki jo je opravila Carstensenova s sodelavci (Carstensen, et al., 2000) z univerze v Stanfordu,

precej drugačno sliko. Skozi longitudinalno raziskavo je desetletje spremljala skupino ljudi,

starih od 18 do 94 let, in ugotovila, da z leti postajajo srečnejši, njihovo čustvovanje pa bolj

umirjeno in stabilno. Negativna čustva, kot so jeza, žalost in strah, v poznih letih izzvenijo in

niso več tako dramatična kot v mladih letih.

## Potrebe v starosti

V veliki meri na posameznikovo zadovoljstvo z življenjem in kakovost življenja vpliva zadovoljenost njegovih potreb. Zato se je tudi ob vprašanju lepote obdobja starosti smiselno osredotočiti na področje potreb.

Med številnimi motivacijskimi teorijami je še danes pogosto citirana in vplivna hierarhična

teorija potreb, ki jo je že leta 1943 predlagal Abraham Maslow (Musek, 1997; Tay & Diener,

2011). Maslow je v svojih delih preučeval motive z vidika človekovih potreb, njihove ravni in

pomena časovne razsežnosti. Razvil je dva koncepta: (1) obstaja pet temeljnih skupin potreb in

(2) temeljne potrebe so med seboj v hierarhičnem odnosu. Koncepta je upošteval tudi v svoji

motivacijski teoriji, katere bistvena značilnost je hierarhični odnos med skupinami potreb.

Maslowo teorijo potreb se posledično grafično ponazarja največkrat preko piramide, prikazane

na Sliki 1.

Slika 1: *Predstavitev Maslowe motivacijske teorije skozi piramido*

Picture 1: *Presentation of Maslow's motivational theory within a pyramid*

Spodnji nivo hierarhije oz. temeljno raven predstavljajo elementarne *fiziološke potrebe*, ki se

jih človek ne more naučiti, ampak so prirojene (potreba po zraku, hrani, pijači, izločanju,...) in

so ključne za posameznikovo preživetje (McLeod, 2014). Sledijo jim *potrebe po varnosti*, ki

tudi še sodijo med eksistenčne potrebe; nanašajo se na zaščito pred zunanjimi vplivi v najširšem

pomenu in so povezane tudi s težnjo ljudi, da živijo v stabilnem in predvidljivem okolju.

Osnovne potrebe usmerjajo posameznikovo vedenje, saj so dejavne samo tako dolgo, dokler

jih posameznik ne zadovolji. *Socialne potrebe* nastopijo šele, ko so zadovoljene fiziološke in

potrebe po varnosti. V sklop socialnih potreb uvrščamo potrebo po pripadnosti, ljubezni in

potrebo po socialnih interakcijah. Najpogosteje se navedene potrebe zadovoljujejo že znotraj

družinskega okolja. Med višje potrebe uvrščamo *potrebo po samospoštovanju*, znotraj

katere

19

uvrščamo potrebo po moči, uveljavljanju, ugledu in statusu. Ob zadovoljenih potrebah po spoštovanju se poveča posameznikovo zaupanje v lastne sposobnosti, v primeru nezadovoljenih

potreb po (samo)spoštovanju pa se pojavi občutek podrejenosti in nezaupanja v lastne sposobnosti. *Potreba po samopotrjevanju* predstavlja najvišjo raven človekovih potreb – odseva človekovo željo, da bi delal to, za kar je sposoben; odseva željo posameznika, da bi se

spopadel z zahtevnejšimi nalogami, kjer uspeh ni zagotovljen. Visoko postavljen cilj, ki ga

posameznik doseže, pomeni potrditev sposobnosti (Brejc, 2004).

Tako kot v ostalih razvojnih obdobjih imajo tudi v starosti prednost osnovne človekove potrebe,

ki jih je Abraham Maslow v svoji hierarhični teoriji potreb označil kot temeljne telesne in materialne potrebe. Pri starejših je ob tem ključno zavedanje, da se morajo naučiti novih načinov zadovoljevanja temeljnih potreb, pogosto pa pri tem potrebujejo tudi pomoč bližnjih.

Proces zadovoljevanja potreb poteka, kot smo že omenili, praviloma hierarhično. Izjemoma,

predvsem v kritičnih življenjskih situacijah pa je za posameznika lahko pomembno, da najprej

zadovolji druge (višje) potrebe. In prav starejši se v svojem življenjskem obdobju večkrat znajdejo v situacijah, ko stremijo k zadovoljevanju višjih potreb (Milavec Kapun, 2011; Wijk

& Grimby, 2007). Omenjeno lahko ponazorimo s primerom starostnika, ki se zaveda, da umira



in mu je pomembnejši socialni stik kot pa obrok hrane.

Poleg temeljnih življenjskih potreb pa v vsakem razvojnem obdobju obstajajo specifične potrebe, ki jih določa razvojna stopnja. Ramovš (2003) navaja tri nematerialne socialne potrebe,

ki so specifične za starejše in z vidika socialnega sožitja temeljnega pomena: a) potreba po

temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu, b) potreba po predajanju svojih izkušenj in

življenjskih spoznanj, c) potreba po doživljanju starosti kot smiselnega življenjskega obdobja.

Prav potrebe starejših naj bi bile tudi smerokaz pri skrbi za starejše in prizadevanjih za kakovostno starost (Ramovš, 2004).

Izjemno pomembno je zavedanje, da so potrebe starejših v današnjem času drugačne od potreb

ostalih posameznikov znotraj družbe, prav tako pa na določenih segmentih tudi drugačne od

potreb starejših v preteklosti (Tičar & Medved, 2008; Hvalec & Kobal Straus, 2012). Z

zadovoljevanjem specifičnih potreb starejših dosežemo večjo kakovost njihovega bivanja,

manjšo odvisnost in potrebo po formalnih intervencijah posameznih služb (Milavec Kapun,

2011). Zadovoljene specifične potrebe (ohranjanje telesnega zdravja z zagotavljanjem neodvisnosti pri vsakodnevnih aktivnostih, odsotnost duševnih motenj, skrb za odnose,

mentalno zdravje, vzdrževanje delovne kondicije, ustvarjalnosti, stimulacija intelektualnega

razvoja, potreba po priznanju enakovrednosti kljub fizičnemu in umskemu upadu, zagotovilo o

sprejetosti v družbi) v starostnem obdobju bistveno prispevajo k boljšemu psihofizičnemu in

socialnemu zdravju, posledično pa seveda tudi k večjemu zadovoljstvu z življenjem.

## **Zaključek**

(Pre)poznavanje celotne palete dogajanj v starosti, tako tistih negativnih, ki se vse prevečkrat

poudarjajo, kot tudi pogosto krivično prezrtih pozitivno obarvanih, pomembno pripomore k

oblikovanju manj izkrivljenih prepričanj v zvezi s starostjo, kar se seveda odraža tudi v odnosu

družbe do starejših ljudi in starosti kot razvojnega obdobja.

## **Literatura**

Birren, J.E. & Schaie, K.W., 2001. The handbook of the psychology of aging. New York: Academic Press.

Brejc, M., 2004. Ljudje in organizacija v javni upravi. Ljubljana: Visoka upravna šola, pp. 36–40.

Carstensen, L.L., Mayr, U., Pasupathi, M., Nesselroade, J.R., 2000. Emotional Experience in Everyday Life Across the Adult Life Span. Journal of Personality and Social Psychology, 79(4), pp. 644–655.

Chasten, A.L., Schwarz, N. & Park, D.C., 2002. The activation of aging stereotypes in younger

and older adults. *The Journal of Gerontology*, 57(6), pp. 540–547.

Cox, H.G., 2015. Later life: The realities of aging. New York: Routledge.

Cuddy, A.J.C., Norton, M.I. & Fiske, S.T., 2005). This Old Stereotype: The Pervasiveness and

Persistence of the Elderly Stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), pp. 265–283.

Hummert, M.L., Garstka, T.A., Shaner J.L. & Strahm, S., 1993. Stereotypes of the Elderly Held by Young, Middle-Aged, and Elderly Adults. *Journal of Gerontology*, 49(5), pp. 240– 249.

Hvalec, Š. & Kobal Straus, K., 2012. Storitve pomoč družini na domu z vidika zadovoljevanja potreb starostnika. In: Skela Savič, B., et al. eds. Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo. 3. simpozij katedre za temeljne vede. Begunje, 17.10.2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 104–113.

21

Kogoj, A., 2011. Duševne motnje in stiske v starosti. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 3.

Lopez-Otin, C., Blasco, M.A., Partridge, L. & Serrano, M., 2013. *The hallmarks of aging. Cell*,

153 (6), pp.1194–1217.

Lyons, I., Drennan, J., Treacy, M. P., Phelan, A., Quin, S., Lafferty, A., 2009. Public perceptions of older people and aging: a literature review. Dublin: National centre for the protection of older people.

Musek, J., 1997. Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy.

Pillemer, K., 2011. 30 Lessons for Living: Tried and True Advice from the Wisest

Americans.

New York: Penguin Group.

Ramovš, J., 2003. *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontogogika.*

Ljubljana:

Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

Ramovš, J., 2004. *Specifika potreb in oskrbe starih ljudi s stališča socialnega dela.*

*Zdravstveni*

*vestnik*, 73, pp. 721–30.

McLeod, S.A., 2014. Maslow's Hierarchy of Needs. Available at:

[www.simplypsychology.org/maslow.html](http://www.simplypsychology.org/maslow.html). [21.10.2016]

Milavec Kapun, M., 2011. *Starost in staranje.* Ljubljana: Zavod

IRC.

Tay, L. & Diener, E., 2011. Needs and subjective well-being around the world. *Journal of*

*Personality and Social Psychology*, 101(2), pp.

354.

Terbovec, A. & Ovsenik, M., 2012. Aktivnosti in socialna mreža starostnikov. In: Babnik, K & Kocbek, M. eds. *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti [4. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved]*. Izola: Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem, pp. 35.

Tičar, Z. & Medved, R., 2008. Pogled ministrstva za zdravje na staranje prebivalstva in ukrepi

za zadovoljevanje potreb starostnikov. *Zdravstveni vestnik*, 77(12), pp. 799–801.

Vijg, J. & Campisi, J., 2008. Puzzles, promises and a cure for ageing. *Nature*, 454(7208), pp.

1065–1071.

Vovk Korže, A., Globovnik, N., Križan, J., & Kokot Kranjc, M., 2011. *Staranje*

prebivalstva in izzivi dolgotrajne oskrbe. *Geografski obzornik: časopis za geografsko vzgojo in izobraževanje*, 58(3), pp.26–31.

Zupančič, M., 2004. Osebnostni razvoj v pozni odraslosti. In: Marjanovič Umek, L. & Zupančič, M. eds. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Založba Rokus.

22

## **RAZLIČNE IZGUBE IN ŽALOVANJE V STAREJŠEM OBDOBJU**

### **Different losses and bereavement in later life**

**red. prof. dr. Onja Tekavčič Grad, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Center za  
mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva 44 a, Ljubljana**

*Kontaktni e-naslov: [onja.grad@psih-klinika.si](mailto:onja.grad@psih-klinika.si)*

#### **IZVLEČEK**

Smrt je eden ključnih stresorjev v posameznikovem življenju, ki se mu nihče ne more izogniti.

Naravni odgovor posameznika na izgubo, pa naj bo to smrt kot najpogostejši sprožilni dejavnik

ali pa katere druge vrste izgube, je žalovanje. Naslednji večplastni dejavniki, ki določajo proces

žalovanja, skozi katerega gredo na različne načine običajno vsi žalujoči: pomembno je, kdo od

bližnjih je umrl, kdaj in v katerem življenjskem obdobju (tako umrlega kot žalujočega) ter na

kakšen način je umrl (terminalna bolezen, nesreča, samomor, umor, nenadna naravna smrt).

Kako bo potekalo žalovanje, je odvisno od posameznika, njegove osebnosti, izkušenj, vrednot

in prepričanj, pa tudi od širšega in ožjega socio-kulturnega okolja, v katerem žalujoči živi.

Čeprav poznamo več modelov žalovanja, ki bodo v prispevku tudi omenjeni, pa je bistveno, da

tako okolica kot morebitni strokovnjaki, ki se vključijo v posameznikov proces žalovanja,

dopustijo različne načine žalovanja, različen čas, ki ga žalujoči potrebuje in različne

spoprijemalne mehanizme, ki pomagajo predelati proces žalovanja na način, ki je žalujočemu

najbližji.

Včasih sprožijo podoben proces žalovanja tudi druge izgube, ne le smrt, kot so izguba službe

ali upokojitev, izguba zdravja, izguba socialno-ekonomskega statusa, izguba bližnjega zaradi

različnih razlogov (ločitev, demenca, terminalna bolezen, preselitev), pa tudi izguba doma

(domovine) in lastnine. Tudi te velike in pomembne izgube so lahko vir izjemno močnih

čustvenih reakcij, ki jih posameznik pogosto ne pričakuje, niti ni na njih pripravljen.

Posebej v

starejšem obdobju življenja se izgube in smrti kopičijo, ranljivost in krhkost v starejšem

obdobju pa otežujeta potek običajnega žalovanja in ga pogosto tudi zapleteta.

V zdravstvu se pogosto srečujemo z različnimi oblikami žalovanja – pri svojcih umrlega

bolnika, pri svojih bolnikov s terminalno boleznijo, pri svojih bolnikov z napredujočo hudo

23

obliko demence; prav tako se z različnimi občutki žalosti in izgube občasno srečujejo zdravstveni delavci sami, ko izgubijo bolnika ali sodelavca, pa seveda svojca.

V članku bomo poskušali odgovoriti na vprašanja, kaj pomaga žalujočim, na kakšen način in

kdaj žalujoči potrebujejo več kot le razumevajoče poslušanje in pogovor, ampak jih je nujno

usmeriti tudi k strokovnjaku.

**Ključne besede:** življenjske izgube, smrt, žalost, proces žalovanja, dejavniki žalovanja, čas

žalovanja, pomoč pri žalovanju

## **ABSTRACT**

Death is one of the key stressors in each life and nobody can avoid it. Bereavement is the natural

response of the individual who experienced any kind of major loss or death of somebody close.

The factors determining bereavement process of are numerous: it is important, who died, when

and in which life cycle (of the bereaved and of the deceased) and what was the mode of death

(terminal illness, accident, suicide, homicide, sudden natural death). It depends on the

bereaved, how the process will be going, upon his personality, life experiences, values and

beliefs, but also on the social environment in which the bereaved lives. In the paper the most

well-known models of grief will be explored. However, the most important fact in bereavement

is that both the social network as well as the helping caregivers have to accept that there are

many individual ways of grieving, the time that the bereaved need to process might be very

different, and the coping strategies that will help the bereaved to go through the difficult time

after the death will be unique for each bereaved. Many times some other serious losses besides

death provoke similar process of bereavement, such as the loss of work or retirement, the loss

of health, the loss of socio-economic status, the loss of someone close because of a divorce,

dementia, terminal illness, separation. Or it could be the loss of home or homeland or property.

These losses can be the source of intense emotional reactions, which are unexpected or the

individual is not prepared for them. Especially in the later life the losses by death are compiling,

while the frailty and vulnerability of older age intensify the burden of changing and thus make

the bereavement process more difficult. Inside the medical care system there are a lot of encounters with different kinds of bereavement – with relatives of the deceased or terminally

ill patient, with the relatives of patients with advanced dementia, while the health



workers

24

themselves have to deal with the feelings of loss after the death of »their« patient or with the

deaths of a colleague or relative. The paper ends with some possible ways of help and support

for the bereaved and where to refer them when the listening and talking is not enough.

**Key words:** losses in life, death, grief, bereavement process, bereavement trajectory, time of

bereavement, help in bereavement

## Uvod

Neizbežnost smrti in njenih posledic, ki so del življenja vsakega posameznika, je aksiom, ki

doleti vsakogar, zato tudi žalovanje ali odziv na izgubo bližnjega pozna vsak odrasli (in včasih

tudi otrok), tem bolj, čim višja je starost posameznika. Smrt pravzaprav ni več stvar umrlega,

pač pa tistih, ki so mu blizu in za katere se začne obdobje bolj ali manj intenzivnega žalovanja

– sorodnikov, prijateljev, sodelavcev, pa tudi medicinskega osebja, ki je skrbelo za umrlega.

Sklop odzivov, ki sledijo eni najpomembnejših in najbolj dokončnih izgub, torej smrti, imenujemo žalovanje oz. proces žalovanja, saj zajema niz različnih reakcij: na telesnem,

psihičnem, čustvenem, kognitivnem, socialnem in duhovnem nivoju. Kako močne bodo, kako

dolgo bodo trajale, v kakšnem zaporedju in kakšne bodo, je težko predvideti vnaprej, čeprav si

faze žalovanja pogosto sledijo v podobnem zaporedju in imajo podobne časovne okvire. Kljub

temu pa je znano, da je z žalovanjem podobno kot s prstnimi odtisi, vsak ima svoje, povsem

individualne (Clark & Goldney, 2000). Zato je nujno, da upoštevamo, da bo vsak žalujoči žaloval v svojem tempu, na svoj način in mu bodo pomagale tiste stvari, ki jih bo izbral sam,

četudi marsikdaj ob pomoči terapevta.

Poleg smrti lahko sprožijo podobne reakcije ali delni proces žalovanja tudi druge »velike«

izgube, ki jih posameznik bodisi subjektivno doživlja kot zanj izjemno hude bodisi, da so tudi

objektivno sprejete kot pomembne in travmatske. Med objektivno hude travme štejejo izgube,

ki spreminjajo posameznikovo življenje, kamor sodijo hude bolezni (kronične in/ali terminalne), izgube na področju socialnega in ekonomskega življenja (izguba dela, izguba

finančne podpore, izguba partnerja), hude so izgube pomembnih vitalnih funkcij (sluh, vid,

gibanje), pa tudi različnih funkcij (predvsem kognitivnih – npr. po kapi, pri demenci). Nekater

izgube so objektivno morda ocenjene kot manj travmatske, vendar jih zaradi določenih okoliščin posameznik doživlja subjektivno zelo ogrožajoče in stresne (npr. sprememba

bivališča pri starejših, ki jo lahko doživijo kot izgubo doma). Čeprav se lahko nekatere izgube

zdiyo manj stresne, pa je potrebno videti, kako izgubo ocenjuje prizadeti in zakaj.

## **Dejavniki in potek žalovanja**

Žalovanje je individualni homeostatski proces, ki omogoči žalujočemu, da miselno in čustveno

obnovi odnos z umrlim, reagira na izgubo, se nanjo adaptira in po zaključku tega procesa

nadaljuje s svojim življenjem (Grad, 2003). Kako bo potekalo žalovanje, ne more vedeti ne

žalujoči sam, čeprav je morda že kdaj šel skozi podobno izkušnjo, niti svojci ali drugi v okolici.

Zato je pomembno, da se vsi, ki obdajajo žalujočega, zavedajo, da potrebuje čas, energijo in

razumevanje za svoje potrebe toliko časa, da bo lahko predelal izgubo, ki ga je doletela.

Žalovanje je proces, ki je za vsakega žalujočega individualen in ga določa lahko le posameznik

sam, odvisen pa je od mnogih notranjih in zunanjih dejavnikov. Med notranje prištevamo spol,

osebnost, način posameznikovega reagiranja in njegove/njene običajne obrambne mehanizme,

osebne in družinske izkušnje z žalovanjem, trenutno počutje in življenjski cikel, v katerem je

žalujoči, njegov odnos do umrlega, pa nenazadnje starost – tako starost žalujočega kot tudi

starost umrlega. Tako je izguba otroka, za katerega smo mislili, da nas bo preživel, saj je tak

tudi običajni zakon narave, zelo travmatski dogodek, ki na nek način simbolično izbriše pričakovano prihodnost žalujočega. Zunanji dejavniki, ki določajo čas in globino žalovanja pa

so: družbeno sprejeti način odzivanja po izgubi bližnjega, predpisani ali pričakovani rituali,

pripadnost družbenemu in izobrazbenemu sloju, etnična oz. nacionalna in verska pripadnost,

način smrti (žalujoči se drugače odzivajo na samomor kot na terminalno bolezen). Sem sodijo

tudi širina in trdnost socialne mreže in njena podpora (Grad, 2011).

O žalovanju kot procesu, ki zadene skoraj vsakogar, so strokovnjaki začeli pisati šele v začetku

20. stoletja, najbolj izpostavljeno je bilo takrat Freudovo pisanje o žalosti, melanholiji in izgubah, saj je bil Freud tudi prvi, ki je predlagal svoj model žalovanja (Freud, 1912/1957), v

katerem je pričakoval od žalujočega, da se bo po predelavi žalosti dokončno »odpovedal« zvezi

z umrlim in tako naredil prostor za nove zveze z živimi. Različni avtorji so to njegovo tezo

dolgo upoštevali in šele mnogo kasneje, v 70. in 80. letih 20. stoletja, so začeli strokovnjaki

raziskovati, kaj pravzaprav potrebujejo žalujoči. Avtorji Kübler-Rossova, Bowlby in Parkes

(Stroebe, et al., 2008) so vsak na svoj način zastavili stopenjski ali fazni model žalovanja, ki

govori o tem, da mora žalujoči preiti štiri osnovne faze žalovanja (šok, zanikanje in hrepenenje,

dezorganizacija z močnimi čustvenimi odzivi in reorganizacija). Ogradili so tudi časovni okvir

žalovanja, za katerega so določili približno eno leto, v katerem žalujoči preide vse faze in

preživi najbolj težke in mučne prvokrat doživete praznike, obletnice in druge pomembne dogodke brez pokojnega. Fazni model je dolgo veljal za zelo uporabnega in še vedno je v

didaktične in shematične namene večkrat in s pridom uporabljen, vendar je raziskovanje podrobnosti žalovanja prineslo nove modele. Proti koncu 20. stoletja je več avtorjev (Worden,

1991, Walsh & Mc Goldrick, 2004) opisalo model, ki je namesto pasivnih faz, skozi katere naj

bi šel žalujoči, orisal naloge, ki naj bi jih žalujoči opravil in obvladal, da bi prešel iz stanja žalovanja v stanje ponovne aktivnosti na nivoju, kot je funkcioniral pred smrtjo bližnjega. Te

naloge naj bi bile sprejetje in prilagoditev na izgubo, predelovanje različnih čustev, ki so se

vzbudila ob smrti bližnjega (predvsem bolečina in žalost), prilagajanje na stvarnost, v kateri

pokojnika ni, in prestavitev umrlega iz vsakodnevnega življenja v sfero lastnega spomina, ob

čem lahko žalujoči ponovno investira čustva in energijo v nove odnose. V začetku 21. stoletja

so raziskovalci z metodološko korektnimi študijami (Stroebe & Schut, 2010) predlagali t. i.

model dvojnega procesa (Dual Process Model), v katerem se žalujoči bori z dvema procesoma:

prvi je usmerjen v preteklost, predvsem v razmišljanje, doživljanje in predelovanje izgube (loss

orientation), drugi del pa je usmerjen predvsem v prihodnost, ko bo brez umrlega poskušal

živeti dalje (restoration orientation). Žalujoči v času žalovanja oscilira na daljici med obema

poloma.

Vsi omenjeni modeli so le približek in posplošitev, ki pa so za posameznika, ki preživlja izgubo

bližnjega, lahko le opora, ne pa okvir, v katerega bi lahko omejili kogarkoli.

## **Večplastnost procesa žalovanja**

Žalovanje je dolgotrajen, večplasten in izjemno naporen proces, v katerem žalujoči predeluje

svojo izgubo in se nanjo prilagaja, da bo po določenem obdobju lahko spet zaživel brez umrlega. Žalovanje je zelo osebni in intimni odgovor posameznika na poškodovano ali uničeno

človeško vez in preko te poškodbe tudi na občutek varnosti in lastne vrednosti žalujočega.

Vsebuje vedenjske, čustvene, socialne, kognitivne, telesne in duhovne komponente (Grad,

2003). Žalovanje se kaže z različnimi **vedenji**: najbolj pogost in pričakovan je jok (pogosteje

pri ženskah), manj pa razdražljivost in jezni odzivi, ki so pogosto ekvivalent joka pri moških

(jeza na usodo, zdravnike, sebe, okoliščine), socialni umik, pretirano ukvarjanje z umrlim,

identifikacija z umrlim, prevzemanje njegovih lastnosti, težav.

Čustveni odzivi so žalost, ki je najpogostejša in najbolj pričakovana (če je ni, je socialni odziv

na žalujočega pogosto negativen), obup, negotovost, povečana nejasna tesnoba in strah pred

smrtjo, otopelost, občutki krivde, osamljenost in hrepenenje po umrlem. Pogosto se žalujoči

predajo obiskovanju krajev, kjer so se imeli z umrlim lepo ali dolgo ne dovolijo pospraviti pokojnikovih stvari, ker se tako oklepajo pokojnikove »prisotnosti«. Ob posebnih okoliščinah

(dolgotrajna in zelo težka duševna ali telesna bolezen) pride lahko tudi do občutkov olajšanja,

kar posledično lahko pripelje do občutkov krivde in sramu. Žalujoči se pogosto odzovejo tudi

na **socialnem nivoju**, ko se jim okolica zdi do njih brezbrizna, neprijazna, se umaknejo iz

prejšnjih socialnih aktivnosti, socialni dogodki za njih izgubijo vsakršno privlačnost, socialni

interesi se izrazito zmanjšajo. **Kognitivni odzivi** na smrt bližnjega se kažejo kot slabša

koncentracija, manjša usmerjena pozornost, težave pri umskem delu, zmedenost, občutek

prisotnosti umrlega, nesprejemanje realnosti in miselne preokupacije z umrlim. Na telesnem

nivoju pa žalujoči kažejo mnogo znakov, ki jih pogosto pripeljejo do utrujenosti, včasih

celo

popolne izčrpanosti. Pogoste so motnje spanja, motnje apetita, stalna utrujenost, občutek, da ne

morejo dihati (»obstrukcije« v grlu, pljučih), bolečine na različnih delih telesa (brez organskega

vzroka), preobčutljivost za hrup, suha usta, zasoplost in občutek praznine. To so tudi pritožbe,

ki jih povedo v ambulanti zdravnika splošne medicine, ob tem pa ne omenijo izgube, ki je

povzročila to počutje. Na **duhovnem področju** se žalujoči pogosto predajo verskim čustvom

ali se povsem izneverijo siceršnjim verskim obredom in verovanju (zamera bogu), doživljajo

različne simbolizacije (predstave o umrlim, ki je še vedno preko nečesa v povezavi z njimi),

sanjajo in na različne alternativne načine iščejo »povezavo« z umrlim.

Vse naštetne oblike se med seboj prepletajo, nekatere so bolj pogoste, druge unikatne, nekatere

so žalujočim v oporo in korist, druge jih premaknejo v še večjo bolečino in obup. Strokovnjak,

ki pomaga žalujočemu, mora pomagati krepiti tiste, ki bodo dolgoročno pripeljale do boljšega

počutja žalujočega.



## **Posebnosti žalovanja v starejšem obdobju**

Katerakoli izguba, tudi izguba zaradi smrti, se lahko zgodi v vsakem obdobju življenja – nekatere so predvidljive (starši), druge povsem nepredvidljive in nepredstavljive (otroci, sorojenci, prijatelji). S staranjem posameznik (in družba) doživlja in preživlja vse več izgub, ki

potegnejo za seboj veliko množico prizadetih in žalujočih posameznikov.

V vsakem življenjskem obdobju pomeni smrt hud čustveni pretres, v starejšem obdobju pa to

velja še posebej. Posledice žalovanja so v starosti lahko zelo različne. Shear in sodelavci (2013)

opisujejo najpogostejše in najbolj očitne, ki jih opažajo medicinske sestre in zdravniki: splošno

poslabšanje zdravja, izguba teže, težave s spanjem, povečanje različnih bolezenskih znakov

(polimorbidnost), pogostejši miokardni infarkt (v prvih 2 mesecih v ZDA 21-krat več kot pri

kontrolni skupini), znižanje nevtrofilcev, povečanje anksioznih in depresivnih simptomov, spremembe v pritisku, pulzu, nevroendokrinem in imunskem funkcioniranju. Večina teh znakov se po mnenju avtorjev izboljša po šestih mesecih. Ista študija je našla tudi

povečano

umrljivost pri žalujočih.

V starejšem obdobju življenja pomenijo izgube (npr. življenjskega partnerja) tudi izgubo načina

življenja, izgubo opore, nege, prijateljstva, marsikdaj tudi finančno in bivanjsko izgubo. Pri

petinšestdesetih letih je več kot polovica Američanov že vsaj enkrat ovdovelih (Hensley &

Clayton, 2008), kar pogosto prinese slabše kognitivno funkcioniranje, disforijo (znižano razpoloženje), poslabšanje celotnega zdravstvenega stanja in težave v socialnem in delovnem

funkcioniranju (Bonanno & Kaltman, 2001). Ta dva avtorja naštevata (poleg zgoraj naštetih

splošnih simptomov) naslednje posledice izgube, ki so še bolj tipične za starejše žalujoče:

začasna ali trajna izguba spomina, huda izguba interesov, brezup, občutek popolne izgube

lastne vrednosti. Več avtorjev omenja žalujoče moške (vdovce) kot tisti del rizične populacije

žalujočih, ki so v večji nevarnosti, da telesno zbolijo (Stroebe, et al., 2007), pri obeh spolih pa

je devetkrat večja nevarnost kot pri nežalujočih iste starosti, da razvijejo depresijo, za kar so

napovedni dejavniki tveganja osebna in/ali družinska zgodovina velike depresije pred izgubo

ter zloraba alkohola (Zisook & Schuchter, 1993).

Ker postaja število žalujočih v starejšem obdobju vse večje in njegove posledice vse bolj vplivajo tako na posameznike kot na družbo, je pomembno, da se čim več raziskovalnih

študij

v zadnjih letih ukvarja s tem problemom. Ena boljših tovrstnih metaanaliz (Naef, et al., 2013),

ki je upoštevala različne raziskave o karakteristikah žalovanja v starejšem obdobju življenja (po

izgubi partnerja), je švicarsko-angleška študija, ki je pregledala 355 člankov v angleškem in

29

nemškem (kar je redkost!) jeziku in izločila 39 člankov, ki so ustrezali vsem merilom metodološko ustreznega evidence-based raziskovanja in so vključevala udeležence raziskav, ki

so bili starejši od 65 let. V tej analizi je nekaj člankov iz srednje Evrope, zato lahko predpostavljamo, da so izsledki precej primerljivi tudi s slovensko situacijo. Ker so predhodno

ugotovili, da je v Švici med 65. in 74. letom starosti kar 26 % žensk in 21 % moških že ovdovelih, v obdobju med 75. in 84. letom pa še nadaljnja tretjina te starostne populacije, je

problem starejših, ki žalujejo, seveda več kot pereč. Ovdoveli namreč izkazujejo večjo institucionalizacijo in večjo mortaliteto kot primerljivi neovdoveli posamezniki. Predvsem medicinske sestre pa so tiste, ki najbolj pogosto delajo z ovdovelimi, zato je pregledni članek

namenjen predvsem njim.

Vprašanje študije je bilo, kaj zdravstvena znanost ve o žalovanju pri ovdovelih, kakšne so

njihove vsakodnevne strategije žalujočih in kakšen je spremenjeni način življenja. Članki v

metaanalizi so se lotevali predvsem tega, kako doživljajo življenje žalujoči, kakšne so njihove

vsakodnevne aktivnosti, kakšne strategije preživetja in kakšna so njihova dominantna

čustva.

V povprečju so bili udeleženci v vseh devetintridesetih študijah stari 70,5 let, od tega so bile v

41 % študij vključene le ženske, v vseh skupaj pa je bilo žensk 82 %, kar kaže na izjemno slabo

zastopanost moških (ki so običajno pokojni ali pa ne želijo sodelovati v takih raziskavah).

Teme, ki so jih v študijah raziskovali, so bile:

1. katere so njihove vsakodnevne aktivnosti (pogovor in druženje),
2. katera so prevladujoča čustva (osamljenost, žalost, bolečina, otopelost, krivda, vznemirjenje),
3. kaj pomeni naenkrat spet biti samski (socialne stiske, negotova prihodnost),
4. kakšna je kvaliteta zdravja in kateri so simptomi (spanje, apetit, teža, utrujenost, izguba energije, brezizhodnost, depresija, pa tudi osebna rast, izboljšanje zdravja),
5. kdaj in kako pride do izboljšanja (različni stili spoprijemanja).

V diskusiji so se avtorji dotaknili problema konstrukcije nove identitete v pozni starosti, ko

posameznika doleti smrt partnerja in na to (kljub preišljanju o tem pred dogodkom) nikakor

ni pripravljen. To zahteva učenje novih vsakodnevni aktivnosti in stremenje za neodvisnostjo, ob tem pa jih neizbežno spremljajo negotovost, osamljenost, spremenjeni odnosi

z razširjeno družino, prijatelji in okolico. Vse to dopolnjujejo še običajni problemi s slabšim

zdravjem ali celo napredujoče bolezni. Avtorji (Naef, et al., 2013) poudarjajo, da morajo

medicinske sestre poznati splošne in individualne posebnosti žalovanja v starejšem obdobju

življenja in prisluhni, kaj žalujoči po smrti bližnjega potrebujejo.

30

## **Pomoč žalujočim**

Žalovanje je naravni odgovor organizma na izgubo bližnjega, posebno še če gre za nepovratno

izgubo, kot je smrt. Običajno opravijo to pot žalujoči sami, v krogu družine in prijateljev in s

pomočjo intimnih pogovorov znotraj tega kroga. V nekaterih okoliščinah to ne zadošča – npr.

v starejšem obdobju – ko marsikdaj žalujoči potrebujejo zunanjo pomoč strokovnjaka. To je

lahko njihov osebni zdravnik, ki pozna posameznika, družino, pogosto pa je poznal tudi umrlega. Če ta pomoč ne zadošča, pa je potrebno vključiti pomoč specializiranega strokovnjaka

– psihiatra, kliničnega psihologa, psihoterapevta.

### *Vinjeta*

*84-letna gospa je prišla v Ambulanto za žalujoče po nenadni izgubi 91-letnega moža, s katerim*

*je bila poročena 62 let, v duševno povsem strtem stanju. Čeprav je včasih pomislila, kako bo,*

*če bi ostala sama, pa je bila ta misel tako srhljiva, da o njej ni želela razmišljati, kaj šele razpravljati z možem. Zakon je bil složen, patriarhalen, mož je skrbel za finance in*

*reševal*

*probleme izven hiše, ona je skrbela za gospodinjstvo. Ker je bil mož diplomat, sta veliko potovala, znance sta imela po vsem svetu, prijateljev tukaj nista imela, nekaj redkih je že umrlo.*

*Edina hči živi v Avstraliji in se z mamo vidita redko, prišla je na očetov pogreb, zdaj (5 mesecev*

*po smrti) je še ni bilo, sama si pacientka ne upa tako daleč. Nikoli v življenju ni šla v banko,*

*tudi v trgovino redko. Ima plačano pomoč, vendar to ni isto. Izgubila je ne le moža in partnerja,*

*ampak tudi prijatelja, skrbnika, zaščitnika. O domu ne razmišlja, saj je povsem zdrava, le mož*

*ji manjka. Nespečna je, izgubila je 13 kg, nikamor iz hiše se ne odpravi. Joka in ne dela ničesar,*

*le moža si predstavlja in upa, da se mu kmalu pridruži. V Ambulanto je prišla, ker je možu*

*enkrat obljubila, da se ne bo zapustila, če bi umrl pred njo.*

*(identiteta pacientke je spremenjena)*

Kaj potrebuje ovdovela gospa? Najprej razumevanje, da je zanjo situacija izjemno težka in

poudarek, da bosta skupaj s terapevtom iskala rešitve. Ne potrebuje direktnih napotkov, niti

zmanjševanja teže svojih težav ali nakazovanja, da je vse to lahko in hitro rešljivo. Potrebuje

pogovor, ki jo bo pripeljal k uvidu, kaj in kako bo lahko sama kos trenutnim težavam v svojem

življenju.

31

Strokovnjaki, ki želijo podpreti žalujočega, se morajo zavedati, da žalosti, bolečine in občutka

izgube žalujočemu ne morejo, pa tudi ne smejo, odvzeti, lahko mu jih le omilijo in naredijo

znosne. Pomembno je, da se tisti, ki stoji žalujočemu ob strani, pa naj bo to družinski član ali

strokovnjak, nauči potrpežljivega poslušanja, da prepusti tempo in način žalovanja žalujočemu,

pomaga pa mu tam, kjer si sam ne zna pomagati. Predvsem starejši so manj prožni in težje

prilagodljivi, ko morajo ob izgubi partnerja spremeniti svoj način življenja, morda tudi mesto

bivanja in zapustiti okolico, ki so je vajeni.

## Literatura

Bonanno, G. A. & Kaltman, S., (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychological Review*. (21), pp.705-734.

Clark, S. E., & Goldney R. D., 2000. Impact of suicide on relatives and friends. In: K. Hawton & K. van Heeringen ,Eds. The international handbook of suicide and suicide prevention. Chichester, UK: Wiley and Sons, pp. 467-484.

Freud, S., 1957. Mourning and melancholia. In: J. Strachey (Ed.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. New York: Basic Books, .pp. 237- 260.

Grad, O., 2011. The Sequelae of suicide. In: O'Connor, R.C., Platt., S. & Gordon, J.,

Eds. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice. Chichester: Wiley Blackwell, pp. 561-577 .

2003. Žalovanje po samomoru bližnjega - travmatske posledice in kako jih preprečevati. In: Marušič A, Roškar S. ,Eds.. Slovenija s samomorom ali brez. Monografija. 1. izd. Ljubljana: DZS, pp. 156-68.

Hensley, P. L. & Clayton, P. J., 2008. Bereavement related depression. Psychiatric Times. Current Issues. VII/1. Available at: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/bereavement-related-depression> [27. 10. 2016.].

Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhof, R. & Grande, G., 2013.Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, (50), pp. 1108-1121.

Shear, K. M., Ghesquiere, A. & Glickman, K. (2013) Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15 (11), pp. 1-13.

Stroebe, M., & Schut, H. , 2010. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61 (4), pp.273-289.

32

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. & Stroebe, W. ,Eds., 2008. Handbook of bereavement research and practice. American Psychological Association. Washington, D.C.

Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S., 2007. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370 (9603), pp. 1960-1973.

Walsh, F., & McGoldrick, M., Eds., 2004). *Living beyond loss: Death in the family*. New York: W. W. Norton.



Worden, J. W., 1991. Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health

practitioner. New York: Springer Verlag.

Zisook S. & Shuchter S. R., 1993. Major depression associated with widowhood. *American*

*Journal of Geriatric Psychiatry*. 1, pp. 316-326.





# UPORABA DEESKALACIJSKIH TEHNIK PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTOV Z DEMENCO

## Use of de-escalation techniques in the treatment of patients with dementia

**Branka Mikluž, dipl. m. s, Matej Rajgl, dipl. zn., Petra Stopar, dipl. m. s,  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za gerontopsihiatrijo**

*Kontaktni e-naslov: [branka.mikluz@psih-klinika.si](mailto:branka.mikluz@psih-klinika.si)*

### IZVLEČEK

Agresija je pogost spremljevalec duševnih motenj. Ustrezen pristop k pacientu z agresivnim

vedenjem zmanjša stopnjo agresije in s tem olajša nadaljnjo obravnavo na oddelku. Zelo

pomembni so preventivni ukrepi, kamor sodijo: ocena stopnje tveganja za agresivno vedenje,

poznavanje dejavnikov tveganja in uporaba ustreznih tehnik za prepoznavanje in zmanjševanje

vznemirjenosti in agresivnega vedenja. Uporaba deeskalacijskih tehnik s komunikacijo, naravnano na pacienta z demenco, bazalna stimulacija in validacija so pristopi, s katerimi lahko

takšno vedenje omilimo oziroma preprečujemo. To zmanjšuje potrebo po bolj restriktivnih

ukrepih za obvladovanje agresije. K pacientu usmerjena komunikacija v času

hospitalizacije

omogoča razvoj dobrega terapevtskega odnosa med pacientom in medicinsko sestro, kljub

disfunkciji kognitivnih sposobnosti ter vedenjskim in psihičnim spremembam.

**Ključne besede:** demenca, agresija, komunikacija, deeskalacija, bazalna stimulacija, validacija.

## **ABSTRACT**

Mental disorders are often accompanied by aggression. An adequate approach to a patient

exhibiting aggressive behavior reduces the degree of aggression, thus making further treatment

at the unit easier. Preventive measures are very important and include: risk assessment of the

degree of aggressive behavior, knowledge of risk factors, and interventions to identify as well

35

as prevent agitation, anxiety, and aggressive behavior. The use of de-escalation techniques

together with therapeutic communication, oriented to the patient with dementia, basal communication and validation are the approaches with which it is possible to decrease and

prevent agitation, anxiety or outbursts of aggressive behavior. Moreover, these reduce the need

for more restrictive measures to manage aggression. Patient-oriented communication during

hospitalization helps develop a good therapeutic relationship between a patient and the nursing

staff despite the dysfunction of cognitive abilities and behavioral and psychic changes.

**Key words:** dementia, aggression, communication, de-escalation, basal stimulation, validation.

## Uvod

Demenca je opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča kronična ali progresivna možganska

bolezen. Bolezenske spremembe se kažejo v motnjah spomina, mišljenja, sposobnosti računanja, učenja, govornega izražanja in motnjah drugih višjih možganskih funkcij. Te motnje

običajno spremljajo zmanjšana sposobnost motivacije, obvladovanja čustev in socialnega

vedenja.

Demenca pri Alzheimerjevi bolezni sodi med najpogostejše demence. Je napredujoča nevrodegenerativna bolezen, izrazito povezana s starostjo. Zanja je značilen upad spoznavnih

sposobnosti, ki vpliva na vsakodnevno funkcioniranje. Vedenjske in psihične spremembe, še

posebej agitacija in agresivnost, so pogosto prisotne pri ljudeh z Alzheimerjevo demenco.

Pomembno vplivajo na kvaliteto življenja pacientov in svojcev (Žmuc,

2015).

Kogoj (2011) navaja, da vedenjske in psihične spremembe običajno predstavljajo večje težave,

kot sam upad spoznavnih funkcij in da imajo skoraj vsi pacienti tekom napredovanja bolezni

vsaj enega izmed simptomov. Najpogostejši simptomi so vznemirjenost, apatija in depresija,

najbolj vztrajen simptom pa je vznemirjenost (Haupt, 1999, cited in Pišljar, 2001).

Nekatere vedenjske in psihične simptome lahko predvidevamo in s pravočasnim ukrepanjem

preprečimo. Upoštevanje pravil sporazumevanja, primerna ureditev pacientovega okolja,

36

vključevanje v zanimive aktivnosti, ki jih še zmore in s preprečevanjem osamljenosti, zmanjšamo verjetnost za nastanek neustreznega vedenja (Kogoj, 2011).

Cilji našega prispevka so predstaviti dejavnike tveganja za agresivno vedenje pri pacientih z

demenco, poudariti pomembnost uporabe strukturiranih ocenjevalnih lestvic, ki so v pomoč pri

prepoznavanju in preprečevanju agresivnega vedenja, prikazati uporabo lestvice za odkrito

napadalnost (Overt Aggression Scale – v nadaljevanju OAS) in lestvice za oceno agresivnosti

(Broset Violence Checklist – BVC) v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (v nadaljevanju UPK Ljubljana), na Enoti za gerontopsihiatrijo (v nadaljevanju EGP) ter predstaviti različne pristope pri obvladovanju agresivnega vedenja pri pacientu z

demenco, kot

so tehnike deeskalacije, bazalna stimulacija in validacija.

## **Prepoznavanje potencialno agresivnega pacienta z demenco**

Swanson in sodelavci (2006) navajajo, da je ena izmed najpogostejših duševnih motenj, pri

katerih se srečujemo z agresivnim vedenjem, tudi demenca, predvsem s čustveno labilnostjo in

slabo kontrolo impulzov.

Pri pacientih z demenco se poleg tavanja, družbeno nesprejemljivega vedenja ter motenj dnevnega ritma lahko pojavita tudi vznemirjenost in nasilnost, ki se kažeta kot nenaden, pretiran

čustveni ali telesni odziv na čisto nedolžne sprožitelje (Ličen, 2010).

Vedenjski simptomi, ki se kažejo z vznemirjenostjo ali agresivnimi dejanji, se pri pacientih z

demenco pogosteje pojavljajo v kasnejših obdobjih bolezni (Pišljarič, 2001).

Podobno kot na vseh področjih zdravstva moramo tudi v psihiatrični zdravstveni negi strmeti k

temu, da je naše ravnanje s potencialno agresivnim pacientom usmerjeno v preventivo in s tem

v pravočasno odkrivanje agresivnosti. Pri tem je potrebno poznati dejavnike tveganja in



napovedne dejavnike za agresivno vedenje, ki so tako notranji, zunanji kot tudi situacijsko-

interakcijski (Duxbury & Whittington, 2005).

Kogoj (2007) navaja številne vzroke za pojav vznemirjenosti in nemira pri demenci:

37

- Motnje spoznavnih sposobnosti, ki imajo za posledico neuspešno komunikacijo,
  - pomanjkljivo orientiranost, napačno dojetje okolja oziroma nepoznavanje okolja ali bližnjih.
- Depresivno razpoloženje, tesnoba.
- Halucinacije in blodnje.
- Delirij, večerni nemir.
- Telesne težave in zdravila.
- Spremembe življenjskega okolja, hrup, prenaseljenost, socialna izolacija in drugi.

Temu lahko prištejemo še nejasne občutke strahu, ki so, zaradi neuspešnega pacientovega

razumevanja številnih situacij, pogosto vzrok vznemirjenosti oziroma agresivnega vedenja.

**Uporaba lestvice odkrite napadalnosti – OAS in lestvice za oceno agresivnosti**

## – BVC v UPK Ljubljana na EGP

Pri prepoznavanju potencialno agresivnega vedenja so nam lahko v pomoč strukturirane ocenjevalne lestvice za agresijo (Abderhalden, et al., 2006). Ena izmed njih je Brosetova lestvica za oceno agresivnosti – BVC, kjer se ocenjuje prisotnost sledečih simptomov:

zmedenost, razdražljivost, glasnost, hrupnost, verbalne grožnje, fizične grožnje, znašanje nad

predmeti (Almvik, et al., 2000). Pri uporabi BVC lestvice ugotavljamo prisotnost zgoraj omenjenih simptomov. Prisotnost vsakega simptoma ocenimo z eno točko. Največje možno

število točk je šest. Pri nič točkah je možnost fizičnega nasilja majhna, ena do dve točki pomenita, da možnost fizičnega nasilja obstaja, tri točke ali več pomenijo, da je možnost fizičnega nasilja velika. Lestvica odkrite napadalnosti – OAS pa ima štiri kategorije. To so

besedna napadalnost, telesna napadalnost do sebe, do predmetov ter do drugih ljudi. Vse

kategorije imajo podkategorije možnih vedenj, ki jih evidentiramo.

V UPK Ljubljana na EGP uporabljamo lestvici OAS in BVC, ki sta nam v pomoč pri zgodnjem

prepoznavanju in preprečevanju vznemirjenosti ali agresivnega vedenja pri pacientih z demenco. Za potrebe dela na kliniki smo lestvici BVC dodali kategorijo »Nasilno vedenje do

ljudi« in seštevke točk povečali na sedem. V obdobju od 1. 1. do 31. 8. 2016 je bilo na EGP

izpoljenih 45 lestvic. Po številu izpoljenih lestvic izstopata oddelka pod posebnim nadzorom.

Povprečna ocena agresivnosti po lestvici BVC je znašala 5, kar pomeni veliko možnost

38

fizičnega nasilja. Razdelitev po spolu je bila približno enaka, nekoliko več je bilo povzročiteljev

moškega spola, in sicer 53 %, ženskega 47 %. Najpogosteje označene kategorije vedenja po

lestvici BVC so bile: napetost/razdražljivost/konfliktnost (18,75 %), glasnost/zahtevnost (16,96

%), verbalne grožnje (16,51 %) ter zmedenost/nemir (16,51 %).

Po lestvici OAS pa so bila največkrat evidentirana vedenja, ki sodijo v sklop besedne napadalnosti, od tega 29-krat jezno vpitje in hrupnost, 23-krat grobo preklinjanje, jezno uporabljanje kletvic ter srednje močne grožnje drugim in 21-krat žaljenje drugih.

V sklopu telesne napadalnosti do drugih ljudi so bile najpogosteje, 27-krat, evidentirane grozeče

kretnje, zamahovanje proti ljudem ter grabljenje za obleko, 20-krat udarjanje, brcanje, porivanje, puljenje las, brez večjih poškodb in 5-krat napadanje drugih in povzročanje blage

telesne poškodbe.

V sklopu telesne napadalnosti do predmetov je bilo 12-krat dokumentirano metanje predmetov

na tla, brcanje pohištva ter mazanje zidu.

V kategoriji telesna napadalnost do sebe sta bili zabeleženi dve napadalni vedenji.

## **Deeskalacijske tehnike**

V obvladovanju agresivnega vedenja poznamo več pristopov. Zlasti v zadnjih letih se v literaturi vse več omenja pomen poznavanja deeskalacijskih tehnik, ki so uspešne predvsem pri

blažjih oblikah agresije, z njimi lahko preprečimo morebiten izbruh hujše agresije.

Deeskalacijske tehnike so psihološke metode za zmanjšanje in odpravo agresivnega vedenja.

Sem sodijo način pristopa k pacientu, verbalna in neverbalna komunikacija s poudarkom na

odprtem, iskrenem in zaupnem odnosu s pacientom, kar mu da možnost, da se počuti sprejetega

in razumljenega in lahko zmanjša potrebo po agresivnem vedenju (Price & Baker, 2012).

Pri demenci se redkeje pojavljajo skrajne oblike agresivnega vedenja, kje bi prišlo do hudih

telesnih poškodb, čeprav so tudi take oblike agresije možne in se dogajajo. Pacienti pogosteje

izkazujejo nenadne manjše oziroma ponavljajoče verbalne ali fizične izbruhe agresije. Pri

pacientu z demenco moramo tehnike deeskalacijske komunikacije prilagoditi in jih usmeriti na

tiste komunikacijske sposobnosti pacienta, ki so mu zaradi bolezni še preostale.

## **Bazalna stimulacija**

Izraz bazalna stimulacija (v nadaljevanju BS) pomeni spodbujanje osnovnega zaznavanja v

terapevtske namene, s ciljem da bi pacient zaznaval sebe, svoje telo, okolico, druge ljudi.

Pomanjkljivo zaznavanje lastnega telesa pogosto vodi k vznemirjenosti in agresivnemu vedenju. Osnovno zaznavanje je vestibularno, vibracijsko in somatsko in je razvito že v dvanajstem tednu nosečnosti (Bienstein & Frohlich, 1991).

Za BS je značilno, da se postopki zdravstvene nege prilagajajo vedenju in počutju pacienta. Pri

nemirnih se uporabljajo metode, ki jih pomirjajo, nasprotno pa je treba preveč mirne spodbujati

k aktivnosti. Za pomirjanje se največkrat uporabljajo somatska, vibracijska, vestibularna in

taktilna stimulacija. Nekateri pacienti po dolgotrajnem ležanju postajajo nemirni in odklonilni,

ker izgubljajo sposobnost zaznavanja svojega telesa (prav tam).

S somatsko stimulacijo, ki jo osebe izvaja s pomočjo umivanja, masaže, ovijanja s tkaninami,

razbremenjevanja in omejevanja z raznimi zvitki, dosežemo, da nemirni pacienti ponovno

začutijo meje svojega telesa, postanejo bolj odzivni in se hitreje pomirijo (Mikluž, 2009).

Pomirjajoče delujejo tudi vibrirajoči predmeti, zato se nemirni pacienti po masaži prsnega koša

z vibratorjem običajno pomirijo. Enako je pri britju z električnim brivnikom, pri uporabi električne zobne ščetke in podobno. S temi izkušnjami si zaposleni lahko pomagajo,

kadar

pacienti odklanjajo osebno higieno. Pri zmanjševanju nemira ima pomembno vlogo tudi vestibularna stimulacija, s pomočjo katere se pacienti pomirijo z guganjem ali zibanjem, hkrati

pa se povečuje njihova pozornost in zanimanje za okolico (prav tam).

S taktilno stimulacijo pacienti pridobivajo informacije preko svojega telesa, zato morajo biti

dotiki nedvoumni in jasni. V ta namen se je treba izogibati hitremu načinu dela, ker nejasni

dotiki ustvarjajo nelagodje in nemir. Dotikanje je treba začeti mirno, s plosko položeno roko

(začetni dotik, najbolje centralno, npr. na rami) in zaključiti z rahlim pritiskom (končni dotik).

Taka informacija je jasno sporočilo, da se je delo zaključilo. Z dotikanjem bolj centralno na

telesu in manj na periferiji ter z uporabljanjem cele dlani in ne samo prstov je pacientu omogočeno boljše zaznavanje telesa, kar je cilj BS, ki po Van Hulsenovi (2010) izhaja iz terapije celega telesa.

Za večino postopkov je pomembno da poseg začne in konča ena oseba, dotikanje več ljudi

hkrati namreč pacienta vznemirja, da gibi proti smeri rasti dlak povzročajo intenzivno

40

zaznavanje, zato delujejo poživljajoče, in nasprotno, da gibi v smeri rasti dlak dajejo natančno

informacijo o obliki telesa in delujejo pomirjujoče, da delamo vedno od sredine proti periferiji,

zato da se povrne telesna shema in da pri delu vedno vzpostavljamo simetrijo, npr. leva

roka-

desna roka (Bienstein & Frohlich, 1991).

BS je namenjena humani zdravstveni negi, ki pacienta obravnava individualno in celostno.

Pomeni pozitivno ponudbo, ki pacientu lahko pomaga. Vedno dopušča nove možnosti in nas s

tem sili k lastni ustvarjalnosti. Pri BS za delo ne potrebujemo dragih pripomočkov. Mnogo bolj

kot pripomočki sta pomembna pacient in medicinska sestra ter iskren in empatičen odnos med

njima. BS je odprt koncept, ki ga ob poznavanju osnovnih načel lahko širimo, nadgrajujemo in

združujemo z drugimi koncepti, za to pa sta potrebna naša odprtost in interes. (Mikluž, 2009).

## **Validacija**

Validacija po Naomi Feil, ki je metodo začela razvijati po letu 1963, pomeni da »drugega spoštujem, kar mi sporoča, jemljem kot resnično in veljavno ter se pri tem poskušam vživeti v

njegovo situacijo« (Van Hulsen, 2010). Iz znanih teorij in terapevtskih metod ter lastnih razmišljanj je Feilova razvila metodo validacije – empatično razumevanje, tudi zato, da bi čimbolj omejita uporabo kemičnih in fizičnih sredstev za oviranje.

Validacija je tehnika, pri kateri z iskrenim sočutjem in empatijo prisluhnemo pacientovim občutkom in z uporabo podobnih besed, kot jih uporablja pacient ter z enakim tonom in

glasnostjo, izrazimo razumevanje za to, kar občutijo. Tako njihove občutke potrdimo, jih upoštevamo in jim damo realno vrednost, njim pa pokažemo, da razumemo njihovo stisko,

tesnobo ali vznemirjenost. Dejstvo, da jih jemljemo resno, jim pomaga, da ponovno pridobijo

občutek lastne vrednosti, poveča se samozavest, nemir in strah pa se zmanjšata (Fraiser, et al.,

2015).

Načela validacije izhajajo iz razumevanja in dojetanja pacientov z demenco. Najpomembnejša

načela, ki nam pomagajo pri delu, so upoštevanje pacientove individualnosti, upoštevanje

vrednosti vsakega človeka ne glede na njegovo bolezen, razumevanje, da za vsako vedenje

obstaja razlog, da so spremembe posledice bolezni, da je treba starejše ljudi sprejemati brez

ocenjevanja, da pri pacientih boleči občutki, ki jih osebe razume, sčasoma izzvenijo, v

41

nasprotnem primeru pa se utrjujejo in da empatično, čuteče razumevanje pripelje k zaupanju,

zmanjševanju tesnobe ali vznemirjenosti in znova vzpostavlja dostojanstvo (Van Hulsen, 2010).

*Tehnike deeskalacijske komunikacije in drugih pristopov za zmanjševanje napetosti, vznemirjenosti in agresivnega vedenja pri pacientu z demenco:*

- Zgodnja intervencija in prepoznavanje opozorilnih znakov, kot so strah, razburjeno



vedenje in nemir.

- Pacientu se približajte mirno in počasi, vedno iz sprednje strani, da vas lahko opazi.

- Vzbudite pozornost s pozdravom, pogledom ...

- Ostanite mirni, preudarni in pozitivni.

- Skušajte vzpostaviti zaupnost.

- Uporabljajte umirjen, počasen način govora in nižje tone glasu.

- Vprašajte, kaj se dogaja, kako lahko pomagate, vključite pacienta v pogovor.

- Naenkrat zastavite le eno vprašanje in počakajte na odgovor, če je treba vprašanje

ponovite.

- Spodbujajte ga k pogovoru s pomočjo spodbujevalcev – tako, dobro, razumem ... ali z

odsevanjem, ko se »pretrga nit«  
pogovora.

- Navodila naj bodo takšna, da jih pacient razume.

- Uporabljajte jasna in kratka sporočila. Če je treba, jih razdelite na več enostavnih

opravil, kot npr. pojdite naravnost; odložite vazo na mizo; sedite

...

- Pazite, da so besedna in nebesedna sporočila skladna.

- Ko bolezen napreduje, z gibi, obrazno mimiko, glasom, načinom približevanja, hoje,

drže in podobno, pokažite, kaj želite.

- Prepoznajte pacientove občutke in mu pomagajte, da jih poimenuje, npr. »Videti je,

da

vas nekaj jezi ... Razumem, da pogrešate hčerko ...«.

- Diskretno preusmerjajte pacientovo pozornost na druge dogodke, najboljše tiste, ki so

takrat aktualni.

- Pomagajte mu pri odločanju, če vidite, da ima pri tem težave.

- S pacientom z demenco ravnajte spoštljivo, nikoli ga ne imejte za otroka.

- Držite obljube in obljubite le tisto, kar boste lahko storili.

42

- Pohvalite njegovo sodelovanje (International Psychogeriatrics Association, 2012;

Fraiser, et al., 2015):.

*Zmanjševanje napetosti in agresivnosti pri pacientu mora potekati varno za vse udeležene, zato:*

- Imejte situacijo pod nadzorom in ostanite profesionalni.

- V prisotnosti pacienta ne šepetajte.

- Pacienta ne prepričujte, ne razpravljajte, ne ukazujte ...

- Ne pozabite, da se pacienti spominjajo svojih čustev ob nekem dogodku dlje, kot se

spominjajo samega dogodka.

- Upoštevajte, da preveč oseb ob napetem pacientu lahko vznemirjenost poslabša.

- Poskrbite za varnost.
- Izogibajte se fizičnim omejitvam.
- Pokličite pomoč, če je kdorkoli ogrožen (International Psychogeriatrics Association, 2012; Fraiser, et al., 2015).

## **Diskusija**

Vedenjski in psihični simptomi pogosto spremljajo demenco in se med potekom bolezni spreminjajo. V začetnem obdobju je simptomov, povezanih z agresivnostjo, običajno manj,

kasneje se prisotnost povečuje.

V zdravstveni obravnavi agresivnih pacientov z demenco uporabljamo različne tehnike, ki jih

individualno prilagajamo glede na potek, vrsto in trajanje demence ter prisotnost vedenjskih in

psihičnih simptomov.

Tehnike deeskalacije, naravnane na pacienta z demenco, bazalna stimulacija in validacija so

pristopi, s katerimi lahko omilimo ali preprečimo razvoj agresivnosti. Najpogosteje smo uspešni

s kombinacijo različnih pristopov, ki zagotavljajo individualno in celostno obravnavo, ki ohranja pacientovo samospoštovanje in dostojanstvo.

Za uspešno prepoznavanje in preprečevanje agresivnega vedenja mora zdravstveno osebje

poznati biografijo pacienta, da se seznanimo s pacientovimi preteklimi navadami in vedenji.

43

Tovrstne informacije pomagajo pri ugotavljanju vzrokov, ki so sprožili agresivno vedenje.

Naučiti se morajo prepoznavati pacientovo neverbalno sporočanje in osebne stiske. V iskanje

podatkov morajo vključiti svojce, ki so najboljši vir informacij. Dobro splošno in specialno opazovanje omogoči pridobivanje informacij o telesnem in duševnem počutju pacienta, saj so

npr. bolečine, halucinacije, napačno prepoznavanje in podobno pogosto vzrok agresivnega

vedenja. Potrebno je dokumentiranje vseh pridobljenih podatkov. Na osnovi evalviranih postopkov in sprememb vedenja lahko načrtujemo boljše intervencije.

Za zgodnje prepoznavanje in preprečevanje agresivnega vedenja zdravstveno osebje uporablja

različne lestvice. Abderhalden in sodelavci (2006) navajajo ugotovitve, da ocena tveganja za

nasilno vedenje z uporabo strukturiranih lestvic znatno zmanjša hude agresivne izbruhe na

psihiatričnih oddelkih.

Lestvici OAS in BVC, ki se uporabljata na EGP, sta pokazali, da se osebje pogosto srečuje z

agresivnim vedenjem. Po številu izpolnjenih lestvic izstopata oddelka pod posebnim nadzorom,

kar je razumljivo, saj se tam zdravi največ akutno bolnih pacientov z vedenjskimi in psihičnimi

spremembami. Vendar zelo visoke ocene lestvic kažejo na to, da osebje nekaterih agresivnih

vedenju verjetno ne beleži redno, kar tudi sami v neformalnih pogovorih potrjujejo. Redkeje izpolnijo lestvico pri preklinjanju, zmerjanju, kričanju in grabljenju, kadar se ti simptomi pojavljajo samostojno in se ne manifestirajo z drugimi posledicami.

Glede na rezultate obeh lestvic so največkrat evidentirana vedenja, ki sodijo v sklop verbalne

agresije. Vedenja, ki sodijo v sklop fizične agresije, so na drugem mestu.

Tehnike deeskalacije, bazalna stimulacija in validacija pomagajo pri obvladovanju agresivnega

vedenja pri pacientih z demenco. Deeskalacija je bila bolj ali manj vedno prisotna pri delu

zdravstvenega osebja, le da se ni uporabljala sistematično, temveč bolj po lastni presoji in

navdihu. V zadnjem času intenzivno potekajo različna izobraževanja za učenje deeskalacijskih

tehnik in programi, s katerimi se zdravstveno osebje načrtno izobražuje v postopkih validacije,

bazalne stimulacije in drugih tehnik. Vse omenjene tehnike imajo skupni imenovalec v pomirjanju pacientov in preprečevanju agresivnosti, čeprav vsaka na svoj način. Če hočemo

zagotoviti individualno obravnavo pacienta, ga moramo kot takega tudi spoznati in pri reševanju njegovih težav izbrati tehniko, s katero mu bomo lahko v kar največji meri pomagali

in pri tem poskrbeli tudi za njegovo dostojanstvo. Takšna obravnava pacientov z demenco

zmanjšuje možnosti za agresivno vedenje, saj je po Pricu in Bakerju (2012) agresija pogosto

odziv na izgubo dostojanstva, zato moramo pacientu povrniti občutek

samospoštovanja.

44

## **Zaključek**

S strokovno obravnavo pacientov z demenco, ki zahteva spoštovanje pacientove osebnosti in z

izbiro ustrezne metode dela glede na pacientove preostale sposobnosti, lahko zmanjšamo

pogostnost agresivnega vedenja.

Za odkrivanje in preprečevanje vznemirjenosti pri pacientih z demenco mora osebje pacienta

dobro poznati. Pomaga si s podatki, ki jih dobi od svojcev, podatki, ki jih zbere na podlagi

lastnega opazovanja ter z uporabo lestvic za oceno agresivnosti.

Ob pregledu izpolnjenih lestvic OAS in BVC na EGP je bilo ugotovljeno, da zdravstveno osebje

lestvice sicer uporablja, vendar jih ne izpolnjuje dovolj zgodaj glede na razvoj agresivnega

vedenja. To dokazuje visok odstotek (91,1 %) visokih ocen tveganja za agresivno vedenje (več

kot 3) in dejstvo, da so zaposleni v zdravstveni negi lestvico največkrat izpolnili šele takrat, ko

je pacientovo vedenje že zahtevalo njihovo intervencijo. Zdravstveno osebje mora evidentirati

vse oblike agresivnega vedenja, da na nekatere ne postane neodzivno. Le dosledna uporaba

ustreznih lestvic, upoštevanje smernic za preprečevanje oziroma zmanjševanje

agresivnega

vedenja in natančno spremljanje pacientovega vedenja omogoča, da osebje ne bo spregledalo

začetne oblike agresivnega vedenja, ki bi ga sicer z ustreznim pristopom lahko preprečili.

Čeprav delo z agresivnimi pacienti z demenco zdravstvenemu osebju nedvomno povzroča

stisko in strah, mora, ne glede na izbiro in uporabo tehnike za preprečevanje oziroma zmanjševanje vznemirjenosti, napetosti in agresivnega vedenja, ohranjati dostojanstvo pacientov.

## Literatura

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.J. & Fischer, J., 2006. Predicting in patient violence using an extended version of the Broset Violence Checklist: instrument development and clinical application. *The British Journal of Psychiatry*, 193, pp. 44-50.

Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K., 2000. The Broset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), pp.1284-1296.

Bienstein, C., Frohlich, A., 1991. Basale Stimulation in der Pflege. 8th ed. Dusseldorf: Verl.

Selbstbestimmtes Leben, pp.  
28-36.

45

Duxbury, J. & Whittington, R., 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), pp. 469-478.

Fraiser, L., Karp, J., Brown, R., 2015. Hilltop Dementia Training Manual. pp. 41-66. Available at: <http://seniordaybreak.com/wp-content/uploads/2015/02/Dementia-Training-Manual.pdf> [15.10.2016].

International Psychogeriatrics Association, 2012. Non-pharmacological management: modul 5. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Educational Pack. IPA, pp. 4- 23.

Kogoj, A., 2007. Značilnosti in razumevanje demence. In: Mali, J. & Milošević Arnold, V., eds. Demenca – izziv za socialno delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, pp. 15-21.

Kogoj, A., 2011. Vedenjske in psihične spremembe pri demenci. Visoka zdravstvena šola v Celju. pp. 6. Available at: [http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna\\_gradiva/Vedenjske\\_in\\_psihicne\\_spremembe\\_demenci\\_77441.pdf](http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Vedenjske_in_psihicne_spremembe_demenci_77441.pdf) [23.10.2016].

Ličen, S., Trobec, I., Čemažar, M., Plazar, N., 2010. Demenca-izziv ali stiska zaposlenih v domovih za starejše. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(1), pp. 13-9.

Mikluž, B., 2009. Osnove bazalne stimulacije in možnosti uporabe v zdravstveni negi. In: Pregelj, P. & Kobentar, R., eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Psihiatrična klinika Ljubljana. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 399-403.

Pišljar, M., 2001. Psihiatrični simptomi pri Alzheimerjevi bolezni. In: Kogoj, A., ed. Celostna obravnava bolnika z demenco. 2 psihogeriatrsko srečanje. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Spominčica-Združenje za pomoč pri demenci, pp. 44-45.

Price, O. & Baker, J., 2012. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), pp. 310-319.

Swanson, J.W., Swartz M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R., et al., 2006. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), pp. 490-499.



Van Hulsen, A., 2010. Zid molka. Oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in

drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl & Co, d.o.o., pp. 35-41.

Žmuc Veranič, L., 2015. Vloga serotoninškega sistema pri bolnikih z Alzheimerjevo demenco in agitacijo: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, pp. 10.

46

## **DUHOVNOST V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA IN SOCIALNEGA VARSTVA**

### **Spirituality in the healthcare and social security system**

**Dr. Klelija Štrancar, univ. dipl. teol.**

*Kontaktni e-naslov:*

[klelija.strancar@siol.net](mailto:klelija.strancar@siol.net)

#### **IZVLEČEK**

Že na začetku je potrebno poudariti, da duhovnost ni vezana zgolj na določene obrede ali rituale,

ki pripadajo religijam, temveč je obravnavana v širšem pomenu kot bistveni način človekovega

življenja, ki išče in izkazuje svoj smisel oziroma razumevanje. Duhovnost je pomemben vidik

celostnega (holističnega) pristopa obravnave oseb v sistemu zdravstvenega in socialnega

varstva, ki je v praksi pogosto spregledan. Težava namreč nastopi pri poskusu enotne opredelitve pojma duhovnosti ter zaradi nejasnosti o tem, kako vključiti duhovno oskrbo v

vsakodnevno prakso obravnave. Ne glede na navedene težave pa številni poskusi razlage pojma

duhovnosti razkrivajo zavzetost za prepoznavanje pomena, ki ga ima duhovnost na doživljanje

posameznika tako v času bolezni kot v času staranja. Prispevek je namenjen razmisleku o

razlogih za vključitev duhovne oskrbe v celotno obravnavo posameznika. Razmislek se opira

na nekatere bistvene vsebinske opredelitve pojma duhovnosti, kot so: odnos z Bogom, duhovnim bitjem, z neko višjo silo ali neko resničnostjo, višjo od sebe; obstoj nečesa, kar ni iz

materialnega sveta; smisel in cilj življenja; življenjska moč osebe; stik s seboj (celostnost,

notranji mir); povezanost z drugimi (ljubezen, sprava); povezanost z naravo itd. Z navedenimi

pojmi so povezane različne duhovne potrebe posameznika, ki kličejo po njihovem prepoznavanju, upoštevanju in podpori. Duhovnost in duhovna oskrba imata pomembno vlogo

pri doživljanju bolezni, kot tudi doživljanju v času staranja, saj dobro duhovno počutje bistveno

vpliva na preprečevanje brezupa, potrnosti in želje po čimprejšnji smrti. Tovrstno uresničevanje

kakovostne oskrbe kot tudi prepoznavanje duhovnega učinka, ki ga ima tak odnos na

osebo,

pomagata k naraščanju zaupanja in iskanju smisla, to pa je tisto bistvo, ki ga zdravstveni delavci

velikokrat spregledajo. Zdravljenje (healing) pomeni več kot zdravljenje v medicinskem smislu, saj pomaga ljudem, da ponovno občutijo svojo celost in to ne glede na bolezen ali

staranje. Duhovnost mora biti vključena v način dela, ne pa biti ločen ali dodaten del oskrbe.

47

Duhovna podpora kot vključujoč sestavni del celostne oskrbe prispeva k opolnomočenju posameznika, da izrazi svoje duhovne potrebe, ko se spopada z vprašanjem smisla in pomena

svojega življenja, z vprašanjem smrti kot tudi z vprašanjem posmrtnega življenja.

**Ključne besede:** duhovnost, duhovna oskrba, bolezen, staranje, kakovost življenja.

## Zaključek

Duhovna oskrba je kot del celostne oskrbe bistvenega pomena za kakovost življenja, vendar v

praksi še ni dovolj upoštevana. Prepoznati pomen duhovnosti in duhovne podpore pomeni

razumeti in priznati človeka v njegovi telesni, duhovni in psihosocialni celosti. Duhovnost in

duhovna oskrba podpirata človekovo dobro duhovno počutje (spiritual well being), kar pozitivno vpliva na kakovost njegovega življenja v času bolezni kot tudi v času staranja. Za

podporo in poglobljanje teh ugotovitev bo potrebno temo duhovnosti v slovenskem prostoru

vključiti v program izobraževanja, ki bo zagotavljal možnost raziskovanja in preučevanja vpliva

duhovnosti na izide zdravljenja kakor tudi vpliva na kakovost življenja v času staranja.

## **ABSTRACT**

It has to be emphasised from the very beginning that spirituality is not only related to particular

rituals or rites belonging to religions but it is has been dealt with in a broader perspective as an

essential way of human life, of human beings searching for and manifesting their meaning and

understanding. Spirituality is an important aspect within the holistic approach to patients' treatment in the healthcare and social security system, which has been often neglected in the

everyday practice. Namely, the problem arises when we try to assess the term of spirituality

unequivocally as well as due to uncertainties about how to implement spiritual care into everyday practice of treatment. In spite of the above-mentioned difficulties, we can witness

numerous attempts of defining the term of spirituality, which reveal eagerness to recognize the

importance of spirituality on one's individual experience during illness as well as in the ageing

process. This contribution is intended to enhance consideration about implementing and integrating spiritual care into the holistic treatment of patients/ individuals. The viewpoint

is

based upon some essential definitions of spirituality such as: relationship with God, a spiritual

being, with some higher force or reality higher than themselves; the existence of something,

48

which is not from the material world; purpose and meaning of life: individual/personal life

strength; being in touch with yourself (wholeness, internal peace); being connected with other

people (love, reconciliation); being connected with nature etc. There are various individual

spiritual needs related to these terms and they do not only need to be addressed in the right way

but recognized, taken into consideration and supported as well. Spirituality and spiritual care

play an important role while experiencing an illness as well as in the ageing process since

spiritual well-being is essential to help prevent hopelessness, depression and wish for a quick

death. Therefore, putting quality care into practice as well as recognizing the spiritual effect,

which such a relationship can have on the individuals/patients, contribute to increase confidence

and search for meaning, which has been neglected by healthcare providers quite often. Healing

means more than just medical treatment and cure since it helps people to regain their wholeness

despite their illness or ageing. Spirituality as such must be included into the work practice, not

separated from or considered an additional part of the healthcare. Spiritual support as an

integral

part of holistic care contributes to the reinforcement of the individuals and makes them able to

express their spiritual needs when dealing with important issues such as: purpose and meaning

of life, death and life beyond death.

**Key words:** spirituality, spiritual care, illness, ageing, quality of life.

## **Conclusion**

Spiritual care as part of the holistic care is of essential importance for the quality of life, although in everyday practice it is not taken into consideration as it should be. To assess and

recognize the importance of spirituality and spiritual support means to understand and acknowledge human beings in their physical, spiritual and psychosocial entity. Spirituality and

spiritual care can effectively support man's spiritual well-being, which consequently has a

positive influence on the quality of life during illness as well as in the process of ageing. In

order to support and elaborate these conclusions the topic of spirituality will have to be integrated into the educational curriculum to ensure more space for research and analysis about

the influence of spirituality on the outcome of medical treatment as well as on the quality of life

during the ageing process.







# ALZHEIMERJEVA DEMENCA KOT NOVA OBLIKA SLADKORNE BOLEZNI TIPA 3

## Alzheimer's dementia as a form of type 3 diabetes

Ana Ogrič Lapajne, dr. med., spec. interne medicine, Zdravstveni dom Idrija,  
Otona Župančiča 3, 5280 Idrija

Kontaktni e-naslov: [ana.ogric@zd-idrija.si](mailto:ana.ogric@zd-idrija.si)

### IZVLEČEK

Demenca je ena najpogostejših bolezni starejših. Alzheimerjeva demenca zastopa 60–80 %

vseh demenc, prevalenca pri starejših od 90 let je 22,2 %. Sladkorna bolezen tipa 2 je dejavnik

tveganja za razvoj Alzheimerjeve demence in vaskularne demence. Sladkorna bolezen tipa 3

pa predstavlja insulinsko rezistenco in pomanjkanje insulina v možganih. Potekajo študije, ki

bi omogočile uporabo antidiabetikov v terapiji Alzheimerjeve demence.

**Ključne besede:** demenca, Alzheimerjeva demenca, sladkorna bolezen

### ABSTRACT

Dementia is one of the most common diseases of the elderly. Alzheimer's disease represents

60-80% of all dementias and the prevalence is 22,2% in the age group above 90 years.

Diabetes

mellitus type 2 is a risk factor for Alzheimer's disease and vascular dementia. Diabetes mellitus

type 3 represents insulin resistance and deficiency in the brain. Studies of the use of antidiabetics in the treatment of Alzheimer's disease are underway.

**Key words:** dementia, Alzheimer's disease, diabetes mellitus

## Uvod

Demenca je ena najpogostejših boleznih starejših. Prevalenca pri starejših od 65 let je za Evropo

6,4 %. 4,4 % predstavlja Alzheimerjeva demenca (v nadaljevanju AD), 1,56 % vaskularna ali

mešana (degenerativna in vaskularna), 0,4 % pa druge oblike. Prevalenca se s starostjo zvišuje

in je za AD pri starejših od 90 let 22,2 % (Pasquier, et al., 2006).

AD tako zastopa med 60 in 80 % vseh demenc. Zgodnji znaki se kažejo kot izguba spomina za

imena in nedavne dogodke, kasneje pa kot dezorientacija, spremembe vedenja, težave s

požiranjem, hojo, govorom (Thies & Blial, 2011).

Hipotez, ki pojasnjujejo patofiziologijo razvoja bolezni, je več. Amiloidna hipoteza predvideva

akumulacijo plakov nenormalne oblike amiloida □. Patološke strukture se sprva kopičijo v

hipokampusu in kasneje napredujejo do korteksa, kjer povzročijo izgubo kognitivnih funkcij.

(Accardi, et al., 2012),

Vaskularna teorija zagovarja razvoj bolezni kot posledico okvarjene možganske perfuzije.

Najpomembnejši žilni dejavniki tveganja so tako prebolela možganska kap, bolezni srca, ateroskleroza (de la Torre, 2004).

Tako sta sladkorna bolezen (v nadaljevanju SB) tipa 1 in SB tipa 2 povezani s povečanim

kognitivnim upadom. Pri tipu 2 obstaja povečano tveganje tako za razvoj AD kot tudi za razvoj

vaskularne demence (Pasquier, et al., 2006).

Razvoj SB, ki se kaže v hiperglikemiji, je posledica okvarjene funkcije in signalnih poti insulina. Za tip 1 je značilen propad (avtoimuni) beta celic v trebušni slinavki in posledično

pomankanje insulina. Tip 2 pa je posledica razvoja insulinske rezistence perifernih tkiv in je

povezan z debelostjo, družinsko obremenjenostjo, neustreznim življenjskim slogom. Za tip 2 je

značilna hiperglikemija in hiperinsulinemija (de la Monte & Wands, 2008).

Tip 3 sladkorne bolezni označuje insulinsko rezistenco in pomanjkanje insulina v možganih.

Tip 2 in tip 3 sladkorne bolezni lahko tudi sovpadata (de la Monte & Wands, 2008).

## Diskusija

SB tipa 2 in AD sta medsebojno povezani. SB tipa 2 je dejavnik tveganja za razvoj AD in vaskularne demence (Pasquier, et. al, 2006).

Povečano tveganje za AD pri sladkorni bolezni tipa 2 tako lahko pripišemo hiperglikemiji, periferni insulinski rezistenci, oksidativnemu stresu, akumulaciji končnih glikiranih produktov,

52

povečani produkciji pro-inflamatornih citokinov in/ali možganski mikrovaskularni prizadetosti (de la Monte & Wands, 2008)

Izkazalo pa se je, da samo SB tipa 2 ali debelost s povečano insulinsko rezistenco v možganih

ni dovolj za razvoj AD in da so potrebni še drugi patološki procesi (okvare DNA, mitohondrijska disfunkcija) (de la Monte & Wands, 2008).

Študija, ki je bila opravljena leta 2005 na obdukcijskih vzorcih možganov, je pokazala nepravilnosti pri insulinskem, IGF 1 (insulin-like growth factor, v nadaljevanju IGF) ter IGF 2

signalnih mehanizmih. Pri AD je bila ekspresija genov za insulin, IGF 1, IGF 2, receptorju za

insulin in receptorju za IGF znižana. Lahko govorimo, da gre za nevroendokrino

disfunkcijo v

možganih, ki se razlikuje od SB tipa 2 in tako lahko govorimo o SB tipa 3 (Steen, et al., 2005).

Insulin, IGF 1, IGF 2 in njihovi receptorji sodelujejo v rasti nevronov, preživetju, diferenciaciji,

migraciji, tvorjenju sinaps, neurotransmiterskih funkcijah in plastičnosti. To se pokaže kot akumulacija tau proteina in beta amiloida, poveča se oksidativni stres, mitohondrijska disfunkcija, aktivirajo se pro-inflamatorni citokini (de la Monte, 2012).

Ugotovitve, ki bi jih lahko izkoristili za učinkovito zdravljenje, so: zgojen pojav pomanjkanja

insulina in IGF v poteku bolezni, spremembe napredujejo progresivno s stopnjo nevrodegeneracije, živalski modeli so pokazali možnost zdravljenja z antidiabetiki (Accardi, et al., 2012).

Učinkovitost insulina lahko pričakujemo zaradi povečane insulinske rezistence, diabetiki, ki so

zdravljeni z insulinom, izkazujejo izboljšanje spomina in upočasnitev napredovanja AD, zdravljeni starejši diabetiki imajo manjšo gostoto lezij kot nediabetiki, aplikacija insulina izboljša kognitivne funkcije. V poštev bi prišla aplikacija intranazalnega insulina, ki poviša

nivo možganskega insulina, ne vpliva pa na glukozo v plazmi.

Alternativa insulinu bi lahko bil glukagonu podoben peptid 1 (glucagon like peptid, v nadaljevanju GLP 1). GLP 1 se tvori v celicah tankega črevesja po zaužitju hrane. Poveča

produkcijo insulina in zavre izločanje glukagona. Ima kratek razpolovni čas, le nekaj minut.

Nato ga razgradi dipeptidil 4 peptidaza. GLP 1 izboljšuje tudi insulinsko rezistenco,

stimulira

rast nevronov, znižuje posledice oksidativnega stresa.

Metformin je antidiabetik iz skupine bigvanidov in znižuje insulinsko rezistenco.

Metformin

sam zvišuje akumulacijo beta amiloida. V kombinaciji z insulinom pa bi lahko pri starejših

pacientih v začetni fazi AD izboljšal kognitivne funkcije in upočasnil nevrodegeneracijo.

Za potencialno učinkovite so se pokazali še alfa lipolitična kislina, krom in antioksidanti (vitamin E, statini Ginkgo Biloba, polifenoli).

53

Lahko pa ugodno vplivamo na insulinsko rezistenco tudi z aerobno telesno vadbo, vzdrževanjem telesne teže in zdravo, uravnoteženo prehrano (de la Monte 2012).

## **Zaključek**

Tarčno in učinkovito zdravljenje AD bi pomembno zmanjšalo obolevnost in umrljivost ter izboljšalo kakovost življenja, predvsem pri starejših. Predlagani načini zdravljenja imajo prednost v tem, da se v večini že uporabljajo v zdravljenju SB tip 2 in imamo z njimi že klinične

izkušnje.

Potrebujemo pa še podatke za osebe, ki imajo AD in nimajo SB tip 2, in bi jim torej lahko postavili diagnozo SB tip3.

## Literatura

Accardi, G., Caruso, C., Colonna-Romano, G., Camarda, C., Monastero, R., Candore, G.,

2012. Can Alzheimer Disease Be a Form of Type 3 Diabetes. *Rejuvenation Research*, 15(2), pp. 217-221.

de la Monte, SM., 2012. Brain Insulin Resistance and Deficiency as Therapeutic Targets in

Alzheimer's Disease. *Current Alzheimer Research*, 9, p. 35-66.

de la Monte, SM., Wand, J., 2008. Alzheimer's Disease is Type 3 Diabetes-Evidence

Reviewed. *Diabetes Science and Technology*, 2(6), pp. 1101-1113.

Pasquier, F., Boulonge, A., Leys, D., Fontaine, P., 2006. Diabetes mellitus and dementia.

*Diabetes and metabolism*, 32, pp. 403-414.

Steen, E., Terry, BM., Rivera, EJ., Cannon, JL., Neely, TR., Tavares, R., et al., 2005.

Impaired insulin and insulin-like growth factor expression and signaling mechanisms in Alzheimer's disease-is this type 3 diabetes? *Journal of Alzheimer's disease*, 7, pp. 63-80.

Thies, W., Bleiler, L., 2011. 2011 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's &*

*Dementia*, 7, pp. 208-244.

de la Torre, JC., 2004. Is Alzheimer's disease a neurodegenerative or a vascular disorder?

Data, dogma, and dialectics. *The Lancet Neurology*, 3, pp. 184-190.

# ETIČNA VPRAŠANJA, POVEZANA S STARANJEM IN IZGUBO SAMOSTOJNOSTI

## Ethical issues associated with aging and the loss of independence

viš. pred., dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.; Univerza na  
Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

*Kontaktni e-naslov:*

[mirko.prosen@fvz.upr.si](mailto:mirko.prosen@fvz.upr.si)

### IZVLEČEK

**Uvod:** Namen članka je predstaviti koncept odvisnosti in neodvisnosti v starosti, identificirati

najpomembnejša etična vprašanja in dileme, ki se pojavljajo v skrbi za starejše ter predstaviti

štiri ključna etična načela z načelom avtonomije v ospredju.

**Metode:** Uporabljen je bil raziskovalni dizajn razpravnega članka. Pregled literature je vključeval objavljene vire v angleškem jeziku za baze: CINAHL, ERIC, SAGE, MEDLINE in

Ebrary. Iskanje v slovenskem jeziku je potekalo v bazi COBISS, Digitalne knjižnice



Slovenije

dLib.si ter v bazi revije Obzornika zdravstvene nege. Pri iskanju virov je bil uporabljen le jezikovni kriterij.

**Razprava:** Upad fizičnih in kognitivnih sposobnosti, pojav številnih spremljajočih bolezni v

starosti in invalidnost neizogibno vplivajo na posameznikovo svobodo, samospoštovanje,

razumevanje in celokupno sposobnost sodelovanja v procesu zdravstvene oskrbe. Koncept

odvisnosti v starosti pa vendarle ni le rezultat biološkega procesa staranja, temveč tudi produkt

številnih družbenih dejavnikov. Dosedanje raziskave kažejo, da je največ etičnih vprašanj in

dilem v zdravstveni negi in oskrbi starostnikov povezanih z navzkrižjem osnovnih etičnih principov: avtonomije, dobronamernosti, neškodljivosti in pravičnosti.

**Zaključek:** Z dodatnim znanjem in veščinami ter že obstoječimi izkušnjami lahko medicinske

sestre pomembno prispevajo k implementaciji etičnih načel v vsakdanjo prakso in razreševanju

vsakodnevnih etičnih vprašanj ter s tem k višji kakovosti življenja starostnikov v vseh okoljih.

**Ključne besede:** starostnik, odvisnost, etična načela, zdravstvena nega, medicinska sestra

**ABSTRACT**

**Introduction:** The aim of this paper was to discuss the concept of dependence and independence in old age, identify the most common ethical issues and dilemmas, which occur in gerontological nursing and four basic ethical principles with autonomy principle in the focus.

**Methods:** The research design of a discussion paper was applied. The literature search included published papers in English in databases CINAHL, ERIC, SAGE, MEDLINE and Ebrary. The literature search in Slovenian language included COBISS, Digital Library of Slovenia dLib.si and the database of Slovenian Nursing Review. In addition to the language criterion no other criteria have been set.

**Discussion:** The decline in physical and cognitive abilities, the emergence of numerous concomitant diseases in old age and disability, undoubtedly affect individual's freedom, self-respect, understanding and overall ability to participate in the process of health care. The concept of dependency in old age, however, is not only the result of the biological process of aging, but also the product of number societal factors. So far the research findings shown that the majority of ethical issues and dilemmas in gerontological nursing care are associated with the conflict of basic ethical principles: autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice.

**Conclusion:** With additional knowledge and skills and with existing experiences nurses can

significantly contribute to the implementation of ethical principles into everyday practice and

resolve everyday ethical issues, and thereby to a higher quality of life of the elderly in all settings.

**Key words:** elderly, dependence, ethical principles, nursing care, nurse

## Uvod

Demografski trendi v razvitih državah sveta kažejo na nadaljevanje podaljševanja pričakovane

življenjske dobe. Povečuje se zlasti število starejših nad 80 oziroma 85 let. V Sloveniji je bilo

leta 1989 starejših nad 85 let nekaj manj kot 15.000 oziroma 0,7 % vsega prebivalstva; do leta

2009 se je njihovo število več kot podvojilo; leta 2029 naj bi jih po projekcijah bilo 66.478, leta

2059 pa 136.720, kar bo predstavljalo 7,6 % celotnega prebivalstva (Vertot, 2010). Po podatkih

Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2015) je v domovih starejših občanov že 17 % starejših

56

od 90 let. Ob tem pa praktično ni socialnovarstvenega zavoda, ki ne bi imel vsaj enega stoletnika. V socialnovarstvenih zavodih prevladujejo osebe ženskega spola, saj imajo tudi v

povprečju daljšo pričakovano življenjsko dobo. Po starostni strukturi pa je največ takih, ki

so

starejše od 80 let.

Naraščanje števila starejših, še posebej »najstarejših med starejšimi« se kaže tudi v strukturi

pacientov v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ter socialnih ustanovah (Shanahan, 2012; Van

der Elst, et al., 2012), ki zaradi povečane morbiditete in prevalence kroničnih bolezni potrebujejo zdravstveno obravnavo, nego in oskrbo (Straus in Kalan, 2008; Van der Elst, et al.,

2012; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2015; Preshaw, et al., 2016). S povečevanjem

števila starejših v populaciji in posledično njihovo vse večjo prisotnostjo v zdravstvenih in drugih ustanovah, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno oskrbo, je etični pristop medicinskih

sester ter drugih zdravstvenih delavcev do edinstvenih potreb starajoče populacije postal izjemno pomemben. Pojav številnih spremljajočih bolezni v starosti in invalidnost neizogibno

vplivajo na posameznikovo svobodo, samospoštovanje, razumevanje in celokupno sposobnost

sodelovanja v procesu zdravstvene oskrbe. Starejši se tudi srečujejo z izgubo avtonomije,

zmanjšano možnostjo izbire, izgubo individualnosti in neželjenimi situacijami, ker nimajo »moči« v sistemu zdravstvenega (ali socialnega) varstva (Spence Cagle, 2001; Grace, 2009).

Zaradi tega se mora etični pristop pri starostniku usmerjati v zadovoljevanje potreb po neodvisnosti, svobodi, spoštovanju in dostopu do sistema zdravstvena varstva ne glede na

njegovo/njeno zdravstveno stanje ali starost (Spence Cagle, 2001; Voljč, 2009). Na mnoge

izmed teh potreb vplivajo številni družbeni dejavniki, na katere pa medicinske sestre in drugi

zdravstveni delavci težko vplivajo. Zagotavljanje zdravstvene oskrbe se zato sooča s številnimi

izzivi, med katerimi so v ospredju napredki v razvoju tehnologije, politična interpretacija potrebne zdravstvene oskrbe starejših, ki se v primerjavi z dejansko potrebno in izvedeno lahko

močno razlikuje, bolj kompleksna zdravstvena nega in oskrba ter v spremenjenih družbenih

razmerah tudi nadzor nad stroški (Low & Kaufman, 1999 cited in Spence Cagle, 2001, p. 526;

Straus in Kalan, 2008). Tehnološki razvoj in napredek medicine sta omogočila ljudem, da kljub

pojavi različnih zdravstvenih težav živijo dlje, a obenem tudi omogočila vzdrževanje življenja

tedaj, ko kakovost življenja starostnika postane omejena oziroma zmanjšana (Spence Cagle,

2001). V tem pogledu se kaže novodobni pojav etičnih vprašanj oziroma dilem, povezanih s

podaljševanjem pričakovanega trajanja življenja. Skrbeti za starejše je zato veliko več kot le

»delo«. Gre za zahtevno delo. Starejši morajo biti razumljeni, v kolikor želimo biti njihovi zagovorniki (Tschudin, 2003). Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci, vpeti v

57

zdravstveno in socialno oskrbo starejših, se morajo zavedati številnih etičnih izzivov, ki spremljajo proces staranja v današnji družbi. Zaradi narave dela, ki vključuje neposreden stik s

sočlovekom, še posebej tistimi, ki se znajdejo v najbolj ranljivih situacijah in so zaradi tega

omejeni v skrbi zase, je srečevanje z etičnimi vprašanji in dilemami neizogibno. V kolikor stremimo k nudenju k pacientu usmerjeni zdravstveni negi (Heggestad, et al., 2015), ki kot

takšna upošteva osnovna etična načela, je potrebno izpostaviti, da se zdravstvena nega starostnika danes sooča z dodatnim izzivom, ki je povezan s povečevanjem deleža starejših

ljudi, ki potrebujejo pomoč in zmanjšanim oziroma enakim obsegom zaposlenih v zdravstveni

in socialni oskrbi, kar lahko omejuje dostojno oskrbo (Jakobsen & Sørli, 2010). Med dostojnostjo in etiko pa ni in ne more biti razlik. Skrb za starejše zato ni zgolj skrb za posameznika, temveč zahteva tudi politično aktivnost in znanje (Tschudin, 2003).

Namen razpravnega članka je predstaviti koncept odvisnosti in neodvisnosti v starosti, identificirati najpomembnejša etična vprašanja in dileme, ki se pojavljajo v skrbi za starejše ter

predstaviti štiri ključna etična načela, pomembna za delo vseh zdravstvenih delavcev. Med

slednjimi pa izpostaviti načelo avtonomije, ki je npr. pri starejših pogosto povezano s prepričanjem, da avtonomijo onemogoča upad kognitivnih sposobnosti, kar pa ne drži v celoti,

saj k temu prispeva tudi fizična kondicija posameznika (Grace, 2009; Dijkstra, et al., 2015) in

mnogi družbeni dejavniki (Bennett & Flaherty-Robb, 2003). Spoštovanje avtonomije namreč

ni zgolj individualistično in racionalno, ampak zahteva tudi razumevanje avtonomije v širšem

družbenem in kulturnem kontekstu (Fjordside & Morville, 2016).

## Metode

Uporabljen je bil raziskovalni dizajn razpravnega članka, ki so ga predstavili nekateri avtorji z

namenom proučevanja izbranega specifičnega področja (Welford, et al., 2012; Callwood, et al.,

2016). Pregled literature je vključeval objavljene vire v angleškem jeziku za baze: CINAHL,

ERIC, SAGE, MEDLINE in Ebrary. Iskanje v slovenskem jeziku je potekalo v bazi COBISS,

Digitalne knjižnice Slovenije dLib.si ter v bazi revije Obzornika zdravstvene nege. Iskanje

literature je potekalo od 1. 9. do 17. 9. 2016. Uporabljene so bile naslednje glavne ključne

besede oziroma njihova kombinacija v slovenskem in angleškem jeziku: »ethics«, »elderly«,

»nursing«, »nursing home\*«« (»home\* fortheelderly«), »long-term care« oziroma »etika«,

»starostnik\*«, »zdravstvena nega«, »socialnovarstveni zavodi«, »dolgotrajna oskrba«. Pri

iskanju virov je bil uporabljen le jezikovni kriterij. Za osvetlitev dodatnih teoretičnih konceptov

so bile uporabljene tudi monografske publikacije. Na ta način je mogoče poleg teoretičnih

konceptov zajeti v razpravo tudi nekatere novejša raziskave (Callwood, et al., 2016).

## Razprava

### *Razumevanje konceptov odvisnosti in neodvisnosti v starosti*

Staranje je obdobje človekovega življenja, ki je pogosto zaradi spremljajočih zdravstvenih težav

in povečanih potreb posameznikov po podpori družine ali drugih javno organiziranih storitev

prikazano kot čas povečane odvisnosti. Odvisnost je v tem okviru predstavljena kot naravni izid

biološkega procesa staranja, vendar pa je odvisnost veliko bolj konceptualno kompleksna, kot

jo ta stereotipno obarvana definicija opisuje (Clarke, 2010). Odvisnost v starosti ni zgolj odvisnost od drugih pri fizičnih oblikah pomoči, npr. pomoč pri osebni higieni ali drugih življenjskih aktivnostih, kot jo ima večina zdravih ljudi velikokrat pred očmi. Drugi avtorji (Baltes, 1995; Clarke, 2010; Dijkstra, et al., 2015) izpostavljajo tudi druge oblike odvisnosti,

vezane na staranje kot npr. poleg že omenjene fizične tudi psihološka, socialna, ekonomska in

politična odvisnost, v kateri se lahko znajde starostnik. Vendar pa v moderni družbi niso odvisni

od tuje pomoči le starejši in bolni, čeprav so pogosto označeni kot tisti, ki so odvisni od drugih.

Moderne družbe zaznamuje soodvisnost, pri čemer so si vsi posamezniki med seboj odvisni do

neke mere. »Etiketiranje« skupine ljudi kot odvisne je del subjektivnega družbenega procesa in



ne temelji na objektivnih dejstvih. Opredeljevanje odvisnosti vključuje vrednostne sodbe in

ideološka prepričanja (Clarke, 2010), kar bi danes poimenovali kot ageizem ali starostna diskriminacija (Baltes, 1995; Rees, et al., 2009; Clarke, 2010; Preshaw, et al., 2016).

Clark (2010) trdi, da obstajajo dokazi, da je pojem »odvisnost« lahko prikazan tudi v negativni

luči s tem, ko kritiki javno financiranih programov, namenjenih skrbi za starejše, pripisujejo

slednjim ustvarjanje »kulture odvisnosti« znotraj katere so uporabniki teh programov odgovorni za zviševanje bremena državnega proračuna. Strokovnjaki, ki so vključeni v zagotavljanje zdravstvene in socialne oskrbe, pogosto vidijo odvisnost in neodvisnost kot

nasprotujoča si pojma. Neodvisnost je v tem pogledu opredeljena kot sposobnost posameznika,

da samostojno, brez pomoči druge osebe, institucionalno organizirane skrbi ali pomoči prostovoljcev, živi v skupnosti. Po drugi strani je izguba neodvisnosti spoznana v odnosu do

zmanjšane sposobnosti samooskrbe in začetka odvisnosti po pomoči drugih. Odvisnost v

samooskrbi pomeni, da so se sposobnosti posameznika za samooskrbo v smislu pomoči pri

59

vsakodnevnih fizičnih in psihosocialnih življenjskih potrebah (npr. hranjenje in pitje, osebna

higiena, socialni stiki) zmanjšale do te mere, da posameznik potrebuje za njihovo izvajanje

pomoč drugih oseb (Saraceno, 2010; Dijkstra, et al., 2015). Neustrezen pristop k reševanju

nastale odvisnosti lahko vpliva na zmanjšano kakovost življenja, povečuje stroške zdravstvene

oskrbe in vpliva na višjo stopnjo mortalitete (Schüssler, et al., 2015). Slika 1 prikazuje razvoj

in opredelitev odvisnosti posameznika v oskrbi in s tem povezanih zdravstveno negovalnih

problemov.

**Bolezenska stanja**  
(npr. vrsta demence)

**Nesreča** (npr.  
padec)

**Abnormalnosti**  
(npr. genetske)  
**Abnormalnosti**  
(npr. genetske)  
**Abnormalnosti**  
(npr. genetske)

**Nesreča** (npr.  
padec)

Slika 1: *Prikaz opredelitve in razvoja odvisnosti v oskrbi in zdravstveno negovalnih problemov (prirejeno po Schüssler, et al., 2015, p. 47)*

Figure 1: *Presentation of definition and development of care dependency and*

*nursing care problems(adapted after Schüssler, et al., 2015, p. 47)*

Neodvisnost v starosti je, kot ugotavljajo nekateri avtorji (Bennett & Flaherty-Robb, 2003; Clarke, 2010), odvisna od resursov, in sicer materialnih (npr. dohodek, kakovost bivalnega

okolja), fizičnih (npr. sposobnost oskrbe) in skrbstvenih, ki označujejo možnost dostopa do

zdravstvenih in drugih storitev. Seveda k dostopu do teh resursov v veliki meri vplivajo tudi

spol, družbeni razred in etničnost. Vse te tri skupine resursov pa lahko gledamo tudi z vidika

**Poškodba** »izguba ali abnormalnost v strukturi telesa ali psihični funkciji (vključuje mentalno zdravje)«

**Omejitve v aktivnosti** »težave posameznika pri izvajanju aktivnosti«

**Odvisnost v samooskrbi** »nujna je podpora strokovnjakov zaradi zmanjšane sposobnosti posameznika v samooskrbi, zaradi česar postane posameznik do neke mere odvisen v oskrbi«

**Zdravstveno negovalni problemi**

»potrebna je podpora strokovnjakov zaradi takšnih sprememb zdravstvenega stanja, ki jih posameznik ne zmore voditi ali razreševati samostojno in mu omejujejo neodvisnost«

različnih nivojev: nivo posameznika, družine, lokalne skupnosti in države. Neodvisnost

bo zelo

visoka, ko bo imel posameznik na voljo dovolj resursov, da ne bo odvisen od drugih. Po drugi

strani pa si, če sledimo tovrstni opredelitvi, odvisnost razlagamo veliko bolj kot produkt družbenih in ekonomskih dejavnikov (ali pomanjkanja s tem povezanih resursov) kot pa produkt narave oziroma neizogibnih posledic biološkega staranja (Clarke, 2010).

### *Etični izzivi v institucionalni oskrbi starejših*

Starostniki so ranljiva skupina populacije, ki je tudi zaradi tega postavljena pred številne etične

izzive. V tem oziru so starostniki v institucionalni oskrbi še posebej ranljivi (Dwyer, et al., 2009; Suhonen, et al., 2010; Bollig, et al., 2016). Ranljivost je kompleksen koncept, ki je v

najširšem smislu pri odraslem opredeljena skozi nudenje zdravstvene in socialne oskrbe oziroma se kot takšna povečuje s starostjo, pojavom kroničnih bolezni, šibkostjo in upadom

kognitivnih sposobnosti (Shanahan, 2012). Po drugi strani pa je ranljivost pacientov določena

z njihovim socialnim položajem v sistemu zdravstvenega varstva in v odnosu do zdravstvenih

delavcev. Pacienti se morajo pogosto zanašati na odločitve, ki jih v njihovem imenu sprejemajo

zdravstveni delavci in sodelavci, zaradi česar takšna odvisnost povečuje njihovo ranljivost. Pri

tem se pričakuje, da bodo zdravstveni delavci in sodelavci spoštovali etične vrednote in kontekst pacientove ranljivosti (Kim, 2015).

Rees in sodelavci (2009) so skozi tematski pregled literature raziskovali pogled medicinskih

sester na etična vprašanja, ki se pojavljajo v zdravstveni negi in oskrbi starostnikov.

Identificirali so 4 teme, in sicer (1) vzroki za pojav etičnih vprašanj pri medicinskih sestrah, (2)

razlike v videnju med medicinskimi sestrami in pacienti/bližnjimi, (3) osebni odzivi medicinskih sester na etična vprašanja ter (4) odnos med medicinsko sestro in zdravnikom. V

okviru prve teme so medicinske sestre prepoznale šest vzrokov, ki prispevajo k nastanku etičnih

vprašanj in dilem v zdravstveni negi starostnika. Kot pomemben vzrok za nastale etične dileme

v zdravstveni oskrbi starejših so bili identificirani zdravniki (npr. zaradi časovne nedostopnosti,

neustreznega procesa odločanja, neprimerne zdravljenja bolečine, nezadostnega znanja o

paliativni oskrbi itd.). Sledita pomanjkanje finančnih sredstev in nezadostna kadrovska zasedba,

kar lahko pogojuje neetične prakse (npr. raba posebne varovalne opreme, umiranje v samoti) in

interesi družine in drugih bližnjih, pri čemer lahko pride do konflikta interesov med družino in

pacientom (npr. pacient odklanja hrano, medtem ko ga družinski člani fizično silijo).  
Četrta

identificiran vzrok je povezan z družbenim in institucionalnim odnosom do starostnikov (npr.

ageizem) in peti z rutino pri izvajanju zdravstvene nege oziroma oskrbe. V nasprotju s

61

konceptom, kjer je v ospredju prilagajanje pacientovim potrebam, je rutinsko izvajanje zdravstvene nege oziroma oskrbe, zlasti v dolgotrajni oskrbi, postavljeno pred preizkušnjo

odvzema avtonomije starostniku. Gre zlasti za izvajanje zdravstveno negovalnih aktivnosti/aktivnosti oskrbe v skladu z načrtovanim urnikom in redom oddelka (npr. določevanje časovnega okvira za kopanje, odvajanje, spanje itd.). Šesti identificiran vzrok za

pojav etičnih vprašanj in dilem je povezan z medsebojnimi odnosi znotraj profesionalne skupine

in tistimi sodelavci v oskrbi, ki z medicinskimi sestrami sodelujejo (npr. nesoglasja in pritiski

znotraj skupine preprečujejo ustrezno ukrepanje) (Rees, et al., 2009; Suhonen, et al., 2010).

Skozi pregled literature so Bollig in sodelavci (2016) ugotovili, da obstajajo dve veliki skupini

etičnih vprašanj in dilem, ki sta prisotni v institucionalni oskrbi starostnikov. Prvo skupino sestavljajo t. i. »vsakodnevna etična vprašanja in dileme«, kot je npr. vprašanje avtonomije,

zasebnosti, informiranega pristanka, uporabe ovirnic in drugih posebnih varovalnih ukrepov,

nasilno vedenje, zavračanje zdravil, hrane, nastanitve ali pomanjkanje resursov. Drugo skupino

predstavljajo t. i. »velika etična vprašanja in dileme«, ki se v pretežni meri nanašajo na vprašanja, povezana z življenjem in smrtjo, vključujoč odločitev po smiselnosti vzdrževanja

življenja ali uporabe terapije, ki ohranja pri življenju, smiselnosti hospitalizacije ter podobni

primeri. Med pomemben etični problem v socialnovarstvenih zavodih isti avtorji (Bollig, et al.,

2016) prištevajo tudi nezadostno participacijo svojcev v procese odločanja, kar ima za posledico konflikte med zdravstvenih osebjem ter drugimi sodelavci in svojci.

Podobno kot Bollig in sodelavci (2016) so tudi Preshaw in sodelavci (2016) skozi pregled literature, vezan na etična vprašanja med zdravstvenimi delavci v socialnovarstvenih zavodih,

ugotovili, da se kljub raznolikosti v uporabljeni metodologiji, populacijah in državah, pojavljajo

podobna etična vprašanja in dileme, povezane z oskrbo starejših. Najbolj pogosta etična vprašanja, o katerih raziskave poročajo, so povezana z navzkrižjem osnovnih etičnih principov.

V zvezi s tem se namreč postavlja vprašanje, kako etična načela, in sicer spoštovanje avtonomije, načelo dobronamernosti, načelo neškodljivosti in načelo pravičnosti ter druga

profesionalna etična načela (npr. spoštovanje zaupnosti, dolžnost do nudenja oskrbe in drugo

izpolnjevanje profesionalnih odgovornosti) prihajajo v praksi v konflikt eno z drugim. Druga

najbolj pogosta etična vprašanja so se nanašala na komunikacijo in odločanje, ki je vključevala

zdravstvene delavce in sodelavce, paciente in njihove svojce. Tretja skupina etičnih vprašanj je

bila povezana z nezadostnimi resursi, kar vključuje znanje, finančna sredstva, čas in dostop do

zdravstvenih storitev ter vodi v nesposobnost zadovoljevanja posameznikovih individualnih

potreb ali vzdrževanja dobrega počutja. Zadnja skupina etičnih vprašanj pa je povezana z

62

zagotavljanjem kakovosti nudenja zdravstvene oskrbe in zdravljenja. Ob tem Preshaw in sodelavci (2016) poudarjajo, da ageizem, čeprav redko omenjen, prispeva s svojimi predpostavkami (predsodki, op. a.) k številnim zgoraj omenjenim etičnim vprašanjem ali

dilemam.

### *Osnovna etična načela*

Medicinske sestre pri svojem delu s pacienti, družino in skupnostjo, nenehno presoja o zadevah, pri katerih se pojavljajo vprašanja: »Ali delam prave stvari?« in »Ali jih delam dobro?« (Kadivec, 2004), pri čemer mora ta presoja v vsaki situaciji vključevati aplikacijo osnovnih etičnih načel (Wallace, 2008). Zdravstvena nega kot human poklic temelji na naboru

moralnih vrednot, ki gradijo etične standarde, ki nato usmerjajo prakso zdravstvene nege

(Suhonen, et al., 2010; Kim, 2015). Ko govorimo o etičnih načelih, govorimo o pravilih, standardih ali smernicah ukrepanja, ki izhajajo iz teoretičnih predpostavk (različnih moralnih

teorij) o tem, kaj je dobro za človeka. Etična načela so koristna pri identificiranju etičnih vprašanj, pojasnjevanju pomembnih dejavnikov, razkrivanju skritih predpostavk in načrtovanju

primernih ukrepov. Kljub temu pa razumevanje teh načel samo po sebi ne bo razrešilo problemov, povezanih z zdravstveno oskrbo, saj eno ali več načel lahko v dani situaciji narekuje

različne usmerite. V nekaterih primerih pa se zdi, da so posamezna načela preveč abstraktna in

ne dovolj specifična ali celo praktična (npr. nihče ni nikoli povsem avtonomen, zatoorej, katera

stopnja avtonomije je sprejemljiva in kako to lahko določimo ali pa primer, če je pacient iz

kulture, v kateri je odločanje normativno prepuščeno družini) (Grace, 2009). Ne glede na nekatere situacije, kjer uporaba etičnih načel ni vedno aplikativna, pa je pomembnost le-teh pri



delu v zdravstveni negi ali v katerem drugem skrbstvenem poklicu temelj spoštovanja sočloveka. Štiri temeljna etična načela, ki so ključna v procesu etičnega odločanja, so (Spence

Cagle, 2001; Burkhardt & Nathaniel, 2008; Wallace, 2008; Grace, 2009; Kim, 2015):

- avtonomija,
- dobronamernost,
- neškodljivost in
- pravičnost.

*Načelo dobronamernosti* je izhodišče mnogim profesionalnim kodeksom etike, saj opredeljuje

»delati dobro« ali sodelovati na način, ki koristi prejemniku oskrbe (Spence Cagle, 2001;

Kadivec, 2004; Burkhardt & Nathaniel, 2008). V zdravstvenih ustanovah je dobronamernost

prepoznana kot dolžnost povečevati koristi in zmanjševati škodljivost za pacienta (Grace,

63

2009). V primeru pojava etične dileme je potrebno pretehtati vsak ukrep v luči, kaj je dobro in

kaj slabo ter nato sprejeti odločitev, ki temelji na tem, kateri ukrep bi bil najboljši za pacienta

ali njegove bližnje ter s tem doseči cilj kakovostne zdravstvene nege oziroma oskrbe (Spence

Cagle, 2001). Opisano sicer lahko pojmuje kot proces etičnega odločanja, kjer se srečujeta

strogi racionalizem ter etika skrbi, ki vsak zase ne moreta ponuditi zadovoljivega odgovora,

zato etično odločanje nujno zahteva skupne aktivnosti članov zdravstvenega tima

(Ovijač,  
2012).

Včasih se zgodi, da je načelo dobronamernosti v konfliktu z načelom avtonomije. Grace (2009,

p. 23–24) navaja primer pacientke s sepso, ki odklanja vstavitve i. v. kanala za dovajanje tekočin

in antibiotikov. Na prvi pogled se zdi, da obstaja dilema: spoštovati njeno avtonomijo ali zavrniti njeno odločitev in ji na ta način rešiti življenje. Če pacientka ne izpolni vseh kriterijev

za prostovoljni informirani pristanek, potem ni zmožna avtonomno odločati, saj se ne zaveda

tveganj in koristi zavrnitve takšnega postopka. Čeprav se bo lahko počutila nespoštovana in

njeno zaupanje spodkopano, je dobronamerno pričeti z zdravljenjem, vendar zmanjšati prejšnj

omenjene negativne odzive.

Z idejo dobronamernosti je povezan tudi paternalizem (Burkhardt & Nathaniel, 2008; Grace,

2009; Welford, et al., 2012), ki ga navaja Spence Cagle (2001), in je spoznan kot rezultat

konflikta med dobronamernostjo in avtonomijo in ga v neki meri prikazuje tudi zgornji primer.

Paternalizem je z vidika spola pristranski izraz, ki dobesedno pomeni »obnašati se na očetovski

način« (Burkhardt & Nathaniel, 2008) in je pogosto spoznan kot negativen (Burkhardt & Nathaniel, 2008; Grace, 2009), čeprav vedno ni takšen. Z vidika etike paternalizem pomeni

preklicati odločitev ali preferenco posameznika (Grace, 2009), v sistemu zdravstvenega varstva

so to zdravstveni delavci, ki omejijo avtonomijo pacienta z namenom obvarovati ga pred tveganji in nevarnostmi (Spence Cagle, 2001; Burkhardt & Nathaniel, 2008).

Razumevanje

prave narave paternalističnega ukrepanja kot dobronamernega in dolgoročno usmerjenega k

podpiranju avtonomije pacienta omogoča osredotočanje na potrebe pacienta in ne na lastne

potrebe (Grace, 2009).

*Načelo neškodljivosti* je tesno povezano z načelom dobronamernosti, saj zahteva, da ravnamo

na takšen način, da ne povzročimo škode pacientu (lat. *maxim primum non nocere*) (Grace,

2009), ki je lahko namerna, povezana s tveganjem za njen nastanek ali nastane med izvajanjem

dobronamernega dejanja (Burkhardt & Nathaniel, 2008). Primer slednjega je lahko aplikacija

protibolečinske terapije umirajočemu, s čimer se lahko nenamerno prispeva k zmanjšani frekvenci dihanja in smrti. Da bi se temu nenamernemu dejanju izognili, ki je lahko v očeh