

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 18 (2015), ŠTEVILKA 4



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 18, številka 4, 2015

KAZALO**UVODNIK (INTRODUCTORY)**

- 1 J. Ramovš

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES)

- 3 Bojana Filej, Jasmina Kröpfl, Boris Miha Kaučič: Kakovost življenja starih ljudi s kroničnimi obolenji
- 14 Špela Režun, Rok Ovsenik in Marija Ovsenik: E-Qalin za kakovostno staranje v domu za starejše

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 34 Pomen glasbe za osebe z demenco (Maja Kulovec)
- 36 Dejstva o glasbeni terapiji (Maja Kulovec)
- 38 Vzorci psihološkega prilagajanja na izgubo zakonca v starosti (Tjaša Mlakar)
- 42 Indeks telesne mase in splošna umrljivost pri starejših (Tina Lipar)
- 45 Drobci iz gerontološke literature (Zbrali: Maja Kulovec, Eva Gale, Tina Lipar)
- 50 **Dogodki** (Tina Lipar)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS)

- 51 E-Qalin (Franc Imperl)

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE (AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES)

- 53 Informiranje v starosti prijazni občini (Jože Ramovš)

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV (REFLECTIONS FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES)

- 54 Osvežitveni tečaji za prostovoljce v medgeneracijski mreži za kakovostno staranje (Jože Ramovš)

INTERVJU (INTERVIEW)

- 58 Boris Sunko in Tanja Imperl: Uvajanje novega koncepta doma za starejše ni enostavno, a rezultati so boljši od pričakovanih

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 70 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 4. 2015

Na naslovnici: Boris Sunko

V želji, da bi slovenska politika omogočila tudi naši državi sodobni sistem in s tem povezano zakonodajo o dolgotrajni oskrbi starostno onemoglih in kronično bolnih ljudi, nadaljujemo z objavljanjem tovrstnih vsebin. Vse leto in že več let prej vsaka številka prinaša kako pomembno izkušnjo ali spoznanje o tem. V prvi letošnji je npr. ena od avtoric na strokovnih spoznanjih in političnih dokumentih pokazala, kako potrebno je v sistemu dolgotrajne oskrbe učinkovito zagovorništvo starejših onemoglih ljudi. V drugi številki smo se srečali s perečo potrebo po razbremenilnih programih za družinske oskrbovalce, da bodo še naprej zmogli opravljati tudi vlogo oskrbovanja svojih družinskih članov. Ker imajo v evropskih državah le-ti na svojih plečih od 70 do 90 % vse oskrbe, je za finančno vzdržnost sistema dolgotrajne oskrbe nujna ohranitev te njihove vloge. V tretji številki smo v okviru evropskega prizadevanja za čim bolj deinstitucionalizirano dolgotrajno oskrbo v krajevni skupnosti pregledali šestnajst sodobnih oskrbovalnih programov. Med njimi so vsi razen doma za stare ljudi razbremenilna pomoč pri domačem oskrbovanju. Dom za stare ljudi pa bo tudi v prihodnje imel nepogrešljivo mesto v naboru programov za oskrbo, pri čemer sta njegovi glavni razvojni možnosti notranja deinstitucionalizacija in z njo povezano zavestno upravljanje kakovosti.

Pri domovih in njihovem razvoju nadaljuje pričujoča številka. Eden od raziskovalnih člankov govori o uvajanju sistema kakovosti E-Qalin v nekaterih slovenskih domovih za stare ljudi. Znanstvena potrditev, da uvajanje tega sodobnega sredstva za dviganje kakovosti prinese viden napredek v delovanju doma za stare ljudi, je pomembna za uveljavljanje zavesti o tem v javnosti. Glavna avtorica raziskave ni samo raziskovalka, ampak je tudi izkušena pri vodenju socialne ustanove in znana po prizadevanju za dviganje njene kakovosti. Vseevropski model upravljanja s kakovostjo v ustanovah socialnega varstva – E-Qalin – je v slovarskem delu revije opisal njegov soavtor. Najbolj v živo pa lahko spremljamo praktično uvajanje novega koncepta doma za stare ljudi v intervjuju z Borisom Sunkom, direktorjem Doma starejših občanov v Ljutomeru, ki se po izjemno uspešni strokovni karieri v slovenski socialni pripravlja na odhod v pokoj. Življenjski intervju s takim človekom stroki ne daje manj od odličnega znanstvenega članka, zato tovrstne intervjuje v naši reviji štejemo na najvišjo raven prispevkov. V današnjem času se na subtilen način kažejo tri bistvena vprašanja o kakovostnem delovanju doma za stare ljudi in drugih socialnovarstvenih ustanov. Kako voditi zaposlene, da bodo imeli dovolj poklicnega erosa za stalno učenje, za učečo se organizacijo? Kako v rigidnem sistemu javnih institucij z davno zastarelimi normativi in standardi dolgotrajne oskrbe uvajati nove koncepte? Kako svoje poklicno življenje na področju zelo zahtevnega dela z ljudmi in za ljudi usmerjati tako, da ne le, ne bo zdrsnilo v birokratski sindrom javnega uslužbenca ali druge oblike patologije pri delu z ljudmi in za ljudi, ampak bo človek ob vsem poklicnem naporu za strokovno rast in poslovno uspešnost krepil sproščeno vedrino in človeško toplino? V znanstveni literaturi je malo uporabnih odgovorov na ta pomembna vprašanja, veliko več jih lahko izluščimo iz poglobljenega intervjuja s strokovnjakom, ki je vse življenje to uresničeval v stvarnih, ugodnih in neugodnih življenjskih razmerah. Te vrste življenjskih intervjujev z različnimi znanstveniki in strokovnjaki sem v revijah in knjigah vedno rad prebiral. Pogovor z Borisom Sunkom je imela Tanja Imperl iz Firisa – podjetja, ki strokovno vodi uvajanje sodobnih konceptov v domove za stare ljudi in uvaja E-Qalin.

V naslednjem letu bomo domovom za stare ljudi skušali v reviji odmeriti čim več prostora. S kakovostjo domov je povezano tudi prostovoljstvo vseh generacij za kakovostno staranje in krepitev medgeneracijske solidarnosti. V tej številki je med drugim objavljen prikaz osvežitvenega tečaja za dolgoletne voditelje medgeneracijskih skupin. V njem je ugotovitev, da revija doslej prostovoljstvu ni posvečala dovolj pozornosti, glede na to, kako pomembna gerontološko-medgeneracijska vsebina je in kako razvito je v slovenskem prostoru. Tudi ta gerontološki dolg bomo skušali v reviji poravnati v naslednjem letu.

Urednik

KAKOVOSTNA STAROST GOOD QUALITY OF OLD AGE

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / PublisherInštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p. p. 4443, 1001 LjubljanaISSN 1408 – 869X
UDK: 364.65-053.9**Uredniški odbor / Editors**dr. Jože Ramovš (urednik)
Tina Lipar**Uredniški svet / Editorial Advisory Board**prof. dr. Herman Berčič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport*)
prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)
dr. Simona Hvalič Touzery (*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*)
prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)
prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)
Vida Milošević Arnold (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)
prof. dr. Vid Pečjak (*psiholog in pisatelj*)
mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
prof. dr. Jože Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
dr. Božidar Voljč (*zdravnik in bivši minister za zdravje*)**Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board**prof. dr. Mladen Davidović (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)
prof. dr. David Guttman (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work, University of Haifa, Izrael*)
dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)
dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)
prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)
dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)**Pregled besedila:** Veronika Mravljak AndoljšekPovzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:
Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.**Oblikovanje in priprava za tisk:** Salve d.o.o. Ljubljana, Rakovniška 6**Tisk:** Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6 €

Spletna stran: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk-kakovostna-starost-arhiv.asp>
E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revijo Kakovostna starost v letu 2015 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2015 in 2016 (pogodba št. 630-136/2015-1)

Bojana Filej, Jasmina Kröpfl, Boris Miha Kaučič**Kakovost življenja starih ljudi
s kroničnimi obolenji****POVZETEK**

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako so kronične bolezni povezane s kakovostjo življenja starih ljudi. Zbiranje podatkov je temeljilo na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za ugotavljanje kakovosti življenja smo uporabili SF 36 vprašalnik. V raziskavo je bilo vključenih 100 anketirancev, starejših od 65 let, 38 % moških in 62 % žensk. S Pearsonovim koeficientom korelacije smo ugotavljali povezanost med številom kroničnih bolezni in številom doseženih točk v oceni stopnje kakovosti življenja. Rezultati so pokazali, da se z večanjem števila kroničnih bolezni zmanjšuje stopnja kakovosti življenja na vseh merjenih področjih zdravja, da je komponenta *fizično zdravje* nižje ocenjena kot komponenta *mentalno zdravje* in da je kakovost življenja višja pri moških. Z ozirom na merjena področja zdravja smo ugotovili, da so ob pojavu kronične bolezni potrebne ne le zdravstvena oskrba (fizična podpora), temveč tudi psihična, čustvena in socialna oskrba.

Ključne besede: SF 36, kakovost življenja, z zdravjem povezana kakovost življenja, stari ljudje, kronične bolezni

AVTORJI:

Dr. Bojana Filej je zaključila študij na Visoki šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani in doktorirala na Fakulteti za socialno delo. Je docentka zdravstvene nege, organizacije in managementa v zdravstvu in zdravstveni negi. Zaposlena je bila v Zdravstvenem domu Maribor, na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru in na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto kot dekanica. Njeno raziskovalno delo je usmerjeno v področje zdravstvene nege in njenih izvajalcev.

Jasmina Kröpfl je diplomirana medicinska sestra in magistrica socialne gerontologije. Zaposlena je v Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj na delovnem mestu koordinatorja v zdravstveni negi, SOBO.

Mag. Boris Miha Kaučič je diplomirani zdravstvenik in magister znanosti s področja socialnega menedžmenta. Zaposlen je na Visoki zdravstveni šoli v Celju kot prodekan za izobraževalno dejavnost in visokošolski učitelj. Je strokovni vodja mednarodnega raziskovalnega in razvojnega projekta *Healthy Lifestyle for Aging Well (HLAW)*. V okviru doktorskega študija se ukvarja s proučevanjem dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja starih ljudi v Sloveniji. Njegovi raziskovalni področji sta zdravstvena nega in socialna gerontologija.

ABSTRACT**Quality of life of the elderly with chronic disease**

The aim of the study was to identify how chronic illnesses influence the quality of life of the elderly. Data collection was based on quantitative research approach. The

descriptive causal non-experimental method was used. In order to establish the quality of life of the respondents, SF 36 questionnaire was used. The final sample consisted of 100 respondents above the age of 65, 38 % of whom were men and 62 % women. With the Pearson correlation coefficient we established the correlation between the two variables (the number of chronic illnesses and the number of achieved points when evaluating the quality of life level). The results have shown that with the increased number of chronic illnesses there is a decrease in the quality of life level in all the measured areas of health, that the component »physical health« was lower rated than the component »mental health«, and that the quality of life is higher in men. Taking into consideration the measured areas of health, we have discovered that at the occurrence of a chronic illness not only nursing care (physical support) is necessary, but also psychological, emotional and social care and support.

Key words: SF 36, quality of life, health-related quality of life, elderly people, chronic illnesses

AUTHORS:

Bojana Filej, RN, PhD, completed her studies at the School of Health Studies, University of Ljubljana, and earned her doctoral degree at the Faculty of Social Work in Ljubljana. She works as an Assistant Professor of Nursing Care and Organization and Management in Healthcare and Nursing Care. Her previous employment includes working in Health Centre Maribor, at the Faculty of Health Sciences, University of Maribor, and at the Faculty of Health Sciences Novo Mesto, where she was employed as a Dean. Her research work focuses on nursing care and nursing care providers.

Jasmina Kröpfl, is a Registered nurse and has an MA in social gerontology. She is employed at the General Hospital "dr. Jože Potrč" in Ptuj as a Nurse Care Coordinator, SOBO.

Boris Miha Kaučič, is a Registered Nurse and Master of Science in the field of Social Management. He is employed at the College of Nursing in Celje, where he works as Vice Dean for Education and a Senior Lecturer. He is a professional leader of an international research and development project called Healthy Lifestyle for Aging Well (HLAW). In the frame of his doctoral studies, he researches factors that influence the quality of life of elderly people in Slovenia. His research fields are nursing care and social gerontology.

1 UVOD

Staranje populacije je svetovni pojav, s katerim naraščajo družbena, ekonomska in politična skrb za ohranjanje, vrnitev in krepitev zdravja ter potrebe oskrbe posameznikov v zadnjem obdobju življenja. Trendi nakazujejo, da bo čez četrto stoletje več ljudi starih nad 85 let (Ramovš, 2012). S pričakovano podaljšano življenjsko dobo bo v kasnem življenjskem obdobju večina starejših živela z vsaj eno kronično boleznijo (Lowe, McBride-Henry, 2012). Hafner (2012) je mnenja, da se bo prevalenca kroničnih nenalezljivih boleznij povečala zaradi staranja prebivalstva in izboljšanja preživetja, ki je posledica delovanja zdravstvenega varstva in sprememb življenjskega sloga ter zgodnjega odkrivanja kroničnih nenalezljivih boleznij.

Kronične nenalezljive bolezni so po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije tiste bolezni, ki so neozdravljive in različno hitro napredujejo do smrti (Lipar, 2012). Martz in Livneh (2007) razlagata, da kronična bolezen traja tri mesece ali več, lahko traja tudi do konca življenja, lahko se postopno slabša, lahko poteka s fazami stabilnega stanja in poslabšanja, lahko vodi v smrt ali vztraja v relativno stabilnem stanju. Ramovš J., Lipar in Ramovš M. (2012) navajajo, da se starostna opešanost pojavi kasneje in v blažji obliki, če kronične bolezni niso prisotne.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je v svetu 60 % vseh smrti posledica kroničnih boleznij. V Evropi kronične bolezni povzročajo 70 % bremena boleznij bodisi zaradi prezgodnje smrti (39 %) bodisi zaradi boleznij in invalidnosti (38 %) (Grmek Košnik, 2014). V Sloveniji nimamo natančne slike bremena kroničnih boleznij. Osnovni pogled v njihovo problematiko nam daje raziskava *Ocena pogostosti kroničnih boleznij med polnoletnimi prebivalci Slovenije*, ki je bila izvedena leta 2009. V njej so Softič, Smogavec, Klemenc-Ketiš in Kersnik (2011) ugotovili, da je razširjenost kroničnih boleznij v Sloveniji visoka, saj znaša 70,5 %, kar je v skladu z ugotovitvami v svetu. Razširjenost kroničnih boleznij je višja pri ljudeh z nižjim socialno-ekonomskim statusom in pri starejših prebivalcih. V Sloveniji se delež oseb s kronično boleznijo s starostjo povečuje in znaša 63 % pri osebah v starosti 65–74 let, v starosti 75–84 let je ta odstotek nekoliko višji in znaša 65 %. Pri starejših moških sodijo med vodilne vzroke umrljivosti bolezni srca in ožilja, rakave bolezni, kronična obstruktivna pljučna bolezen in možganska kap, pri ženskah so najpogostejši vzrok umrljivosti rakave bolezni (Čuček, 2012).

Število prebivalcev s kronično boleznijo je v stalnem porastu in bo še naraščalo. Projekcije kažejo, da bo leta 2020 imelo kronično bolezen približno 50 % populacije, od tega 24 % dve bolezni ali več. Številne raziskave so potrdile, da so kronične bolezni pogostejše med starejšimi, saj ima kar 85 % ljudi, starejših od 65 let, eno ali več kroničnih boleznij. Tudi pogostost večkratne kronične boleznij narašča s starostjo. Med starejšimi od 65 let ta delež znaša 62 %. Pogostost kronične boleznij je 50 % pri ženskah in 40 % pri moških, pri čemer večino razlik prispeva dolgost življenja in ne spol (Grmek Košnik, 2014).

Kronična bolezen v posamezniku sproži številna vprašanja in terja razmislek o potrebnih spremembah ustaljenega življenjskega sloga, starostnika pa postavlja pred zahtevne naloge, ki jih mora razrešiti, da bo lahko kljub trajni bolezni živel kakovostno (Lesar, 2012). Kronične bolezni vplivajo na vsakodnevno delovanje starejših ljudi in na njihovo kakovost življenja (Kemp, Husser, Roberto, Gigliotti, 2004).

Kakovost življenja postaja osrednja družbena vrednota, obravnavajo jo številne študije, ki jo tudi na različne načine definirajo in merijo. Gre za zelo obsežno in zelo kompleksno področje proučevanja. Edino, o čemer so si strokovnjaki enotni, je, da ne obstaja univerzalna definicija kakovosti življenja (Lah, Pahor, Hlebec, 2008).

Danes običajno govorimo o konceptu kakovosti življenja, pri katerem gre za subjektiven večaspektni konstrukt, ki ga opredeljujemo in ocenjujemo na več načinov. Nanaša se na kakovost, vrednote, pomen in smisel življenja (Serber, Rochelle, 2010). Svetovna zdravstvena organizacija kakovost življenja opredeli kot posameznikovo dožemanje življenja v kontekstu njegovih vrednot ter v povezavi z njegovimi cilji, standardi, pričakovanji

in interesi (WHO, 1998); Mitchell, Benito-Leon, Gonzales Morales in Riviera-Navarro (2005) pa kot večdimenzionalni kazalnik posameznikovega zadovoljstva, in sicer kot seštevek vseh virov zadovoljstva minus seštevek vseh virov nezadovoljstva, gledano s posameznikove perspektive. Opara in drugi (2010) poudarjajo, da koncept kakovosti življenja zajema vsaj tri širše domene, in sicer fizično, miselno in socialno. Fernández-Ballesteros (2011) je mnenja, da je kakovost življenja multidimenzionalni koncept, ki vključuje več domen (npr. zdravje), ki vsebujejo subjektivne in objektivne kazalnike.

Bowling, Zahava, Dowding, Evans, Flessig, Banister in Sutton (2003) so opravili raziskavo v Veliki Britaniji, v kateri so 1000 ljudi, starejših od 65 let, spraševali po definiciji in prioritetah kakovostnega življenja, kako oni sami in njihovi vrstniki razumejo kakovost življenja. Glavni elementi, ki po mnenju starostnikov vplivajo na kakovost njihovega življenja v starosti, so medsebojni odnosi, dom in soseščina, dobro psihično počutje in videz, aktivnosti in konjički, s katerimi se sami ukvarjajo, dobro zdravje in funkcionalna sposobnost, socialne vloge, ustrezen dohodek, neodvisnost ter nadzor nad svojim življenjem. Udeleženci raziskave so soglašali, da bi na kakovost njihovega življenja najbolj vplivalo poslabšanje zdravstvenega stanja. Tudi Bryla, Burzyńska in Maniecka-Bryla (2013) navajajo, da je kakovost življenja starega človeka odvisna od več elementov: zdravja, finančne situacije in družinskih odnosov.

Danes pogosto govorimo o z zdravjem povezani kakovosti življenja, ki je ožji pojem kot kakovost življenja, opredeljujemo pa jo kot vpliv zdravja in bolezni na kakovost življenja (Masaaki, 2008). Z zdravjem povezana kakovost življenja opisuje, kako zdravje vpliva na posameznikovo vsakodnevno delovanje in njegovo dožemanje fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja (Coons, Rao, Keininger, Hays, 2008). Serber in Rochelle (2010) pa menita, da gre pri konceptu z zdravjem povezane kakovosti življenja za pacientovo dožemanje vpliva bolezni na njegovo življenje. Bentsen, Rokne in Klopstad Wahl (2012) navajajo, da je z zdravjem povezana kakovost življenja multidimenzionalni konstrukt, ki vpliva na fizično, psihično in socialno delovanje posameznika in na njegovo dobro počutje.

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti, kako kronična bolezen vpliva na kakovost življenja v starosti.

2 METODE

Zbiranje podatkov je temeljilo na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo deskriptivno kavzalno neeksperimentalno metodo.

Raziskovalni instrument. Za pridobivanje podatkov o kakovosti življenja smo uporabili standardizirani splošni vprašalnik SF 36, ki obsega 36 vprašanj in meri osem področij zdravja, ki se združujejo v komponento fizičnega zdravja in komponento mentalnega zdravja (Ware, 2000). Vprašalniku smo dodali vprašanja za pridobitev demografskih podatkov (starost, spol) ter vprašanja o vrsti in številu kroničnih bolezni.

Raziskani vzorec. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavo smo zajeli 100 anketirancev, starejših od 65 let. Od tega je bilo 38 % moških in 62 % žensk. Povprečna starost moških je bila 73,55 let, žensk 71,52 let in vseh anketiranih 72,29 let.

Z ozirom na starostne razrede je bilo 64 anketiranih v starostnem razredu med 65 in 74 let, 32 v starostnem razredu med 75 in 84 let ter štirje v starostnem razredu 85 let in več.

Zbiranje podatkov. Anketiranje smo izvedli na terenu v času pred prireditvami oziroma srečanji različnih društev (upokojenec, žena) in v zdravstvenem domu v času delovanja splošnih in referenčnih ambulant. Če je bilo potrebno, smo sodelujočim pomagali pri izpolnjevanju vprašalnika.

Analiza podatkov. Analizo odgovorov v vprašalniku SF 36 smo izvedli po navodilih avtorjev Ware in Sherbourne (1992). Odgovore, ki so jih anketiranci izbrali, smo pretvorili v točke (0–100). Vrednost 100 pomeni najvišjo možno stopnjo kakovosti življenja. Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo programa SPSS 20.0. S Pearsonovim koeficientom korelacije smo ugotavljali povezanost dveh spremenljivk (število kroničnih bolezni, število doseženih točk). Statistično značilnost smo preverili na stopnji 5 % tveganja ($p = 0,050$).

Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, zagotovili smo anonimnost in možnost odklonitve ali prekinitve izpolnjevanja vprašalnika brez posledic za udeleženca.

3 REZULTATI

Tabela 1: Število kroničnih bolezni pri posamezniku in njihova povprečna starost

| Število kroničnih bolezni | n | % | \bar{x} (povprečna starost) |
|---------------------------|----|------|-------------------------------|
| 1 | 41 | 41,0 | 72,27 |
| 2 | 24 | 24,0 | 73,83 |
| 3 | 24 | 24,0 | 70,88 |
| 4 | 7 | 7,0 | 70,00 |
| 5 | 3 | 3,0 | 76,67 |
| 6 | 1 | 1,0 | 73,00 |

Tabela 1 prikazuje število kroničnih bolezni pri posamezniku. 41 % anketiranih ima eno kronično bolezen, 24 % pa po dve in tri kronične bolezni. Šest kroničnih bolezni ima en anketiranec. Najnižja povprečna starost (70,00 let) je pri anketiranih s štirimi kroničnimi boleznimi in najvišja (76,67 let) pri tistih s petimi kroničnimi boleznimi.

Anketirane smo povprašali po prisotnosti najbolj razširjenih kroničnih bolezni (visok krvni tlak, možganska kap, sladkorna bolezen, osteoporoza, revma, depresija/tesnoba, astma, kronična obstruktivna bolezen in rak), ki smo jih zasledili v literaturi, dodali pa smo tiste, ki so jih posamezniki sami navedli (Tabela 2).

Tabela 2: Vrsta kroničnih bolezni po spolu

| Kronična bolezen | n moški | % moški | n ženske | % ženske |
|-------------------|---------|---------|----------|----------|
| Visok krvni tlak | 21 | 55,3 | 37 | 59,7 |
| Možganska kap | 5 | 13,2 | 5 | 8,1 |
| Sladkorna bolezen | 7 | 18,4 | 9 | 14,5 |

| Kronična bolezen | n moški | % moški | n ženske | % ženske |
|---------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Osteoporoza | 0 | 0 | 14 | 22,6 |
| Revma/artroza/artritis | 12 | 31,6 | 19 | 30,6 |
| Depresija/tesnoba | 3 | 7,9 | 14 | 22,6 |
| KOPB | 1 | 2,6 | 1 | 1,6 |
| Rak | 7 | 18,4 | 1 | 1,6 |
| Kronična bolečina v križu | 5 | 13,2 | 15 | 24,2 |
| Srčno popuščanje | 4 | 10,5 | 9 | 14,5 |
| Bolezni ščitnice | 0 | 0 | 5 | 8,1 |
| Multipla skleroza | 0 | 0 | 1 | 1,6 |
| Putika | 3 | 7,9 | 1 | 1,6 |
| Astma | 3 | 7,9 | 1 | 1,6 |
| Demenca | 1 | 2,6 | 2 | 3,2 |
| Alergija | 0 | 0 | 1 | 1,6 |
| Sarkoidoza | 1 | 2,6 | 1 | 1,6 |
| Shizofrenija | 0 | 0 | 1 | 1,6 |

Legenda: n – število, % – odstotek

Visok krvni tlak ima 55,3 % anketiranih moških in 59,7 % anketiranih žensk. Na drugem mestu po pogostosti bolezni je pri obeh spolih revma/artroza/artritis (moški: 31,6 %; ženske: 30,6 %). Na tretjem mestu sta pri anketiranih moških sladkorna bolezen in rak (18,4 %), pri anketiranih ženskah pa so kronična bolečina v križu (24,2 %) ter osteoporoza in depresija/tesnoba (22,6 %).

V nadaljevanju raziskave nas je zanimal vpliv števila kroničnih bolezni na osem področij zdravja (Tabela 3).

Tabela 3: Povezanost med povprečnimi vrednostmi točk, doseženimi na osmih merjenih področjih zdravja, in številom kroničnih bolezni

| Področja zdravja | Število kroničnih bolezni | | | | | | x̄ točk Σ | r | p |
|---------------------------------------|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|--------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | | | |
| Telesno delovanje | 70,12 | 56,04 | 51,88 | 62,86 | 31,67 | 15,00 | 47,92 | -0,307 | 0,002 |
| Vpliv telesnega zdravja na dejavnosti | 55,49 | 34,38 | 21,88 | 42,86 | 0,00 | 0,00 | 38,65 | -0,333 | 0,001 |
| Vpliv čustvenega stanja na dejavnosti | 53,67 | 30,56 | 50,01 | 52,37 | 0,00 | 0,00 | 46,65 | -0,158 | 0,116 |
| Počutje oz. vitalnost, energija | 64,15 | 57,71 | 55,00 | 62,86 | 33,33 | 40,00 | 52,17 | -0,228 | 0,023 |

| Področja zdravja | Število kroničnih bolezni | | | | | | x̄ točk Σ | r | p |
|-------------------------------------|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|--------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | x̄ točk | | | |
| Splošno duševno zdravje | 72,00 | 65,67 | 64,33 | 61,14 | 53,33 | 32,00 | 58,07 | -0,266 | 0,008 |
| Socialno oz. družbeno udejstvovanje | 82,93 | 79,67 | 69,79 | 69,64 | 41,67 | 62,50 | 67,70 | -0,257 | 0,010 |
| Telesne bolečine | 72,68 | 60,21 | 38,54 | 49,64 | 25,83 | 12,50 | 43,23 | -0,448 | 0,000 |
| Splošno zdravje | 63,29 | 58,96 | 53,75 | 52,86 | 30,00 | 35,00 | 48,97 | -0,294 | 0,003 |

Legenda: x̄ – povprečna vrednost, r – Pearsonov koeficient korelacije, p – statistično pomembna razlika, Σ – vsota

Iz Tabele 3 je razvidno, da se z večanjem števila kroničnih bolezni povprečno število doseženih točk statistično značilno zmanjšuje na vseh osmih področjih zdravja in da rezultati pokažejo slabo kakovost življenja (povprečna vrednost doseženih točk je 50 in manj) na petih področjih zdravja (vsa štiri področja v komponenti fizično zdravje in eno področje v komponenti mentalno zdravje). Z ozirom na povprečno število točk za posamezno področje zdravja je najvišja povprečna vrednost za področje *socialno oz. družbeno udejstvovanje* in najnižja za področje *vpliv telesnega zdravja na dejavnosti*. S Pearsonovim koeficientom korelacije smo ugotovili, da ni statistično značilne povezanosti med spremenljivkama *število kroničnih bolezni* in zmanjševanjem *povprečnega števila doseženih točk* na osmih merjenih področjih zdravja.

V nadaljevanju analize smo področja zdravja (telesno delovanje, vpliv telesnega zdravja na dejavnosti, telesna bolečina in splošno zdravje) združili v komponento *fizično zdravje* in ostala področja (vpliv čustvenega stanja na dejavnosti, počutje oz. vitalnost, splošno duševno zdravje in socialno oz. družbeno udejstvovanje) v komponento *mentalno zdravje* (Tabela 4).

Tabela 4: Povprečna vrednost doseženih točk za komponenti fizično zdravje in mentalno zdravje glede na število kroničnih bolezni

| Komponenta zdravja | Število kroničnih bolezni | | | | | | Povprečne doseženih točk SKUPAJ |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | Povprečne doseženih točk | Povprečne doseženih točk | Povprečne doseženih točk | Povprečne doseženih točk | Povprečne doseženih točk | Povprečne doseženih točk | |
| Fizično zdravje | 65,40 | 52,40 | 41,51 | 52,06 | 21,88 | 15,63 | 41,48 |
| Mentalno zdravje | 68,19 | 58,40 | 59,78 | 61,50 | 32,08 | 33,63 | 52,26 |

Število doseženih točk z naraščanjem števila prisotnih kroničnih bolezni upada za obe komponenti zdravja, za fizično in mentalno zdravje. Povprečna vrednost doseženih točk pri komponenti *fizično zdravje* je nižja kot pri komponenti *mentalno zdravje*.

Tabela 5: Povprečna vrednost doseženih točk za komponenti fizično zdravje in mentalno zdravje glede na spol

| Komponenta zdravja | Spol | n | \bar{x} točk | s |
|--------------------|--------|----|----------------|-------|
| Fizično zdravje | Moški | 38 | 56,76 | 27,20 |
| | Ženski | 62 | 52,10 | 22,45 |
| Mentalno zdravje | Moški | 38 | 63,53 | 24,26 |
| | Ženski | 62 | 60,97 | 20,46 |

Legenda: n – število, \bar{x} – povprečna vrednost, s – standardni odklon

Iz Tabele 5 je razvidno, da je kakovost življenja v obeh komponentah zdravja pri moških večja kot pri ženskah.

4 RAZPRAVA

Rezultati naše raziskave so pokazali, da kronične bolezni vplivajo na kakovost življenja, kar kažejo tudi raziskave, opravljene v svetu (Lam, Lauder, 2000; Thommasen, Zhang, 2006; Walker, 2007; Lima, Barros de Azevedo, Cesar, Goldbaum, Carandina, Ciconeli, 2009; Shojaeizadeh, Shahmirzadi, Azam, Salehi, 2011). Lima, Barros de Azevedo, Cesar, Goldbaum, Carandina in Ciconeli (2009) so v Sao Paulu v Braziliji opravili študijo, v kateri so ocenjevali vpliv sedmih kroničnih bolezni (artritis, bolečine v križu, depresija/anksioznost, sladkorna bolezen, osteoporoza, visok krvni tlak in možganska kap) na z zdravjem povezano kakovost življenja. V raziskavo je bilo vključenih 1958 oseb, starejših od 60 let. Ugotovili so, da je katerakoli od navedenih kroničnih bolezni imela vpliv na z zdravjem povezano kakovost življenja. Prisotnost več kot treh kroničnih bolezni je znatno znižala kakovost življenja na vseh področjih ocenjevanja.

Z raziskavo smo ugotovili, da se z večanjem števila kroničnih bolezni zmanjšuje kakovost življenja na vseh osmih področjih zdravja. Shojaeizadeh, Shahmirzadi, Azam in Salehi (2011) so v Iranu v centrih za starejše opravili študijo na 424 ljudeh, starejših od 60 let, s katero so prav tako želeli ugotoviti povezanost med kakovostjo življenja starostnikov in prisotnostjo kroničnih bolezni. Ocenjevali so vpliv kronične bolezni na osem področij zdravja in ugotovili, da je kakovost življenja starostnikov s kronično boleznijo nižja kakor pri starostnikih brez kronične bolezni. Prisotnost več kroničnih bolezni dodatno znižuje kakovost življenja. Podobno so ugotovili tudi Abbasimoghadam, Dabiran, Safdari in Djafarian (2009), in sicer da ljudje s kronično boleznijo dosegajo nižje število točk pri kakovosti življenja kakor tisti brez kronične bolezni. Vpliv specifične bolezni – kronične obstruktivne pljučne bolezni na kakovost življenja so v svoji komparativni študiji proučevali Bentsen, Rokne in Klopstad Wahl (2012). Ugotovili so, da kronična obstruktivna pljučna bolezen bistveno vpliva na z zdravjem povezano kakovost življenja.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je kakovost življenja pri moških večja kot pri ženskah v obeh komponentah zdravja – fizični in mentalni. Podobno so ugotovili tudi Abbasimoghadam, Dabiran, Safdari in Djafarian (2009), ki so med starimi v Teheranu proučevali kakovost življenja v povezavi s sociodemografskimi faktorji. V raziskavi je sodelovalo 5600 ljudi, starih 60 let in več. Ugotovili so, da je kakovost življenja na vseh

področjih nižja pri ženskah kakor pri moških. Tudi Aghamolaei, Tavafian in Zare (2009) so ugotovili razlike med moškimi in ženskami ter tudi med različnimi starostnimi skupinami (60–75 let vs. > 75 let). Analize so pokazale, da starost več kakor 75 let lahko poveča riziko za manjšo oceno tako fizične in mentalne komponente kakor tudi kronične bolezni, ki lahko zmanjša oceno z zdravjem povezane kakovosti življenja. Raziskava je zajela 1000 posameznikov, starih več kot 60 let. Ugotovitve Campolina, Dini in Ciconelli (2011) so podobne, in sicer da povečano število obolenj in večja starost statistično pomembno vplivata na nižjo stopnjo kakovosti življenja in da ženske prav tako dosegajo slabšo kakovost življenja na vseh merjenih področjih. V raziskavo, ki je bila izvedena v Braziliji, so vključili 353 posameznikov, starih več kot 60 let.

Podatki naše raziskave so pokazali, da je najbolj prizadeto področje zdravja vpliv telesnega zdravja na dejavnosti in najmanj socialno oz. družbeno udejstvovanje. Nekoliko drugačne rezultate so dobili Abbasimoghadam, Dabiran, Safdari in Djafarian (2009), in sicer so vključeni v raziskavo ocenili kot slabo kakovost življenja tri področja: vpliv telesnega zdravja na dejavnosti, splošno zdravje in vpliv čustvenega stanja na dejavnosti, torej dve področji v komponenti fizično zdravje in eno področje v komponenti mentalno zdravje. Najnižje je bilo ocenjeno področje vpliv telesnega zdravja na dejavnosti in najvišje socialno oz. družbeno udejstvovanje kakor v naši raziskavi.

V naši raziskavi izstopajo povprečne vrednosti doseženih točk pri anketirancih s štirimi kroničnimi boleznimi, pri katerih se v primerjavi z anketiranci, ki imajo dve ali tri kronične bolezni, povprečno število doseženih točk zviša na petih od osmih merjenih področjih zdravja. Ta področja zdravja so: telesno delovanje, vpliv telesnega zdravja na dejavnosti, vpliv čustvenega stanja na dejavnosti, počutje oz. vitalnost, energija in telesne bolečine. Pri tem je pomembno poudariti, da je samo sedem anketirancev navedlo, da imajo štiri kronične bolezni, od tega je šest anketirancev kot eno izmed kroničnih bolezni navedlo visok krvni tlak, za katerega navajajo Lima, Barros, Cesar, Goldbaum, Carandina in Ciconeli (2009), ki povzemajo raziskave v svetu, da nima velikega vpliva na kakovost življenja.

Omejitve naše raziskave so v majhnem številu vključenih v raziskavo, ki je bila izvedena v eni izmed lokalnih skupnosti, zato posploševanje rezultatov tako glede populacije kakor glede širšega regijskega (slovenskega) prostora ni možno.

5 ZAKLJUČEK

Človek je bitje, ki ima ne le fizične, temveč tudi psihične, socialne in duhovne potrebe, ki so prisotne tudi ob pojavu kroničnih bolezni. V prvi vrsti je potrebno ukrepanje, da se zmanjša pojavnost kroničnih bolezni. Pri tem so zelo pomembni preventivni programi in učenje zdravega življenjskega sloga, ki se mora začeti že v mladosti. Ob pojavu kronične bolezni ne zadostuje le učinkovita zdravstvena oskrba, ampak je zelo pomembno tudi razumevanje čustvene stiske starostnika ob sprejemanju kronične bolezni. Zavedati se moramo, da staranje s kronično boleznijo ni enostavno. Starostnik potrebuje pomoč pri prepoznavanju in razumevanju potrebnih sprememb v svojem življenju, oporo pri

sprejemanju svoje bolezni in iskanju smisla življenja ter holistično obravnavo za zagotavljanje kakovosti življenja.

LITERATURA

- Abbasimoghadam Mohamed Ali, Dabiran Soheila, Safdari Reza, Djafarian Kurosh (2009). Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Teheran. V: *Geriatrics & Gerontology International*, št. 9, str. 270–275.
- Aghamolaei Teamur, Tavafian Sedigheh Sadat, Zare Shahram (2010). Health Related Quality of Life in Elderly People Living in Bandar Abbas, Iran: A Population-Based Study. V: *Acta Medica Iranica*, letnik 48, št. 3, str. 185–191.
- Bentsen Signe Berit, Rokne Berit, Klopstad Wahl Astrid (2013). Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. V: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, št. 27, str. 912–905.
- Bowling Ann, Zahava Gabriel, Dowding Lee Marriott, Evans Olga, Flessig Anne, Banister David, Sutton Stephen (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and enhancement among people aged 65 and over. V: *The International Journal of Aging and Human Development*, letnik 56, št. 4, str. 269–306.
- Bryla Marek, Burzyńska Monika, Maniecka-Bryla Irena (2013). Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, letnik 11, št. 181, str. 1–11. V: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3819270/pdf/1477-7525-11-81.pdf> (sprejem: 19. 8. 2015).
- Campolina Alessandro Goncalves, Dini Patricia Skolaude, Ciconelli Rozana Mesquita (2011). The impact of chronic disease on the quality of life of the elderly in Sao Paulo. V: *Ciencia & Saude Coletiva*, letnik 16, št. 6, str. 2919–2925.
- Coons Stephen Joel, Rao Sumati, Keininger Dorothy L., Hays Ron D. (2008). A comparative review of generic quality-of-life instruments. V: *Pharmacoeconomics*, letnik 17, št. 1, str. 13–35.
- Čuček Saša (2012). *Svetovni dan zdravja 2012*. V: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4617 (sprejem: 18. 10. 2014).
- Fernández-Ballesteros Rocio (2011). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. V: *Applied Research in Quality of Life*, letnik 6, št. 1, str. 21–40.
- Grmek Košnik Irena (2014). Breme kroničnih bolezni. V: Grmek Košnik Irena, Hvalič Touzery Simona in Skela Savič Brigita (ur.). *Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe*. 14. oktober, 2014. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, str. 14–19.
- Hafner Alenka (2012). Kronične nenalezljive bolezni pri starejših – izziv sodobni družbi. V: Skela Savič Brigita, Hvalič Touzery Simona in Avberšek Lužnik Irena (ur.). *3. simpozij Katedre za temeljne vede: Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv*. 17. oktober, 2012. Begunje. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, str. 157–163.
- Kemp Audrey, Husser Erica, Roberto Karen, Gigiotti Christina (2004). Rural older women's experiences with chronic health problems: Daily challenges and care practices. V: *The Gerontologist*, letnik 44, št. 1, str. 416–417.
- Lah Ida, Pahor Majda, Hlebec Valentina (2008). Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. V: *Obzornik zdravstvene nege*, letnik 42, št. 2, str. 87–97.
- Lam Cindy Lo Kuen, Lauder Ian J. (2000). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. V: *Family Practice*, letnik 17, št. 2, str. 159–166.
- Lesar Irena (2012). Kako pripomoči k učinkovitejšemu učenju in spreminjanju življenjskega sloga oseb s kronično boleznijo. V: *Andragoška spoznanja*, letnik 18, št. 4, str. 45–55.
- Lima Margareth Guimaraes, Barros Marillisa Berti de Azevedo, Cesar Chester Luiz Galvao, Goldbaum Moises, Carandina Luana, Ciconeli Rozana Mesquita (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. V: *Revista Panamericana de Salud Publica*, letnik 25, št. 4, str. 314–321.
- Lipar Tina (2012). Kronične nenalezljive bolezni. V: *Kakovostna starost*, letnik 15, št. 2, str. 72–74.
- Lowe Pauline, McBride-Henry Karen (2012). What factors impact upon the quality of life of elderly women with chronic illnesses: Three women's perspectives. V: *Contemporary Nurse*, letnik 41, št. 1,

- str. 18–27.
- Martz Erin, Livneh Hanoch (2007). *Coping with chronic illness and disability*. New York: Springer Science-Bussines Media.
- Masaaki Niino (2008). Painful symptoms and quality of life in multiple sclerosis. V: *Neurology Asia*, letnik 13, št. 2, str. 185–187.
- Mitchell Alex J., Benito-Leon Julian, Gonzales Morales J., Riviera-Navarro Jesus. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. V: *The Lancet Neurology*, letnik 4, št. 9, str. 556–556.
- Opara Jozef A., Jaracz Krystyna, Broła Waldemar (2010). Quality of life in multiple sclerosis. V: *Journal of medicine and life*, letnik 3, št. 4, str. 352–358.
- Ramovš Jože (2012). Knjiga, ki je več kot izziv za prihodnost oskrbe onemoglih. V: *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl&Co.: Seniorprojekt.
- Ramovš Jože, Lipar Tina, Ramovš Marta (2012). Oskrba onemoglih ljudi. V: *Kakovostna starost*, letnik 15, št. 3, str. 3–32.
- Serber Eva R., Rochelle Rosen K. (2010). Qualitative research provides insight into quantitative quality of life measurement. V: *Pacing and Clinical Electrophysiology*, letnik 33, št. 3, str. 253–255.
- Shojaeizadeh Davoud, Shahmirzadi Esmail Sima, Azam Kamal, Salehi Leili (2011). *Impact of Chronic Disease on Quality of Life among Members of Elderly Centres: Iran*. V: <http://ghf.g2hp.net/2012/01/06/the-assessment-of-the-impact-of-chronic-disease-on-health-related-quality-of-life-among-the-elderly-who-is-member-of-elderly-centers-east-of-tehran-iran-in-2011/> (sprejem: 17. 5. 2014).
- Softič Nina, Smogavec Mateja, Klemenc-Ketiš Zalika, Kersnik Janko (2011). Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. V: *Zdravstveno varstvo*, letnik 50, št. 3, str. 185–190.
- Thommasen Harvey V., Zhang William (2006). Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. V: *Rural Remote Health*, letnik 6, št. 2, str. 528.
- Walker Agnes Emilia (2007). Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. V: *Chronic Illness*, letnik 3, št. 3, str. 202–218.
- Ware John E. (2000). SF 36 health survey update. V: *Spine*, letnik 25, št. 24, str. 3130–3139.
- Ware John E., Sherbourne Donald Cathy (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. V: *Medical care*, letnik, 30, št. 6, str. 473–483.
- World Health Organization (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. V: *Social science & medicine*, letnik 46, št. 12, str. 1569–1585.

Kontaktne informacije:**Bojana Filej**

Alma Mater Europaea - ECM

Slovenska 17, 2000 Maribor

E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Špela Režun, Rok Ovsenik in Marija Ovsenik

E-Qalin za kakovostno staranje

v domu za starejše

POVZETEK

Družbene institucije so ustanovljene s ciljem uresničevanja potreb ljudi. Mednje sodijo tudi domovi za starejše, katerih temeljno poslanstvo je nadomeščanje doma starejšim. Z uvedbo sistemov kakovosti v vse socialnovarstvene institucije do leta 2020 bi rada slovenska država izboljšala naravnost njihovega delovanja na potrebe uporabnikov. Namen prispevka je preveriti, ali uveden sistem kakovosti E-Qalin vpliva na večjo usmerjenost delovanja zaposlenih v potrebe uporabnikov. Za cilj smo si zastavili, da pridobimo odgovor na vprašanje, ali obstajajo razlike med domovi v usmerjenosti v potrebe uporabnikov glede na uveden sistem kakovosti E-Qalin. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. V štirinajstih domovih za starejše smo s standardiziranim Denisonovim vprašalnikom in s pisnim anketiranjem 364 zaposlenih izmerili organizacijsko kulturo. Ugotovili smo, da imajo domovi z uvedenim sistemom kakovosti E-Qalin statistično značilno boljše organizacijsko kulturo, so bolj prilagodljivi in bolj usmerjeni v potrebe uporabnikov pri delovanju v primerjavi s tistimi, ki E-Qalina nimajo, zato sklepamo, da uvedba sistema kakovosti E-Qalin v dom za starejše dosega svoj namen.

Ključne besede: sistem kakovosti E-Qalin, potrebe starejših, dom za starejše, Denisonov model organizacijske kulture

AVTORICA: *Dr. Špela Režun je magistrirala na področju kontrolinga. Načrtovala, vzpostavila in vodila je kontroling v podjetjih Kolinska in Ljubljanske mlekarne. Po sedmih letih dela v gospodarstvu se je leta 2006 zaposlila v javnem zavodu VDC Zagorje ob Savi, kjer je bila odgovorna za razvoj, kakovost in učinkovitost storitev. Trudi se za usmerjenost delovanja javnih institucij na potrebe uporabnikov. Leta 2014 je postala direktorica VDC Zagorje ob Savi. Leta 2015 je zaključila doktorski študij socialne gerontologije.*

ABSTRACT

E-Qalin for quality aging in retirement homes

Social institutions are established with the objective of meeting peoples' needs. Among them are retirement homes, the basic mission of which is substituting a home for the elderly. Introducing quality systems in all social security institutions until the year 2020, Slovenia aims to improve the direction of their operation towards the needs of the users. The aim of this paper is to find whether the introduced E-Qalin quality system influences on greater orientation of employees' operation toward the needs of users. Our objective was to answer the question whether there are any differences in the direction towards the needs of users between retirement homes in regard to introduced E-Qalin quality system. We used a quantitative method of research. In fourteen retirement homes, with the standardized

Denison survey, interviewing 364 employees, we measured organizational culture. We find the homes with E-Qalin quality system introduced to have statistically significant better organizational culture, are more adaptive, and more oriented towards the needs of the users in their operation, compared to those that do not have E-Qalin. Therefore, we conclude introduction of the E-Qalin quality system into retirement homes fulfils its goal.

Key words: E-Qalin quality system, elderly needs, retirement homes, the Denison organizational culture model

AUTHOR: *Dr. Špela Režun, MS.c completed postgraduate studies in the field of controlling. She set, implemented and managed the controlling department at Kolinska and Ljubljanske mlekarne. After 7 years in the economy in 2006 she became assistant director in the public institution VDC Zagorje ob Savi. She is responsible for the development, quality and efficiency. She strives for the orientation of institutions on users. In 2014 she became director of that institution. She is finalizing Ph.d in the field of social gerontology on Alma mater Europea – ECM.*

1 UVOD

V slovenskem nacionalnem programu socialnega varstva 2013–2020 (2013) je en izmed treh ključnih ciljev obvezna uvedba sistemov kakovosti v vse socialnovarstvene organizacije, med katere uvrščamo tudi domove za starejše. Slovenska država bi rada dosegla večjo usmerjenost delovanja institucij v uresničevanje potreb uporabnikov, zato je ključna sprememba organizacijske kulture v dimenziji *Prilagodljivost*¹ (Denison in drugi, 2012). Postavlja se vprašanje, ali z uvedbo sistema kakovosti res lahko spremenimo organizacijsko kulturo, prilagodljivost institucije in z njo usmerjenost zaposlenih v individualne potrebe uporabnikov.

V prispevku nameravamo preveriti, ali uveden mednarodni sistem kakovosti E-Qalin, ki je prilagojen socialnovarstveni storitvi in danes prevladuje v slovenskih domovih za starejše, res vpliva na večjo naravnost delovanja domov v potrebe uporabnikov. Naš cilj je ugotoviti, ali obstajajo razlike v organizacijski kulturi in usmerjenosti v uresničevanje potreb uporabnikov med dvema skupinama slovenskih domov, oblikovanima glede na uporabo sistema kakovosti E-Qalin.

V teoretičnih izhodiščih najprej opredelimo sistem kakovosti E-Qalin in njegovo razširjenost po slovenskih domovih. Nato definiramo potrebe starejših, značilnosti doma za starejše kot institucije in raziskan vpliv organizacijske kulture na uspešnost organizacij s poudarkom na dimenziji *Prilagodljivost*, ki vključuje tudi uresničevanje potreb uporabnikov. Na podlagi ugotovitev različnih avtorjev (Podjed, 2006; Bukovec, 2009; Connors in Smith, 2011; Aydin in Ceylan, 2011; Denison in drugi, 2012; Imperl, 2012; Nayak in Barik, 2013; Rissanen, 2013; Vihma, 2013) o vplivu organizacijske kulture na usmerjenost delovanja organizacije na potrebe uporabnikov postavimo ob zaključku

¹ Dimenzije in poddimenzije modela organizacijske kulture po Denisonu (Denison in drugi, 2012) bomo zaradi večje preglednosti v prispevku zapisovali z veliko začetnico.

teoretičnih izhodišč hipotezo, ki jo z ustreznimi metodami raziskovanja tudi preverimo. Rezultate soočimo z rezultati drugih raziskav in z znanstveno mislijo s področja. Prispevek zaključimo s sklepom o tem, ali je obvezna uvedba sistemov kakovosti v slovenske socialnovarstvene organizacije upravičena, z omejitvami in s predpostavkami prispevka ter z njegovo dodano vrednostjo k znanosti in praksi.

2 SISTEM KAKOVOSTI E-QALIN

Od 99 slovenskih domov za starejše jih ima le tretjina uvedenega enega izmed sistemov kakovosti (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2014a, str. 4). Od tega jih ima veljavni certifikat kakovosti s strani neodvisne zunanje presojevalske organizacije manj kot 10 %. Devet slovenskih domov je do sedaj pridobilo formalni certifikat ali potrdilo kakovosti E-Qalin, petindvajset domov sistem še uvaja, pet jih je uvajanje sistema opustilo, ostali domovi se v sistem kakovosti E-Qalin še niso vključili (FIRIS IMPERL, 2014a). Po pregledu internetnih strani slovenskih domov za starejše smo ugotovili, da ima pet slovenskih domov uveden drug sistem kakovosti, in sicer ISO 9001. Ugotavljamo, da je prevladujoč sistem kakovosti v slovenskih domovih za starejše E-Qalin, katerega razvoj, ključne cilje, značilnosti in prednosti opisujemo v nadaljevanju.

Sistem kakovosti E-Qalin so leta 2004 v pilotnem projektu začeli razvijati Avstrija, Italija, Luksemburg, Nemčija in Slovenija. Razvoj novega modela kakovosti je bil posledica zahtev razvoja socialnovarstvenih organizacij, njihovih potreb po standardih kakovosti in slabosti obstoječih sistemov kakovosti (FIRIS IMPERL, 2014a).

Prve zunanje certifikacije sistema kakovosti E-Qalin v slovenskih socialnovarstvenih organizacijah so bile realizirane ob zaključku leta 2011 (Imperl T., 2014, str. 16). Ključni cilji modela kakovosti E-Qalin so: spoštovanje uporabnikov storitev; upoštevanje njihovih individualnih potreb; povečanje zaupanja uporabnikov storitev v izvajalce storitev; povečanje kakovosti izvajanja storitev in zadovoljstva zaposlenih; transparentnost in primerljivost uspešnosti izvajalcev storitev; optimizacija procesov; vzpostavitev odgovornosti vsakega zaposlenega za doseganje načrtov, v pripravo katerih je vključen; izboljšanje konkurenčnih prednosti izvajalcev storitev ter razvoj socialnovarstvenih storitev na podlagi procesa stalnih izboljšav (E-QALIN, 2014).

Glavne značilnosti modela kakovosti E-Qalin in njegove prednosti glede na ostale sisteme kakovosti prikazujemo v Tabeli 1.

Tabela 1: Pregled značilnosti in prednosti modela kakovosti E-Qalin

| Značilnost | Prednost |
|--|---|
| Branžno specifičen model upravljanja kakovosti | Usmerjenost na branžno specifične kriterije oz. procesna področja |
| Transparentnost kriterijev kakovosti | Primerljivost in preverljivost |
| Stalen proces učenja | Stalno izboljševanje kakovosti |
| Povečevanje profesionalnosti in privlačnosti delodajalca | Pozitiven učinek na ugled organizacije in njeno poslovanje |
| Samoocenjevanje | Zbiranje in uvajanje ukrepov izboljšav, ozaveščanje o kakovosti in odgovornosti, sprejemanje sprememb – »izvedbena zagretost« |

| Značilnost | Prednost |
|---|--|
| Vključevanje zaposlenih in uporabnikov v vseh korakih razvoja | Večja ozaveščenost in identifikacija z organizacijo ter dvig motivacije zaposlenih |
| Povzetek vseh bistvenih struktur, procesov in rezultatov v organizacijah znotraj vsake branže | V enaki meri so upoštevani interesi uporabnikov in zaposlenih |
| Specifične vsebine usposabljanja za izvajalce iz različnih branž | E-Qalin usposabljanja so zasnovana specifično za domove za starejše, izvajalce pomoči na domu, organizacije za osebe z motnjami v duševnem razvoju in centre za socialno delo ter upoštevajo različnost storitev in zahtev |
| Prilagojen specifičnostim posameznih dežel | Upoštevanje kulturnih, etičnih in pravnih danosti |
| Mednarodno veljaven kriterij kakovosti | Mednarodna primerljivost |
| Odprt za različna vodila in filozofije organizacije oz. ustanovitelja | Zaradi sprejemljivosti, praktične potrditve in možnosti identificiranja se lahko takoj vključi v delovni vsakdanjik |

Vir: FIRIS IMPERL, 2014b.

V modelu E-Qalin so predvideni ključni procesi in rezultati organizacije, katerih vsebino in cilje si organizacija fleksibilno postavlja glede na zahteve njihovega notranjega in zunanega okolja delovanja. Procesni in rezultati so razdeljeni na pet področij: uporabniki, zaposleni, vodstvo, okolje in učeca se organizacija. Procese in rezultate periodično načrtujemo, izvajamo, analiziramo in izboljšujemo. Dobro je vključiti čim več zaposlenih, pri ključnih procesih za uporabnike, svojce in ostale interesne skupine pa tudi njih (Skupina Fabrika, 2013, str. 4).

Imperl F. (2014, str. 13) ugotavlja, da je za uspešno uvedbo sistema kakovosti E-Qalin, ki se kaže v večji naravnosti delovanja zaposlenih na potrebe uporabnikov, ključno razvojno naravnano vodstvo. Leichsenring (2014, str. 1) poudarja, da je pomembno, da vsi člani organizacije spoznajo, kakšni so obstoječi procesi in rezultati delovanja, in razmišljajo, kako bi jih lahko spremenili na bolje. Pomembno je, da se v domovih za starejše zavedajo pomena sistematičnih pobud iz baze zaposlenih. S sprejemom pobud zaposlenih postanejo le-ti bolj motivirani za doseganje poslanstva ustanove. Postanejo bolj usmerjeni v uresničevanje potreb uporabnikov pa tudi bolj zadovoljni.

Proces stalnih izboljšav v modelu kakovosti E-Qalin poteka po Demingovem krogu PDCA (P – Plan, D – Do, C – Check, A – Act). Pri procesih in rezultatih modela E-Qalin načrtujemo, izvajamo, preverjamo in izboljšave prenašamo v prakso (E-Qalin, 2014). Temeljno poslanstvo doma za starejše, opredeljeno v Zakonu o socialnem varstvu², v ospredje postavlja uresničevanje potreb starejših po Allardtu (1973, str. 8) iz skupine *Imeti* (bivanje, prehrana, varstvo, zdravstvena nega). A to ne zadostuje za kakovostno staranje, saj človek za srečno življenje potrebuje uresničene potrebe iz vseh treh skupin človeških potreb *Biti*, *Ljubiti* in *Imeti* ne glede na starost (Allardt, 1973, str. 20).

Kakovostno delovanje domov za starejše, usmerjeno v potrebe uporabnikov, naj bi bilo usmerjeno v prepoznavanje potreb starejših ljudi in omogočanje njihovega

² V 16. členu ZSV (2007) je zapisano: »Institucionalno varstvo po tem zakonu obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo.«

uresničevanja s ciljem zagotovitve pogojev za kakovostno staranje tudi po preselitvi v institucijo – dom za starejše.

3 POTREBE STAREJŠIH

Človeške potrebe so ena osrednjih raziskovalnih tem že vrsto let. Teorije potreb predpostavljajo, da ljudje ohranjajo oziroma izboljšujejo dobro počutje, če so zmožni zadovoljevati svoje potrebe (Rodriguez, Latkova in Ya-Yen Sun, 2008, str. 166). Ryan in Deci (2000, str. 68) sta potrebo označila kot stanje napetosti v človeku, ki se v primeru uresničitve potrebe sprosti v zadovoljstvo in prispeva k zdravju in dobremu počutju človeka. V primeru neuresničitve pa napetost ostaja in povzroča slabo počutje, slabšanje zdravja in bolezen. Podobno Ramovš (2011, str. 4) potrebe opredeli kot »samodejne vzgibe živega organizma, ki ga nagibajo (motivirajo) in usmerjajo v tako vedenje in sobivanje z okoljem, da se ohranja pri življenju in zdravo razvija«.

Walker in Hagan (2004) sta na osnovi raziskave med angleškim prebivalstvom tretje generacije v letih od 1999 do 2004 ugotovila sedem ključnih področij potreb starejših: dobri medčloveški odnosi, dom in soseščina, dobro psihično počutje in videz, aktivnosti in konjički, zdravje, socialna vloga ter neodvisnost. Allardt (1973, str. 8–20) je različne potrebe strnil v tri glavne skupine, in sicer *Imeti*, *Ljubiti* in *Biti*. Skupino človeških potreb *Imeti* je povezal z materialno življenjsko ravno, materialnimi potrebami, varnostjo in zdravjem. Skupino potreb *Ljubiti* je povezal s socialno mrežo posameznika, z naklonjenostjo ljudi do posameznika, s pripadnostjo in solidarnostjo. Ta skupina potreb se uresničuje v odnosih človeka z drugimi ljudmi, za katere skrbi oz. oni skrbijo zanj. Skupina potreb *Biti* je povezana s kompleksnimi, najtežje merljivimi potrebami, kot so osebna rast, svoboda, neodvisnost in samouresničevanje. Za kakovostno življenje in staranje je pomembno uresničevati potrebe iz vseh treh skupin človeških potreb *Imeti*, *Ljubiti* in *Biti*.

Ramovš (2011, str. 9) ugotavlja, da v nasprotju z večino evropskih držav Slovenija nima sistematičnih raziskav o potrebah starejših ljudi in da niti ni vključena v kako tovrstno mednarodno raziskavo, zato so na Inštitutu Antona Trstenjaka leta 2010 naredili raziskavo o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije. Rezultati in njihova analiza so v obliki člankov različnih avtorjev prikazani v knjigi *Staranje v Sloveniji* (Ramovš, 2013). Rant (2013a, str. 190) ugotavlja, da »tudi star človek potrebuje reden osebni stik z nekom, ki ga ima za svojega«. Če potreba po osebem medčloveškem odnosu ni izpolnjena, je človek osamljen, ne glede na to, da je obkrožen s številnimi ljudmi. Ravno potreba po pristnih medosebnih odnosih je danes pri starejših med najslabše zadovoljenimi. Osamljenost je ena najpogostejših stisk starejših in socialna bolezen današnjega časa. Tudi Valenčak (2013, str. 132–136) ugotavlja velik pomen uresničevanja skupine potreb *Ljubiti* pri starejših. Ljudje na starost najbolj pogrešajo druženje. Milošević-Arnold (2005, str. 1–15) ugotavlja, da potrebe starejših večinoma ostajajo enake kot v mladosti, le način njihovega uresničevanja je drugačen, saj s staranjem človek potrebuje vedno več pomoči sočloveka. Prav tako Ramovš K. (2013, str. 78) navaja, da človek lahko ima enake potrebe ne glede na to, kakšno kronološko starost je že dosegel.

Varga (2003, str. 354) ugotavlja, da določene potrebe človek vse življenje uresničuje v odvisnosti od drugih ljudi. Tako potrebe po varnosti, ljubezni in pripadnosti ter spoštovanju človek v vseh obdobjih svojega življenja lahko uresničuje le v povezavi z drugimi ljudmi. S staranjem njegova odvisnost od okolja narašča in s tem se lahko zmanjšuje njegova svoboda, volja do življenja in zadovoljstvo.

Ramovš (2011, str. 4, 5) opozarja, da ko govorimo o potrebah starejših ljudi, moramo vedno upoštevati vse človeške potrebe ne glede na onemoglost in invalidnost starejšega človeka. Omenja šest dimenzij človeških potreb: telesno, duševno, duhovno, socialno-sožitno, razvojno in bivanjsko. Največje neizkoriščene možnosti za kakovostno staranje do konca življenja vidi v razvoju zadovoljevanja duhovnih potreb v starosti. Frankl (1992, str. 53–62) govori o razvoju notranje, duhovne svobode človeka. Da človek živi ne glede na okoliščine do zadnjega diha. Da se ne sprašuje o tem, kaj sploh še lahko pričakuje od življenja, temveč kaj življenje pričakuje od njega. Živeti je sinonim za stalno fleksibilno prilagajanje človeka zunanjemu okolju in izpolnjevanje življenjskih nalog, ki so pri vsakem človeku enkratne, edinstvene, dane njemu osebno. Tudi trpljenje Frankl razume kot življenjsko nalogo.

Starc (2013, str. 219) ugotavlja, da starost povzroči spremembe, zaradi katerih se smisel življenja spremeni v določenih pogledih. A to ne pomeni, da smisla življenja ni več, če je človek kreativen in izkoristi možnosti za to, da svojo energijo preusmeri. Pomembno je vse do smrti imeti cilje (Frankl, 1992, str. 83, 84), saj kdor ima za »kaj« živeti, prenese skoraj vsak »kako«. Človek ne glede na starost, onemoglost in invalidnost ne potrebuje življenja brez ciljev. Če človek lastnih ciljev nima več, vedno bolj dela to, kar drugi hočejo, postaja zdolgočasen konformist. Govorimo o bivanjski praznini človeka.

Naj teoretična izhodišča o potrebah starejših zaključimo z angleško modrostjo (Modre misli, 2012, str. 172): »Stari samci imajo enaka veselja kot mladi, le dražje jih stanejo.«, ki simbolično pove, da lahko človeške potrebe v vseh starostnih obdobjih ostajajo enake, okoliščine in pogoji za njihovo uresničevanje pa se spreminjajo. Vse skupine potreb iz trojčka *Imeti*, *Ljubiti* in *Biti* naj bi ljudje uresničevali vse svoje življenje, če hočemo kakovostno živeti. Pri ljudeh je prisotna želja po čim večji kontinuiteti življenja v skladu z Atchleyjevo gerontološko teorijo kontinuitete (1999). Ljudje iščemo stalnost v življenju in na starost se ne želimo spremeniti.

Ravno odhod v dom za starejše Atchley (1999, str. 8) omenja kot eno od takšnih sprememb, ki lahko grobo prekine kontinuiteto v življenju človeka in povzroči izgubo volje do življenja. Pečjak (1998, str. 13) navaja, da se večina ljudi upira odhodu v dom. Tudi Squires (2002, str. 62) ugotavlja, da starejši kljub zdravstvenim in starostnim težavam, ki povzročajo številna tveganja pri lastni oskrbi, raje ostanejo sami doma, kot da bi odšli v varno institucionalno varstvo.

V nadaljevanju se želimo soočiti z značilnostmi doma za starejše kot institucije, ki pogosto onemogoča nadaljevanje kontinuitete življenja starejših in uresničevanje njihovih individualnih človeških potreb v skupinah *Imeti*, *Ljubiti* in *Biti*, kar je ne glede na starost osnova za kakovostno življenje.

4 DOM ZA STAREJŠE KOT INSTITUCIJA

Mali (2006, str. 17) ugotavlja, da je pomembna značilnost institucij, zaradi katerih so te drugačne od drugih družbenih enot (družine, skupine prijateljev), »v tem, da je njihov namen doseganje jasno opredeljenih ciljev«. Uporabniki institucije so zato prisiljeni delovati tako, kot od njih zahteva institucija. Težko uresničujejo svoje individualne potrebe. Mlinar (2013, str. 14) ugotavlja, da so današnje institucije prevzele vlogo subjekta, človeka, uporabnikom pa dodelile vlogo objekta. Zanje so značilne poenostavitve, standardizirane obravnave ter izključitev vsega in vseh, ki odstopajo od povprečja. Splošni standard izključi individualnost in ponižuje človeka na bolj ali manj prikriti osnovi, ki temelji na ekonomski racionalnosti. Učinkovitost z vidika organizacije se kaže kot neupoštevanje individualnih potreb, dostikrat pa tudi objektivnih zmožnosti in volje posameznika. Institucije omogočajo izpolnjevanje univerzalnih osnovnih človeških potreb skupine *Imeti* po »urniku« (zrak, hrana, pijača, odvajanje ...). Izpolnjevanje človeških potreb v skupinah *Biti* in *Ljubiti* pa je močno omejeno.

Različni raziskovalci (Goffman, 1959, 1968; Kesey, 1977; Weinstein, 1982; Foucault, 1998, 2004, 2008; Mali, 2006, 2008; Dyer in drugi, 2008; Allison, 2010; Hujala in drugi, 2013) domovom za starejše pripisujejo vsaj devet značilnosti totalne institucije: izoliranost od okolja, stigma, omejen diskurz, mortifikacija, birokracija, disciplina in nadzor, avtoriteta zaposlenih in obravnava stanovalcev kot objektov. Totalno institucijo Goffman (1968, str. 11) opredeli kot organizacijo, v kateri so uporabniki izolirani od zunanjega sveta. Čeprav Goffman opisuje značilnosti psihiatrične bolnišnice, njene karakteristike posploši tudi na domove za starejše. Goffman v svoji dramaturški teoriji (1959) prvi opozori na fenomen totalne institucije, ki deluje tako, da daje oskrbo in rehabilitacijo v skladu z jasnimi pravili delovanja. Pogosto prikrajša uporabnika za njegove človeške pravice in onemogoča izpolnjevanje individualnih potreb.

Weinstein (1982, str. 267) piše, da raziskovalci totalnih institucij opozarjajo na njihov škodljiv vpliv na uporabnike. Kot strogo avtoritativni sistemi silijo uporabnike k spremembi mišljenja in vedenja, tako da jih ponižujejo, jim postavljajo pravila in omejujejo njihove pravice s ciljem njihove popolne prilagoditve institucionalnemu redu.

Goffman (1968, str. 17) ugotavlja, da smo ljudje navajeni spati, delati in živeti na različnih krajih, z različnimi »soigralci«, brez stalnega racionalnega načrta. M. Ovsenik in R. Ovsenik (2014, str. 31–34) opozarjata, da smo ljudje vse življenje aktivni, skrbimo za družinski proračun, otroke in dom ter osebno in profesionalno rastemo, nato pa bi se nenadoma morali zazibati v pasivnost.

In ravno to se zgodi, ko človek postane uporabnik totalne institucije. Ves čas je lociran le na enem kraju, je pod stalnim nadzorom avtoritete, ostane brez prave zasebnosti, dela v istem času iste aktivnosti kot ostali, vse aktivnosti so načrtovane in usmerjene v doseganje ciljev institucije. Suibhne (2011, str. 1) ugotavlja, da tudi po petdesetih letih od izdaje Goffmanove knjige *Asylums* njeno bistvo ostaja aktualno. Pomembno je opozarjanje vseh institucij na humano delo z uporabniki in spoštovanje njihovih pravic. Ramovš J. (2013, str. 31) piše, da v institucijah in domovih za starejše pozornost posvečajo predvsem uresničevanju potreb *Imeti* (fiziološke potrebe, varnost, zdravje).

Ključni za kakovostno življenje starejših pa so dobri odnosi zaposlenih do njih, prijazna in spoštljiva komunikacija ter omogočanje uresničevanja potreb v skupini *Ljubiti*. Staranje je obremenjujoča perspektiva za vsakogar (Ovsenik M., 2011).

Zaradi negativnih značilnosti institucij, ki onemogočajo individualno uresničevanje človeških potreb zlasti v skupinah *Ljubiti* in *Biti*, so se v Evropi pojavile težnje po deinstitutionalizaciji (EEG, 2012, str. 9). A zelo pomembno je ustrezno razumevanje deinstitutionalizacije tako s strani politike in medijev kot tudi direktorjev in zaposlenih v domovih. Milošević-Arnold (2005, str. 30, 31) piše, da deinstitutionalizacije ne smemo razumeti samo kot proces zapiranja domov za starejše in njihovega popolnega nadomeščanja z različnimi programi oskrbe v skupnosti. Deinstitutionalizacijo domov za starejše je potrebno razumeti predvsem kot odpiranje domov navzven in delovanje po sodobnih modelih, pri katerih gre za holistično razumevanje človeka, uporabnika, kot subjekta v oskrbi. Starejšemu človeku je potrebno omogočiti, da tudi pri bivanju v instituciji uresničuje vse tri skupine človeških potreb *Ljubiti*, *Biti* in *Imeti* ter nadaljuje s kontinuiteto svojega življenja.

Pomemben element deinstitutionalizacije v domovih za starejše je povezan s spremembo paradigme njihovega delovanja, ki temelji na humani organizacijski kulturi in je povezana z uvedbo sistemov kakovosti, ki v ospredje postavljajo aktivno vlogo uporabnikov storitev in stalno izboljševanje kakovosti storitev z uporabniki in za njih. Mednarodni sistem kakovosti E-Qalin je kot orodje vodstvu in zaposlenim v domovih za starejše v pomoč pri stalnih izboljšavah in napredku v dobro kakovostnejšega življenja uporabnikov (EEG, 2012, str. 69, 154).

4.1 ORGANIZACIJSKA KULTURA IN USMERJENOST DELOVANJA ZAPOSLENIH V POTREBE UPORABNIKOV

Organizacijska kultura ima bistven vpliv na rezultate delovanja vsake organizacije (Connors in Smith, 2011, str. 2). Pričakovan rezultat delovanja domov za starejše je vzpostavljanje domačega okolja bivanja, v katerem lahko stanovalci uresničujejo individualne potrebe v skupinah *Ljubiti*, *Biti* in *Imeti* ter kontinuirano nadaljujejo svojo življenjsko zgodbo. Pomemben rezultat uspešnega delovanja doma so zadovoljni stanovalci (Imperl, 2012, str. 60). Aydin in Ceylan (2011, str. 1203) sta ugotovila močno korelacijo med organizacijsko kulturo in zadovoljstvom zaposlenih ter med organizacijsko kulturo in usmerjenostjo zaposlenih v potrebe uporabnikov. Organizacijska kultura ima statistično značilen vpliv na zadovoljstvo zaposlenih in njihovo usmerjenost v potrebe uporabnikov (Nayak in Barik, 2013, str. 47). Tudi Bukovec v svoji doktorski disertaciji ugotavlja, da na organizacijsko kulturo vpliva uveden sistem kakovosti (2009, str. 164). Raziskava o povezavi med sistemi kakovosti in organizacijsko kulturo v 75 iranskih bolnišnicah je pokazala, da le-ta obstaja. Z uvedbo sistema kakovosti organizacijska kultura postane bolj usmerjena na uporabnika (Mosadegh Rad, 2006, str. 606).

V storitvenih organizacijah, kakršna je tudi dom za starejše, je potrebno za izgradnjo uspešne organizacijske kulture posebno pozornost posvetiti vsem zaposlenim, še posebno pa tistim, ki delajo neposredno z uporabniki storitev v tako imenovani »prvi liniji«. Ti

najbolj poznajo potrebe uporabnikov in oni so tisti, ki v pretežni meri določajo, kako bodo potrebe uporabnikov uresničene, kar predstavlja eno izmed poddimenzij modela organizacijske kulture po Denisonu (Denison in drugi, 2012, str. 25).

Denison organizacijsko kulturo razčleni na štiri dimenzije (Denison in drugi, 2012): *Razvojna usmerjenost, Vključenost, Skladnost in Prilagodljivost*. Vsako izmed dimenzij pa še na tri poddimenzije. V prispevku se osredotočamo na četrto dimenzijo *Prilagodljivost*, ki vključuje poddimenzije: *Usmerjenost na potrebe uporabnikov, Ustvarjanje sprememb in Učeha se organizacija*. Denison s soavtorji (2012, str. 7) ugotavlja, da je za uspešno delovanje organizacij v današnjem hitro spreminjajočem se okolju nujno potrebna velika prilagodljivost njihovega delovanja. To pa je mogoče doseči le s fleksibilnim delovanjem vseh njenih članov in zaposlenih. Podjed (2006, str. 585) navaja, da je fleksibilnost ena ključnih značilnosti organizacijske kulture uspešnih postmodernih organizacij. Za obstoj in uspešno menedžiranje organizacij danes je ključen prenos odgovornosti z menedžerjev na posameznika, kar aktivira samoorganizacijo posameznih enot znotraj organizacije. Ovsenik in Ambrož (2006, str. 161) ugotavljata, kako pomembno je, da so zaposleni vključeni v načrtovanje delovnih ciljev in da se miselno vključujejo v uresničevanje ciljev organizacije. Ovsenik in Ambrož (2006, str. 152) menita: »Človeški viri so investicija, zato je potrebno skrbeti zanje.«

Vihma (2013, str. 45) ugotavlja, da je ključen dejavnik kakovosti življenja starejših, ki prispeva k domačemu vzdušju v domu za starejše, prilagodljiv odnos zaposlenih do stanovalcev. Zaveda se, da je domačnost institucije velikokrat v nasprotju z zakonodajo in s pravilniki, ki regulirajo delovanje institucije, in da so omejitve v finančnih sredstvih. A odnos zaposlenih do stanovalcev, ki je fleksibilen, lahko v marsičem preseže te omejitve. Rissanen (2013, str. 28) med najpomembnejšimi faktorji za kakovostno domačo oskrbo starejših navaja odnos zaposlenih do njih. Pomembno je, da se vse pozornosti ne nameni le izvrševanju predpisov in varnosti, ampak tudi temu, kar si uporabnik želi in potrebuje. Marsikatera aktivnost, ki si jo stanovalec želi opravljati, je v neskladju z varnostnimi predpisi doma in zakonodajo, zato je fleksibilnost zaposlenih z usmerjenostjo v potrebe uporabnikov še kako pomembna.

Dimenzija *Prilagodljivost* je v Denisonovem modelu organizacijske kulture opredeljena s tremi poddimenzijami (Denison in drugi, 2012, str. 7): *Ustvarjanje sprememb, Organizacijsko učenje in Usmerjenost v uporabnika*. Organizacija je uspešnejša, če je proaktivna, ustvarja spremembe, gradi na organizacijskem znanju in uresničuje potrebe svojih uporabnikov (Denison in drugi, 2012, str. 2). Glede na to, da uveden sistem kakovosti po raziskavah (Mosadegh Rad, 2006, str. 606; Bukovec, 2009, str. 160) pozitivno vpliva na organizacijsko kulturo, ki vključuje dimenzijo *Prilagodljivost* in z njo *Usmerjenost v potrebe uporabnikov*, postavljamo naslednjo hipotezo, ki jo bomo preverjali v nadaljevanju prispevka: Slovenski domovi za starejše, ki imajo uveden sistem kakovosti E-Qalin, imajo boljšo organizacijsko kulturo ter so bolj prilagodljivi in usmerjeni v uresničevanje potreb uporabnikov.

5 METODA RAZISKAVE

Uporabili smo metodo kvantitativnega raziskovanja, in sicer pisno spraševanje zaposlenih v domovih za starejše s standardiziranim Denisonovim anketnim vprašalnikom (Denison in drugi, 2012, str. 179–182). Pridobljene kvantitativne podatke smo kvantitativno obdelovali z osnovno in napredno statistično analizo. Vzorec, način zbiranja podatkov in raziskovalni instrument ter obdelavo podatkov opisujemo v nadaljevanju.

5.1 VZOREC

Za enote raziskovanja, vzorec, smo izbrali štirinajst domov za starejše, kar po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2014) predstavlja 14,3 % vseh domov v Sloveniji. Vzorčenje je bilo neslučajnostno. Enote v vzorcu smo izbrali po sistemu kvot (kvotni vzorec). Izbrali smo polovico domov za starejše (sedem), ki nimajo uvedenega sistema kakovosti E-Qalin (v nadaljevanju ne E-Qalin domovi) in polovico domov (sedem), ki imajo uveden sistem kakovosti E-Qalin (v nadaljevanju E-Qalin domovi). Kljub neslučajnostnemu vzorcu smo s skrbno izbiro vključenih enot zagotovili reprezentativnost vzorca. Sedem domov v vsaki skupini smo izbrali na podlagi pripravljenosti njihovih direktorjev za sodelovanje (priročni vzorec) in raznovrstnosti glede na velikost, število zaposlenih, starost, koncept delovanja, lastništvo in zaporedni mandat vodenja, ki ga ima sedanji direktor. Domovom zagotavljamo anonimnost v raziskavi, zato vzorca ne prikazujemo v obliki tabele, iz katere bi bile razvidne lastnosti posamezne enote, ampak navajamo le skupen opis značilnosti vzorca. V vzorcu je deset javnih domov in štirje koncesionarji. Od koncesionarjev sta dva v lasti podjetij, en v lasti cerkve in en v javno-zasebnem partnerstvu. Najstarejši dom v vzorcu je star 68 let, najnovejši pa dve leti. Povprečna starost domov v vzorcu je 25 let. Štirje domovi spadajo v drugo generacijo bolnišničnega modela, pet jih je na prehodu v tretjo generacijo socialnega modela, dva že lahko uvrstimo v čisto tretjo generacijo, trije so na prehodu v četrto generacijo gospodinjskih skupin. Največji dom v vzorcu ima 245 stanovalcev, najmanjši 70 stanovalcev. Povprečno število stanovalcev v domovih v vzorcu je 173.

Število zaposlenih v proučevanih domovih se giblje od 40 v najmanjšem domu do 230 v največjem. V vzorcu zaposlenih, ki so prostovoljno izpolnili pisne vprašalnike, je bilo zajetih 354 zaposlenih iz štirinajstih domov. V vzorcu je 185 zaposlenih iz E-Qalin domov in 169 zaposlenih iz ne E-Qalin domov, s čimer smo se približali načrtovanemu kvotnemu vzorcu tudi pri zaposlenih. Sociodemografske značilnosti anketiranih zaposlenih v domovih za starejše so zelo podobne podatkom za celotno populacijo, ki so razvidni iz Kumulativnega statističnega poročila 2013 za slovensko institucionalno varstvo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2014a, 2–22). S tem lahko sklepamo na reprezentativnost našega vzorca. V vzorec zaposlenih smo zajeli 88 % oseb ženskega spola in 12 % moškega spola. Na področju zdravstvene nege je zaposlenih 48 % anketirancev, 24 % jih dela v osnovni oskrbi, 16 % v socialni oskrbi, 8 % v administraciji in računovodstvu ter 4 % na vodstvenih položajih. Po stopnji izobrazbe ima največ, 68 % zaposlenih v vzorcu dokončano srednjo šolo, 26 % višjo,

visoko ali univerzitetno, 5 % ima dokončano osnovno šolo in 1 % ima pridobljen znanstveni magistririj. Večina zaposlenih v vzorcu, 41 %, je stara od 41 do 50 let. 29 % je starih od 31 do 40 let. Mlajših od 30 let je 15 % zaposlenih. Starejših od 50 let je 15 % zaposlenih. Povprečna starost zaposlenih v vzorcu je 41,3 leta. 50 % zaposlenih je starejših od 42 let, 50 % pa mlajših.

5.2 RAZISKOVALNI INSTRUMENT IN NAČIN ZBIRANJA PODATKOV

Pri anketiranju smo uporabili standardizirani Denisonov vprašalnik (Denison in drugi, 2012, str. 179–182). Od švicarskega profesorja Denisona smo pridobili dovoljenje za uporabo njegovega standardiziranega merskega instrumenta v raziskovalne namene. Vprašalniku smo dodali sklop vprašanj, ki se nanaša na sociodemografske podatke anketirancev. Na osnovi spola, starosti, izobrazbe, delovne dobe in delovnega področja anketirancev v vzorcu ugotovimo značilnosti vzorca in sklepamo na njegovo reprezentativnost. Drugi sklop vprašanj sestoji iz standardiziranih šestdesetih trditev za ugotavljanje organizacijske kulture po Denisonovem modelu (Denison in drugi, 2012, str. 179–182).

Anketirani zaposleni v domovih so na petstopenjski Likertovi lestvici izrazili stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami. Uporaba lestvice strinjanja nam omogoča kvantifikacijo prisotnosti posameznih dimenzij in poddimenzij organizacijske kulture in neposredno primerjavo med organizacijami, ki so predmet proučevanja. Osem trditev v vprašalniku je reverzibilnih. Vprašalnik je standardiziran, kar pomeni, da dosega visoko stopnjo veljavnosti in zanesljivosti merjenja značilnosti organizacijske kulture in tudi neposredno primerjavo med organizacijami. Za preverjanje hipoteze, postavljene v uvodu prispevka, bomo uporabili pridobljene podatke, ki se nanašajo na dimenzijo *Prilagodljivost* in njene tri poddimenzije: *Ustvarjanje sprememb*, *Učeha se organizacija* in *Usmerjenost v uporabnike*.

S sistematičnim zbiranjem empiričnih podatkov smo začeli septembra 2013. 6. 9. 2013 in 4. 10. 2013 smo izvedli pilotni raziskavi v dveh domovih za starejše in ugotovili, da načrtovane metode raziskovanja in pridobivanja podatkov ter instrumenta ni potrebno spreminjati. Maja 2014 smo začeli z glavno raziskavo. Od septembra 2013, ko smo izvedli pilotno raziskavo, do oktobra 2014, ko smo končali s pridobivanjem empiričnih podatkov, se okoliščine delovanja slovenskih domov za starejše niso bistveno spremenile, zato smo pridobljene podatke iz pilotne raziskave v dveh domovih uporabili kot del podatkov glavne raziskave. Domova, v katerima smo izvedli pilotno raziskavo, sta tako prvi dve enoti v našem vzorcu. V vseh preostalih dvanajstih obiskanih domovih smo ponovili enake metode in uporabili instrumente iz pilotne raziskave. Z empiričnim pridobivanjem podatkov smo končali 18. 10. 2014, ko smo obiskali zadnji dom v vzorcu.

5.3 KVANTITATIVNA OBDELAVA PODATKOV

Z anketiranjem zaposlenih v domovih za starejše v vzorcu smo ugotovili značilnosti organizacijske kulture domov. Podatke iz raziskave smo statistično obdelali z osnovnimi in naprednimi statističnimi analizami. S pomočjo statističnega programa

SPSS 22 in MS Excel 2013 smo izvedli: metodo analize frekvenc za opisovanje pojavov (struktura vzorca po spolu, delovnem področju, stopnji izobrazbe, starosti in delovni dobi) in metodo osnovnih statističnih t-testov ter analizo variance za testiranje razlik v organizacijski kulturi med proučevanima skupinama (E-Qalin domovi in ne E-Qalin domovi).

Med domovi smo preverjali obstoj statističnih razlik v organizacijski kulturi v dimenziji *Prilagodljivost* po treh poddimenzijah: *Ustvarjanje sprememb*, *Organizacijsko učenje* in *Usmerjenost v potrebe uporabnikov* glede na to, ali imajo v svoje delovanje vpeljan sistem kakovosti E-Qalin ali ne. Razlike v organizacijski kulturi smo preverjali po merjenih dimenzijah in poddimenzijah. Ker smo preverjali razlike med dvema skupinama domov, in sicer med skupino, ki ima vpeljan sistem kakovosti E-Qalin, in skupino, ki tega sistema kakovosti nima, pri čemer smo vzeli v obravnavo spremenljivke, ki so po svoji definiciji ordinalne, a imajo naravo intervalnih spremenljivk, smo uporabili t-test za neodvisne vzorce in normalno porazdeljene podatke. Z omenjenim statističnim testom smo primerjali aritmetične sredine v obeh skupinah, pri čemer nas je zanimalo, ali so izkazane razlike statistično značilne in se torej nahajajo znotraj intervala zaupanja ali pa so le naključne.

Za vsako spremenljivko dimenzije organizacijske kulture pri *Prilagodljivosti* so v Tabeli 2 prikazani rezultati Levenovega testa homogenosti varianc (F-statistika in stopnja statistične značilnosti), s katerim preverjamo predpostavko o homogenosti varianc med skupinama, nato pa še rezultati t-testa enakosti aritmetičnih sredin (vrednost t, stopnje prostosti in statistična značilnost). Če je tveganje za zavrnitev predpostavke o homogenosti varianc pri Levenovem F-testu večje od 5 % ($p > 0,05$) in torej ugotovimo, da se variabilnost v skupinah ne razlikuje statistično značilno, uporabimo t-test enakih varianc. V nasprotnem primeru, ko variabilnost med skupinama ni enaka, uporabimo t-test ob predpostavki neenakosti varianc. Vse vrednosti t, ki so na nivoju $p < 0,05$, nakazujejo, da lahko s tveganjem, manjšim od 5 %, trdimo, da obstajajo v celotni populaciji statistično značilne razlike.

6 REZULTATI Z ANALIZO IN RAZPRAVO

Rezultate analize razlik po posameznih dejavnikih organizacijske kulture pri dimenziji *Prilagodljivost* med E-Qalin in ne E-Qalin domovi prikazujemo v Tabeli 2 in 3.

Pri analizi razlik petnajstih dejavnikov dimenzije organizacijske kulture *Prilagodljivost* med E-Qalin in ne E-Qalin domovi se kot statistično značilne razlike na nivoju $p < 0,05$ izkažejo pri dejavniku *Upoštevanje idej* (P/OU_3), preostale razlike pa se izkažejo kot statistično značilne že na nivoju $p < 0,01$ v smeri boljših rezultatov za E-Qalin domove. Izjemi sta dejavnika *Odsotnost odpora do sprememb* (P/US_4) in *Odsotnost zanemarjanja potreb stanovalcev* (P/UU_4), pri katerima pa razlike ob homogenosti variance med skupinama domov niso statistično značilne ($p > 0,05$).

Tabela 2: Analiza razlik vrednosti spremenljivk dimenzije Prilagodljivost med E-Qalin in ne E-Qalin domovi

| | | Levenov test | | t-test | | |
|--|----|--------------|-------|--------|-----|--------------------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (dvostranski) |
| (P/US_1) fleksibilno delovanje** | EV | 11,826 | 0,001 | | | |
| | RV | | | 4,884 | 351 | 0,000 |
| (P/US_2) dobra odzivnost** | EV | 12,514 | 0,000 | | | |
| | RV | | | 3,898 | 325 | 0,000 |
| (P/US_3) stalne izboljšave** | EV | 9,905 | 0,002 | | | |
| | RV | | | 6,605 | 326 | 0,000 |
| (P/US_4) odpor do sprememb (R) | EV | 0,011 | 0,917 | -0,974 | 343 | 0,331 |
| | RV | | | | | |
| (P/US_5) medoddelčno sodelovanje pri spremembah** | EV | 2,182 | 0,141 | 6,142 | 345 | 0,000 |
| | RV | | | | | |
| (P/UU_1) spremembe na predlog stanovalcev, svojcev** | EV | 15,913 | 0,000 | | | |
| | RV | | | 3,835 | 325 | 0,000 |
| (P/UU_2) delo na podlagi potreb stanovalcev** | EV | 3,796 | 0,052 | 4,091 | 350 | 0,000 |
| | RV | | | | | |
| (P/UU_3) razumevanje potreb stanovalcev** | EV | 24,625 | 0,000 | | | |
| | RV | | | 4,492 | 308 | 0,000 |
| (P/UU_4) zanemarjanje potreb stanovalcev | EV | 2,494 | 0,115 | 0,794 | 349 | 0,428 |
| | RV | | | | | |
| (P/UU_5) pristnost stikov s stanovalci in svojci** | EV | 5,789 | 0,017 | | | |
| | RV | | | 6,123 | 326 | 0,000 |
| (P/OU_1) napake kot priložnost za učenje** | EV | 2,918 | 0,089 | 3,659 | 351 | 0,000 |
| | RV | | | | | |
| (P/OU_2) vzpodbujanje inovativnosti** | EV | 0,779 | 0,378 | 5,946 | 343 | 0,000 |
| | RV | | | | | |
| (P/OU_3) neupoštevanje idej (R)* | EV | 11,378 | 0,001 | | | |
| | RV | | | 2,015 | 348 | 0,045 |
| (P/OU_4) učenje je cilj** | EV | 2,036 | 0,155 | 4,010 | 346 | 0,000 |
| | RV | | | | | |
| (P/OU_5) poznavanje vseh del** | EV | 1,475 | 0,225 | 3,533 | 346 | 0,000 |
| | RV | | | | | |

Legenda: ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$; NS – ni razlike/signifikantno; EV – predpostavka enakosti varianc; RV – predpostavka različnosti varianc; F – F-statistika; Sig. – statistična značilnost; t – vrednost t; df – stopinje prostosti; P/US – poddimenzija Prilagodljivosti – Ustvarjanje sprememb; P/UU – poddimenzija Prilagodljivosti – Usmerjenost v uporabnike; P/OU – poddimenzija Prilagodljivosti – Organizacijsko učenje.

Vir: Lastna raziskava.

Tabela 3: Razlike med povprečnimi vrednostmi spremenljivk dimenzije Prilagodljivost med E-Qalin in ne E-Qalin domovi

| | Imajo E-Qalin | Nimajo E-Qalin | Razkorak |
|--|---------------|----------------|----------|
| (P/US_1) fleksibilno delovanje** | 3,57 | 3,13 | 0,44 |
| (P/US_2) dobra odzivnost** | 3,97 | 3,54 | 0,43 |
| (P/US_3) stalne izboljšave** | 4,16 | 3,53 | 0,63 |
| (P/US_4) odpor do sprememb (R) | 2,77 | 2,88 | -0,11 |
| (P/US_5) medoddelčno sodelovanje pri spremembah** | 3,89 | 3,23 | 0,67 |
| (P/UU_1) spremembe na predlog stanovalcev, svojcev** | 4,04 | 3,65 | 0,39 |
| (P/UU_2) delo na podlagi potreb stanovalcev** | 4,21 | 3,83 | 0,37 |
| (P/UU_3) razumevanje potreb stanovalcev** | 3,96 | 3,50 | 0,45 |
| (P/UU_4) zanemarjanje potreb stanovalcev (R) | 3,57 | 3,46 | 0,11 |
| (P/UU_5) pristnost stikov s stanovalci in svojci** | 4,28 | 3,70 | 0,58 |
| (P/OU_1) napake kot priložnost za učenje** | 4,25 | 3,90 | 0,34 |
| (P/OU_2) vzpodbujanje inovativnosti** | 3,85 | 3,18 | 0,66 |
| (P/OU_3) neupoštevanje idej (R)* | 3,25 | 3,00 | 0,25 |
| (P/OU_4) učenje je cilj** | 4,33 | 3,94 | 0,39 |
| (P/OU_5) poznavanje vseh del** | 3,43 | 3,05 | 0,39 |

Legenda: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Vir: Lastna raziskava.

Največje razlike v dejavnikih Prilagodljivosti med E-Qalin in ne E-Qalin domovi je mogoče opaziti pri medoddelčnem sodelovanju pri spremembah (P/US_5), vzpodbujanju inovativnosti (P/OU_2) in stalnih izboljšavah (P/US_3) pa tudi pri prisotnosti stikov s stanovalci in svojci (P/UU_5). Relativno velike razlike se izkažejo še pri razumevanju potreb stanovalcev (P/UU_3), fleksibilnem delovanju (P/US_1) in dobri odzivnosti (P/US_2), saj so razkoraki višji od 0,4 ocene. Razkoraki, ki se nahajajo med 0,3 in 0,4 ocene, so statistično značilni na nivoju $p < 0,05$. Pri dejavniku upoštevanje idej zaposlenih (P/OU_3) prihaja do razkoraka, ki je statistično značilen na nivoju $p < 0,05$ in znaša 0,25. Razkorak dejavnika odsotnost zanemarjanja potreb stanovalcev znaša 0,11 in je pozitiven za domove, ki so vključeni v E-Qalin, a je majhen in tudi ni statistično značilen. Vsi obravnavani razkoraki po dejavnikih dimenzije Prilagodljivost se izkažejo kot pozitivni za domove, ki so vključeni v E-Qalin, le dejavnik odsotnost odpora do sprememb (P/US_4) je pozitiven za domove, ki nimajo modela kakovosti, a razlika ni statistično značilna.

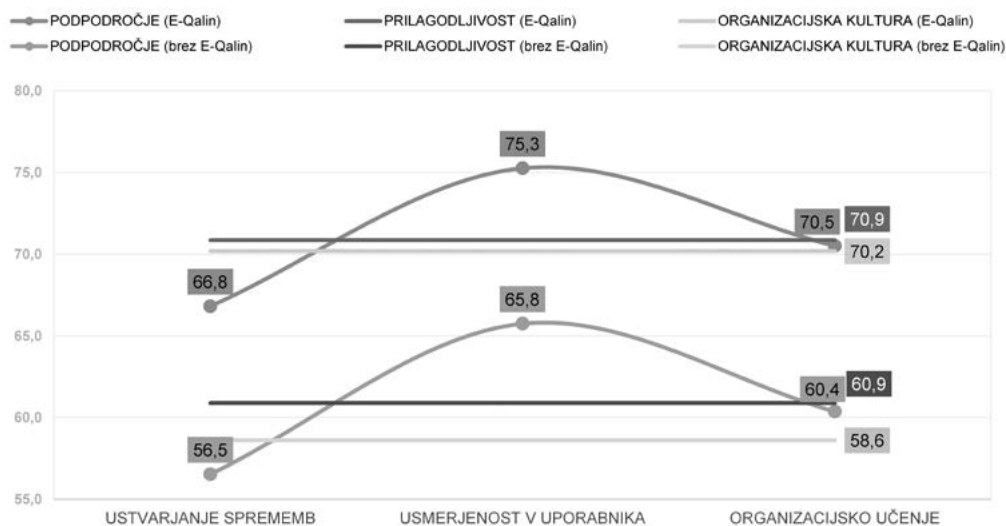
Na Sliki 1 nazorno in ločeno prikazujemo rezultate za E-Qalin in ne E-Qalin domove po Denisonovi metodologiji za merjenje organizacijske kulture (Denison in drugi, 2012). Povprečje domov, ki so vključeni v E-Qalin, po dimenziji organizacijske kulture Prilagodljivost in treh njenih poddimenzijah: Ustvarjanje sprememb, Organizacijsko učenje in Usmerjenost v uporabnike ter po organizacijski kulturi na splošno predstavljajo modri odtenki linij; povprečje domov, ki pa niso vključeni v E-Qalin, predstavljajo oranžni odtenki linij. Prikaz na Sliki 1 predstavlja povzetek predhodne analize. Iz Slike 1 je mogoče najprej razbrati, da v organizacijski kulturi med slovenskimi domovi glede na vključenost v E-Qalin obstajajo razlike. Hkrati vidimo, da tista področja, ki se pri eni skupini domov izkažejo kot slabša, veljajo kot slabša tudi pri drugi skupini domov in obratno – tista področja, ki se kažejo kot pozitivna pri eni skupini domov, se kažejo kot pozitivna tudi pri drugi skupini. Prisotnost po poddimenzijah, dimenziji organizacijske kulture in organizacijski kulturi na splošno smo izračunali po formuli: aritmetična sredina

poddimenzije [1,5] je zmanjšana za eno stopnjo, da bi lahko povprečna vrednost 1, ki pomeni popolno neprisotnost poddimenzije, zavzela vrednost 0. Nato razliko delimo s štiri (kvartilni razredi) in jo pomnožimo še s 100, da bi bila dobljena vrednost lažje predstavljiva – asociirana na delež (%).

Prisotnost dimenzije (poddimenzije) organizacijske kulture = $((\mu-1)/4) \times 100$

Iz Slike 1 je tako za vsako poddimenzijo *Prilagodljivosti* razvidno nahajališče glede na celotno organizacijsko kulturo in glede na povprečje dimenzije *Prilagodljivost*. Za domove, vključene v E-Qalin, so rezultati boljši tako na nivoju splošne organizacijske kulture kot na dimenziji *Prilagodljivost* in hkrati tudi po vseh treh poddimenzijah (*Ustvarjanje sprememb*, *Usmerjenost v uporabnika* in *Organizacijsko učenje*).

Slika 1: Razlike v organizacijski kulturi dimenzije *Prilagodljivost* po poddimenzijah glede na vključenost domov v model kakovosti E-Qalin



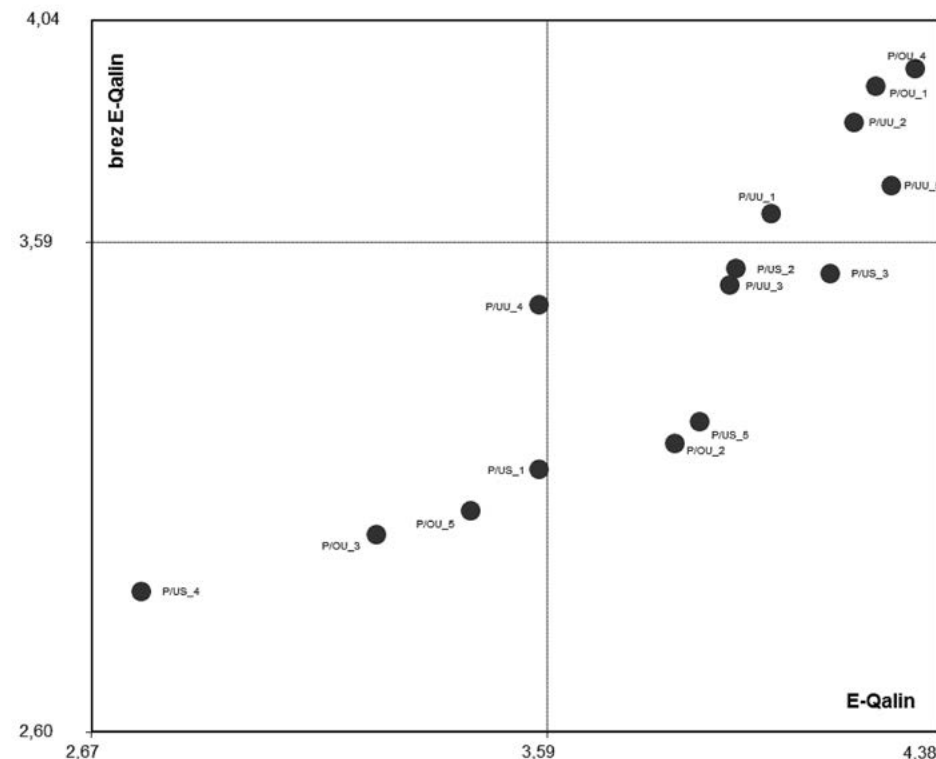
Vir: Lastna raziskava po Denisonovem modelu (Denison in drugi, 2012).

Za namene dodatne primerjave dimenzije *Prilagodljivost* domov glede na njihovo vključenost v E-Qalin smo na Sliki 2 vse spremenljivke dimenzije *Prilagodljivost* postavili na ravnino, ki jo povprečna vrednost izmerjene organizacijske kulture na obeh oseh razdeli na štiri kvadrante. Levi zgornji kvadrant predstavlja dejavnike, ki se glede na povprečje vseh domov pri domovih, ki imajo E-Qalin, izkažejo kot podpovprečno prisotni in so nadpovprečno prisotni pri domovih brez E-Qalina. Ti dejavniki predstavljajo prednosti domov brez E-Qalina v primerjavi s tistimi, ki so vključeni v E-Qalin. Desni zgornji kvadrant predstavlja elemente, pri katerih se tako domovi brez E-Qalina kot tudi domovi z E-Qalinom uvrščajo nad povprečje prisotnih značilnosti organizacijske kulture in ki kot taki predstavljajo pozitivne elemente organizacijske kulture slovenskih domov. V spodnjem levem kvadrantu so elementi, ki se glede na povprečno organizacijsko kulturo v domovih pri obeh skupinah domov izkažejo kot podpovprečno prisotni.

V spodnjem desnem kvadrantu se nahajajo elementi, ki so nadpovprečno prisotni v skupini domov, ki imajo E-Qalin, in podpovprečno v skupini domov brez E-Qalina. Ti elementi predstavljajo prednosti domov z E-Qalinom v primerjavi s tistimi brez E-Qalina.

Iz Slike 2 je razvidno, da domovi, ki niso vključeni v sistem kakovosti E-Qalin, nimajo nobene prednosti v dimenziji *Prilagodljivost* v primerjavi z E-Qalin domovi. Pri tretjini dejavnikov dimenzije *Prilagodljivost* pa se izkaže, da je le-ta v večji meri prisotna v domovih, ki so vključeni v E-Qalin. E-Qalin domovi so bolj prilagodljivi in usmerjeni v potrebe uporabnikov. Zavedajo se ugotovitev Ovsenikove in Ambroža (2000, str. 22–34), ki ugotavljata, da postajajo organizacije v današnjem okolju vedno bolj odvisne od njega. Spremembe v okolju bistveno vplivajo na njihovo delovanje. Ključno je, da organizacija opazi razlike v okolju in jih vsebinsko poveže s potrebnimi spremembami v svojem delovanju. Samo dovolj dinamične in odprte organizacije so se namreč sposobne odzivati vsem spremembam v okolju, se usmeriti na potrebe uporabnikov in preživeti.

Slika 2: Razlike v dejavnikih organizacijske kulture dimenzije *Prilagodljivost* glede na vključenost domov v model kakovosti E-Qalin



Vir: Lastna raziskava.

Večina pozitivnih dejavnikov organizacijske kulture dimenzije *Prilagodljivost*, ki vključuje poddimenzije *Ustvarjanje sprememb*, *Organizacijsko učenje* in *Usmerjenost v uporabnike*, ki smo jih preverjali v naši raziskavi, je pogojena z vključenostjo v sistem kakovosti E-Qalin.

7 SKLEP

Z raziskavo smo potrdili uvodoma postavljeno hipotezo, ki pravi, da obstajajo razlike v organizacijski kulturi in *Usmerjenosti zaposlenih v uresničevanje potreb uporabnikov* glede na to, ali imajo domovi uveden mednarodni sistem kakovosti E-Qalin ali ne.

Prav v vseh elementih organizacijske kulture, v katerih smo ugotovili statistično značilne razlike med skupinama E-Qalin in ne E-Qalin domov, so se kot boljši izkazali E-Qalin domovi. Tudi *Usmerjenost zaposlenih v uresničevanje potreb stanovalcev* se kot statistično značilno bolj prisotna izkaže v E-Qalin domovih.

Na podlagi pričujoče raziskave lahko zapišemo, da uvedba sistema kakovosti E-Qalin v dom za starejše uresničuje svoj namen. S tem dokazujemo upravičenost tretjega postavljenega ključnega cilja v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva 2013–2020 (2013), in sicer izboljševati kakovost storitev in programov preko učinkovitega vodenja vpeljanega sistema kakovosti za boljše uresničevanje potreb uporabnikov.

7.1 OMEJITVE IN PREDPOSTAVKE RAZISKAVE

Kljub potrditvi uvodoma postavljene hipoteze se nam postavlja vprašanje, ali je sistem kakovosti E-Qalin resnično vzvod za spremembo organizacijske kulture, naravnane na potrebe uporabnikov, ali pa se za sistem kakovosti E-Qalin odločajo le tisti, ki so že prej delali na pozitivnih dejavnikih organizacijske kulture in so zaradi tega rezultati pri njih boljši. Na to raziskovalno vprašanje bi lahko odgovorili le z longitudinalno raziskovalno študijo, pri kateri bi ugotavljali značilnosti organizacijske kulture domov pred vstopom v sistem kakovosti E-Qalin ter po končanem triletnem ciklu samoocenjevanj in izboljšav oz. po pridobljenem certifikatu kakovosti E-Qalin. To je prav gotovo zanimiva možnost nadaljnjega raziskovanja na tem področju.

S spletnim anketiranjem bi hitreje, lažje in ceneje pridobili podatke, vendar verjamemo, da smo z osebnim pristopom in obiskom vseh domov v vzorcu dobili kakovostnejše podatke in širši vpogled v predmet raziskovanja. Večina zaposlenih v domovih pri delu ne uporablja računalnikov, zato smo s fizično izpisanimi vprašalniki dosegli večje število zaposlenih. Predpostavljamo, da so anketiranci in intervjuvanci pošteno in izčrpno odgovarjali na postavljena vprašanja. Od njihovih odgovorov je odvisna glavna dodana vrednost empirične raziskave. Zavedamo se, da sta vedno možni manipulacija in izmikanje resničnemu vpogledu v stanje v posameznem domu. Glede na to, da smo domove za starejše v vzorcu izbrali tudi na podlagi interesa direktorja doma, da pridobi odkrit pogled neodvisnega raziskovalca na njihovo organizacijsko kulturo in usmerjenost delovanja v potrebe uporabnikov, pa predvidevamo, da takšnih manipulacij ni bilo. Vsem direktorjem smo obljubili povratne informacije o rezultatih raziskave, ki jih bodo vključili v razmišljanje o možnih izboljšavah delovanja njihovega doma v prihodnosti.

Omejitve pri obravnavanju raziskovalnega problema se nanašajo tudi na izbiro vzorca domov, ki je zajel 14,3 % celotne slovenske populacije domov za starejše.

7.2 OPIS PRISPEVKA K ZNANOSTI IN PRAKSI

Prvič smo v slovenskih domovih za starejše primerjalno izmerili organizacijsko kulturo. Uporabili smo mednarodni standardizirani Denisonov vprašalnik in tako omogočili nadaljnje primerjave organizacijske kulture slovenskih domov z organizacijami po svetu. Prav tako smo kot prvi skušali sistematično ugotoviti vpliv uvedbe sistema kakovosti E-Qalin na organizacijsko kulturo slovenskih domov za starejše in posledično njihovo boljše uresničevanje potreb uporabnikov, starejših v domovih.

Kakovostno delovanje slovenskih domov za starejše, ki je usmerjeno v podpiranje uresničevanja individualnih potreb uporabnikov v vseh treh skupinah človeških potreb *Ljubiti, Biti in Imeti* ter podpiranje kontinuitete njihovih življenj po preselitvi v institucijo, presega trenutno slovensko zakonodajo in zahteva nekaj več od predpisanega, napisanega. Imperl F. (2014, str. 13) ugotavlja, da je za odločitev o vpeljavi sistema kakovosti E-Qalin v dom za starejše in njegovo uspešno uvedbo, ki se kaže v večji naravnosti zaposlenih na potrebe uporabnikov, ključno razvojno naravnano vodstvo doma.

Sistemi kakovosti zaenkrat niso del obveznega izvedbenega sistema slovenske zakonodaje, ampak le del strategije, zapisane v Nacionalnem programu socialnega varstva 2013–2020. A za večjo usmerjenost delovanja slovenskih domov za starejše v potrebe uporabnikov bi bila poleg večje proaktivnosti slovenskih direktorjev, spremembe organizacijske kulture domov in delovanja zaposlenih potrebna tudi večja proaktivnost politike na področju sprememb zastarele zakonodaje socialnega varstva in nestimulativne delovne zakonodaje. Zaskrbljujoče je dejstvo, da že desetletje pripravljajoča Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (ZVOZDO) in Predlog zakona o socialnovarstveni dejavnosti (ZSVD), ki bosta med drugim pomembno vplivala na prihodnjo sistemsko ureditev podpore in pomoči starejšim ljudem v Sloveniji, »ne sežeta dlje od zavedanja pomembnosti potreb starejših, kot jih opredeljujejo že predhodni programi in strategije« (Podpečan, 2013, str. 258). Ne prinašata premišljene identifikacije aktualnih potreb starejših in njihove implementacije v razvojne strategije in tudi ne v konkretne programe, ki bi pomagali zagotavljati okolje za kakovostno staranje v Sloveniji.

Dokler ne bo sistemsko podprtih zakonskih zahtev za kakovostno delovanje domov za starejše in sankcioniranja neakovostnega delovanja, bodo obstajale velike razlike v kakovosti življenja uporabnikov različnih domov za starejše po Sloveniji.

LITERATURA

- Allardt Erik (1973). *Research reports. About dimensions of welfare. An Exploratory Analysis of a Comparative Scandinavian Survey*. Research group for comparative sociology University of Helsinki. V: http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_bib/freetexts/allardt_e_1973.pdf (sprejem: 3. 8. 2013).
- Allison Theresa (2010). *Transcending the limitations of institutionalization through Music: Ethnomusicology in a Nursing Home*. (Dissertation). Urbana: University of Illinois.
- Atchley Robert C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: creating positive experiences*. London: The Johns Hopkins University.
- Aydin Bulent in Ceylan Adnan (2011). What is the joint effect of employee satisfaction and customer orientation on the organizational culture in metalworking manufacturing? *The International Journal of Human Resource Management*. 22 (5): 1203–1215.
- Bukovec Boris (2009). *Nova paradigma obvladovanja sprememb*. Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.

- Connors Roger in Smith Tom (2011). *Change the culture, change the game*. New York: Penguin.
- Denison David, Hooijberg Robert, Lane Nancy in Lief Colleen (2012). *Leading Culture Change in Global Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- EEG - The European Expert Group on the Transition from Institutional to Community Based Care (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care*. V: <http://deinstitutionalisationguide.eu/> (sprejem: 14. 4. 2014).
- E-QALIN (2014). *Das E-Qalin Qualitätsmanagementsystem*. V: <http://www.e-qalin.net/> (sprejem: 25. 10. 2014).
- FIRIS IMPERL (2014a). *Kaj je E-QALIN?* V: <http://www.firis-imperl.si/izobrazevanje/e-qalin/splosne-informacije-o-e-qalinu/pregled-pomembnih-prednosti-modela-upravljanja-kakovosti-e-qalin/> (sprejem: 26. 10. 2014).
- FIRIS IMPERL (2014b). *Pregled pomembnih prednosti modela upravljanja kakovosti E-Qalin*. V: <http://www.firis-imperl.si/izobrazevanje/e-qalin/splosne-informacije-o-e-qalinu/pregled-pomembnih-prednosti-modela-upravljanja-kakovosti-e-qalin/> (sprejem: 26. 10. 2014).
- Foucault Michel (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Dan.
- Foucault Michel (2004). *Nadzorovanje in kazni*. Nastanek zapora. Ljubljana: Krtina.
- Foucault Michel (2008). *Vednost-oblast-subjekt*. Ljubljana: Krtina.
- Frankl E. Viktor (1992). *Kljub vsemu reči življenju da*. Celje: Mohorjeva družba.
- Goffman Erving (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday Anchor Books.
- Goffman Erving (1968). *Asylums*. Essays on the Social Situation of Mental patients and Other Inmates. Harmondsworth: Penguin.
- Hujala Anneli in Rissanen Sari (2013). *Organizational Aesthetics – a New Dimension of Wellbeing?* V: *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes*, ur. Anneli Hujala, Sari Rissanen in Susann Vihma, 114–129. Helsinki: Aalto University.
- Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl&Co.
- Imperl Franc (2014). *Možne strategije razvoja domov za starejše*. *Kakovostna starost*, 17 (4): 2–20.
- Imperl Tanja (2014). *10 let modela E-QALIN v Sloveniji*. *Pogled nazaj*. PPT prezentacija na 9. konferenci E-QALIN v Sloveniji, 24. 10. 2014.
- Kesey Ken (1977). *Let nad kukavičjim gnezdrom*. Maribor: Obzorja.
- Leichsenring Kai. 2014. *The E-Qalin quality management system*. V: <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/e-qalin> (sprejem: 20. 10. 2014).
- Mali Jana (2006). *Koncept totalne ustanove in domovi za stare, Socialno delo*, 45 (1/2): 17–27.
- Mali Jana (2008). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milošević-Arnold Vida (2005). *Socialno delo s starimi ljudmi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mlinar Zdravko (2013). *O razkrivanju in aktiviranju človeških potencialov v vseživljenjskem okolju*. *Staranje v Sloveniji*, ur. Jože Ramovš, 9–19.
- Mosadegh Rad in Ali Mohammad (2006). *The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management*. *TQM Magazine*. 18 (6): 606–625.
- Nayak Bandana in Barik Anil (2013). *Assessment of the link between Organizational culture and job satisfaction (Study of an Indian Public Sector)*. *International Journal of Information, Business & Management*. 5 (4): 47–61.
- Ovsenik Marija in Ambrož Milan (2000). *Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.
- Ovsenik Marija (2011). *Staranje – izziv znanosti*. Laško: Konferenca Dejavno staranje in prostovoljstvo v luči vseživljenjskega učenja.
- Ovsenik Marija in Ambrož Milan (2006). *Upravljanje sprememb poslovnih procesov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.
- Ovsenik Marija, Ovsenik Rok in Albreht Saša (2014). *Creativity, challenge in old age*. DIT 2014, book of manuscripts: 31–34.
- Pečjak Vid (1998). *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete Univerze.
- Podjed Dan (2006). *Antropološki vidiki postmoderne organizacije*. *Organizacija*. 39 (9): 585–590.
- Ramovš Jože (2011). *Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji*. *Kakovostna starost*. 14 (2): 3–21.

- Ramovš Jože (2013). *Staranje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Ksenija (2013). *Medgeneracijsko sožitje in solidarnost*. V: *Staranje v Sloveniji*, ur. Jože Ramovš, 63–97. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rant Maja (2013). *Sobivanje in samovanje v starosti*. V: *Staranje v Sloveniji*, ur. Jože Ramovš, 119–129. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rant Maja (2013a). *Prostovoljsko druženje s starim človekom*. V: *Staranje v Sloveniji*, ur. Jože Ramovš, 189–196. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rant Maja (2013b). *Samostojnost in pomoč pri vsakodnevnih opravilih*. V: *Staranje v Sloveniji*, ur. Jože Ramovš, 269–278. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20). Ur. l. RS 39/2013. (6. 5. 2013).
- Rissanen Sari in Hujala Anneli (2013). *Afterword: Managing Wellbeing*. V: *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes*, ur. Anneli Hujala, Sari Rissanen in Susann Vihma, 20–35. Helsinki: Aalto University.
- Rodriguez Ariel, Latkova Pavlina in Sun Ya-Yen (2008). *The relationship between leisure and life satisfaction: application of activity and need theory*. *Social Indicators Research*. 2008 (86): 163–175.
- Ryan R. M. in Deci E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. *American Psychologist*. 55 (1): 68–78.
- Skupina Fabrika (2013). *Merjenje zadovoljstva*. *Osnovna individualna analiza OA*. Ljutomer: interno gradivo.
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2013a). *Poudarki iz kumulativnega statističnega poročila 2012*. Pregled področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami. Ljubljana: interno gradivo.
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2014a). *Poudarki iz kumulativnega statističnega poročila 2013*. Pregled področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami. V: <http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/Poudarki%20iz%20kumulativnega%20statisti%C4%8Dnega%20poro%C4%8Dila%202013%20Skupnost%20socialnih%20zavodov%20Slovenije.pdf> (sprejem: 29. 10. 2014).
- Squires Amanda (2002). *Rehabilitation of the Older Person: A Handbook for the Interdisciplinary Team*. V: http://books.google.si/books?id=ClMdeF56bIIC&printsec=frontcover&hl=sl&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false2002 (sprejem: 1. 4. 2013).
- Starc Martina (2013). *Doživljanje sreče*. 199–221. V: *Staranje v Sloveniji*, ur. Jože Ramovš, 151–165. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Suibhne Seamus Mac (2011). *Erving Goffman's Asylums 50 years on*. *The British Journal of Psychiatry*. V: <http://bjp.rcpsych.org/content/198/1/1.full.pdf> (sprejem: 25. 9. 2014).
- Varga Renata (2003). *Teorija motivacije Abrahama Maslowa v humanistični psihologiji*. *Socialna pedagogika*. 7 (3): 339–360.
- Vihma Susann (2013). *Homelike Design in Care Residences for Elderly People*. V: *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes*, ur. Anneli Hujala, Sari Rissanen in Susann Vihma, 36–51. Helsinki: Aalto University.
- Walker Alan in Hagan Catherine (2004). *Growing older – Quality of Old Age*. Hennessy: Open University Press.
- Weinstein M. (1982). *Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients*. V: <http://orthomolecular.org/library/jom/1982/pdf/1982-v11n04-p267.pdf> (sprejem: 23. 4. 2013).
- Zakon o socialnem varstvu (ZSV)*. Ur. l. RS 3/2007. V: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20073&stevilka=100> (sprejem: 20. 3. 2013).

Kontaktne informacije:**Špela Režun**

spela.rezun@vdc-zagorje.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Orii McDermott, Martin Orrell, Hanne Mette Ridder (2014). *The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists*. V: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.875124> (sprejem: 4. 9. 2015)

POMEN GLASBE ZA OSEBE Z DEMENCO

Glasba in profesionalna uporaba glasbenih prijemov, h katerim lahko prištejemo tudi glasbeno terapijo, ugodno vplivata na počutje ljudi z demenco. Da bi razumeli, kako in zakaj glasba vpliva na počutje oseb z demenco, so se Orii McDermott, Martin Orrell in Hanne Mette Ridder (2014) odločili raziskati pomen in korist glasbe za osebe z demenco ter učinke glasbe, ki so jih pri osebah z demenco zaznavali njihovi svojci, negovalno osebje in glasbeni terapevti. Raziskali so tudi, kakšna je povezava med psihosocialnimi dejavniki in rezultati raziskave, da bi lahko oblikovali teoretični model uporabe glasbe pri obravnavi demence.

V raziskavi so se osredotočili na naslednji ključni skupini vprašanj.

- 1) *Kaj vam pomeni glasba? Kaj si mislite o aktivnostih glasbene terapije? Ali vam je glasba pomembna in zakaj?*
- 2) *Kakšne spremembe in odzive opazite po glasbeni terapiji pri vaših družinskih članih? Kako veste, da je glasba za nekoga pomembna?*

V raziskavi je sodelovalo: 12 oseb z demenco, ki so bile vključene v institucionalno varstvo; 4 osebe z demenco, vključene v dnevno varstvo; 15 družinskih oskrbovalcev; 14 članov

negovalnega osebja in 8 glasbenih terapevtov. Z osebami z demenco so izvedli intervjuje, ostale sodelujoče pa so porazdelili v šest raziskovalnih skupin. Večina sodelujočih oseb z demenco je izrazila zanimanje za sodelovanje, vendar ni razvidno ali je na njihovo odločitev za sodelovanje vplivala demenca, zato so bili pri intervjujih prisotni tudi družinski člani. Izvedba intervjujev se je izkazala za primerno metodo raziskovanja, saj so avtorji na ta način lahko opazovali direktne interakcije med stanovalci in njihovimi družinskimi člani ter odzive oseb z demenco na pripovedovanje njihovih svojcev.

V nadaljevanju povzemamo glavne ugotovitve raziskave.

Glasbena izkušnja oseb z demenco

Spoznanja o glasbeni izkušnji oseb z demenco so avtorji razdelili v tri sklope: *Tu in sedaj*, *Kdo si* in *Povezanost*.

Tu in sedaj

Glasba je lahko dostopen medij in pomemben miselni dražljaj. Družinski oskrbovalci, osebje in terapevti so opisali spodbudne vplive glasbe. Opazili so takojšnje odzive na glasbene dražljaje ter vidne pozitivne učinke na bolnikovo razpoloženje, sproščenost, večjo pozornost in zanimanje za okolico. Sproščena glasba je posledično ugodno vplivala tudi na bivalno okolje.

Za osebe z demenco je bilo poslušanje glasbe ter to, da so zanje igrali na glasbila in peli, zelo čustvena in pomembna izkušnja. Družinski člani in glasbeni terapevti so bili

pogosto presenečeni nad čustvenimi odzivi oseb celo v zadnji fazi demence.

Sodelovanje pri miselnih aktivnostih pripomore k izboljšanju spomina in kognitivnih spretnosti, še posebej na začetni stopnji demence. S tem se poveča kakovost življenja starega človeka. Nerealno je pričakovati večje napredke oseb z demenco, kratkotrajni učinki pa so bili opazni.

Kdo si?

Pri večini sodelujočih v raziskavi je bila glasba že od nekdaj pomemben del življenja. Osebe z demenco so ohranile spomin na melodije in besedila pesmi, ki so jih prej poznale, saj je glasba močno povezana z življenjskimi dogodki, z osebno in s kulturno identiteto posameznika ter z njegovo preteklostjo. Čeprav so pozabljale vsakdanje stvari, so zelo pogosto uspele priklicati v spomin pesmi iz mladosti.

Za razumevanje odklonilnega vedenja oseb z demenco in potencialnih pozitivnih učinkov glasbene terapije je ključnega pomena poznavanje psihosocialnih dejavnikov. Sklop rezultatov *Kdo si?* tvorijo prepletene povezave med glasbeno in kulturno identiteto, življenjsko zgodovino in spomini ter osebnostnimi lastnostmi in pojavom demence. Izbira in prepoznavna glasba sta bili za posameznike izrazito osebni izkušnji. Ugotovitve tega sklopa kažejo, da lahko glasba pomaga osebi z demenco ohraniti njeno identiteto.

Povezanost

Glasbeno ustvarjanje je bilo za mnoge od sodelujočih nova izkušnja, ki jim je omogočila ustvarjanje *povezanosti* in ohranjanje odnosov z drugimi. Kako dolgo se je ohranila povezanost pri stanovalcih tudi po koncu glasbene terapije ni jasno, negovalno osebje pa je poročalo, da so bili stanovalci po glasbeni terapiji bolj družabni in komunikativni. Zdi se, da je glasbena terapija med osebami, vključenimi

v dnevno varstvo, spodbudila izmenjavanje izkušenj o življenju z demenco. Stanovalci so bili kljub demenci ter omejenim telesnim in kognitivnim spretnostim zmožni vzdrževati in razvijati kratkotrajne odnose s terapevti. Med glasbenimi interakcijami se je razkrivala posameznikova edinstvenost (*Kdo si?*). Vzpostavila sta se povezanost z drugimi in občutek pripadnosti. To je za dobro počutje ljudi z demenco bolj pomembno kot pa dolgoročnost učinkov.

Vpliv glasbene izkušnje na osebe z demenco

Glasbene aktivnosti v domu so ponudile možnosti za razvoj socialnih interakcij med stanovalci in osebjem, kar je ugodno vplivalo na bivalno okolje. Glasbene aktivnosti so pomagale izboljšati razpoloženje oseb z demenco, učinki so bili takojšnji in vidni. Strokovnjaki sicer niso mogli predvideti, kako dolgo bodo učinki vplivali na stanovalce, kljub temu so opaženi kratkotrajni učinki ugodno vplivali na izboljšanje razpoloženja.

Glasba je imela pozitivne učinke tudi na svojce stanovalcev in bivalno okolje. Ob večerih se je pri stanovalcih pogosto pojavil nemir. Negovalno osebje je predvajalo glasbo, kar je učinkovalo zelo sproščujoče. Mnogi so opazili in pohvalili pozitivne učinke in bolj socialen pristop, vendar nekateri niso uživali v poslušanju predvajane glasbe, saj ni bila v skladu z njihovim glasbenim okusom. Pomanjkanje upoštevanja identitete posameznika in občutljivosti za njegove potrebe lahko preprečita pozitivne učinke. Izkristaliziralo se je spoznanje, da mora biti osebje pozorno na posameznikov glasbeni okus in individualne želje, da bodo osebe z demenco s pomočjo glasbe bolje ohranjale svojo osebnost.

Vrednotenje glasbene terapije in uporaba končnih rezultatov

Pokazala se je predvsem potreba po večji povezanosti med strokovnjaki, po enotnem

modelu obravnave in boljši komunikaciji med glasbenimi terapevti in negovalnim osebjem. Njihove različne vloge v ustanovi in pomanjkanje časa so bili pogost razlog za nesoglasja, zato so se strinjali, da bi bilo za zagotovitev ustrezne celostne obravnave oseb z demenco potrebno oblikovati enotnejši pristop.

Teoretični model

Avtorji so ugotovitve raziskave povezali s psihosocialnim dejavnikom življenjskih dogodkov in z ostalimi dejavniki, kot so razpoloženje, duševno stanje, osebna in socialna psihologija in okolje, ter oblikovali teoretični psihosocialni model uporabe glasbe pri obravnavi demence. Tri glavne komponente Kdo si?, Tu in sedaj ter Povezanost so med seboj povezane. Natančno organizirana glasbena terapija nudi priložnosti za podporo posameznikovi osebni psihologiji in pomaga vzdrževati dobro socialno psihologijo v bivalnem okolju. Uspešno sodelovanje v trenutku »Tu in sedaj« osebam z demenco omogoča vzdrževati osebno identiteto »Kdo sem?«, kar vodi v »Povezanost« z drugimi ljudmi in okoljem. Model še ni bil empirično preizkušen.

Omenjena raziskava, ki je preučevala izkušnje ter pomen in koristi glasbene terapije za osebe z demenco s perspektive družinskih oskrbovalcev, negovalnega osebja v domu za stare ljudi, glasbenih terapevtov in oseb z demenco, je prva poglobljena raziskava o pomenu in koristih z vidika teh štirih ciljnih skupin. Obstoječe študije glasbene terapije so se osredotočale predvsem na vpliv glasbe na vedenjske in psihološke simptome ter telesne spremembe. Potrebna bi bila tudi longitudinalna raziskava, ki bi preučevala, kako in zakaj glasba vpliva na osebe z demenco.

Rezultati raziskave so pokazali, da glasba ni samo orodje, s katerim lahko vplivamo na vedenjske težave, temveč je tesno povezana s človekovo osebno identiteto in življenjsko

zgodovino. Glasba je del širšega razumevanja življenja. Posamezniki lahko, ne glede na stopnjo demence, dostopajo do svojega glasbenega spomina, njihov glasbeni okus je ohranjen. Pri obravnavi demence je torej zelo pomembno poznavanje posameznikove glasbene preteklosti. Njeno ohranjanje nam pomaga ohranjati identiteto osebe in dviga kakovost bolnikovega življenja.

Maja Kulovec

Julie Guy, Angela Neve (2005). *Music Therapy & Older Adults Fact Sheet*. V: http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtcca_olderadults.pdf (sprejem 2. 9. 2015)

DEJSTVA O GLASBENI TERAPIJI

Glasba igra v našem življenju pomembno vlogo v vseh življenjskih obdobjih. Avtorici Julie Guy in Angela Neve sta glasbeni terapevtki in ustanoviteljici organizacije *The Music Therapy Center of California*. S pričujočim člankom želita prikazati kako pomembna je glasbena terapija v procesu staranja.

Prebivalstvo ZDA se stara in predvideti je mogoče, da se bo v prihodnjih 50 letih število starejših zelo povečalo. Ti se večinoma soočajo s kroničnimi starostnimi boleznimi, kot so povišan krvni tlak, artritis, bolezn srca in ožilja, rakava obolenja, sladkorna bolezen in sinusitis. Po poročilih se je leta 1997 več kot polovica te populacije srečevala z bolj ali manj omejujočimi telesnimi ali psihosocialnimi težavami in zaradi tega poiskala pomoč. Starostne bolezni vplivajo na pojav novih potreb, ki se nanašajo na posameznikove motorične, kognitivne, socialne in čustvene spretnosti. Pri osebah z demenco ali drugimi organskimi prizadetostmi možganov pride do upada kognitivnih funkcij. Bolezni, kot so kap, Parkinsonova bolezen, osteoporoza in druge, močno vplivajo na sposobnosti govora, izražanja, komuniciranja in ne nazadnje razumevanja. Prizadenejo

tudi človekov živčno-mišični sistem ter s tem povzročijo bolečine, krče, opešanje in togost, zaradi česar se posamezniku postopoma manjša zmožnost gibanja. Poslabšanje ali izguba sluha in vida starim ljudem onemogoča vsakdanjo mobilnost, kar močno vpliva na njihovo vključevanje v socialno okolje. Ko ne zmorejo več sodelovati pri dejavnostih, pri katerih so prej sodelovali, se umikajo v samoto. Telo doživlja spremembe in mnogi zato doživljajo občutke tesnobe in depresije. Našteto vpliva na različne vidike človekovega življenja, saj z upadom spretnosti upadeta tudi sposobnosti opravljanja vsakodnevnih dejavnosti in samostojne skrbi zase.

V tem stanju je ena od ugodnih možnosti glasbena terapija.

Glasbena terapija je v *Older Americans Act* iz leta 1992 definirana kot uporaba glasbenih ali ritmičnih prijemov, ki omogočijo vzdrževanje, obnavljanje ali izboljšanje motoričnih, kognitivnih, socialnih in čustvenih spretnosti starega človeka. Glasbena terapija je podpora ali preventivna storitev za ohranjanje osebne blaginje človeka. Z njo stari ljudje dobijo priložnost, da razgibajo telo in duha ter v največji možni meri ohranjajo različne sposobnosti.

- **Govor.** Starejšim ljudem glasbena terapija pomaga vzdrževati govor in jezikovne spretnosti ter upočasniti njihovo nazadovanje. Ko demenca napreduje, posameznik izgublja zmožnost govora, čeprav so mnogi še vedno sposobni peti ali žvižgati najljubše pesmi. Ritmične in jezikovne vaje pripomorejo k boljšemu govornemu razumevanju oseb po kapi ali oseb s Parkinsonovo boleznijo.
- **Kognitivne spretnosti.** Z glasbo lahko ohranjamo spomin in miselni tok. Glasba iz mladostniškega obdobja lahko priključuje spomine in tako stimulira pogovor. Glasbeni terapevti najpogosteje uporabljajo tehniki *Reality Orientation* in *Sensory Training*.

Predvajanje glasbe, ki temelji na preteklih izkušnjah, človeku omogoči natančno in skladno predstavo o okolju in mu pomaga, da se spomni določenega datuma, imena osebe, kraja bivanja itn. *Sensory Training* osebi pomaga vzpostaviti stik z okoljem preko čutil, saj ob poslušanju glasbe, ki se ji pridružijo tudi občutki, spodbudi dolgo pozabljene spomine.

- **Telesne in gibalne spretnosti.** Ples in glasba pripomoreta k ohranjanju motoričnih sposobnosti: gibljivosti, hoje, moči in funkcionalnega gibanja ter k usklajevanju gibov. Z igranjem na bobne lahko načrtno krepimo več vrst gibov: uporabo roke, premikanje roke gor in dol ter iskanje sredine. Z aktivnostmi sproščanja, s petjem, usmerjenim na določene dele telesa, in z drugimi prijemi lahko uspešno zmanjšamo dožemanje bolečine, s tem pa potrebo po uporabi farmacevtskih sredstev.
- **Socialne in čustvene spretnosti.** Glasbena terapija omogoča povezovanje in blaži občutke osamljenosti. Raziskave kažejo, da sta povezovanje in interakcija z drugimi izredno pomembni pri določanju našega splošnega zdravja. Skupinske dejavnosti stremijo k dobrim izkušnjam, ki dvigajo samozavest in spodbujajo ustvarjalno izražanje. Za družinske člane je lahko srečevanje ob glasbeni terapiji čas, ki ga preživijo skupaj v ljubečem, sproščenem in zasebnem okolju ne glede na posameznikove verbalne in neverbalne spretnosti. Petje, pisanje besedil in igranje glasbenih inštrumentov omogočajo izražanje čustev. Poslušanje glasbe in sodelovanje v procesu oblikovanja glasbe pripomoreta k spreminjanju človekovega počutja in čustvovanja. Proces staranja spremljajo vse večje potrebe po negovalnem osebju, primernih prostorih in dodatnem financiranju zdravstvenih storitev. Strokovnjaki napovedujejo pomanjkanje

negovalnega osebja, kar bo močno vplivalo na oskrbovance, njihove svojce in kakovost oskrbe. Temu se lahko zoperstavimo z usposabljanjem strokovnega kadra, z uspešnimi tehnikami soočanja s stresom in s *team buildingom*. Z glasbeno terapijo lahko dosežemo bolj zdravo okolje za uporabnika in zaposlene, saj pripomore k dobremu vzdušju in ima pozitiven učinek na spopadanje s stresom in z izgorelostjo.

Za vzdrževanje kakovostnega življenja potrebujemo temeljite spremembe v sistemih socialnega in zdravstvenega varstva, primerno financiranje in dostopne programe za ohranjanje blaginje. Izvajalci zdravstvenega varstva so pričeli ponujati celovitejši model storitev, v katerega je umeščena tudi glasbena terapija.

Strokovna literatura in praksa kažeta, da je glasbena terapija pomembna oblika pomoči v procesu celostne obravnave starega človeka. Pri starih ljudeh, ki jim jesen življenja grenijo bolezni, spodbuja kratkotrajne, a pozitivne učinke, ki ugodno vplivajo na vsa področja človekovega delovanja in ohranjajo kvaliteto življenja tudi v starosti.

Maja Kulovec

Spahni S., Morselli D., Perrig-Chiello P. in Bennett K. M. (2015). Patterns of Psychological Adaptation to Spousal Bereavement in Old Age. V: <http://www.karger.com/Article/FullText/371444> (sprejem: 14. 11. 2015).

VZORCI PSIHOLOŠKEGA PRILAGAJANJA NA IZGUBO ZAKONCA V STAROSTI

Uvod

Izguba zakonca je normativni dogodek v starosti in en izmed najbolj stresnih življenjskih dogodkov, ki vpliva na vsakodnevno življenje in dobro počutje. V poznem življenjskem obdobju se socialni stiki zmanjšajo, kar vpliva tudi na to, da ima izguba intimnega

odnosa negativne posledice in zahteva precejšnje prilagajanje. Žalovanje za zakoncem predvidoma traja krajši čas, medtem ko so psihološke spremembe in socialno prilagajanje dolgotrajnejši. V povprečju vdovci občutijo izgubo zakonca z negativnimi psihološkimi in socialnimi posledicami, obstaja pa tudi velika variabilnost v psihološkem prilagajanju. Nekateri ovdovalci posamezniki se uspešno prilagodijo novim življenjskim pogojem in govorijo o dobrem počutju, ki je enakovredno njihovim poročenim vrstnikom, drugi pa trpijo za dolgotrajnimi psihološkimi težavami. Poleg tega obstajajo nekateri empirični dokazi, da se psihološka prilagoditev na izgubo zakonca ne razvija enakomerno, ker na vse dimenzije psihičnega blagostanja ne vpliva enako. Trenutne raziskave kažejo, da je psihološka prilagoditev na izgubo zakonca povezana z različnimi osebnimi in okoljskimi dejavniki. Na podlagi tega ima prispevek dva cilja, in sicer namerava opredeliti različne vzorce psihološke prilagoditve na izgubo zakonca v starosti glede na kazalnike dobrega počutja ter si prizadeva raziskati diskriminatorne spremenljivke med temi vzorci glede na osebne in okoljske dejavnike.

Razlike in dejavniki v psihološkem prilagajanju

Smrt zakonca po več letih zakona je običajno povezana z različnimi negativnimi psihološkimi, socialnimi, fizičnimi, praktičnimi in ekonomskimi posledicami. Mnoge študije navajajo, da je izguba zakonca povezana z upadom različnih psiholoških in fizičnih kazalnikov dobrega počutja. V primerjavi s poročenimi vrstniki je bilo pri vdovcih mogoče zaznati več depresivnih simptomov, več osamljenosti, manjše zadovoljstvo z življenjem, manj pozitivnih čustev, več stresa, več pritožb o fizičnem počutju in višjo stopnjo smrtnosti. Izguba zakonca ni povezana samo z negativnimi posledicami, lahko omogoči tudi življenjsko

preusmeritev in spodbudi osebni razvoj posameznika, da postane npr. samostojnejši in pridobi izkušnje za osebnostno rast.

Študije navajajo različne načine prilagajanja na izgubo. Glede na veliko variabilnost odzivov na izgubo zakonca v starosti ne moremo delati zaključkov in posploševati posledic izgube.

Glede na razlike v tem, kako se posamezniki prilagodijo na izgubo zakonca, lahko pričakujemo različne profile prilagoditve. Ti profili se oblikujejo glede na razlike v osebnostnih in okoljskih dejavnikih. Več teorij je poskusilo razložiti velike individualne razlike v prilagajanju na izgubo zakonca. Izstopajoč model, ki vključuje tako vire kot kontekst za stresni odziv posameznika po kritičnem življenjskem dogodku, je diatezno-stresni model, ki se imenuje tudi ranljivostno-stresni model. Ta model predvideva, da so posameznikovi odzivi na kritični življenjski dogodek, kot je izguba partnerja, odvisni od posameznikovih virov (kot so osebnostne lastnosti in socialna podpora) in od okoljskih dejavnikov, ki so povezani z zgodovino odnosa z zakoncem in s smrtjo. Medtem ko lahko dobri osebni viri ščitijo pred škodljivimi posledicami izgube ljubljene osebe, slabi ali manjkajoči viri povečajo ranljivost in s tem tveganje za ohranjanje duševne oslabitve.

Obstoj takšnih potencialnih kazalnikov psihološkega prilagajanja je bil potrjen v empirični raziskavi. Znotraj osebnostnih virov imajo zaščitni učinek ekstravertiranost, vestnost in psihološka prožnost. Domneva se, da imajo ekstravertirani posamezniki bolj prilagodljive življenjske strategije in so uspešnejši pri tem, da ostajajo vključeni v svojo socialno mrežo; pri tem jim je v oporo iskanje in grajenje novih odnosov. Vestnost je povezana z organizirano stopnjo in s samodisciplino, zato je lahko koristna pri prevzemanju novih odgovornosti in pri upravljanju vsakodnevnega življenja po izgubi. Psihološka prožnost je faktor višjega reda, ki vključuje delovanje številnih psiholoških

sredstev. Povezana je z viri znotraj posameznika in z njegovim okoljem ter je lahko ključnega pomena za spopadanje z izzivi izgube partnerja. Za psihološko prožnost je značilno sodelovanje z drugimi ljudmi, vpliva tudi na rezultate in učenje iz izkušenj. Empirični rezultati kažejo, da je prožnost povezana z odpornostjo in okrevanjem od stresa, ki nastane ob izgubi. Žaljujoči posamezniki, ki imajo več psihološke prožnosti, kažejo več pozitivnih čustev po izgubi in so sposobni izkusiti pozitivne in negativne občutke v obdobjih stresa. Močni empirični rezultati kažejo, da je prilagajanje na izgubo glede na upoštevanje konteksta izgube vedno večje s pretečenim časom.

V splošnem se kaže, da izguba zakonca pogosto vodi do motenj v različnih psiholoških, socialnih in fizičnih vidikih dobrega počutja, vendar vseeno obstajajo velike razlike v prilaganju na izgubo ljubljene osebe. Poleg tega lahko drugače vplivajo na različne vidike. Na podlagi tega in z namenom videnja celovitega pogleda so avtorji članka predvideli psihološko prilagajanje kot status, ki se nanaša na čustvene (depresivni simptomi, brezup), družbeno-čustvene (osamljenost) in kognitivne (zadovoljstvo z življenjem, subjektivna ocena zdravja) dimenzije dobrega počutja. Temelji na diatezno-stresnem modelu in upošteva empirično delo dejavnikov tveganja pri izgubi partnerja, ki so jih opredelili Stroebe in sodelavci (2007). Zasnovan je na vzorcih psihološkega prilagajanja, ki so prilagojeni razlikam v intra- in interosebnostnih virih, in sicer osebnostnih virov (vključujoč psihološko prožnost) in socialne podpore na eni strani ter okoljskih dejavnikov (zgodovina zakona; čas, ki je pretekel od izgube; pričakovanja) na drugi strani. Medtem ko so v raziskavi upoštevali spremenljivke (npr. starost, spol, osebnost, socialna podpora, čas od izgube partnerja, pričakovanja), ki so pomembne za prilagoditev, so avtorji želeli tudi, da se razišče

vlogo dejavnikov, ki se redko preučujejo (npr. trajanje zakonske zveze, plačevanje podpore, čustvena vrednost izgube, prožnost osebnosti) ali za katere v literaturi ni soglasnega zaključka (npr. izobrazba, zakonska sreča). Poleg tega so želeli s hkratno vključitvijo različnih dimenzij razjasniti posamezni učinek teh dimenzij na izgubo zakonca ob individualnem odzivu posameznika na izgubo.

Raziskovalni vprašanji in hipoteze

V prispevku so avtorji obravnavali dve glavni raziskovalni vprašanji.

- 1) Kakšni so vzorci psihološkega prilagajanja na izgubo zakonca v starosti, ki se je zgodila v zadnjih petih letih (npr. depresija, brezup, osamljenost, zadovoljstvo z življenjem in subjektivno zaznano zdravje)? Ali so ti vzorci specifično značilni pri izgubi partnerja?
- 2) Kako se posamezniki razlikujejo glede na različne načine prilagajanja, kot so intrapersonalni viri (osebnostne lastnosti in psihološka prilagodljivost) in interpersonalni viri (socialna podpora), zakonska zgodovina (koliko časa sta bila poročena, zakonska sreča in zakonska podpora) ter kontekst izgube (čas od izgube, pričakovanje in čustvena vrednost izgube), če kontroliramo sociodemografske spremenljivke (starost, spol in izobrazbo)?

Avtorji so na podlagi prejšnjih raziskav postavili dve hipotezi.

- 1) Pričakujemo vsaj dva različna vzorca prilagajanja na ovdovelost: večjo skupino prilagojenih posameznikov, ki so psihološko prožni (to pomeni, da imajo višje pozitivne vrednote pri kazalnikih psihološkega dobrega počutja v primerjavi s splošnim povprečjem), in manjšo skupino, sestavljeno iz ranljivih posameznikov (z zelo nizkimi rezultati). V nasprotju s tem pričakujemo

večjo heterogenost in splošno pozitivno dobro počutje pri primerjalni poročeni skupini ljudi.

- 2) Vzorci prilagajanja na izgubo partnerja so odvisni od osebnostnih virov in okoljskih dejavnikov. Prožni vzorec je predstavljen z dobrim počutjem in naj bi bil povezan z dobrimi intrapersonalnimi viri (nizek nevroticizem, visoka ekstravertiranost in psihološka prožnost) in interpersonalnimi viri (prejeta socialna podpora). Nadaljnje spremenljivke, ki nakazujejo prožnost v skupini ranljivih posameznikov, so dobra kakovost zakonskega odnosa, več pretečenega časa od izgube in pozitivna čustvena vrednost izgube.

Metoda (postopek in vzorec)

Predstavljeni podatki so bili zbrani pri projektu z naslovom *Ranljivost in rast: razvojna dinamika in različni učinki ob izgubi intimnega partnerja v drugi polovici življenja*, ki je bil izveden v letu 2012 in preučuje psihološko prilagoditev na zakonsko ločitev v drugi polovici življenja.

Sledeči članek se osredotoča na podvzorec ovdovelih posameznikov in primerja profile ovdovelih udeležencev s poročenimi udeleženci. Udeleženci so bili izbrani naključno in razdeljeni glede na starost, spol in zakonski status. Skupno število ovdovelih posameznikov, ki so doživeli izgubo partnerja v zadnjih petih letih, je bilo 534. Število poročenih posameznikov med 60. in 89. letom pa je bilo 678. Med ovdovelimi udeleženci sta 402 (228 žensk in 174 moških) posameznika izpolnjevala kriterije, da sta imela dolgotrajen zakon (15 let ali več) in sta ovdovela v zadnjih petih letih. V povprečju so bili žalujoči udeleženci stari 74,41 leta, povprečno so bili poročeni 45,02 leta in so izgubili partnerja v povprečju 3,3 leta nazaj.

Kontrolna skupina se je ujemala s skupino ovdovelih glede na starost, spol in stopnjo

izobrazbe. Kontrolni ujemalni vzorec je vključeval 618 dolgotrajno poročenih udeležencev (312 žensk in 308 moških; 60 udeležencev se ni ujemalo). Povprečna starost je bila 73,82 leta in se ni pomembno razlikovala od skupine ovdovelih. Večina obeh skupin je imela sekundarno (58 %), terciarno (28 %) ali primarno (14 %) stopnjo izobrazbe. Večinoma so bili po narodnosti Švicarji (86 %), 13 % je bilo Evropejcev in 1 % ostalih.

Razprava

Namen študije je bil osvetliti razlike posameznikov v dobrem počutju po izgubi partnerja v starosti s prepoznavanjem vzorcev psihološkega prilagajanja glede na kazalnike depresije, obupa, osamljenosti, zadovoljstva z življenjem, subjektivne zaznave zdravja in diskriminatornih spremenljivk med njimi. Sledeči članek navaja dva glavna prispevka pri preučevanju prilagajanja zakoncev na izgubo partnerja. Prvi prispevek temelji na predhodnih raziskavah, ki se ukvarjajo z operacionalizacijo psihološkega prilagajanja kot večdimenzionalnega konstrukta, hkrati pa uporablja inovativen metodološki postopek za razlikovanje teh vzorcev. To je v nasprotju z večino študij, ki psihološko prilagoditev ocenjujejo zgolj z enim dejavnikom. Drugi prispevek pri raziskovanju razlik v profilih prilagajanja upošteva različne osebnostne vire in okoljske dejavnike.

Rezultati so razkrili tri različne vzorce prilagajanja na izgubo ljubljene osebe. V prvi vzorec prilagajanja je umeščena velika skupina posameznikov (54 %, prožni udeleženci), ki imajo na vseh dimenzijah več pozitivnih vrednosti v primerjavi s povprečjem. V drugi vzorec je zajeta manjša skupina posameznikov (39 %; udeleženci, ki se spopadajo z izgubo) z zmerno negativnimi posledicami. V tretji vzorec sodi najmanjša skupina ljudi (7 %, ranljivi udeleženci) z najbolj negativnimi posledicami pri

izgubi v primerjavi z drugima skupinama. Te ugotovitve potrjujejo rezultate prejšnjih študij, ki kažejo, da je večina žalujočih posameznikov psihološko prožna in da se je prilagodila na izgubo zakonca ter da je le manjšina ovdovelih psihološko prizadeta.

Večdimenzionalni pristop je pokazal, da se pri preučevanju psihološke adaptacije na izgubo zakonca kaže, da se profili žalovanja razlikujejo glede na stopnjo dejavnikov, ki posegajo v kognitivno, socio-emocionalno in čustveno počutje, čeprav njihove razlike niso velike. Od vseh dejavnikov se je največji učinek pokazal pri zadovoljstvu z življenjem.

Rezultati dajejo zanimiv vpogled v diskriminatorne spremenljivke med tremi skupinami psihološkega prilagajanja. Kot smo pričakovali, je vzorec prilagajanja na izgubo ljubljene osebe odvisen od osebnih virov in okoljskih dejavnikov, pri čemer imajo prvi vodilno vlogo in kažejo opazno večji učinek. V nasprotju s tem so imeli sociodemografski dejavniki obrobno vlogo.

Uspešna prilagoditev na izgubo je povezana z visokimi ocenami pri psihološki odpornosti, ekstravertiranosti, vestnosti, prijetnosti in odprtosti ter z nizkimi ocenami pri nevroticizmu. Nadaljnje pomembne razlike, ki se nanašajo na intrapersonalne vire, je mogoče najti tudi med tistimi, ki se spopadajo s stresom po izgubi, in z ranljivimi posamezniki. Slednji kažejo nižji rezultat pri ekstravertiranosti, višji nevroticizem in manjšo psihološko prožnost. Ekstravertirani posamezniki so bolj družabni in zgovorni ter manj zadržani, kar lahko pomaga pri grajenju in vzdrževanju socialne mreže po izgubi ter lahko olajša dostopnost in sprejem čustvene in informativne socialne opore. V nasprotju s tem je za nevroticizem značilna čustvena nestabilnost, povezan je tudi z anksioznostjo, s tesnobo in z nizko samozavestjo. To lahko v kontekstu izgube zakonca privede do večje zaznave stresa, manj pozitivnih čustev in manj obvladovanja

prilagoditvenih strategij. Primerjava teh treh vzorcev je pokazala, da je najmočnejša diskriminacijska spremenljivka psihološka prožnost. Definiramo jo kot osebnostno lastnost višjega reda, ki vključuje različne lastnosti. Komponente psihološke prožnosti kažejo visok rezultat pri osebnostnih kompetencah (kot so samozaupanje, neodvisnost, obvladovanje in vztrajnost) ter sprejemanju sebe in življenja (prilagodljivost, fleksibilnost in uravnotežena perspektiva življenja). Te spretnosti so še posebej koristne pri soočanju s kritičnimi življenjskimi dogodki, kot je izguba partnerja.

Rezultati študije so glede na okoliščine izgube potrdili pozitiven učinek časa od dogodka izgube. Psihološko prožni posamezniki so poročali o daljšem času od izgube partnerja v primerjavi s tistimi posamezniki, ki se spopadajo s stresom po izgubi. Medtem ko pričakovano izgube ni bila diskriminantna, je bila emocionalna vrednost glede izgube pomemben faktor pri identificiranju ranljivih posameznikov. Ranljivi posamezniki so poročali o večji negativni vrednosti na čustvenem področju v primerjavi z drugima skupinama, kar kaže na pomen subjektivnega doživljanja izkušenj pri prilagajanju na izgubo. Dolžina časa poročanih parov ni bila povezana s prilagajanjem na izgubo. Skupine se niso razlikovale v zakonski sreči, vendar so psihološko prožni posamezniki poročali o večji zakonski podpori kot tisti posamezniki, ki se soočajo s stresom po izgubi.

Omejitev študije je bila, da zaradi presečnih podatkov ne moremo izključiti možnosti, da kaže opredeljena razdelitev na precej splošne razlike in ne na specifično individualne razlike pri žalovanju. To vprašanje je bilo obravnavano z enakim modelom analize kontrolne skupine poročenih posameznikov. Rezultati so razkrili, da kažejo poročeni posamezniki večjo heterogenost, kar kaže, da so trije vzorci žalovanja povezani z izkušnjo izgube zakonca. Medtem ko žalujoči psihološko prožni posamezniki

ne kažejo, da bi bili prizadeti z žalovanjem, in poročajo o kazalnikih dobrega počutja, ki so podobni poročenim posameznikom in prav tako psihološko prožnim, sta druga dva vzorca posameznikov kazala več depresije, brezupa in osamljenosti kot poročeni udeleženci.

Kljub temu rezultati študije potrjujejo, da večina žalujočih posameznikov kaže psihološko prožni vzorec; predstavljajo ga vrednosti dobrega počutja, ki so podobne nežalujočim posameznikom. Rezultati so pokazali precejšnjo raznolikost pri premagovanju izgube zakonca. Pokazalo se je tudi, da obstaja manjša skupina posameznikov, ki ima večje tveganje za dolgotrajne psihološke težave. Med vzorci prilagajanja je bistveno poznavanje različnih diskriminatornih spremenljivk za preprečevanje in posredovanje v socialnih in kliničnih storitvah. Posameznikom, ki izražajo lastnosti, značilne za ranljivo skupino (kot so nizka stopnja psihološke prožnosti, nizka ekstravertiranost, visok nevroticizem in negativna čustvena vrednost glede na izkušnjo izgube), bi lahko priporočili preventivne ukrepe. Takšni ukrepi se ne bi smeli osredotočati le na zdravljenje psiholoških oslabeitev, ampak tudi na spodbujanje socialnih interakcij ter zagotavljanje priložnosti za učenje in razvijanje spretnosti, ki so povezane s psihološko prožnostjo.

Tjaša Mlakar

Jane E. Winter, Robert J. MacInnis, Naiyana Wattanapenpaiboon in Caryl A. Nowson, 2014. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. V: American Journal of clinical Nutrition. <http://ajcn.nutrition.org/content/early/2014/01/22/ajcn.113.068122.abstract> (sprejem: 13. 10. 2015).

INDEKS TELESNE MASE IN SPLOŠNA UMRJIVOST PRI STAREJŠIH

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravo telesno težo pri odraslih ljudeh z indeksom telesne mase (ITM) med 18,5 in 24,9.

ITM, nižji od 18,5, kaže na podhranjenost, višji od 24,9 pa na prekomerno hranjenost, s tem da je debelost klasificirana z ITM, ki je višji od 30. Ta razpon je bil določen na podlagi študij pri mlajših odraslih, pri katerih se je pokazalo, da je višji ITM povezan s povečanim tveganjem za sladkorno bolezen, nekatere vrste raka, srčno-žilne bolezni in splošno umrljivost.

Ni pa jasno, ali prej omenjena povezava med ITM in splošno umrljivostjo vzdrži tudi, če se omejimo le na starejšo populacijo. To povezavo je potrebno raziskati, saj ocene v zahodnih državah kažejo, da ima več kot dve tretjini ljudi, starejših od 65 let, ITM večji od 25. Prejšnji pregledi literature glede teže in umrljivosti pri starejših so pokazali, da je pri prekomerno težkih (ITM med 25 in 29,9) tveganje za umrljivost enako ali manjše kot pri tistih z normalno težo. Ti pregledi se osredotočajo predvsem na tveganje, povezano s prekomerno težo in z debelostjo, tveganja za umrljivost, povezana z ITMjem v spodnjem delu normalne telesne teže, pa so slabo raziskana.

Namen metaanalize, ki jo prikazujemo v tem prispevku, je bil ugotoviti povezavo med ITM v območju zdrave (normalne) telesne teže in splošno umrljivostjo pri ljudeh, starejših od 65 let. Nekateri izsledki raziskav namreč nakazujejo, da naj bi bila pri starejših tudi normalna telesna teža povezana z večjo umrljivostjo.

V metaanalizo so bile zajete prospektivne študije, ki so bile objavljene od leta 1990 do septembra 2013. Raziskovalci so jih poiskali iz podatkovnih baz MEDLINE, CINAHL in Cochrane Library. Izbrane so bile le tiste raziskave, ki so vključevale starejše od 65 let, ki so še vedno živeli doma.

Ugotovili so, da je krivulja povezave med splošno umrljivostjo in ITM pri starejših od 65 let v obliki črke U. Najnižja točka (najmanjše tveganje za umrljivost) je pri ITM med 24,0 in 30,9.

Ugotovitve, da je prekomerna telesna teža povezana z manjšim tveganjem za splošno umrljivost, so skladne s številnimi sistematičnimi pregledi in analizami. V metaanalizi 32 študij, ki so proučevale ljudi, starejše od 65 let, sta Janssen in Mark ugotovila, da prekomerna telesna teža ni povezana s povečanim tveganjem za splošno umrljivost, ITM v območju debelosti pa je to tveganje povečal za 10 %.

Središče zanimanj v raziskavah, ki so proučevale povezavo med ITM in umrljivostjo pri starejših odraslih, je bilo tveganje za umrljivost zaradi debelosti in prekomerne teže. Predstavljena študija se je osredotočala na zdravo telesno težo. Ugotovili so namreč, da tveganje za vsesplošno umrljivost narašča, ko ITM pade pod 23. Ta povezava je držala tudi, ko so se omejili samo na nekadilce.

Prednosti predstavljene metaanalize sta vsaj petletno spremljanje ljudi in veliko število vključenih študij. Večinoma so to bile obsežne longitudinalne kohortne študije z dobro dokumentiranimi meritvami in rezultati. Pomanjkljivosti so v tem, da so na podlagi ITM ocenjevali le tveganje za umrljivost, niso pa upoštevale sprememb telesne teže v določenem času in sestave telesa vključenih ljudi (npr. kakšna sta odstotka maščobe in puste telesne mase pri posamezniku). Sprememba telesne teže je pri starejših lahko pomembnejša kot sam ITM. Nekateri študije so namreč nakazale, da letna izguba ali pridobitev telesne teže poveča tveganje za vsesplošno umrljivost pri starejših odraslih. Tako je bilo vzdrževanje stabilne telesne teže povezano z manjšim tveganjem za umrljivost.

Tudi spremembe v telesni sestavi, ki se zgodijo, ko se človek stara, niso zajete znotraj ITM. Gre za zmanjševanje puste telesne mase in naraščanje maščobe, ki se neenakomerno razporedi. Skladiščenje maščobe okoli pasu in trebuha lahko poveča tveganje za umrljivost. Tako imata obseg pasu ter razmerje med

obsegom pasu in bokov velik vpliv na umrljivost starejše populacije.

V metaanalizi so se omejili na splošno umrljivost in ne na obolevnost ali umrljivost zaradi specifičnega vzroka, ker imata slednji lahko drugačne povezave z ITM. Omejili so se na populacijo, starejšo od 65 let. Povsem možno je, da pri mlajših populacijah višji ITM predstavlja večje tveganje za umrljivost. Vključili so le belce, ker je lahko prej omenjena povezava glede na rasno skupino različna, toda podobni rezultati so bili ugotovljeni tudi pri azijski populaciji.

Večina študij, vključenih v metaanalizo, ni dala standardnih ocen telesne aktivnosti. Povsem mogoče je, da je telesna aktivnost vplivala na tveganje za umrljivost. V metaanalizi niso proučevali povezave med ITM in obolevnostjo, zavedajo pa se, da močno povečana telesna teža lahko zmanjša sposobnost gibanja starejšega človeka, kar potem negativno vpliva na njegove funkcionalne sposobnosti. Več raziskav je potrebnih za razumevanje povezave med obolevnostjo, funkcionalnimi sposobnostmi in ITM pri starejših, ker so ti rezultati zelo verjetno povezani s kakovostjo življenja.

Čeprav obstajajo določene omejitve pri uporabi ITM, ITM v zdravstvu še vedno ostaja najbolj uporabljeno orodje za oceno primernosti telesne teže. Razumevanje, kako

interpretirati ITM pri starejši populaciji, je pomembno, da se zagotovi ustrezen nadzor zdravstvenih in prehranskih tveganj pri posamezniku. Omejitve v prehrani pri starejših odraslih so namreč povezane s povečanim tveganjem za podhranjenost, kar nakazuje na to, da je pri starejših ljudeh škodljivo predpisovati omejitve v prehrani samo na podlagi ITM.

Ta metaanaliza je vključevala samo starejše ljudi, ki so živeli doma, zato je lahko povezava med ITM in umrljivostjo pri ljudeh, ki živijo v domovih za ostarele in so slabotnejši, drugačna. Na ljudi, ki živijo v domačem okolju, so se omejili zato, ker je ta populacija najpogosteje deležna prehranskih nasvetov na podlagi ITM.

Metaanaliza kaže, da pri starejši populaciji prekomerna prehranjenost ni povezana z večjim tveganjem za umrljivost. Večje tveganje za umrljivost se pokaže pri ljudeh, ki imajo ITM na spodnji meji priporočenega ITM za odrasle (tj. ITM < 23,0). ITM z lestvico, kot ga je zastavila SZO, morda ni primeren za starejše, njegova interpretacija, pa bi se morala ozirati tudi na prisotnost obstoječih obolenj in funkcionalno sposobnost. Spremljanje telesne teže pri ljudeh z nižjim ITM od 23 se zdi primerno, da se pravočasno zazna izgubo teže in se odkrijejo morebitni vzroki.

Tina Lipar

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrali: Tina Lipar, Maja Kulovec, Eva Gale

KONFLIKT MED GENERACIJAMI: RESNIČEN ALI IZMIŠLJEN?

Generacije so odvisne druga od druge na zelo kompleksen način. Medgeneracijsko sožitje je mehanizem za podporo izmenjavam med generacijami. Povečuje se delež starih ljudi, proces pa s seboj prinaša mnoge spremembe. Zakaj smo v pričakovanju težav s solidarnostjo med generacijami in zakaj bo to v prihodnjih letih prineslo velike spremembe v politiki?

Mlajši delavci plačujejo davke, s katerimi podpirajo ugodnosti in zdravstveno varstvo starejših, kar kaže na enosmernost izmenjav, vendar se izmenjave v resnici gibljejo obojestransko in so razširjene tako na državni kot tudi družinski ravni. Izmenjave so usmerjene naprej, v generacije mladih, naložbe, infrastrukturo, izobraževanje, inovacije in zapuščino naslednikom, a tudi nazaj k starejšim generacijam, saj vključujejo pokojnine ter skrb in nudenje oskrbe starim ljudem. Na podoben način deluje tudi družinska oskrba starih ljudi. Obojestranske izmenjave podpirajo medgeneracijsko sožitje in koristijo uravnavanju demografskih sprememb.

Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) je bila ustanovljena leta 1961. To leto se je v 34 državah rodilo 18,5 milijona otrok, kar so kasneje dokazali kot najvišje število rojstev povojne baby boom generacije. Število rojstev upada, saj se je glede na število celotne populacije v zadnjih desetletjih prepolovilo. Pričakovana življenjska doba pa se je povečala za 10 let, na 76 let za moške in 82 let za ženske. V državah OECD so v delovno razmerje vključeni štirje mladi delovno aktivni ljudje na enega upokojenca. Predvidevanja nakazujejo, da se bo razmerje do leta 2030 povečalo na tri proti ena, do leta 2050 pa na dva proti ena.

Prihodnje generacije bodo nosile večje breme višanja davkov za podporo neaktivnemu prebivalstvu. Staranje prebivalstva bo lahko vplivalo na napetosti v odnosih med generacijami.

Družinsko oskrbo starih ljudi je bilo v preteklosti lažje organizirati, saj je bilo naloge mogoče razdeliti med več sorodnikov. Zaradi pogostih ločitev, ponovnih porok in enostarševskih družin so danes družine manjše in kompleksnejše, kar pogosto povzroča šibkejši vezi med družinskimi člani. Ženske, ki tradicionalno prevzemajo več skrbi za oskrbo, so zaposlene, zato se pogosto znajdejo v konfliktu med kariero in oskrbovanjem.

Čeprav je medgeneracijsko sožitje težko izmerljivo, nekatere raziskave ponujajo dokaze o odnosih med generacijami. Raziskava iz leta 2009 se je osredotočila na vprašanje Ali so stari ljudje družbeno breme? Večina prebivalcev 21 držav OECD, vključenih v raziskavo, je na vprašanje odgovorila nikalno: 62 % jih je močno nasprotovalo trditvi, 23 % jih je izrazilo nestrinjanje, le 14 % se jih je s trditvijo strinjalo. V odgovorih so se pokazali pomembni vzorci odzivov. Mlajši se s trditvijo niso strinjali, medtem ko so ljudje, stari med 40 in 50 let, ki so bili v pričakovanju upokojitve, odločno nasprotovali trditvi, da so stari ljudje družbeno breme. Zanimivo je, da se ljudje, stari nad 55 let, bolj nagibajo k opredelitvi sebe kot družbenega bremena. V državah, kot so Belgija, Češka, Slovaška, Madžarska in Portugalska, v katerih ljudje velik delež svojega prihodka prejema od države, so se bolj strinjali s trditvijo, da so stari ljudje družbeno breme. V nasprotju s temi državami so znaki medgeneracijskega sožitja močnejši na Danskem, Irskem, Nizozemskem in v Veliki Britaniji, saj tam prihodke v starosti dopolnjujejo tudi drugi viri.

Pokojnine so največji element javne porabe in zato pogosto predmet političnih razprav. Za vzpostavitev medgeneracijskega sožitja je zelo pomembno, da stari ljudje sami ukrepajo. Zasebno varčevanje in opravljanje dela tudi v starosti omogočata podporo tridelni strategiji OECD za dolgoročno pokojninsko politiko. Javne dajatve za pokojninski sistem v državah OECD tvorijo kar 60 % povprečnega dohodka. Leta 2010 so države v povprečju porabile približno 8,5 % državnega proračuna za javne pokojnine. Pokojninske reforme sicer omejujejo porabo na 11,5 %, vendar aktualne demografske spremembe nakazujejo, da bi se lahko do leta 2050 odstotek celo podvojil. Mnoge pokojninske reforme bodo vplivale na omejevanje zaslužka, kar bo lahko prineslo tveganje za večjo revščino med starimi ljudmi. Države se bodo morale soočiti s težkimi izzivi pri uravnavanju socialne pravičnosti in dolgoročne finančne stabilnosti.

Ključna rešitev je podaljševanje delovne dobe. Narašča število držav, ki so se samodejno odločile upoštevati povezavo med pričakovano življenjsko dobo in upravičenostjo do pravic in so vzdignile starostno mejo upokojevanja. Mnogi so kritični do podaljševanja delovne dobe, še posebej v današnjem času, ko se soočamo z visokim deležem brezposelnosti. V državah OECD, najbolj v Grčiji, v Italiji, na Portugalskem in na Madžarskem, povečini velja, da podaljševanje delovne dobe in s tem vključevanje starejših delavcev v delovni proces tudi v starosti manjša možnosti za zaposlovanje mlajših. Gledano z vidika obstoječih vzorcev zaposlovanja tako mladih kot tudi starejših delavcev, vključevanje starejših delavcev v delovni proces ne znižuje priložnosti za zaposlitev mladih. Le v štirih evropskih državah – na Danskem, Irskem, Nizozemskem in v Veliki Britaniji – večina prebivalcev nasprotuje takšni kritiki.

Pokojninske reforme držav OECD načeloma vključujejo večjo usmerjenost v javne

koristi za tiste, ki jih najbolj potrebujejo. Z ukrepi za zaposlovanje delavcev z nižjimi dohodki, z zmanjševanjem pokojnin in s povečevanjem zaščitne mreže stremijo k izboljšanju ustreznih in trajnih prijemov. Zasebno varčevanje bo nujno potrebno za zaposlitev vrzeli med javnimi prihodki, ki ne zadostujejo za pokritje stroškov. Črpanje dohodkov iz različnih virov bo varnejši način za zagotavljanje pokojnin. Konflikti glede črpanja javnih virov imajo lahko škodljiv vpliv na vse generacije in starostne skupine, saj bi zlahka nakazovali na neuspeh države in propad podpore neformalnih mrež. Te povezanosti ne smemo izgubiti, saj so vezi bistvenega pomena za socialno državo.

Izzivi staranja prebivalstva, ki v tem stoletju preplavljajo Evropo in Severno Ameriko, vplivajo na celoten svet, najbolj pa se trenutno kažejo v Aziji. Odzivi držav OECD se bodo lahko preizkusili v praksi, saj se bo starajoča se Azija zelo kmalu morala soočiti s problemi. VIR: http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/3768/the_conflict_between_generations:_fact_or_fiction_.html#sthash.z3if8szw.dpuf (sprejem: september 2015).

Maja Kulovec

OCENA MOBILNE APLIKACIJE, KOT PODPORA STAREJŠIM LJUDEM S KRONIČNIMI RANAMI

V prispevku je predstavljena ocena študije projekta *Virtuous Cycles of Well-Being* (Krepotni cikel dobrega počutja). Izvedena je bila ocena mobilne aplikacije, namenjene starejšim ljudem, ki imajo rane.

Namen projekta je bil:

- raziskati tehnološke storitve za oskrbovanje ran;
- raziskati rešitve in izdelke, ki podpirajo starejše pri samostojnejšem oskrbovanju ran;
- oceniti mnenje uporabnikov o sami rabi aplikacije.

Raziskavo je financiralo Raziskovalno partnerstvo (*N8 Research Partnership*), ki je partnerstvo osmih univerz na severu Anglije (Durham, Lancaster, Leeds, Liverpool, Manchester, Newcastle, Sheffield in York). Želeli so ustvariti informacijsko podporo, ki bi starejšim odraslim omogočala ohraniti dobro počutje za čim dalj časa, poudarek je bil na oskrbovanju kroničnih ran. V raziskavi je sodelovalo devet udeležencev, ki so bili v povprečju stari 65 let, so živeli v oskrbovanih ali neprofitnih stanovanjih in so imeli nizke dohodke. Pet uporabnikov je bilo iz mesta Hull (nizko socialno-ekonomsko ozadje), dva iz mesta Bradford (srednje socialno-ekonomsko ozadje) in dva iz mesta Liverpool (srednje socialno-ekonomsko ozadje). Po predstavitvi aplikacije (opis prototipa aplikacije, ki so jo uporabili za študijo) in interakciji aplikacije z uporabniki je sledil še polstrukturiran intervju (razprava o oceni in ugotovitvah procesa), da so ovrednotili interakcijo in pogled udeležencev na aplikacijo. Pričakovali so namreč, da bo tehnološki sistem oskrbovanja ran pripomogel k boljšemu počutju pacienta in zmanjšal stopnjo hospitalizacij.

Prototip aplikacije je bil realiziran na platformi androida, optimiziran za tablico *Kindle Fire HD* in povezan z bazo podatkov oddaljenega strežnika *MySQL*. Namen prototipa je bil omogočiti pacientom sodelovanje v fazi ocenjevanja na konkretnem primeru: kako naj bi sistem lastne oskrbe ran izgledal in katere funkcije bi bile vključene v morebitno pametno aplikacijo. Pacienti so lahko izbirali med brskanjem in posodabljanjem podatkov o ranah ter med ostalimi splošnimi vidiki cikla za dobro počutje: podatki o prehrani, vajami za razgibavanje in počitkom. Proces celjenja ran namreč lahko ovira tudi pomanjkanje gibanja, slaba prekrvavitev, neprimerna prehrana, premalo zaužite tekočine in motnje spanja. Program, ki svetuje o teh dejavnikih celjenja ran, daje bolnikom informacije o ohranjanju

telesne pripravljenosti, ki podpirajo naravne procese zdravljenja. V aplikacijo je bila vključena tudi skupinska stran *Community Tab*, ki je bila socialni vidik aplikacije. Pacienti, ki so uporabljali aplikacijo, so si lahko izmenjavali slike, sporočila ter komentarje »všeč« in ni »všeč«. Sam namen skupinske strani je bil, da bi pacienti premagali strah pred izolacijo in krepili občutek pripadnosti širši skupini.

Ugotovitve študije je bilo mogoče razvrstiti v štiri kategorije: 1. zveza med pacienti in zdravniki, 2. vidik upravljanja podatkov s pomočjo aplikacije, 3. socialna podpora prek aplikacije in 4. ovire.

Ocena je pokazala, da obstaja veliko nezaupanje med pacienti in zdravniki. Pacienti so povedali, da zdravniki vedno ne vedo, kaj je za bolnika najbolje, zato so predlagali, da bi bila aplikacija sredstvo za reševanje te problematike in da bi se lahko uporabljala za dodajanje informacij tako s strani pacientov kot tudi zdravnikov.

Druga ugotovitev se je nanašala na izmenjavo informacij. Uporabniki so soglašali, da je aplikacija dober način za shranjevanje informacij (npr. tistih, ki bi lahko bile med zdravniškimi pregledi pozabljene), poleg tega pa omogoča tudi lahko dostopnost do informacij.

Udeleženci raziskave so razpravljali tudi o neizpolnjeni čustveni podpori. Menijo, da je pacientom z ranami na voljo malo čustvene podpore. Ti se (poleg težav, povezanih z ranami) spopadajo tudi z depresijo, osamljenostjo in občutki sramu. Bili so mnenja, da je skupinski vidik aplikacije kot neko zdravilo za te težave in so jo primerjali z »virtualno čakalnico«. Ocena je namreč pokazala, da pacienti z ranami pogosto navezujejo stike s kolegi bolniki na kliniki. Zmožnost komunikacije o svojih težavah z ljudmi, ki imajo podobne težave, je zelo pomembna. Zaradi tega je bila aplikacija *Community Tab* sprejeta tako pozitivno in je bila vzporedno prenesena

tudi na ostala socialna omrežja, npr. *Facebook*. Udeleženci so menili, da *Community Tab* zagotavlja pomoč in je koristna za paciente, ki so bolj izolirani.

Kljub temu da so se udeleženci osredotočali predvsem na pozitivne vidike aplikacije, so izpostavili tudi nekaj ovir. Pomisleke so imeli glede:

- tehnične nastavitve aplikacije za zasebnost (*privacy settings*);
- favoriziranja (nekaterih pacientov) opcije *patient only*, ki izključi stroko, in na drugi strani zaskrbljenosti nekaterih glede varnosti in želje po bolj strokovnem nadzoru;
- tehnoloških spretnosti, čeprav so udeleženci dokazali, da starost ni ovira, da se tehnoloških veščin ne bi mogli naučiti;
- prednosti in slabosti zanašanja na tehnologijo pri zdravstvenih storitvah.

Poleg naštetega je bil ovira tudi socialno-ekonomski status. Udeleženci skupine z nižjim socialno-ekonomskim statusom so bili bolj nezaupljivi in se niso bili pripravljene vključiti v aplikacijo oziroma v njen koncept. Bili so tudi manj naklonjeni ideji samooskrbe. Lastno oskrbovanje so videli kot breme in dodatno odgovornost, ki naj ne bi bila njihova skrb oziroma se njih ne tiče. To je v nasprotju s prepričanjem ljudi s srednjim socialno-ekonomskim statusom, ki so mnenja, da je aplikacija način opolnomočenja.

Aplikacija je bila pozitivno sprejeta, vendar jo udeleženci raziskave dojemajo kot sekundarno, dodatno storitev k že obstoječim storitvam za negovanje ran. Mnenja so, da bi se obiski zdravnikov lahko zmanjšali na račun samooskrbe, vendar so zaskrbljeni, da bi to vplivalo na količino stika z drugimi ljudmi.

VIR: Bennett K., Grasso F., Lowers V., McKay A., Milligan C. (2015). *Evaluation of an App to Support Older Adults with Wounds*. V: http://www.researchgate.net/publication/275656343_Evaluation_of_an_App_to_Support_Older_Adults_with_Wounds
Eva Gale

ZDA: VPLIV TELESNE TEŽE NA TVEGANJE ZA UMRLJIVOST

Izguba telesne teže pri starejših ljudeh ne vodi nujno k podaljšanju njihovega življenja, nadaljnje pridobivanje telesne teže pa lahko vodi v prezgodnjo smrt. Raziskava je namreč pokazala, da imajo ljudje, ki imajo v starosti 50 let rahlo povečano telesno težo in jo vzdržujejo še naprej, največ možnosti, da bodo preživeli naslednjih 16 let. Njihova stopnja preživetja je bila celo višja od stopnje preživetja ljudi, ki so bili normalno težki in katerih telesna teža se je vseskozi rahlo večala. Po drugi strani pa je bilo pri tistih ljudeh, ki so imeli v starosti 50 let močno povečano telesno težo in katerih teža je še naraščala, tveganje za umrljivost najvišje.

Hui Zheng, vodilni avtor študije in docent sociologije na *Ohio State University*, pove, da rezultati študije kažejo, da je 7,2 % smrti po dopolnjenem 51. letu starosti mogoče pripisati pridobivanju telesne teže pri debelih ljudeh. Meni, da krivulja spreminjanja telesne teže skozi čas poda veliko več informacij glede tveganja za umrljivost pri starejših kot sama telesna teža.

Raziskovalci so podatke za raziskavo vzeli iz *Health and Retirement Study*, obsežne nacionalne reprezentativne študije Američanov, rojenih med letoma 1931 in 1941. Prikazana raziskava je analizirala 9538 respondentov, ki so bili v času začetka prej omenjene študije (leta 1992) stari med 51 in 61 let. Podatke o njih so spremljali na vsaki dve leti do leta 2008. Tako so imeli raziskovalci možnost spremljati nihanje njihove telesne teže, imeli pa so tudi podatke o tem, koliko ljudi je umrlo do decembra 2009.

Zheng in sodelavci so vključene v raziskavo uvrstili znotraj šestih kategorij, glede na njihov ITM na začetku študije in potem spremljali, kako se je le-ta v naslednjih 16 letih spreminjal. Ugotovili so naslednje.

- Ljudje s prekomerno telesno težo (ITM med 25,0 in 29,9), katerih teža je bila ves čas stabilna, so imeli najvišjo stopnjo preživetja. Sledili so jim ljudje z ITM med 30 in 34,9.
- Naslednja skupina po stopnji preživetja je bila tista, v kateri so imeli ljudje normalno telesno težo (ITM med 18,5 in 24,9) in se je njihova telesna teža rahlo povečevala, vendar še vedno ostajala znotraj ITM vrednosti za normalno telesno težo.
- Sledila je skupina ljudi z debelostjo 1. stopnje (ITM med 30,0 in 34,9), katerih teža se je povečevala.
- Na predzadnjem mestu po stopnji preživetja so bili ljudje z normalno telesno težo, pri katerih je bilo opazno njeno izgubljanje. Tukaj je potrebno opozoriti, da so raziskovalci pri interpretaciji rezultatov vzeli v obzir tudi morebitne bolezni pri preiskovancih, vendar je še vedno zelo verjetno, da so ti ljudje izgubljali telesno težo zaradi bolezni.
- Največje tveganje za umrljivost pa je bilo pri ljudeh z ITM nad 35, ki so še naprej pridobivali telesno težo.

V raziskavo niso vključili ljudi, ki so bili na začetku študije *Health and Retirement Study* prekomerno težki ali debeli in so nato težo izgubljali, ker je bil vzorec ljudi premajhen. Zheng v nadaljevanju pove, da povezave med načrtovano izgubo telesne teže in umrljivostjo niso mogli oceniti, saj je bilo tudi iz podatkov ljudi z normalno telesno težo nemogoče sklepati, ali je bila izguba telesne teže načrtovana ali ne.

Zheng opomni, da so bili tekom raziskave pozorni na različne demografske in socioekonomske dejavnike, ki bi lahko vplivali tako na telesno težo kot na umrljivost Američanov. V obzir so vzeli tudi prisotnost kajenja in kroničnih bolezni pri respondentih ter lastno oceno zdravja, zaradi katerih pa se končni rezultati niso spremenili.

Zakaj je nekoliko povišana telesna teža pri starejših ljudeh varovalni dejavnik? Verjetno zato, ker je starejša populacija dovetnejša za bolezni, predvsem za raka, ki je pogosto vzrok hitrejšega in drastičnejšega upada telesne teže. V takih primerih lahko nekaj dodatnih kilogramov postane varovalni dejavnik pred hranilnim in energijskim pomanjkanjem, metabolnim stresom, razvojem starostne oslabelosti ter izgubo mišic in kostnine, ki jih povzroči kronična bolezen. Po drugi strani pa mlajši ljudje manj pogosto zbolijo za boleznimi, za katerimi obolevajo starejši, kar je razlog proti temu, da je prekomerna telesna teža koristna tudi za mlajše.

Zheng meni, da je ključna ugotovitev predstavljene raziskave ta, da je nalaganje kilogramov na že previsoko telesno težo tvegano za zdravje posameznika.

VIR: *Science Daily*, 2013. *Older adults live longer with a few extra pounds – if they don't add more*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/09/130919093653.htm> (sprejem 24. 11. 2015).

Tina Lipar

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Tina Lipar

V TUJINI

Dementias 2016

Organizira: British Journal of Hospital
Medicine

11. – 12. februar 2016, London

Spletni naslov:

[http://www.dementiasconference.com/
Home](http://www.dementiasconference.com/Home)

Ageing 2016

Organizira: Euroscicon

9. – 11. februar 2016, London

Spletni naslov: [http://lifescienceevents.com/
ageing-2016-9th-11th-february/](http://lifescienceevents.com/ageing-2016-9th-11th-february/)

World congress on osteoporosis, osteoarthritis and musculoskeletal diseases

Organizira: Sinklar conference management b.v

14. – 17. april 2016, Malaga

Spletni naslov: <http://www.wco-iof-esceo.org/>

Aging in America conference 2016

Organizira: American society on Aging

20. – 24. marec 2016, Washington

Spletni naslov: <http://www.asaging.org/aia>

Cognitive Aging conference 2016

Organizira: School of Psychology, Georgia
Institute of Technology

14. – 17. april 2016, Atlanta

Spletni naslov: <http://cac.gatech.edu/#>

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

E-QUALIN

angleško: E-Qualin

E-Qualin (European quality-improving learning) je vseevropski model upravljanja s kakovostjo v ustanovah socialnega varstva. Nastal je zaradi zahteve razvoja sodobne družbe, socialne politike in sistema socialnega varstva. Njegov nastanek so izzvale zahteve razvoja socialnovarstvenih organizacij, njihove potrebe po standardih kakovosti in po specifičnem modelu obvladovanja kakovosti, ki bi bil nacionalno in evropsko priznan. Njegov razvoj je v okviru sklada *Leonardo da Vinci* podprla Evropska skupnost.

Model je prilagojen domovom za starejše (E-Qalin/A), varstveno delovnim centrom in socialno varstvenim zavodom za usposabljanje (E-Qalin/B), izvajalcem pomoči na domu (E-Qalin/C) in centrom za socialno delo (E-Qalin/D).

Model E-Qalin/A je razvijala ekspertna skupina, v kateri so sodelovali strokovnjaki za upravljanje s kakovostjo, izobraževalne ustanove, direktorji in drugi vodilni kadri iz domov za starejše, zastopniki poklicnih združenj, ustanovitelji domov in uporabniki. Sodelujoče organizacije ali posamezniki so bili iz Avstrije, Slovenije, Italije, Nemčije, Luksemburga in Nizozemske. Model je v pilotni fazi preizkusilo 29 domov za starejše iz Avstrije, Nemčije, Italije, Luksemburga in Slovenije, na osnovi česar je bila opravljena evalvacija in oblikovana dokončna varianta za domove starejših. Na podoben način sta ob mednarodnem sodelovanju nastali branžni varianti E-Qalin/B in E-Qalin/C, medtem ko smo E-Qalin/D razvili samo v Sloveniji.

Kaj novega je prinesel E-Qalin? Predvsem spoznanje, da pri delu z ljudmi, toliko bolj, če

gre za nemočne in ovirane, ni mogoče izdelati standardov dela, ki bi veljali za vse na enak način in na dolgi rok. Spoznanje, da je potrebno nenehno preverjati, ali to kar počnemo in način, kako delamo, zadovoljuje osebo, s katero delamo. To je ena od najzahtevnejših nalog, ki jo nalaga E-Qalin in se sproti izvaja.

Druga izvirnost E-Qalina pa je vključevanje vseh zaposlenih in uporabnikov tako v analizo kot v načrtovanje potrebnih izboljšav oz. sprememb. Vodstvo ima pri E-Qalinu vlogo krmiljenja, da skladno s strateškimi razvojnimi cilji ustanove usmerja predlagane izboljšave in spremembe ter zagotovi njihovo udejanjenje.

E-Qalin daje tako veliko odgovornost vodilnim, da ne samo spodbujajo zaposlene h kritičnemu razmišljanju o tem, kaj in kako počnejo, temveč da jim tudi prisluhnejo, da gradijo razvoj na uvidih od »spodaj«, saj je to nivo, ki »iz prve roke« vidi in doživlja drobna dogajanja, pomembna za zadovoljitev vsakokratnih potreb in želja oz. za zadovoljstvo uporabnikov. Zaposlene se tako spodbujajo oz. učijo, da prevzemajo iniciativo pri reševanju problemov, ki se pojavljajo pri delu.

E-Qalin posega tudi v vsebino/koncept in organizacijo dela. Izvajalca v instituciji nagovarja, da korakoma preide iz naravnosti na ustanovo k naravnosti na osebo oz. uporabnika, da pri načrtovanju dnevnega življenja niso v ospredju formalni cilji institucij, temveč potrebe posameznikov. V tem smislu prispeva k spreminjanju kulture institucije, kot so domovi za starejše ali ustanove za osebe s težavami v duševnem razvoju. S spremembo kulture se ustvarjajo ustanove, v katerih ljudje s fizičnimi in psihičnimi pomanjkljivostmi ne živijo kot pacienti v bolnišnici, ampak kot aktivni posamezniki – ustanove, ki poleg teles

znajo negovati tudi dušo. Gre za spremembo srca, investicija pa ni toliko finančna, kot je vedenjska in odnosna.

Kultura, ki jo razvija E-Qalin, zagovarja skrb ljudi drug za drugega, spodbuja skrbni odnos med uporabniki, njihovimi svojci, zaposlenimi in prostovoljci s poudarjanjem samozavedanja in osebne odgovornosti. Zaposleni se redno srečujejo v skupinah za kakovost, kjer rešujejo probleme iz svojega delovnega okolja in se senzibilizirajo za potrebe uporabnika. Tako je vzpostavljen sistem stalnega izboljševanja.

E-Qalin je priložnost za zaposlene, da postanejo »proaktivni«, s tem da jim daje prostor

in čas, ko lahko namesto govorjenja o virih nezadovoljstva usmerijo svojo energijo v iskanje rešitev za boljši jutri. To je skupna točka, kjer lahko zaposleni in uporabniki nekaj naredijo. Njihova energija postaja vse bolj pozitivna in se širi, kar povzroča, da se njihov krog vpliva širi. Tako E-Qalin prispeva k pozitivni spremembi kulture v organizaciji.

Pod določenimi pogoji lahko ustanova vsaka tri leta pridobi mednarodni certifikat kakovosti po E-Qalinu, ki se ga izda na podlagi zunanje presoje in je osnova za potencialno primerjavo doseženega nivoja kakovosti med organizacijami (na nivoju ustanovitelja, države, EU).

Franc Imperl

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

INFORMIRANJE V STAROSTI PRIJAZNI OBČINI

Svetovna in slovenska mreža starosti prijaznih mest in občin je program, ki ga je inovativno oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija, da bi pomagal krajevnim skupnostim pravočasno reševati zahtevne naloge ob staranju prebivalstva.

Njegovi odliki sta **konkretnost in izvedbeni realizem**. To, da je neka občina ali mesto član te svetovne in slovenske mreže, se mora videti konkretno v življenju in sožitju krajanov. Formalna vključenost v mrežo in sprejem strateškega programa za reševanje demografskih nalog sta le pomembni sredstvi, da lokalna skupnost doseže edini stvarni cilj tega programa: vidno izboljševanje krajevnih razmer za staranje in sožitje generacij. Realizem programa pa se kaže v tem, da gradi na stvarnih možnostih kraja: finančnih, prostorskih in drugih materialnih virih, intelektualnih, strukturnih in drugih človeških virih, ki so v kraju – vse te sile pa zbira in povezuje v sinergijo za večjo učinkovitost.

Odločilni pogoj, da program starosti prijazne občine ali mesta uspe, je **informiranje**. Vsi prebivalci morajo biti čim bolj obveščeni o njegovem namenu, vsebini in dogajanju. In to po vseh razpoložljivih informacijskih kanalih, ki jih skupnost premore.

O čem vse mora biti krajevna javnost informirana?

Prvi korak je informiranost krajevnega vodstva in odločilnih strokovnih služb. Naše in svetovne izkušnje kažejo, da se v starosti prijazno mrežo vključi občina ali mesto, kjer so vodilni politični, upravni in strokovni ljudje v občini ozaveščeni o demografski problematiki in informirani o tem svetovnem programu.

V teh občinah ali mestih poteka že v času priprave na vključitev v starosti prijazno mrežo

široko informiranje ljudi o izzivih staranja v občini in o tem svetovnem odgovoru nanje. Demografsko informiranje je uravnoteženo – poroča tako o problemskih vidikih staranja kakor o obetavnih možnostih, ki jih staranje prinaša naši skupnosti in posamezniku. Ko so v občinskem svetu teh skupnosti formalno sprejemali odločitev o vstopu v mrežo, so zanj glasovali brez izjeme vsi svetniki, pa naj so bili sicer med seboj še tako politično nasprotni. Skrb za kakovostno staranje in lepše sožitje zadeva vse ljudi. Ob zadostnem informiranju se izkaže, da povezuje vse skupine kljub vsem razlikam, ki jih sicer usodno razdvajajo.

Po vstopu občine ali mesta v mrežo se začne 5-letni cikel izvajanja programa starosti prijazne občine ali mesta, ki je v tem času njihova prednostna razvojna naloga. Prednostno pozornost ji posvečajo v vseh krajevnih javnih občilih: v časopisu, na občinski spletni strani, lokalni radijski ali TV postaji. **Krajevni časopis** ima npr. redno rubriko *Starosti prijazna občina ... (npr. Žiri)*. V njej objavlja konkretne informacije o trojem:

- 1) kaj se v kraju dogaja v smeri izboljšanja razmer za zdravo, dejavno in dostojanstveno staranje vseh občanov ter kaj za krepitev solidarnosti med generacijami in lepše sožitje v kraju;
- 2) dobre izkušnje drugih občin in mest na tem področju, saj je glavni namen mreže izmenjava dobrih izkušenj na tem področju;
- 3) ljudje potrebujejo tudi nova znanja o starosti, staranju in odnosih – seveda ne v suhoparni znanstveni obliki, ampak v vsem razumljivem in lepem jeziku.

Poleg krajevnega časopisa gredo vse te informacije med krajane tudi **preko spletne strani občine, preko radijskih in TV valov lokalnih postaj in osebno v okviru raznih krajevnih prireditev**.

J. Ramovš

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

OSVEŽITVENI TEČAJI ZA PROSTOVOLJCE V MEDGENERACIJSKI MREŽI ZA KAKOVOSTNO STARANJE Dobrna, od 12. do 14. novembra 2015

Medgeneracijsko prostovoljstvo je pri reševanju današnjih demografskih nalog nepogrešljivo. Potrebujemo ga starejši. Programi samih starejših za aktivno in zdravo staranje so brez mlajših prostovoljcev lahko kaj hitro prazni in prazni, poklicna oskrba tistih onemoglih, ki nimajo svojcev, pa brezosebno sterilna. Prostovoljstvo s starejšimi in za starejše ljudi potrebujejo tudi mlajše generacije; živo medgeneracijsko sodelovanje in pomoč v onemoglosti sta namreč nujna pogoja za razvijanje in krepitev solidarnosti – te osnovne zmožnosti za sožitje in človeški razvoj.

V naši reviji nismo objavljali toliko strokovnih spoznanj in dobrih izkušenj o medgeneracijskem prostovoljstvu, kakor bi ta vsebina zaslužila glede na aktualnost in zastopanost v slovenski gerontološki praksi. Tale priložnostni prikaz osvežitvenega tečaja za medgeneracijske prostovoljce želi biti tudi spodbuda za več objavljanih o prostovoljstvu na področju staranja in krepitev medgeneracijske solidarnosti.

Še drobna jezikovna opomba, ki je tokrat na mestu. V medgeneracijski mreži za kakovostno staranje in v sorodnih programih je moških prostovoljcev ponavadi kakih deset odstotkov, prostovoljk pa okrog devetdeset odstotkov. »Prostovoljec« je torej le pravilna slovnična oblika, ki pomeni vse prostovoljke in prostovoljce.

PROSTOVOLJCI V MEDGENERACIJSKI MREŽI ZA KAKOVOSTNO STARANJE

V današnjih razmerah sožitja prevzema prostovoljstvo del tiste solidarne pomoči in

povezovanja ljudi, ki sta jo v tisočletjih tradicionalne kmečko-obrtniško-stanovske družbe imela sosedstvo in širše sorodstvo. Sodobno prostovoljstvo je torej do neke mere *nekrajevno sosedstvo in nekrvno sorodstvo*.

V *medgeneracijski mreži sodobnih programov za kakovostno staranje*, ki jo razvija in uvaja na terenu Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, ima prostovoljstvo nenadomestljivo vlogo (o tej mreži je več na spletni strani Inštituta, v naši reviji je bila na kratko opisana v zadnji številki lanskega letnika). Na Inštitutu že četrto stoletje strokovno razvijamo metode za pridobivanje prostovoljcev, njihovo usposabljanje, delovanje in organiziranje. V mreži medgeneracijskih programov prostovoljci vodijo različne skupine za kakovostno staranje: pogovorne, bralne, širiteljske za preprečevanje padcev v starosti, za življenje s povišanim krvnim tlakom, trezno in kulturno bogato staranje ipd. S skupinami je povezano prostovoljsko individualno družabništvo s starimi ljudmi. Zaželen program je prostovoljsko družabništvo dijaka in upokojenca ob učenju informacijsko komunikacijske tehnologije. Prostovoljci vodijo tudi krajevne klube svojcev, v katerih se po končanem tečaju srečujejo družinski oskrbovalci, ki doma oskrbujejo starostno onemoglega, kronično bolnega ali invalidnega družinskega člana.

V vseh teh programih gre za zahtevno in dolgoletno osebno prostovoljsko delo z ljudmi, kakor je opredeljeno v *Prostovoljskem dnevniku*. V primerjavi s priložnostno prostovoljsko materialno ali delovno pomočjo je zanj potrebno več začetnega usposabljanja, nato pa sistematično vzdrževanje in krepitev prostovoljske kondicije. Osnovno usposabljanje prostovoljcev za vodenje medgeneracijskih

skupin izvaja Inštitut po metodi skupinskega socialnega učenja in traja eno leto v srednje veliki učni skupini po kakih petnajst prostovoljcev. Usposabljanje je povsem vtakano v prakso prostovoljskega dela že od začetka, ko je v ospredju spoznavanje staranja in učenje medgeneracijskega komuniciranja, pa vse do konca, ko ima vsak tečajnik za sabo uspešno vodenje vsaj desetih srečanj svoje novoustanovljene skupine za kakovostno staranje. Na ta način je Inštitut v četrto stoletje usposobil več tisoč prostovoljcev po vsej Sloveniji in v tujini.

Zahtevno prostovoljsko delo z ljudmi se v krajevni skupnosti ali ustanovi razvija in dolgotrajno uspeva le, če je dobro organizirano. Mreža medgeneracijskih programov za kakovostno staranje je organizirana v krajevnih društvih ali sekcijah, ki so med seboj in z Inštitutom neformalno povezani v Zvezo medgeneracijskih društev za kakovostno staranje. Vloga Inštituta je zagotavljanje novih spoznanj, usposabljanje in strokovna pomoč pri razvoju krajevnih mrež.

Najpomembnejši kazalnik organizacijske kakovosti prostovoljstva je **vzdrževanje prostovoljske kondicije**. Prostovoljci, ki vodijo medgeneracijske skupine, in osebni družabniki doživljajo pri svojem delu vedno nove dobre izkušnje; če jih posredujejo med seboj, se dvakratno oplemenitijo: drugim postanejo pobuda za njihovo delo, tistemu, ki je svojo izkušnjo povedal drugim prostovoljcem, pa postane le-ta jasnejša in plodnejša. Medsebojna izmenjava dobrih izkušenj in skupno reševanje vprašanj in težav sta najboljša načina stalnega usposabljanja in zdrave motivacije prostovoljcev za kakovostno prostovoljsko delo.

V mreži medgeneracijskih programov za kakovostno staranje so utirjene naslednje oblike vzdrževanja prostovoljske kondicije:

- mesečno srečevanje prostovoljskih voditeljev skupin in družabnikov v krajevni intervizijski skupini;

- kratki tečaji, ki jih prireja Inštitut za usposobljene prostovoljce, ki želijo v svojih skupinah izvajati katerega od širiteljskih programov za zdravo, aktivno in dostojanstveno staranje;
- kratki osvežitveni tečaji za posamezno krajevno društvo ali za več sosednjih društev;
- 3-dnevni osvežitveni tečaji za dolgoletne prostovoljce – njim je posvečen ta zapis.

OSVEŽITVENO USPOSABLJANJE DOLGOLETNIH PROSTOVOLJCEV

Izkušnje so pokazale, da po desetih letih več kakor polovica prostovoljcev vztraja pri vodenju svojih medgeneracijskih skupin ali se redno družabniško srečuje z enim ali več starimi ljudmi. To delo je lepo – človeka bogati, obenem pa je tudi zahtevno. Čedalje bolj živa je bila potreba po temeljitejšem osvežitvenem usposabljanju dolgoletnih prostovoljcev. Koncept osvežitvenega tečaja za dolgoletne prostovoljce smo oblikovali iz treh izhodišč:

- 1) medsebojno spoznavanje prostovoljcev iz različnih krajev Slovenije ob izmenjavi njihovih dolgoletnih izkušenj;
- 2) izobraževanje o novih metodičnih in gerontološko-medgeneracijskih spoznanjih;
- 3) prijetno prijateljsko vzdušje ob kulturnem, družabnem in razvedrilnem dogajanju.

Dovolj veliko število udeležencev omogoči, da je na voljo kar se da veliko različnih izkušenj, z druge strani pa mora biti velikost skupine v mejah možnosti za osebno komuniciranje vsakega z vsakim. Tema dvema zahtevama odgovarja zgornja meja velike skupine, ki je dvaintrideset ljudi. Kadar je zaradi potreb kateri od osvežitvenih tečajev prekoračil to število, smo osebno komuniciranje med udeleženci skušali zagotoviti z metodiko dela, npr. več dela v parih in manjših skupinah.

Na prvem osvežitvenem tečaju za dolgoletne prostovoljce smo za glavno vsebino osvežitvenega tečaja vzeli samo prostovoljstvo

in dolgoletne izkušnje pri njem. Od tedaj se na vsakem tečaju izkristalizira vsebina za naslednjega, deloma pa jo pokažejo žive potrebe v celotni Zvezi društev.

Doslej je bilo šest osvežitvenih tečajev:

- 1) od 25. do 27. novembra 2010 v Zrečah pod geslom »**Prižgimo lučko**«;
- 2) od 31. maja do 2. junija 2011 v Zrečah s skoraj istim programom za novo skupino dolgoletnih prostovoljcev, le glavna tema je bila razširjena na **pomoč drugim in skrb zase pri prostovoljstvu**;
- 3) od 8. do 10. novembra 2012 na Pokljuki, glavna tema sta bila **nova širiteljska programa** *Preprečevanje padcev v starosti* in *Živimo s krvnim tlakom*;
- 4) od 7. do 9. novembra 2013 na Pokljuki, glavna tema je bila **trajnost skupin**;
- 5) od 6. do 8. novembra 2014 v Novem mestu, glavna tema je bila **vklučenost v lokalnem okolju**;
- 6) od 12. do 14. novembra 2015 v Dobrni, temi sta bili **sodelovanje v intervizijski skupini** in **občasna uporaba vsebinskih enot iz širiteljskih priročnikov** *Bralna skupina* in *Starajmo se trezno* pri vodenju medgeneracijske skupine za kakovostno staranje.

Posebnost drugega, tretjega in četrtega tečaja je bila, da so potekali v sodelovanju z medgeneracijskim društvom slovenske vojske. Po prvih dveh osvežitvenih tečajih se je namreč finančna kriza tako zaostila, da tretjega ne bi mogli organizirati. Tedaj se je pokazalo, kako prostovoljci in njihova socialna okolja najdejo lastne komplementarne možnosti za sinergične učinke. Medgeneracijsko društvo slovenske vojske je našlo v svojem okolju nastanitveno možnost za usposabljanje svojih prostovoljcev skupaj z drugimi. Izkušanja vseh je bila odlična.

Osvežitveni tečaji imajo nekaj stalnic v programu.

Nepogrešljiva je rekreacija: skupni sprehodi, spoznavanje okolice (npr. sprehod po

Novem mestu, na katerem so domači prostovoljci razkazali njegove znamenitosti), plavanje, skupna jutranja telovadba ipd.

Prijeten je vsakoletni družabni večer, na katerem razkrijemo »skrite prijatelje« (ta igra vsako leto tke skrivnostne povezave med udeleženci), veliko pojemo, se šalimo, smejimo duhovitim skečem ...

Na visoki ravni je kulturni večer, na katerem gostuje en ali več pisateljev – bili so npr. Berta Golob, Ivanka Mestnik, pisatelji upokojenci iz Novega mesta, Drago Korade.

ZNAČILNOSTI LETOŠNJEGA OSVEŽITVENEGA TEČAJA

Na letošnjem osvežitvenem tečaju v Dobrni je bila novost, da je poleg prostovoljcev ves čas sodelovala ena od skupin za kakovostno staranje. To so bile *Snežinke* iz Dravelj v Ljubljani, ki praznujejo petnajst let delovanja, vodita pa jih Marjeta Tololeski in Klemen Jerinc. Povprečna starost članic dosega častitljivih 80+, svežina telesa in duha in duha pa je mladostna. Temeljita predstavitev *Snežink* je na tečaju požela navdušeno odobravanje. Voditelji skupin so članice in voditelja z zanimanjem spraševali o podrobnostih njihovega dela v skupini in se z občudovanjem odzivali na pripovedovanje njihovih izkušenj. Tudi v anonimni anketi ob koncu tečaja so prostovoljci predstavitev njihove skupine in sodelovanje na celotnem osvežitvenem tečaju uvrstili med najlepša doživetja na tečaju. V pogovoru je izkušen večdesetletni voditelj skupin dejal, da bi bil posnetek njihovih pripovedi primer kakovostnega dela skupine. Več udeležencev je reklo, da nobena beseda, ki so jo povedali ni bila odveč in nobena manjkala.

Eden od glavnih ciljev tega osvežitvenega tečaja je bil poživitev dela krajevnih intervizijskih skupin. Četrtoletna izkušnja pri razvoju mreže programov za kakovostno staranje v različnih krajih kaže, da se mreža dobro razvija

tam, kjer imajo prostovoljci redna mesečna intervizijska srečanja, se jih večinoma udeležujejo ter so vsebinsko bogata in človeško prijetna. V evalvacijskem vprašalniku ob koncu tečaja si je več udeležencev zaželelo, da bi na naslednji osvežitveni tečaj prišli vsi prostovoljci iz enega od krajev ali ustanov ter predstavili svoje uspešno delo v intervizijski skupini.

Druga glavna izobraževalna vsebina tečaja je bila predstavitev dveh priročnikov za širiteljske programe medgeneracijskih skupin za kakovostno staranje: *Starajmo se trezno* in *Bralne skupine*.

Pogovor o tem, kaj smo brali in nas je navdušilo, je že od začetka ena od rednih dejavnosti v skupinah za kakovostno staranje. Že poldrugo desetletje pa sistematično razvijamo tudi program za posebne bralne ali bibliopedagoške skupine, ki se srečujejo največ po krajevnih knjižnicah. Najbolj razvito mrežo ima kranjska knjižnica, tako v veliki, sodobni matični knjižnici v Kranju kakor po svojih krajevnih podružnicah. Letos smo izdali priročnik *Bralne skupine* za voditelje in člane bralnih skupin. Na osvežitvenem tečaju smo prostovoljcem predstavili, da bodo lahko svoja redna srečanja skupin še bolj obogatili z bralnim programom. V ta namen so prejeli ta priročnik kakor tudi priročnik za širiteljski program *Starajmo se trezno*; po odzivih sodeč so bili s tem zelo zadovoljni.

Zadnja leta se voditelji medgeneracijskih skupin za kakovostno staranje med usposabljanjem uvajajo v vodenje svojih novoustanovljenih skupin po širiteljskem programu petnajstih srečanj za preprečevanje padcev v starosti, za katerega je izdelan priročnik. Uvajanje v samostojno vodenje skupine ob programu, za katerega imajo vsi člani v rokah priročnik, je zelo uspešno, njegova šibka točka pa je prehod na samostojno delo skupine ob lastnih pogovornih vsebinah in drugih lastnih dejavnostih, ko se program v priročniku konča. Da bi ta prehod olajšali, smo na letošnjem

osvežitvenem tečaju predstavili oba priročnika pod vidikom, da voditelja izbirata iz njih posamezne vsebine za srečanja svoje skupine, ki sicer ni niti bralna niti sistematično ne izvaja širiteljskega programa *Starajmo se trezno*. V tem primeru program traja vsak teden skozi vse leto, saj vsebuje okrog trideset tem iz vseh področij zdravega staranja. Večina teh tem pa je uporabna tudi na tak način, da voditelj izbere to ali ono za srečanje svoje skupine; na ta način si pomaga vsebinsko in metodično, pa naj skupina deluje šele prvo leto in je sam začetnik v njenem vodenju ali je to dolgoletna skupina, ki ima skupaj z njim že deset ali dvajset let izkušenj. V tem primeru seveda ne gre za celovit preventivni program za preprečevanje omam in zasvojenosti v tretjem življenjskem obdobju, čemur je priročnik v osnovi namenjen; voditelji, ki želijo v skupini predelati ta program, bodo imeli na Inštitutu temeljitejšo usposabljanje v začetku naslednjega leta.

V evalvacijski anketi ob koncu tečaja je bila deležna pohval tudi skupna jutranja telovadba, ki jo je zunaj vodila dolgoletna voditeljica mag. Irena Potočnik – njena skupina Zimzelen praznuje že četrtoletje delovanja. Na kulturnem večeru se je kot pisatelj predstavil naš član Drago Korade, voditelj skupin v medgeneracijskem društvu slovenske vojske. Poleg predstavitve svoje nove knjige *Preša – o vinski stiskalnici v Spodnji Kungoti*, v kateri se uveljavlja kot pravi etnolog, nas je nasmejal tudi s svojimi izvirnimi skeči.

Osvežitveni tečaj 2015 v Dobrni je potrdil dosedanje dobre izobraževalne izkušnje predhodnih in jim dodal navedene nove vsebine. Kakor doslej pa so bili na njem odločilni prijateljsko vzdušje, medsebojna izmenjava prostovoljskih izkušenj in opora – tako za nadaljnje prostovoljsko delo kakor za vsakdanje življenje. Trije skupni dnevi so potrebni, da presedlajo iz vsakdanjega življenja v svet prostovoljcev, se vanj sproščeno poglobijo in osvežijo svojo prostovoljsko kondicijo. *Jože Ramovš*

INTERVJU

Boris Sunko in Tanja Imperl**Uvajanje novega koncepta doma za starejše ni enostavno, a rezultati so boljši od pričakovanih**

Ključne besede: zagon novega doma za starejše, kompetence zaposlenih, povezanost arhitekture domov s konceptom dela, organizacija dela, izkušnje z novim konceptom

AVTORJA: *Boris Sunko je psiholog, ki po bogati poklicni poti zaključuje kariero. Svojo poklicno pot je začel v Vzgojnem zavodu v Veržeju, bil je direktor Centra za socialno delo Ljutomer, zadnjih 15 let pa je direktor Doma starejših občanov Ljutomer, v katerem si je ves čas prizadeval za izboljšanje življenja stanovalcev in bil pri tem zelo razvojno usmerjen. Lansko leto je odprla vrata enota DSO Ljutomer v Stročji vasi, ki je arhitekturno, organizacijsko in konceptualno nakazala možno smer razvoja domov za starejše v Sloveniji.*

Tanja Imperl je sociologinja, zaposlena v izobraževalnem podjetju FIRIS IMPERL d. o. o., katerega vodenje je prevzela pred kratkim. Dela na področju modela upravljanja s kakovostjo E-Qalin in v zadnjih letih na področju uvajanja novih konceptov dela v domove za starejše.

POKLICNA POT

IMPERL: Boris, bi za začetek bralcem Kakovostne starosti na kratko predstavili svojo poklicno pot?

SUNKO: Hitro po diplomi na psihologiji na FF v Ljubljani sem se v začetku leta 1977 zaposlil v VIZ Veržej. Z ženo Sonjo sva oba takrat končala študij. V Veržeju sta bili obenem prosti delovni mesti psihologa in socialne delavke, midva pa sva se želela vrniti domov v Prlekijo.

Iz začetnega obdobja poklicne poti se spominjam dvojega. Najprej to, kako težko je, ko se znajdeš sam v kolektivu, kjer s poklicem in stroko orješ ledino in si moraš nekako zagotoviti osebno poklicno držo in identiteto stroke. Dobro se spominjam tudi zelo močne študijske dejavnosti v okviru Defektološkega društva in zelo kvalitetnih seminarjev, ki so jih vodili Bregant, Skalar, Bečaj, Stritih in drugi eminentni strokovnjaki. Mene je delo v vzgojnem zavodu zelo zanimalo. Po sedmih letih sem odšel, ker nekako nisem imel prave podpore za strokovni razvoj, za specializacijo. V CSD Ljutomer sem poleg vodenja opravljal še del strokovnega dela, saj takrat v manjših CSD razen socialnih delavcev ni bilo drugih strokovnih delavcev. Precej sem se izpopolnjeval iz zakonskega in družinskega svetovanja ter končal realitetno terapijo.

V devetdesetih letih se je za centre začelo obdobje razcveta in tega se spominjam s prijetnimi občutki. Med prvimi smo že leta 1990 izkoristili pojav javnih del in pričeli s programom pomoči na domu. Že leto kasneje smo pričeli s programom »Skupaj zmoremo«, ki ni predstavljal le učne pomoči otrokom, ampak tudi pomoč pri vzgoji. Oba programa še danes funkcionirata, kar samo po sebi govori o pomenu. V tem obdobju sem kar 10 let učil psihologijo na ljutomerski gimnaziji, kar je bila zame zelo dobra izkušnja. Po 15 letih dela v CSD sem nekako čutil, da potrebujem nov izziv. Ker sem že nekaj let sodeloval pri snovanju doma za starejše v Ljutomeru, sem v začetku leta 2001 sprejel imenovanje za vršilca dolžnosti direktorja doma, ki ga sploh še ni bilo. Tako sem se znašel na tretji postaji moje poklicne poti, kjer sem že 15 let. Po začetnem obdobju postavljanja doma v življenje sem se na strokovnem področju največ ukvarjal z razvojem modela individualnega načrtovanja, s standardi kakovosti storitev, z modelom kakovosti E-Qalin, z merjenjem zadovoljstva uporabnikov in zaposlenih ter s posodabljanjem koncepta dela s stanovalci z demenco. Leta 2010 sem prejel priznanje Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve za »izstopajoče kvalitetno in strokovno delo na področju socialnega varstva v zadnjih petih letih«, ki ga jemljem kot priznanje celemu kolektivu DSO Ljutomer.

Lahko nekako zaključim, da moje poklicno udejstvovanje odseva celoten življenjski lok posameznika. V VIZ Veržej sem se ukvarjal tudi z najmlajšimi v vrtcu in osnovni šoli, v centru in gimnaziji največ z mladimi in odraslimi, v domu pa seveda s populacijo starih. Tako kot sem si na začetku težko predstavljal delo s starostniki, si sedaj skoraj ne morem več misliti, kako bi se poklicno ukvarjal z majhnimi otroki. Tisto z vnuki je pač nekaj drugega.

ZAGON NOVEGA DOMA

IMPERL: Dom v Ljutomeru je bil zgrajen leta 2001, takrat ste ga prevzeli. Kakšno vizijo ste takrat imeli in ali jo je bilo možno uresničiti v arhitekturi danega doma?

SUNKO: Dobro se spominjam, da sem v nagovoru ob odprtju doma povedal nekakšno zavezo v svojem in v imenu vseh zaposlenih, da se ne bomo zadovoljili s povprečnostjo in da bomo storili vse, kar je v naši moči, da se bo ljutomerski dom odlikoval po domačnosti in kvaliteti storitev v širšem okolju. Da dom ne bo prepoznaven le po zunanjem izgledu, ampak predvsem po vsebini. Zgodaj je že nastal akronim DSO (domačnost, strokovnost, odprtost), ki se je pri zaposlenih dobro prijel. Predstavlja predvsem vrednote, ki jih želimo razvijati, ki so nam pomembne. Če pogledam nazaj, lahko rečem, da me izrečenih besed ob odprtju doma ni treba biti sram. Tudi po domačem vzdušju, prijaznosti, strokovnosti, odprtosti, integriranosti v okolje je dom prepoznaven.

Je pa v začetnem obdobju delovanja doma neodložljivo potrebno storiti ogromno stvari v zelo omejenem času. Zato je nujno veliko improvizacije in veliko hitrih, začasnih rešitev, ki se testirajo in potem korigirajo oz. preidejo v prakso. Ni časa na dolgo razpravljati in razmišljati, ali so nujne tekoče rešitve v skladu z dolgoročno vizijo. Kljub temu ali pa ravno zato je zelo pomembno, da imaš nekje v ozadju neke koncepte, da si v kritičnih situacijah lahko odgovoriš na vprašanje: »Ali nas to vodi tja, kamor želimo?«

O tem, kako je bilo mogoče v dani arhitekturi uresničevati vizijo, vse pove dejstvo, da smo že po nekaj tednih ugotovili, da je bil dom zgrajen, kot da stanovalcev z demenco sploh ni oziroma jih v domu ne bo. Ko smo ta problem predstavili Ministrstvu, smo dobili odgovor, da smo v Ljutomeru dobili dom in naj bomo kar tiho. Ni nam preostalo drugega, kot da se usmerimo na to, kako bomo dane pogoje izkoristili na najboljši način. Ne spleča se namreč pritoževati nad vsem tem, česar nimaš, ampak se je potrebno resno lotiti razmišljanja, kaj lahko narediš s tem, kar imaš.

IMPERL: Kaj menite, kdaj bi se moral direktor novozgrajenega doma vključiti pri nastajanju novega doma?

SUNKO: Vlada zmotno prepričanje, da je težji del posla zgraditi dom, spraviti dom v življenje pa je nekaj zelo enostavnega. Trdim, da je ravno obratno. V prostorih brez življenja je treba ustvariti zapleten in kompleksen socialni sistem, v katerem je potrebno nenehno vzdrževati ravnotežje. V zelo kratkem času v enem objektu zaživi 150 ali več stanovalcev, kakšnih 80 zaposlenih, tu se srečuje množica svojcev, obiskovalcev, zunanjih sodelavcev, prostovoljcev. Vsi ti prihajajo iz različnih razmer, z različnimi pričakovanji in navadami. V družini je nekaj ljudi in so trenja, napetosti ali še kaj več. Zato je dobro, da tak sistem ne nastane prehitro. Napolniti novi dom v treh mesecih je po mojem mnenju etično vprašljivo.

Moti me tudi to, da se v zadnjih 20 letih najbolj intenzivne izgradnje kapacitet institucionalnega varstva starejših (podvojitve števila izvajalcev) vsak dom gradi, kot da še prej ne bi bilo nobenega. Pri vsakem se na novo odkriva topla voda. Posledice so hude. Videl sem večino novih domov zadnjih 15 let. V nobenega nisem prišel, da ne bi hitro opazil pomanjkljivosti, ki jih ne bi bilo, če bi država načrtno poskrbela, da bi se izkušnje sistematično prenašale. Tako pa imamo tudi v Ljutomeru visoke pragove pri vratih na balkone in na terase, nimamo primernih prostorov za demenco in za verske obrede ...

Vsekakor naj se (bodoči) direktor vključi v nastajanje doma čim prej, ne pa šele takrat, ko je dom že zgrajen. Na ta način bi se izognili mnogim napakam.

Pri meni je bilo tako, da sem intenzivno sodeloval pri pripravi programa za razpis za izgradnjo domov, ki ga je vlada prvič objavila leta 1997. Ko je bil program sprejet in so bila sredstva zagotovljena, nisem bil več potreben. Politika je prevzela stvar v svoje roke. Pri vodenju investicije, izgradnje in obrtnih del je bilo precej odstopanj od prvotnega programa ter sprejetih kar nekaj slabih (cenejših) rešitev. Tako polovica sob nima lastnih kopalnic.

Ko sem prevzel vedejstvo, je bil objekt končan, kuhinja in pralnica opremljeni. Urejala se je še okolica. Sam sem speljal registracijo javnega zavoda, samega sebe sem zaposlil, izvedel razpis za opremo, najel kredit za opremo, pripravil najbolj nujne akte zavoda ter opravil razpise, izbor in zaposlitev sodelavcev. V tem času sem se dostikrat počutil vrženega v vodo in plavaj, če znaš. Pričakovane pomoči s strani ministrstva ni bilo. Sreča je, da sem pomoč in podporo našel pri kolegih direktorjih oz. direktoricah drugih domov, največ pri Angeli Hozjan, direktorici lendavskega doma, in Vijoli Bertalanič, direktorici rakičanskega doma.

Iz lastnih izkušenj lahko rečem, da bi bilo optimalno, da bi tisti, ki bo vodil dom, sodeloval od zamisli, priprave koncepta, načrtovanja projektne dokumentacije, izgradnje,

opreme do odprtja in delovanja. Pravzaprav bi moral biti to edini možni način, da se pojavi nov izvajalec institucionalnega varstva. Je pa nekaj takega v naših razmerah vesplošnega političnega kadrovanja nemogoče pričakovati. Zato pa imamo domove, ki so bili v programu za pridobitev koncesije predstavljeni kot domovi četrte generacije, zgrajeni in funkcionirajo pa povsem drugače.

Tudi iz povsem praktičnih razlogov je drugače, če gradi dom tisti, ki ga bo upravljal, ker gradi zase in ve, da se bo vsaka najmanjša napaka pri izgradnji vrnila kasneje kot velik problem. Tudi varčevanje na račun slabših materialov ga bo lahko še drago stalo.

RAZVIJANJE ŽELENIH KOMPETENC ZAPOSLENIH

IMPERL: Katere kompetence zaposlenih so pomembne za delo v domu Ljutomer?

SUNKO: Pri zaposlitvi začetne ekipe sem pregledal več kot 1300 vlog, opravil več kot 200 pogovorov. Po eni strani sem iskal uravnotežen tim po starosti, izkušnjah in osebnostnih lastnostih. Pri tem pa še posebej afiniteto za delo s starejšimi, spoštljiv in pozitiven odnos, prijaznost, vedrino, pripravljenost za sodelovanje, učljivost, razvojno naravnost, pripravljenost sprejemati in popravljati narejene napake.

Velika večina od približno 65 zaposlenih pred štirinajstimi leti je še vedno tu. V 11-članskem vodstvenem timu je bila ena sprememba takoj na začetku, ena pa pred dvema letoma. Tako nizka stopnja fluktuacije gotovo nekaj pove. Po drugi strani pa lahko rečem, da bi tudi danes vse, razen kakšne izjeme, ponovno izbral. Pri zaposlenih cenim, da so pripravljeni narediti nekaj več, kot se od njih zahteva in pričakuje, da jim ni vseeno za stanovalce, da so s stanovalci v neposrednem, osebnem odnosu, da zmorejo ustvarjati vedro in domače vzdušje.

IMPERL: Na kakšen način zaposlene spodbujate oz. jim pomagata v razvoju v to smer?

SUNKO: V začetku je bila motiviranost zaposlenih na izjemno visoki ravni. Vsak je opravil teden dni uvajanja pred zaposlitvijo kot prostovoljec. Nič ni bilo težko. Bolniške odsotnosti skorajda ni bilo. Podobno je tudi sedaj v bivalni enoti. No, ta začetni entuziazem, ki se napaja iz notranje motivacije, sčasoma uplahni. To je povsem normalno, saj tako trdo delati kot v začetku ni mogoče skozi daljše obdobje.

Sicer pa verjamem, da so ljudje po naravi motivirani za delovanje, če le v tem, kar počnejo, vidijo smisel in korist. Tudi jih ni mogoče prisiliti, da nekaj naredijo, če tega nočejo. Zato se mi je vedno zdelo pomembno, da so zaposleni seznanjeni z vizijo, s poslanstvom in z vrednotami, da jih soustvarjajo, sprejemajo in udeležujejo.

Je pa v teh časih skrajno restriktivne plačne politike težko pričakovati visoko stopnjo motiviranosti zaposlenih. Že res, da ljudem več pomenijo nematerialne spodbude kot materialne, vendar ko je ogrožena eksistenca, se stvari spremenijo. Gmotna ogroženost vse višje potrebe potisne na stran. Da se to dogaja, kažejo podatki. Kljub temu da so v našem domu plače maksimirane glede na okvire, ki jih je določila vlada, prejema več kot 10 % zaposlenih nižjo plačo od zajamčene. Tem tudi dodatki za delo v izmenah in ob nedeljah ne prinesejo nič, ker v vsakem primeru dobijo zajamčeno plačo. Polovica

zaposlenih ima neto plačo nižjo od 800 EUR, kljub temu da kolektiv ni več zelo mlad in da skoraj dve tretjini zaposlenih dobivata dodatek na težje delovne pogoje. Kot direktorja me moti, da nimam praktično nobenega vpliva na plače, česar tudi zaposleni ne razumejo najboljše. Ne morem nagraditi uspešnosti, tako vsi zaposleni na enem delovnem mestu dobivajo enako plačilo, čeprav so različno uspešni.

PROBLEM V DOMOVIH ZA STAREJŠE JE POMANJKANJE KADRA

IMPERL: Pogosto se sliši, da je problem, ki ovira delo v domih, pomanjkanje kadra. Kakšen je vaš pogled na to?

SUNKO: Kadrovske normativi, ki v odvisnosti od števila stanovalcev ter zahtevnosti oskrbe in nege določajo normirano število zaposlenih po posameznih poklicnih profilih, so zastareli in določeni kar tako po občutku, ne pa po raziskovalni poti. Temeljijo na predpostavki, da obstaja med številom stanovalcev in potrebnim številom zaposlenih linearna povezanost. V resnici pa je pri majhnem številu stanovalcev potrebnih sorazmerno več zaposlenih, pri velikem številu stanovalcev pa se naraščanje potrebe po kadru upočasni. Zato so sedanji normativi naklonjeni velikim zavodom, ki lahko shajajo z manjšim številom delavcev, kot jih določa normativ. Ne gredo pa na roko manjšim domovom, ki morajo imeti praviloma več zaposlenih, kot jih določajo normativi.

Menim, da je takšen način normiranja kadra preživet. Potrebni sta dosti večja fleksibilnost in avtonomija izvajalcev, ki naj na osnovi lastnega koncepta in programa sami določijo število in vrsto kadra. Dovolj bi bilo določiti nek minimum zaposlenih, ki jih mora izvajalec institucionalnega varstva starejših zagotoviti npr. v opravljenih delovnih urah na stanovalca.

Na osnovi lastnih izkušenj lahko trdim, da je v takšnem domu, kot je ljutomerski z okrog 150 stanovalci, z normiranim številom zaposlenih težko shajati, če želimo stanovalcem zagotoviti vsaj približno spodoben nivo storitev oskrbe in nege glede na njihove potrebe in želje.

Glede kadra so najbolj podhranjena skupina uporabnikov institucionalnega varstva stanovalci z demenco. Zanimivo je, da se osebe z demenco v domovih za starejše, ko gre za postopek sprejema in varovanja, povsem enači s populacijo v posebnih zavodih in psihiatriji, ko pa gre za pogoje dela, predvsem kader, pa so razlike ogromne. Ne dolgo nazaj sem delal izračune, ki kažejo, da se z zaposlenimi za neposredno delo s stanovalci iz oskrbe in nege ne pokrije niti stalna prisotnost enega delavca čez dan v skupini 12 stanovalcev ter enega ponoči za dve skupini po 12 stanovalcev. Z normirano zaposlenostjo pride povprečno na stanovalca le dve uri in pol.

IMPERL: Kaj menite, na kakšen način je možno zmanjšati ta problem?

SUNKO: Po normativih pride za delo v bivalni enoti s 24 stanovalci z demenco 11 zaposlenih. S temi ni mogoče zagotoviti prisotnosti dveh zaposlenih v vsaki gospodinjstvi skupini dopoldne in popoldne ter enega za obe skupini ponoči. To pa je gotovo minimum, pod katerega ne bi smeli iti. Rizična je prisotnost le enega zaposlenega ponoči. Z dvema pa bi bilo na račun nočnega dela porabljenih preveč ur, kar bi povzročalo še manjšo

prisotnost zaposlenih čez dan. Ker je prihajalo do presežka delovnih ur in do večjega števila dni neizkoriščenega dopusta, smo ekipo bivalne enote povečali za dva zaposlena.

Primanjkljaj kadra za delo s stanovalci z demenco v domovih nadomeščamo s pre-razporejanjem zaposlenih, kar gre seveda na škodo drugih stanovalcev. Dobro možnost za pridobitev dodatnega kadra predstavljajo javna dela, ki pa imajo tudi svoje slabosti v nezadostni usposobljenosti, omejitvah glede dela in časa vključenosti. V pomoč so tudi pripravniki, ki pa so zaradi kroženja na razpolago le kratek čas. Veliko lahko postorijo tudi prostovoljci. Vendar lahko le dodajo h kvaliteti bivanja stanovalcev, ne morejo pa nadomestiti zaposlenih.

Vsi ti ukrepi olajšujejo težave zaradi pomanjkanja kadra, vendar nesistemske in kratkoročne. Ne vemo, ali bo prostovoljec naslednjic prišel, ne vemo, ali bo pripravnik, ki zaključuje pripravništvo, zamenjal drug pripravnik, za javna dela pa je vsako leto kup neznank. Zato so to le dobrodošli blažilci problema, za trajno rešitev pa je nujna sistemska rešitev z izboljšanjem kadrovskega normativov.

SPLOŠNO O ENOTI DOMA STAREJŠIH OBČANOV LJUTOMER V STROČJI VASI

IMPERL: Kaj je bil razlog za zgraditev enote v štiri kilometre oddaljeni Stročji vasi?

SUNKO: Bili so vsaj trije razlogi. Prvi je v pomanjkanju prostorskih pogojev za bivanje stanovalcev z demenco. Drugi je povezan s spoznanjem, da pogostost demence v populaciji narašča in bo v prihodnosti v domovih vse več starostnikov z demenco. Tretji razlog pa vidim v notranji razvojni naravnosti kolektiva.

Skozi razmislek se pokaže, da je bivalna enota nastala kot eksistencialna nujnost DSO Ljutomer, ne pa kot fiksna ideja kakšnega posameznika ali skupine.

Za to, da smo se lotili izgradnje bivalne enote na 3,5 kilometra oddaljeni lokaciji v Stročji vasi, sta dva razloga. Prvi izhaja iz dejstva, da ima ljutomerski dom zelo omejeno parcelo in navezavo na spomeniško zaščiten park, zato ni bilo nikakršnih možnosti za kakšen prizidek. Drugi razlog pa je v tem, da je Občina Ljutomer brezplačno dala na razpolago parcelo v Stročji vasi.

Tako sploh nismo imeli izbire. Smo pa imeli nekaj pomislekov zaradi oddaljenosti od matičnega doma. Že v začetnem obdobju delovanja bivalne enote smo videli, da je razdalja res strošek, vendar pa tudi prednost.

Na samem začetku smo se odločili, da bivalna enota ne bo pomanjšana kopija ljutomerskega doma, ampak samosvoja entiteta. Nov koncept pa je nedvomno lažje razvijati na samostojni, malo oddaljeni lokaciji kot v prizidku ali na dvorišču. Institucija namreč samodejno širi svoj koncept v okolje. Da ne bo pomote, ta koncept je za dom v Ljutomeru dober, bivalna enota kot dom četrte generacije pa potrebuje drugačen koncept dela.

IMPERL: Kakšni populaciji starostnikov je enota Stročja vas namenjena?

SUNKO: Bivalna enota v Stročji vasi je namenjena stanovalcem z demenco, predvsem tistim, ki so v drugem ali tretjem stadiju demence po klasifikaciji Naomi Feil. To so stanovalci, ki se še samostojno gibljejo, so pa časovno, krajevno in osebno slabše ali

povsem neorientirani. Potrebujejo stalno varovanje. Sami se ne zmorejo zavarovati, umakniti pred nevarnostmi.

Ta zamisel je bila v prejšnjem letu kar nekaj časa na preizkušnji. Bivalna enota še ni imela 20 stanovalcev. Nekaj stanovalcev, ki bi sicer sodili v Stročjo vas, ni bilo mogoče preseliti, ker svojci niso želeli, nekaj časa ni bilo vlog za bivalno enoto, bile so pa za Ljutomer, ki je bil ves čas polno zaseden. V tej situaciji smo rekli, da če je bivalna enota dobra za ljudi z demenco, je dobra tudi za druge. Sprejeli smo nekaj nepokretnih stanovalcev, kar naj bi bila začasna rešitev.

IMPERL: Katere so značilnosti arhitekture, bivalnih prostorov in opreme enote Stročja vas?

SUNKO: Idejno zasnovano in investicijski program je izdelal Senior projekt, projekte pa arhitekt Štefan Baler, ki je naredil načrte tudi za ljutomerski dom. Lahko rečem, da je pri iskanju optimalnih rešitev ves čas nastajanja bivalne enote obstajalo zelo konstruktivno sodelovanje med projektantom, Francijem Imperlom (Senior projekt) in DSO Ljutomer. Pri opremlenju se je vključevala že tudi vodja bivalne enote ali cel tim.

Arhitektura sledi zahtevam doma četrte generacije. Stanovalci imajo na razpolago tri vrste prostorov: lasten bivalni prostor, enoposteljno (v vsaki skupini osem) ali dvoposteljno sobo (v vsaki skupini dve), nekaj čez 100 m² velik skupinski socialni prostor, ki obsega kuhinjo, jedilnico in dnevni prostor ter nekaj bolj nevtralnih skupnih prostorov, večjo kopalnico, sobo za sestanke in pogovore ter pokrito teraso, ki se nadaljuje v urejeno okolico. Oblikovanje življenjskega prostora skupine se zgleduje po večjem tradicionalnem družinskem stanovanju.

Velja izpostaviti, da je celotna bivalna enota zaokrožen bivalni prostor, prav tako pa tudi vsaka skupina zase. Stanovalcem je omogočeno krožno gibanje znotraj vsake skupine, okrog skupine in okrog celotne bivalne enote. Skupaj pride na stanovalca okrog 42 m² neto bivalne površine, kar je v primerjavi z domom v Ljutomeru bistvena razlika (ne dosega niti 30 m²). Celotna površina, vključno z zunanostjo, je v eni ravnini.

Značilnostim doma četrte generacije sledi tudi oprema. Veliko je lesa, ki vnaša občutek toplote in domačnosti. V sobah je nameščeno standardno pohištvo, s tem da so dovolj velike, da si lahko stanovalci ali njihovi svojci prinesejo kaj od doma in sobo po svoje uredijo. Imamo tudi že kar nekaj starih predmetov, jih pa še naprej zbiramo. Čeprav je okolica že lepo urejena (utice, klopi ob potkah, vrt, sadovnjak, trte na brajdah), imamo še velike načrte (Alzheimer park, fontana, objekt za živali in še kaj).

IMPERL: Kako pomembne so dostopne zunanje površine (park) za kakovost bivanja stanovalcev z demenco?

SUNKO: Pomembno je, da notranjost in zunanost bivalne enote tvorita enovit zaokrožen življenjski prostor. Naši stanovalci so v svojem prejšnjem življenju veliko časa preživeli na prostem, v naravi. Zato je toliko bolj pomembno, da jim omogočimo gibanje zunaj. Skozi celo leto preživijo veliko časa na zunanji pokriti terasi. Je v zavetrju, obrnjena na jugozahod in prijetna za posedanje vse od zgodnje spomladi do pozne jeseni. Sprehajanje po potkah, v sadovnjaku, okrog vrta in vse okrog bivalne enote, posedanje

pod lipo in v uticah je dobrodošlo za bolj nemirne stanovalce, ki so stalno v gibanju in veliko hodijo. Zavedamo pa se, da je potrebno v zunanem okolju še marsikaj postoriti, da bo še bolj v funkciji kvalitetnega bivanja oseb z demenco.

IMPERL: Kako poteka vsakdan v enoti Stročja vas?

SUNKO: Nimamo striktno določenega urnika, zgolj okvirno. Zjutraj, ko se stanovalci prebudijo in vstanejo, se uredijo in zajtrkujejo. To se dogaja povsem individualno, nekje med šesto in deseto uro. Sledijo dopoldanske aktivnosti, priprave na kuhanje kosila. Stanovalci se vključujejo, kolikor pač zmorejo in so pri volji. To je od stanovalca do stanovalca in od dneva do dneva različno. Po kosilu pospravljanje, malo počitka, kava, sprehodi, obiski, kratke aktivnosti, priprava večerje. Urejanje za spanje je povsem individualno.

Pomembno je, da so čez dan vsi stanovalci v dnevnem prostoru in so tako ali drugače vključeni v dogajanje. Lahko samo opazujejo, poslušajo, vonjajo, torej s čutili neposredno zaznavajo dogajanje v kuhinji. Stanovalca, ki zaradi bolezni ne more iz postelje, se s posteljo pripelje v dnevni prostor. V bivalni enoti se veliko prepeva. Večkrat je opaziti, da zapojejo tudi stanovalci, ki sicer verbalno skoraj sploh več ne komunicirajo.

Osnovni vodili pri uravnavanju vsakdana sta fleksibilnost in prilagajanje individualnim značilnostim posameznega stanovalca.

IMPERL: Ali menite, da je dobra smer razvoja obstoječih domov, da oblikujejo manjše enote v lokalnem okolju?

SUNKO: Zgolj ekonomsko gledano je delovanje enega večjega doma v primerjavi z več manjšimi bivalnimi enotami cenejše. Vendar so posebni zavodi v zadnjih letih ustvarili zelo veliko dislociranih bivalnih enot v lokalnih skupnostih in zato poslovanje nobenega ni bilo ogroženo.

Vsekakor v velikem domu dominira tendenca, da se mora posameznik prilagajati organizaciji, medtem ko je v manjši bivalni enoti lahko ravno obratno. Večji sta fleksibilnost in pripravljenost, da se organizacija prilagaja in funkcionira po meri posameznika.

Po drugi strani pa seveda ustanavljanje enot v lokalnih skupnostih približuje storitve oskrbe uporabnikom, povečuje njihovo dostopnost.

ORGANIZIRANOST ENOTE STROČJA VAS

IMPERL: Kako organizirate delo v enoti za 24 stanovalcev, ki je od centralnega doma oddaljena štiri kilometre?

SUNKO: Bivalna enota Stročja vas je organizacijska enota ljutomerskega doma, ki je enovit javni zavod. V računovodskem smislu se vodi kot stroškovno mesto. Pri zastavitvi organizacije dela sta bili osnovni predpostavki, da se bosta vsa oskrba in nega opravljali v Stročji vasi in da se stalna ekipa za delo v enoti oblikuje iz normiranega kadra za neposredno delo s stanovalci. Tako smo prišli do ekipe 11 redno zaposlenih oziroma dveh timov po pet in vodje, ki pol delovnega časa opravlja naloge vodenja, pol pa neposredno v gospodinjskih skupinah. Pri pripravi sistemizacije smo imeli nemalo težav, saj *Pravilnik o standardih in normativih* gospodinjskih skupin še zdaleč ne ureja

dovolj natančno. Za neposredno delo v skupini niti nimamo enotnega poimenovanja delovnih mest, niso opredeljene ravni izobrazbe. Zato smo se morali znajti sami in poiskati lastne rešitve. Vidim, da se s podobnimi težavami srečujejo v vseh domovih, ki ustanavljajo gospodinjске skupine. Ti domovi se bolj neformalno povezujemo in si pomagamo pri razreševanju zagat.

V vsaki skupini imamo tri socialne animatorke na V. stopnji, ki so hkrati srednje medicinske sestre, in dve socialni oskrbovalki na IV. stopnji. Prve samostojno vodijo gospodinjstvo v skupini in izvajajo tudi medicinske posege, druge pa izvajajo ali sodelujejo pri izvajanju nalog gospodinjstva. Same delitve dela v vsakdanjem življenju ni mogoče do potankosti predpisati. Sta se pa skupinska tima tako ujela, da se razdelitev dela pred začetkom turnusa zgodi spontano, dostikrat brez besed. Ve se, kdo je česa bolj več in kaj kdo rajši počne.

IMPERL: Kako ste prišli do dveh delovnih timov v Stročji vasi?

SUNKO: Oblikovanje timov se je pričelo že dobro leto pred začetkom delovanja bivalne enote z internim pozivom, da naj se javijo vsi zaposleni za nedoločen čas in tudi tisti, ki so opravljali pripravništvo ali bili vključeni v javna dela in bi želeli delati v Stročji vasi. Odziv je bil dober. Z vsemi je bil opravljen razgovor in potem sestavljen seznam 17 imen. Sledila je vključitev v 120-urno usposabljanje, ki ga je izvedel FIRIS v nekaj mesecih. Izobraževanje ni bilo naravnano samo na delo z osebami z demenco. Zaključilo se je s »teambuildingom«. Sestavila sta se dva optimalna tima glede na osebnostne značilnosti udeležencev. Skupaj so bili posamezniki, ki lahko najboljše sodelujejo, se dopolnjujejo in usklajeno delajo. Zanimivo je, da sem si tako pri sebi sam v glavi sestavljal oba tima in sestav je bil skoraj povsem identičen rezultatu »teambuildinga«.

Lahko rečem, da je praksa potrdila pravilnost zgodnjega oblikovanja timov in usposabljanja. Pomembno pa je tudi nadaljevanje usposabljanja, ki poteka v delavnicah nekajkrat na leto.

IMPERL: Ali zahteva način dela v enoti od zaposlenih kakšna posebna znanja oz. kompetence in kako jih razvijate?

SUNKO: V razgovorih pri sestavljanju skupine za bivalno enoto mi je kar nekaj kandidatov, ki sicer svoje delo opravljajo dobro in odgovorno, povedalo, da ne bi mogli delati samo s stanovalci z demenco in se v bivalni enoti ne vidijo. Tudi že prej pri sestavi stalnega tima za delo v improvizirani skupini za stanovalce z demenco v Ljutomeru je bilo jasno opaziti, da nekateri sploh ne morejo delati samo z osebami z demenco, nekateri to počnejo težko, nekateri pa povsem brez težav. Seveda tudi niso bili vsi enako uspešni in učinkoviti pri tem. Torej je že potrebno imeti nekaj specifičnega za delo s to populacijo.

Težko rečem, kaj točno to je. Gotovo pa so potrebni: umirjenost, obzirnost, potrpežljivost ter spoštljiv, empatičen in sprejemajoč odnos, da v svojem ravnanju nisi nestrpen, neučakan, glasen, hiter v reakcijah. Nekateri imajo to po naravi, nekaterim nobeno usposabljanje ne more pomagati. Seveda pa je usposabljanje nujno potrebno, predvsem ko gre za izkustveno učenje specifičnih metod in tehnik dela z osebami z demenco.

IMPERL: Kako je opredeljena avtonomnost te enote – na katerih področjih so samostojni, na katerih pa so odvisni od matičnega doma DSO Ljutomer?

SUNKO: S sedanjo ceno oskrbe bivalna enota sama ne bi mogla preživeti. To je dejstvo. Če bi želeli to doseči, bi morali za toliko povečati ceno oskrbe IV, da bi resno ogrozili zasedenost. Da bi zagotovili možnost bivanja ljudi iz našega okolja, smo šli v delno, vendar manjše povišanje cene osnovne oskrbe za vse stanovalce doma ter v nekoliko večje povišanje cene oskrbe IV, torej za stanovalce bivalne enote. Oboje omogoča preživetje bivalne enote. Ob tem pa je naša cena oskrbe I in oskrbe IV povprečna v primerjavi z vsemi domovi v Sloveniji, v primerjavi s koncesionarnimi pa precej nižja.

Ob tem dejstvu je nesmiselno govoriti, da bivalna enota živi na račun ljutomerskega doma. Ljutomerski dom potrebuje bivalno enoto, ker v Ljutomeru ni pogojev za bivanje oseb z demenco. Ljutomerski dom je kot celota lahko kvaliteten in uspešen le, če dobro delujejo vse enote in timi in če delujejo med seboj usklajeno.

Glede avtonomije skušamo v vsakdanji praksi uresničevati načelo, da naj bo bivalna enota toliko samostojna, kot je le mogoče, in da dobiva iz Ljutomera le toliko pomoči, kot je nujno potrebno. Bivalna enota ima vodjo, ki je povsem samostojna pri organizaciji dela, pripravi razporedov dela, dnevnem načrtovanju aktivnosti, vodenju tima. Pri tem se drži skupno dogovorjenih pravil. Ko gre za pomembnejše odločitve, se posvetuje z direktorjem. V nekem okviru, ki sicer finančno še ni čisto natančno določen, je tudi samostojna pri nabavah. Vodja enote je direktno vezana in odgovorna direktorju in nikomur drugemu.

Trudimo se biti racionalni, zato gredo nabave živil tako, da vodja enote sporoča potrebe vodji prehrane v Ljutomeru, ki skupaj za cel dom dnevno naroča živila pri izbranih dobaviteljih. Dostava se izvaja direktno v bivalno enoto.

Vsaka gospodinjška skupina ima svoj stalen tim, ki je samostojen. Seveda se določene aktivnosti dogajajo skupaj za obe skupini (npr. maše, šmarnice, prireditve, pikniki ...). Kuha se v obeh skupinah. Dostikrat kombiniramo tako, da se v eni skupini skuha določena jed (npr. juha) za vse stanovalce, v drugi skupini pa kakšna druga (npr. sladica). Jedilnik, ki ga tedensko sestavljajo skupaj s stanovalci, je načeloma skupen. Tudi osebno perilo stanovalcev perejo v obeh skupinah. Le posteljno perilo vozimo v ljutomersko pralnico. Tako skušamo čim bolj dosledno izpolnjevati vodilo, da se v gospodinjški skupini dogaja vse to, kar se dogaja v družini.

Redno prihajajo iz Ljutomera socialna delavka, delovna terapevtka in fizioterapevtka. O svojem programu dela se sproti dogovarjajo z vodjo enote. Imajo zgolj okvirno določeno, da 10 % svojega delovnega časa opravijo v bivalni enoti.

POZITIVNE SPREMEMBE PRI LJUDEH, KI ŽIVIJO IN DELAJO V ENOTI STROČJA VAS TER JO OBISKUJEJO

IMPERL: Ali ste opazili pri preselitvi stanovalcev iz doma Ljutomer v enoto Stročja vas kakšne spremembe? Katere?

SUNKO: Prvih deset stanovalcev bivalne enote je prišlo iz Ljutomera, kjer so prebivali skupaj v enem delu doma kot improvizirani skupini za stanovalce z demenco. Odločili

smo se za načrtno spremljanje preseljenih stanovalcev. Z LOSS lestvico je bila ocenjena zmožnost samooskrbe na 14 življenjskih področjih pred preselitvijo in po treh mesecih. Primerjava rezultatov je pokazala, da so stanovalci, ki so se preselili v bivalno enoto iz Ljutomera, občutno napredovali. Pozitivne spremembe so se pokazale najbolj v samostojnosti gibanja, zaščiti pred nevarnostmi in komunikaciji z okoljem.

Svojci so v usmerjenem intervjuju razen redkih izjem opisovali pomembne pozitivne spremembe pri stanovalcih v skrbi zase, komunikaciji, vključevanju v aktivnosti, počutju, vedenju in zunanjem izgledu. Konkretno so jih opisovali z naslednjimi besedami: »Je bolj umirjen, bolj zgovoren, govori bolj razločno, več se giblje, bolj je živahen, spet ima apetit, boljše zgleda, bolj je povezan z drugimi stanovalci.« Tudi zaposleni so pri vseh stanovalcih zaznali izboljšanje, pri nekaterih prav dramatične spremembe. Sto let stara gospa je začela naglas brati iz časopisov; gospod, prej povsem odvisen od pomoči, se večkrat sam obrije.

Čeprav smo nekako upali, da bo pri preseljenih stanovalcih prišlo do izboljšanja, pa le nismo pričakovali tako velikih sprememb.

IMPERL: Kako zaposleni ocenjujejo delo v enoti Stročja vas v primerjavi z delom v domu? Kakšno je njihovo zadovoljstvo?

SUNKO: Zaposleni so v odgovorih na vprašalnik povedali, da je delo v bivalni enoti zelo zahtevno, hkrati pa bolj pestro, bolj samostojno, daje več možnosti za kreativnost in več neposredne potrditve. Po začetni negotovosti in bojazni so hitro postali povsem samostojni pri načrtovanju aktivnosti in vodenju gospodinjstva. Z delom v bivalni enoti so zadovoljni in se ne bi želeli več vrniti v Ljutomer.

Pri zadnjem merjenju zadovoljstva januarja letos smo izvedli primerjavo med zaposlenimi v Ljutomeru in Stročji vasi. Čeprav je zaznano zadovoljstvo vseh zaposlenih nad povprečjem celotne skupine 43 domov, vključenih v raziskavo, se je izkazalo, da so zaposleni v bivalni enoti bistveno bolj zadovoljni kot zaposleni v Ljutomeru. Zgovoren je tudi podatek, da je bilo v letu 2014 in prav tako v prvih šestih mesecih tega leta pri zaposlenih v bivalni enoti bistveno manj bolniških odsotnosti.

IMPERL: Kako se v enoti vključujejo svojci v primerjavi z domom Ljutomer? Če so razlike, v čem so te razlike?

SUNKO: V našem domu imamo že od začetka pravilo, da se trudimo s svojci vzpostaviti partnerski odnos. Skupaj delamo to, kar je za stanovalca najbolje. Da nam to v večini primerov uspeva, kažejo rezultati merjenja zadovoljstva svojcev, ki so v primerjavi z zajetimi domovi nadpovprečni. Pri zadnjem merjenju smo obdelali rezultate posebej za Ljutomer in Stročjo vas. Pokazalo se je, da je zadovoljstvo svojcev v bivalni enoti znatno večje.

Nasploh lahko rečem, da se svojci v bivalni enoti vključujejo bolj intenzivno, da so obiski bolj pogosti in trajajo dalj časa ter da je komunikacija z zaposlenimi bolj neposredna. Čeprav so tudi v Ljutomeru stalni timi po nadstropjih, je vendarle v Stročji vasi krog zaposlenih, s katerimi prihajajo svojci v stik, manjši. Je pa potrebno v delo s svojci neprestano vlagati veliko energije in časa za doseganje zaupanja, usklajenega ravnanja in približevanja pričakovanj. Načrtujemo ustanovitev skupine za samopomoč svojcev.

Sploh v zadnjem času se veliko govori o deinstitucionalizaciji. Zdi se mi, da se tako imenovana notranja deinstitucionalizacija v bivalni enoti dogaja »v živo«. Nasproti si prihajata domače okolje in institucija in to ne samo v pogledu oblikovanja bivalnega okolja po vzoru družine. Ko svojci vsak dan nekaj ur preživijo skupaj s stanovalcem v bivalni enoti, se za njih dejansko ta institucija spreminja v dom, se torej dobesedno deinstitucionalizira.

TEŽAVE IN IZZIVI ENOTE STROČJA VAS

IMPERL: S katerimi težavami se srečujete v Stročji vasi in kako jih rešujete?

SUNKO: Trenutno vidim dva problema, ki bi lahko ogrozila nadaljnji razvoj doslednega izvajanja koncepta doma četrte generacije. Najprej je to zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih za obvladovanje celotne količine potrebnega dela, da bo mogoče optimizirati delovne ure, delo ponoči, tekoče koriščenje dopustov in še kaj. Drugi problem pa je struktura stanovalcev, v kateri se poleg specifičnosti zahtev dela z osebami z demenco pojavlja še v prevelikem obsegu potreba po zahtevni negi zaradi telesnih bolezni.

Reševanje poteka po eni strani z dodajanjem kadra, kar pa je seveda omejeno z normativi in razpoložljivimi sredstvi. Spreminjanje strukture stanovalcev poteka s politiko sprejemanja novih stanovalcev v bivalno enoto in z iskanjem možnosti za kakšno preselitev v Ljutomer. Tukaj doslej nismo bili kaj dosti uspešni, saj se mora za izvedbo sočasno poklopiti vrsta dejavnikov. To pa se le redko zgodi. Hkrati delamo tudi na preverjanju, dopolnjevanju in optimizaciji vseh delovnih procesov.

Treba pa je računati, da bosta oba problema (zadostno število zaposlenih in struktura stanovalcev) vsaj v določeni meri stalno prisotna, ker ju ni mogoče enkrat za vedno odpraviti. Treba ju bo stalno sproti reševati.

IMPERL: Kaj vidite kot izziv za nadaljnji razvoj v enoti Stročja vas?

SUNKO: Izziv vidim v dosledni izpeljavi in utrjevanju koncepta gospodinjskih skupin, naravnosti na stanovalce, referenčni negi, nadaljnjem razvoju metod dela, kvalitativnem bogatenju celotnega ambienta bivalne enote, še posebej zunanje okolice. V nadaljevanju pa prenos elementov koncepta bivalne enote v Ljutomer, za kar imamo že pripravljeno idejno zasnovo in investicijski program. Ker z lastnimi sredstvi prenove ne moremo izvesti, se pripravljamo na možnost črpanja sredstev iz skladov EU. V prenovo bodo zajeti tudi energetska sanacija, izboljšanje bivalnega standarda (več enoposteljnih sob) in oblikovanje manjših zaokroženih bivalnih enot oziroma skupnosti stanovalcev. To vse skupaj pa je res velik izziv za prihodnja leta, ki pa je dolgoročno gledano ravno tako, kot je bila bivalna enota, eksistencialna nujnost ljutomerskega doma.

OB KONCU POKLICNE POTI

IMPERL: Končujete poklicno kariero – na katere dosežke ste še posebej ponosni?

SUNKO: Iz vsakega obdobja mojega poklicnega življenja se najde kaj, kar me navdaja z radostjo, da sem pri tem sodeloval in je imelo neke širše razsežnosti. Sem lahko štejem

načrtno spremljanje odpuščenih mladostnikov iz vzgojnega zavoda, začetke organizirane pomoči na domu z javnimi deli, razvoj programa »Skupaj zmoremo«, model individualnega načrtovanja v domovih, uvajanje E-Qalina, metodologije merjenja zadovoljstva stanovalcev, svojcev in zaposlenih ter seveda bivalno enoto v Stročji vasi.

Pri vsem tem pa me najbolj razveseljuje dejstvo, da sem imel vseskozi možnost sodelovati s pravimi ljudmi. Brez tega nobenega dosežka ne bi bilo. Vse je plod timskega dela, izmenjave in kresanja mnenj, diskusije, večkrat tudi nasprotovanja. Včasih sem se jezil zaradi nasprotovanja kakšnim idejam, kasneje pa sem spoznal, kako je to koristno. Prisili te, da bolje premisliš, pretehtaš in argumentiraš zamisli.

Vsem sem hvaležen za prilžnost sodelovanja. Še posebej sodelavkam in sodelavcem našega doma.

Se pa vse bolj zavedam tudi tega, da ob vsakem odhodu ostane kaj nerealiziranega, neizpeljanega do konca. Če bi se želel temu izogniti, bi že pred nekaj časa moral nehati razmišljati o razvoju in nič več načrtovati. Tega seveda ne bi mogel narediti. Vem in to me pomirja, da bodo za menoj drugi vse nedokončano realizirali. Morda drugače, čisto mogoče tudi bolj kvalitetno.

IMPERL: Boris, hvala lepa za ta pogovor.

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 4. 2015

INDEX

- 1. Scientific and expert articles** (*Znanstveni in strokovni članki*)
 - 1.1. Bojana Filej, Jasmina Kröpfl, Boris Miha Kaučič: Quality of life of the elderly with chronic disease
 - 1.2. Špela Režun, Rok Ovsenik, Marija Ovsenik: E-QUALIN for quality ageing in retirement homes
- 2. Review of gerontological literature** (*Iz gerontološke literature*)
 - 1.1. The importance of music for people with dementia: Maja Kulovec (*Pomen glasbe za osebe z demenco*)
 - 1.2. Music therapy and older adults fact sheet: Maja Kulovec (*Dejstva o glasbeni terapiji*)
 - 1.3. Patterns of physiological adaptation to spousal bereavement in old age: Tjaša Mlakar (*Vzorci psihološkega prilagajanja na izgubo zakona v starosti*)
 - 1.4. BMI and all-cause mortality in older adults: Tina Lipar (*Indeks telesne mase in splošna umrljivost*)
 - 1.5. Small contributions from gerontological literature: Tina Lipar, Maja Kulovec, Eva Gale (*Drobci iz gerontološke literature*)
 - 1.6. Events, Tina Lipar (*Dogodki*)
- 3. Glossary of gerontology and intergenerational terms** (*Gerontološko in medgeneracijsko izrazje*)
 - 3.1. E-Qualin: Franc Imperl (*E-Qualin*)
- 4. Age-friendly cities and communities** (*Starosti prijazna mesta in občine*)
 - 4.1. Informing in age-friendly community: Jože Ramovš (*Informiranje v starosti prijazni občini*)
- 5. Reflections from the intergenerational programmes** (*Iz medgeneracijskih programov*)
 - 5.1. Renewal courses for intergenerational volunteers of network for quality ageing: Jože Ramovš (*Osvežitveni tečaj za medgeneracijske prostovoljce v mreži za kakovostno starost*)
- 6. Interview** (*Intervju*)
 - 6.1. Although the implementation of the concept of modern elderly homes is a complex task, the results are better than expected: Boris Sunko and Tanja Imperl (*Uvajanje novega koncepta domov za starejše ni enostavno, a rezultati so boljši od pričakovanih*)

The main theme of this number is quality. First scientific article identifies how chronic diseases influence the quality of life of the elderly. The second article aims at finding whether the introduced E-Qalin quality system in elderly homes influences on greater orientation of employees' operation toward the needs of users. Authors of the latter articles found out, that elderly homes with implemented E-Qalin quality system had had statistically significant better organizational culture, had been more adaptive and more oriented towards the needs of the users, compared to those elderly homes that did not have E-Qalin.

Term E-Qalin is discussed in the section Glossary of gerontology terms.

The implementation of the concept of modern elderly home is discussed in Interview with Boris Sunko. It gives information about dislocated unit of elderly home in Ljutomer. Dislocated unit in Stročja vas is an independent entity for persons with dementia, so called elderly home of IV. generation. It offers accommodation, services and health care for 24 persons with dementia in special groups that imitate the course of typical day in ordinary family. The column *Review of gerontological literature brings four articles. First two describe music therapy for people with dementia, the third brings information about* patterns of physiological adaptation to spousal bereavement in old age and the last one talks about the importance of maintenance of stable body weight in old age.

In the Reflections from the intergenerational programme one can read about renewal courses for intergenerational volunteers of network for quality ageing. The article highlights the importance of the volunteers in intergenerational networks and gives the information about renewal courses for long-term volunteers. Last but not least article describes this year's renewal course that took place in Dobrna. The course has confirmed previous good educational experiences and added new contents. In relaxed and friendly atmosphere volunteers mutually exchanged experiences and offer each other support - for future voluntary work and for everyday life as well.

The column Age-friendly cities and communities highlights the importance of the informing. The information process is often a decisive condition for the successfulness of the Age friendly cities program.

Complete journal together with English abstracts is published on the Anton Trstenjak Institute's website: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk>.

POSLANSTVO REVIJE Z NAVODILI AVTORJEM

Poslanstvo revije *Kakovostna starost* je zbiranje sodobnega znanja o starosti, staranju in medgeneracijskem sožitju ter posredovanje teh znanj vsem, ki jih v slovenskem prostoru potrebujejo.

Revija je vsebinsko znanstvena in strokovna, jezikovno pa si posebej prizadeva, da so prispevki napisani v lepi in vsem razumljivi slovenščini. Pri tem so nam vzor jezik, znanstveno in strokovno delo Antona Trstenjaka, enega največjih slovenskih duhov v dvajsetem stoletju.

Revija je usmerjena v **celostno gerontologijo**, ki upošteva pri znanstvenem in praktičnem delu za kakovostno staranje in solidarno sožitje naslednja štiri izhodišča.

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju.
3. Interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju; v reviji prevladujejo gerontološki in medgeneracijski prispevki iz psihosocialnega, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega ter okoljsko-prostorskega področja.
4. Intersektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje; posebna pozornost je posvečena medsebojnemu dopolnjevanju družine, krajevne skupnosti, civilne družbe in države.

Posamezni prispevki naj obravnavajo svoje področje tako, da so usklajeni z navedeno jezikovno in antropološko usmeritvijo celostne gerontologije.

Revija izhaja štirikrat letno. Voden je v domačih in mednarodnih znanstvenih bazah.

Prvi del revije je namenjen izvirnim in preglednim člankom; ti so recenzirani. Praviloma vsebujejo s presledki od 10.000 do 30.000 znakov. Prispevki v drugem delu revije povzemajo informacije o novih tujih in domačih spoznanjih in izkušnjah na področju starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja. Njihova dolžina se razteza od kratke zabeleške z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

Uporabljene vire in literaturo se v člankih praviloma navaja sproti v tekstu v oklepaju na sledeči način: (priimek prvega avtorja, letnica izida: stran) ali pa v opombah pod črto. Uporabljena literatura se navaja na koncu članka po abecedi priimkov prvega avtorja. Primeri za navajanje posameznih zvrsti uporabljene literature:

- knjiga: Trstenjak Anton (1989). *Skozi prizmo besede*. Ljubljana: Slovenska matica;
- članek iz revije: Trstenjak Anton (1998). Štirje letni časi življenja. V: *Kakovostna starost*, letnik 1, št. 1, str. 4-7 (če je več avtorjev, se navajajo vsi, loči jih vejica);
- samostojni prispevek iz zbornika ali avtorsko poglavje v knjigi drugega avtorja: Trstenjak Anton, Ramovš Jože (1997). Sciences as a global problem. V: Pejovnik Stane in Komac Miloš (ured.). *From the global to the roots: learning - the treasure within*. Forum Bled '96, 13 - 15 October, 1996. Ljubljana: Ministry of Science and Technology of the Republic of Slovenia, str. 134-139;
- če je avtor organizacija: World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*.
- spletno besedilo: Trstenjak Anton. *Skozi prizmo besede*. V: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si> (datum sprejema besedila na spletu).

Izvirni in pregledni znanstveni in strokovni članki imajo naslednjo obliko: ime avtorja oziroma avtorjev, naslov članka, povzetek (do 250 besed) v slovenščini in v angleščini, ključne besede (2-5) v slovenščini in v angleščini, avtorjevi biografski podatki (do 100 besed v tretji osebi), kontaktni naslov avtorja ali avtorjev (poslovni in elektronski). Besedilo naj bo smiselno razčlenjeno v uvodni del, osrednji prikaz spoznanj, sklepne misli ter navedbo uporabljene literature. Napisano naj bo v urejevalniku besedila Word s standardno pisavo brez dodatnih slogovnih določil, velikost črk 12 pt z razmakom med vrsticami 1,5. Rokopis se pošlje v elektronski in pisni obliki na naslov revije Inštitut Antona Trstenjaka, Resljeva cesta 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana ali kot priložnost v e-pismu na: info@inst-antonatrstenjaka.si. Objave izvirnih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

Kakovostna starost

LET. 18, ŠT. 4, 2015

Good quality of old age

VOL. 18, NUM. 4, 2015

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Bojana Filej, Jasmina Kröpfel, Boris Miha Kaučič

Kakovost življenja starih ljudi
s kroničnimi obolenji 3 Quality of life of the elderly
with chronic disease

Špela Režun, Rok Ovsenik in Marija Ovsenik

E-Qalin za kakovostno staranje
v domu za starejše 14 E-Qalin for quality aging in retirement homes

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE 34 REVIEW OF
GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE 51 GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE 53 AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL
COMMUNITIES

IZ MEDGENERACIJSKIH
PROGRAMOV 54 REFLECTIONS FROM THE
INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

INTERVJU 58 INTERVIEW

GOOD QUALITY OF OLD AGE 70 KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,

1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: + 386 1 433 93 01

<http://www.inst-antontrstenjaka.si>