

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Andreja Hiter**

**SOCIALNE MREŽE STAROSTNIKOV V  
INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN VLOGA  
MEDICINSKE SESTRE**

**Ljubljana, 2017**







**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Andreja Hiter**

**SOCIALNE MREŽE STAROSTNIKOV V  
INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN VLOGA  
MEDICINSKE SESTRE**

Pregled literature

**SOCIAL NETWORKS OF SENIORS IN  
INSTITUTIONAL CARE AND THE ROLE OF NURSE**

Literature review

**Mentorica: pred. Manca Pajnič, dipl. m. s., mag. posl. in ekon. ved**

**Recenzentka: mag. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., uni. dipl.  
org., prof. def.**

**Ljubljana, 2017**



## ZAHVALA

Sprva bi se zahvalila moji mentorici pred. Manci Pajnič, dipl. m. s., mag. posl. in ekon. ved za čas, spodbudo in strokovno pomoč pri izdelavi diplomskega dela.

Iskreno pa se zahvaljujem svojim staršem, kot prvo, da sta mi omogočila študij, ter za vso ljubezen, podporo in razumevanje med študijem. Zahvala gre tako celotni družini, ki je bila ob meni in z mano, ko so bili vzponi in padci in mi bila v veliko oporo. Zahvalila bi se tudi prijateljem, ki so bili ob meni v času študija in me podpirali ob nastajanju diplomskega dela.

Prav tako pa gre posebna zahvala Saši Šajn Lekše za lektoriranje in vso pomoč pri zaključevanju mojega študija.





## IZVLEČEK

**Uvod:** V tradicionalni družbi je za opešanega starostnika skrbela njegova družina, danes pa se struktura družbe in družin spreminja. Vzdrževanje globljih socialnih odnosov je ključno za starostnikovo psiho-fizično zdravje in kakovost življenja. Pomen medosebnih odnosov in socialnih stikov ostane enak tudi po selitvi v institucionalno varstvo. **Namen:** V diplomskem delu smo želeli ugotoviti, kakšni so učinki socialnih mrež na psihično stanje starostnikov, kakšna je vloga svojcev pri kakovostnem socialnem življenju starostnikov in kakšna je vloga medicinske sestre pri vzpostavljanju socialne mreže starostnika v institucionalnem varstvu. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda s pregledom literature. Literaturo smo iskali med majem in oktobrom 2016, z uporabo podatkovnih baz CINAHL, Medline, SocINDEX in Academic Search Complete. **Rezultati:** Raziskovanje razvoja socialnih mrež pri starostnikih je razkrilo veliko pozitivnih učinkov na zdravje in kakovost življenja starostnika. Svojci starostnikov v institucionalnem varstvu morajo razumeti, da so starejši ljudje zadovoljni, če imajo ohranjene socialne stike, ki jim dajejo občutek varnosti. Medicinska sestra, ki razume, kako nujno je ohraniti produktivno socialno vključenost starostnika tudi v institucionalnem varstvu, lahko strateško načrtuje aktivnosti zdravstvene nege za promocijo družbenih vlog vsakega posameznega oskrbovanca. **Razprava in sklep:** Kakovost starostnikove socialne mreže lahko merimo na različne načine, egocentrično ali sociocentrično. Na njeno sestavo vplivajo: spol starostnika, kultura in skupnost iz katere starostnik izhaja, lokacija institucije, članstvo starostnika v klubih ali društvih, starost, prisotnost partnerja. Medicinska sestra mora imeti predvsem dovolj časa za vsakega starostnika, da lahko opazi, kaj potrebuje za dobro psihosocialno funkcioniranje.

**Ključne besede:** socialna mreža, staranje, dom starejših občanov, kakovost življenja, medicinska sestra



## ABSTRACT

**Introduction:** In a traditional society frail seniors were taken care of by members of their family, but social and familial structures have changed. Nurturing deeper social relationships is key for a senior's health and quality of life and the meaning of such relationships remains the same even after relocating to a nursing home. **Purpose:** This diploma work has aimed to list the effects of social networks on psychological status of seniors and to determine the roles of relatives in a successful social life of the senior. We also wanted to discover the role of the nurse in maintaining a senior's social network in institutional care. **Methods:** A descriptive method was used by reviewing the current literature. A database search was conducted between May 2016 and October 2016. CINAHL, Medline, SocINDEX and Academic Search Complete were searched in the process. **Results:** Researching social networks in seniors has shown many positive effects on the health and quality of life of seniors. The relatives of seniors living in institutional care need to understand that seniors are content if they retain the social contacts with people that give them a sense of security. A nurse that understands the importance of maintaining a productive social inclusion of her elderly clients can strategically plan nursing activities to promote productive social roles of every individual senior in her care. **Discussion and conclusion:** The quality of a senior's social network can be measured in different ways, egocentrically or sociocentrically. The social network map will be influenced by senior's age and gender, his culture and previous community, the location of the nursing home, club or society memberships, the presence of a life partner. A nurse needs to dedicate enough time for each senior in order to notice what they need for optimal psychosocial functioning.

**Keywords:** social network, aging, nursing home, quality of life, nurse



# KAZALO VSEBINE

1	UVOD .....	1
1.1	Starostniki .....	3
1.2	Socialna mreža .....	4
2	NAMEN .....	6
3	METODE DELA.....	7
4	REZULTATI.....	8
4.1	Učinki socialnih mrež na psihično stanje starostnikov .....	8
4.2	Vloga svojcev pri kakovostnem socialnem življenju starostnikov .....	11
4.3	Vloga medicinske sestre pri vzpostavljanju socialne mreže starostnika v institucionalnem varstvu.....	12
5	RAZPRAVA .....	16
6	ZAKLJUČEK.....	21
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	22



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

<b>DSO</b>	dom starejših občanov
<b>MS</b>	medicinska sestra
<b>SZO</b>	Svetovna zdravstvena organizacija
<b>ZDA</b>	Združene države Amerike





# 1 UVOD

Staranje bi lahko opisali kot nekakšen proces, ki prinaša spremembe tako na telesnem, kot tudi na socialnem področju. Ravno zaradi pestrosti teh sprememb so starostniki ena najbolj raznovrstnih skupin celotne populacije. Marsikdo, ki je še dovolj zdrav, uživa kakovostno in samostojno življenje, ni pa zanemarljiv niti delež tistih, ki so zaradi posledic različnih bolezni popolnoma odvisni od pomoči drugih, bodisi bližnjih ali za to usposobljenih oseb. V tradicionalni družbi je bila družina prva, ki je skrbela za opešanega starostnika. Danes pa se struktura družbe in družin spreminja. V postmoderne družbi so se zato razvile druge oblike rednih osebnih stikov starega človeka z drugimi (prostovoljsko družabništvo, medgeneracijske skupine, dnevni centri, oskrbovana stanovanja, domovi starejših občanov). Nedostopnost tovrstnih socialnih storitev ima lahko hude posledice, če tradicionalna družina odpove (Ramovš, 2003). Nekaterim starostnikom je morda dovolj že samo občutek, da se lahko zanesejo na svoje otroke in vnuke, spet drugim pa ni več mogoče zagotoviti dovolj kakovostnega življenja v domačem okolju in na koncu so nekako prisiljeni v bivanje v domovih starejših občanov (Kogoj, 2004).

Pečjak (2007) navaja, da so spremembe v navadah in vedenju starostnika lahko vzrok navideznega ali dejanskega upadanja kognitivnih funkcij, kar je posebej opazno pri starostniku z depresijo, ki nima interesa za reševanje problemov in nalog in lahko daje vtis umsko propadajoče osebe.

Čeprav so starejši ljudje načeloma bolj čustveno stabilni in bolj nagnjeni k pozitivnemu doživljanju, lahko v določenih stresnih obdobjih vseeno prevladajo negativna čustva. Po empirični kontrolirani študiji naj bi intenzivnost emocij v enakih razmerah upadala s staranjem in naj bi bila posledica manj aktivnega organizma (Diener, Sanddvik in Larsen, 1985, cit. po Pečjak, 2007). A kljub temu lahko denimo ob stikih z vnuki starostniki doživljajo veliko veselje in ponos, zadovoljstvo pa najdejo tudi ob ukvarjanju s prostočasnimi aktivnostmi, ki jih bodisi gojijo sami ali pa v okviru različnih organizacij. Po Pečjaku (2007) starostnikom okolica vsiljuje svoj nadzor in ji je ljubše, da se starostniki počutijo odvisni od svojih skrbnikov, odvisne osebe pa nadomeščajo zunanjo kontrolo z notranjo. V kvalitativni raziskavi Sarvimäkijeeve in Stenbock-Hultove (2016) so starostniki opisovali svojo rastočo ranljivost z naraščanjem starosti. Čutili so se izključene iz družbe in pojavljala se je depersonalizacija, staranje pa so povezovali z izgubami, omejitvami in negotovostjo. Zavedali so se svoje ranljivosti in jasno opisali, kakšna čustva doživljajo ob

neustreznem ravnanju drugih: jezo, žalost, razočaranje. V ranljivosti so videli tudi prednosti: omogočala jim je, da so ohranili zmožnost čustvovanja in dajala jim je priložnost za osebni razvoj.

V ZDA so z anketo na velikem vzorcu (več kot 141.000 starostnikov) pokazali, da so starostniki z depresivnimi simptomi (občutki žalosti in/ali otožnosti, pomanjkanje interesa) statistično značilno bolj ogroženi za sprejem v dom starejših občanov (DSO). Dramatično odkritje raziskave je bilo, da prisotnost teh simptomov lahko dokažemo že z enim samim vprašanjem, ki ga postavimo starostniku, in sicer: Ali ste se v zadnjih 12 mesecih počutili žalostno ali depresivno večino časa? 94,1 % tistih, ki so na to vprašanje odgovorili z "da", je bilo sprejetih v DSO. Drugi razlogi za sprejem v DSO so še: odsotnost oziroma izguba partnerja, fizična nezmožnost, brez lastne nepremičnine (Harris, Cooper, 2006). Če se starostnik odloči za eno od oblik institucionalnega varstva, se obstoječe socialne mreže lahko pretrgajo oziroma oslabijo, čeprav je eden od glavnih vzrokov za selitev v institucijo ravno želja po bližini drugih ljudi (Ball et al., 2000, cit. po Abbot et al., 2015).

Tudi v DSO je nujno, da medicinska sestra (MS) prepozna težave starostnika pri navezovanju in ohranjanju stikov z drugimi. Ramovš (2003) trdi, da se po prihodu v DSO nadpovprečno dvigne mortaliteta, ker se ljudje po odhodu iz znanega okolja počutijo osamljene in malodušne in posledično jim pade odpornost. Kljub vsej strokovnosti oskrbe jih zdravje pusti na cedilu.

Razširjena definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) pravi, da je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt. Zdravje opredeljuje kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti (WHO, 1948).

## 1.1 Starostniki

Staranje prebivalstva je demografski pojav, na katerega vplivajo najrazličnejši dejavniki, kot so na primer izboljšane življenjske razmere zaradi medicinskega in tehničnega napredka, boljša higiena, dobra socialna varnost in skrb za zdravo življenje (Štuhec in Fras 2010).

Ker je staranje že sicer povezano z nekaterimi najhujšimi stresi v življenju (upokojitev, odhod otrok iz skupnega doma, smrt zakonca, spremenjen telesni videz, upad storilnosti, socialna izolacija in stigmatizacija, degenerativne in kronične bolezni, itd.), je logična posledica kopičenje močnih negativnih emocij pri starostniku, ki negativno vplivajo na telesno in duševno stanje. S staranjem se ne spremenijo samo funkcije razuma, temveč tudi celotna osebnost starostnika. Osebnostne spremembe v starosti razlaga več teorij staranja. Teorija neangažiranja (Cumming, Henry, cit. po Pečjak, 2007) pravi, da so spremembe posledica razmika med posameznikom in družbo, ko določene družbene vloge nimajo več velikega pomena, na primer starševstvo. Starostniki tako postanejo pasivni in zaprti vase, pa tudi neprilagodljivi in nesposobni prevzemati nove vloge. Tej teoriji nasprotuje teorija aktivnosti, po kateri naj bi starejši ljudje poskušali iskati nadomestne vloge in nova poznanstva, kar pa lahko ovirajo nizki dohodki, stres in bolezni. Obe teoriji sta enostranski. Po teoriji strnjivosti po Atchley (1989, cit. po Pečjak, 2007) pa starostniki nadaljujejo svoj dosedanji življenjski slog in posnemajo sami sebe.

Zaradi vedno večje ranljivosti starostnikov je depresija v tej populaciji precej pogosta in njena incidenca narašča v primerjavi s preteklimi desetletji. Depresivnih starostnikov naj bi bilo v celotni populaciji celo do 60 % (Pečjak, 2007). Depresijo pri starem človeku lahko prepoznamo po spremenjenih navadah hranjenja, spanja, upadu energije in povečani utrujenosti. Prisotni so občutki brezvrednosti, nemoči in brezupa, občutek krivde, težave s koncentriranjem in sprejemanjem odločitev, tesnoba, pomanjkanje higiene, brezbržnost, upad spomina in orientacije, zmedenost, idiopatske bolečine, samomorilne misli, nerazložljivi izbruhi joka, kronični nemir. Samomori med starostniki naraščajo, med prevladujočimi razlogi pa sta strah pred morebitnim fizičnim pešanjem in osamljenost (Conwell in Thompson, 2008). Potreba po medčloveškem odnosu je najbolj pereča nematerialna socialna potreba v starosti, saj se na starost šele izostri. Mnogi starostniki se v DSO počutijo osamljeni, ker nikogar tam ne doživljajo kot "svojega". Dovolj bi bila že ena

oseba, ki bi služila kot most za stike z drugimi ljudmi. Vsi ljudje smo socialna bitja in potrebujemo družbo drugih, da lahko funkcioniramo.

## 1.2 Socialna mreža

Socialna mreža je družbena struktura, ki jo gradijo člani družbe (posamezniki ali organizacije). Te člane med seboj povezujejo številne dvosmerne vezi in njihove medsebojne socialne interakcije (Wasserman in Faust, 1994). Socialna mreža je teoretični konstrukt, ki se v družbenih vedah uporablja za proučevanje odnosov med posamezniki, skupinami, organizacijami ali celo celimi družbami. Termin socialna mreža uporabljamo, kadar opisujemo družbeno strukturo, ki jo tvorijo interakcije med njenimi posameznimi člani (Scott, 2000).

Pojem socialna mreža pomeni človekovo povezanost z drugimi ljudmi. Je ena od bistvenih človeških potreb; izraža se v osebnih medčloveških odnosih in v stvarnih delovnih ter drugih rabnih razmerjih. Medčloveška razmerja in odnosi so za človeka v resnici kot mreža; v različnih socialnih mrežah je vpleten vse življenje. V starosti človek še težje lovi ravnotežje med tem, da je neodvisen in samostojen, ter tem, da je sprejet pri svojcih in drugih v skupnosti in ustanovah. To ravnotežje se hitro zamaje, če starostnik zboli, se poškoduje ali se mora preseliti iz domačega okolja. Ker tradicionalne socialne mreže za povezovanje generacij in kakovostno staranje ne zmorejo več opravljati teh bistvenih nalog v skupnostih, nove socialne mreže pa še niso dovolj razvite, so mnogi stari ljudje osamljeni in izločeni na robove socialnih mrež. Osamljenost v starosti je ena hujših psihosocialnih nesreč za človeka (Ramovš, 2010).

Socialna mreža ima pomembno vlogo pri dajanju podpore na različnih ravneh, tako na emocionalni, informacijski, kot tudi na materialni ravni. Aktivni starostniki se vključujejo v najrazličnejše dejavnosti kljub morebitnim starostnim tegobam, prevzemajo pomembne vloge tako v institucionalni kot tudi na državni ravni in so pripravljeni na učenje in družabno življenje. Socialne mreže starostnika torej sestavljajo manjše in večje skupine ljudi, najpogosteje so to člani družine, prijatelji, znanci in drugi ljudje v okolju, kjer živijo (Kobentar, 2008). Posamezniki aktivno pletejo svoje socialne mreže v vseh življenjskih obdobjih, največkrat pa najbližje spustijo družinske člane, ki ostanejo viri opore tekom

celega življenja. Starejši si s prilagajanjem izbire posameznih virov opore zagotavljajo zadostno oporo v vsaki konkretni situaciji (Frahm et al., 2010).

## 2 NAMEN

Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature predstaviti pomen socialnih mrež starostnikov v institucionalnem varstvu in vlogo medicinske sestre. Z diplomskim delom smo želeli ugotoviti, kako lahko medicinska sestra vpliva na socialne mreže starostnikov v institucionalnem varstvu in pozitiven vpliv le-teh, ter ugotoviti kako lahko pripomore pri njihovem vzpostavljanju in tako zagotovi kakovostnejše bivanje starostnikov v institucionalnem varstvu. Želeli smo poiskati odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja :

- Kakšni so učinki socialnih mrež na psihično stanje starostnikov?
- Kakšna je vloga svojcev pri kakovostnem socialnem življenju starostnikov?
- Kakšna je vloga medicinske sestre pri vzpostavljanju socialne mreže starostnika v institucionalnem varstvu?

### 3 METODE DELA

Pri pripravi diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom tuje in domače literature. Iskanje literature smo začeli v mesecu maju 2016 in zaključili v oktobru 2016. Literaturo smo iskali z uporabo bibliografskih baz podatkov CINAHL, Medline, SocINDEX in Academic Search Complete. Iskali smo tudi s pomočjo bibliografskega sistema COBISS. Knjižno literature smo iskali v knjižnici Zdravstvene fakultete, v Narodni univerzitetni knjižnici Ljubljana in Osrednji knjižnici Celje. Uporabili smo izvirne znanstvene in strokovne članke, ki so obravnavali temo našega diplomskega dela.

Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju: starejši/elderly, institucionalno varstvo/institutional care, socialna mreža/social network, zdravstvena nega/nursing, psihično stanje/psychological status. Pri povezovanju ključnih besed sta bila uporabljena Boolova operatorja in/and in ali/or.

V diplomsko delo smo vključili literaturo, ki so obravnavali starejše od 65 let obeh spolov, v institucionalnem varstvu. Iskali smo članke v slovenskem in angleškem jeziku, z možnostjo dostopa do celotnega besedila in objavljenim seznamom literature, članek pa je moral biti objavljen v recenzirani znanstveni reviji. Starost objav smo omejili na obdobje med leti 2006 in 2016, s poudarkom na iskanju novejših člankov. Izključili smo vse raziskave na populaciji, mlajši od 65 let, raziskave na starostnikih, ki bivajo v domačem okolju ali na hospitaliziranih starostnikih.

Kljub filtriranju zadetkov smo dobili ob prvem iskanju zelo veliko člankov, zato smo prvi iskalni niz (social network AND elderly) zožili. Podatkovni bazi CINAHL in Medline smo uporabili skupaj, da bi se izognili podvajanju člankov. SocINDEX in Academic Search Complete sta vrnila na prvi iskalni niz več tisoč zadetkov, zato smo poskusili z več ključnimi besedami v iskalnem nizu. Po preverjanju podvajanja in prebiranju izvlečkov smo za pripravo empiričnega dela diplomske naloge uporabili 21 člankov, ki so vsebovali najbolj povedne odgovore na naša raziskovalna vprašanja.

## 4 REZULTATI

V naslednjih podpoglavjih predstavljamo izsledke raziskav, ki so se nanašale na naša raziskovalna vprašanja.

### 4.1 Učinki socialnih mrež na psihično stanje starostnikov

Socialne mreže so povezane z osebnim občutkom celovitosti pri ljudeh. V starosti lahko ta občutek, ki sicer igra ključno vlogo pri tem, kako se oseba spopada s stresnimi življenjskimi situacijami, oslabi. Ena izmed njegovih komponent je občutek lastne vrednosti, ta pa se z boljšo socialno mrežo poveča. Longitudinalna študija na Švedskem je pokazala, da se občutek celovitosti utrjuje in večja celo življenje, saj je bil pri starostnikih v raziskavi večji po 5 letih kot ob pričetku študije. Navezanost kot ena izmed dimenzij socialne mreže pomembno pripomore k večanju občutka celovitosti. Torej so pri ohranjanju občutka celovitosti verjetno pomembna tudi čustva, ki so prisotna pri posameznih odnosih z osebami v starostnikovi socialni mreži (Drageset et al., 2014).

Raziskovanje socialnih mrež pri starostnikih je doslej že razkrilo veliko pozitivnih učinkov na zdravje in kakovost življenja starostnika. Raziskava Goldenove in sodelavcev (2009) na 1334 starostnikih je identificirala eno izmed dimenzij socialne mreže kot še posebej koristno. Gre za dimenzijo socialne vključenosti, ki so jo v tej raziskavi povezali z manjšo pojavnostjo depresije, anksioznosti, kognitivnega upada in fizične manjzmožnosti. Starostniki, ki so se pogosteje vključevali v družabne aktivnosti, so tudi sami poročali o večji kakovosti življenja in občutku sreče. Po drugi strani pa dimenzija družine, torej stiki z osebami, ki jih ne moremo sami izbirati, ni pokazala pozitivne povezave z nobenim izmed proučevanih zdravstvenih izidov.

Na Tajskem so leta 2009 izvedli študijo na več kot 20.000 starejših od 60 let, želeli pa so izvedeti, kako socialne mreže učinkujejo na njihovo samooceno zdravja. Izkazalo se je, da so prijateljske mreže, informacijska in emocionalna opora in udeležba v socialnih aktivnostih povezane z boljšo samooceno zdravja na sploh. Če so se starostniki poleg tega ukvarjali še z redno telesno vadbo, skrbeli za zdravo staranje in se čutili psihološko stabilne, je bila njihova samoocena zdravja še višja (Thanakwang, 2009).



Obstajajo celo dokazi, da širša socialna mreža pripomore k boljšemu kognitivnemu funkcioniranju starostnika, četudi je imel le-ta posthumno postavljeno diagnozo alzheimerjeve demence. Rezultati so kazali enako tudi po vnašanju dodatnih spremenljivk, kot so fizična aktivnost, socialne aktivnosti, simptomi depresije in prisotnost kroničnih bolezni. To so dokazali na 89 posameznikih iz ZDA, v povprečju starih 84 let ob začetku študije, ki v trenutku začetka študije niso imeli znane demence. Enkrat na leto so opravili temeljit pregled pri nevropsihologu in splošnem zdravniku, po njihovi smrti pa je bila opravljena še biopsija možganov. V povprečju so imeli so 6-9 oseb v socialni mreži, na katere se lahko obrnejo v težavah in imajo z njimi redne stike vsaj enkrat mesečno. Posamezniki z višjim številom takih oseb v svoji mreži so dosegali boljše rezultate na vseh kognitivnih testih, tudi če se je po smrti izkazalo, da so imeli že precej možganskih lezij, značilnih za alzheimerjevo demenco (Bennet et al., 2006).

Do podobnih zaključkov so prišli tudi Crooksova in sodelavci (2008), ki so proučevali zaščitni učinek socialnih mrež na pojav demence pri starejših ženskah. V študijo je bilo vključenih 2249 žensk nad 78 let starosti, od katerih jih je v nadaljnjih 4 letih za demenco zbolelo 268. Za merjenje socialne mreže so uporabili skrajšano Lubben Social Network Scale (Lubbenova lestvica socialne mreže, LSNS-6), ki jo sestavlja 6 vprašanj in ocenjuje velikost aktivne socialne mreže (število oseb, s katerimi je nekdo v stiku več kot 1x mesečno), velikost socialne opore (število oseb, ki jih lahko oseba kadarkoli prosi za pomoč) in velikost mreže zaupnikov (število oseb, s katerimi se lahko oseba pogovarja o intimnih temah). Vsako vprašanje se točkuje po 5-stopenjski lestvici, višji rezultat pomeni večjo socialno mrežo. Pri rezultatu med 0 in 11 točkami je bila pojavnost demence 18 %, pri rezultatu od 12 do 30 pa samo še 10 %. Bolj zaščitno vpliva družinska socialna mreža, zanimivo pa negativno vpliva tudi zadovoljstvo starostnika s socialnimi stiki – demenca je pogostejša, če zadovoljstva s stiki ni.

Riebe in sodelavci (2011) pozitivne učinke socialnih mrež na psiho starostnika dokažejo z raziskavo, v kateri je depresijo pri starostnikih po 12 mesecih najbolj omililo aktivno sodelovanje v družabnih aktivnostih. Za pozitiven učinek na stanje depresije pa mora biti vključevanje v aktivnosti namensko in načrtovano s strani depresivne osebe, v nasprotju s pasivno udeležbo v aktivnostih in aktivnostih, kjer razen starostnika ne sodeluje nihče drug. Koordinatorji oskrbe starostnikov z depresijo bi morali svoje oskrbovance vzpodbujati k vzdrževanju ravnovesja med instrumentalnimi socialnimi aktivnostmi (kot je

na primer reševanje zdravstvenih težav pri ustreznih specialistih) in socialnimi aktivnostmi, ki so usmerjene v neposredno interpersonalno interakcijo. Pregled literature iz leta 2013 opredeli štiri temeljne možnosti za produktivno vključenost starostnikov v družbeno dogajanje: delo (plačano ali neplačano), skrb za druge, sodelovanje v socialnih aktivnostih in posvečanje duhovnosti. Spremembe psihičnega stanja starostnika po ukvarjanju z naštetimi aktivnostmi so brez izjeme pozitivne. Poveča se občutek koristnosti, zdravje in počutje se izboljšata, kvaliteta življenja je višja (Thanakwang in Isaramalai, 2013). Seveda je izvedljivost teh aktivnosti pogojena s sociokulturnimi faktorji, individualno in institucionalno zmožnostjo. Starostniki krhkega zdravja, ki živijo v DSO, najbrž ne zmorejo več skrbeti za druge osebe. Lahko pa še vedno negujejo živali ali rastline in razvijajo bolj ali manj trdne odnose s sostanovalci preko različnih družabnih aktivnosti.

V fenomenološki eksploratorni študiji iz dveh DSO (Bergland in Kirkevold, 2008), kjer je sodelovalo 26 starostnikov, so s pomočjo opazovanja z udeležbo in odprtih intervjujev raziskovali, kako odnosi s sostanovalci vplivajo na njihovo blagostanje. Raziskovalec je bil prisoten pri vseh dnevnih aktivnostih na oddelku, v kavarni in kapelici in je preživel čas s stanovalci v skupnih prostorih, v tem času pa je opazoval interakcije med stanovalci. Tisti, ki so razvili prijateljstvo z enim ali večimi sostanovalci, so ta odnos opisali kot prijeten, ker so lahko z nekom delili spomine, izkušnje bivanja v DSO, se pogovarjali o družinah, preteklosti, si delili priboljške in imeli nekoga, na kogar so se lahko po potrebi oprli. Pokazalo se je torej, da so odnosi z vrstniki pomembni za dobro počutje starostnikov v domu, vendar ne za vse. 12 sodelujočih v študiji je razvilo tesnejši odnos z enim ali večimi sostanovalci v DSO, preostalih 14 pa ne, vendar so tudi med njimi bili stanovalci, ki so bili z bivanjem v DSO zadovoljni. Izkazalo se je tudi, da kar nekaj tistih, ki so se sicer redno udeleževali organiziranih druženj, ni razvilo trdnejšega odnosa z drugimi, četudi so čutili željo po tem. V DSO so se kljub temu počutili prijeto, zato avtorja nista mogla povsem potrditi hipoteze, da tesni odnosi z vrstniki v DSO pozitivno vplivajo na blagostanje stanovalcev. Morda te načrtovane družabne aktivnosti zavirajo pristno navezovanje stikov, namesto da bi jih promovirale. Na uspešnost vzpostavljanja odnosov za tiste, ki jim gre to težje od rok, pa bi lahko bistveno vplivali izvajalci oskrbe v DSO. Dejstvo je, da oskrbovalci ne morejo pričakovati, da se bodo socialne vezi razvile spontano in morajo prevzeti svojo vlogo pri spodbujanju pozitivnih socialnih interakcij in možnosti za razvijanje novih prijateljskih odnosov.

V Hong Kongu pa so raziskovali tudi vpliv podpore vrstnikov na pojavljanje depresivnih simptomov kot posledice pešanja telesnega zdravja. Sodelovalo je 187 starostnikov iz dveh različnih DSO. Za merjenje socialne mreže vrstnikov so priredili 4 vprašanja iz Lubbenove lestvice socialne mreže tako, da so se nanašala samo na stanovalce DSO. Z regresijsko analizo so avtorji pokazali, da so fizično stanje, depresivni simptomi in podpora vrstnikov povezani in medsebojno vplivajo en na drugega. Tisti, katerih fizične sposobnosti so bile slabše, so poročali tudi o večih prisotnih simptomih depresije. Močnejša podpora vrstnikov lahko zmanjša prisotnost simptomov depresije ne glede na telesno oslabeledost. Velja pa tudi obratno: telesno oslabeledi in z bolj izraženo depresijo bodo imeli slabšo podporo vrstnikov v DSO. Zato je nujno, da se znotraj DSO spodbuja medsebojna pomoč in recipročnost interakcij med stanovalci (Yeung et al., 2013).

## **4.2 Vloga svojcev pri kakovostnem socialnem življenju starostnikov**

V ZDA so pri 9809 stanovalcih DSO z diagnozo psihiatričnega obolenja (brez demence) ugotavljali, kakšna je njihova družinska socialna opora. Z različnimi statističnimi modeli so poskušali ugotoviti, kako pogosto so stanovalci v kontaktu z družinskimi člani in koliko se družina vključuje v oskrbo stanovalca. Kar polovica družin je dnevno kontaktirala s svojcem, na splošno jih večina ocenjuje svoj odnos z družino kot harmoničen. Le slabi 4 % so navedli konflikt v družini, 7.3 % pa jih stikov z družino ni imela. Več kot polovica družin je prevzela odgovornost za svojca in se redno vključevala v oceno stanja svojca v tretjini primerov. Le 2 % stanovalcev pa je imelo podporo nekoga, ki je naklonjen tudi možnosti odpusta iz DSO v domačo oskrbo. Kar je razumljivo, glede na to, da gre za starostnike z motnjami v duševnem zdravju in so njihove potrebe prezahtevne za oskrbo v skupnosti (Frahm et al., 2010). Ker je močna družinska opora koristna za dobro počutje starostnika v DSO, je pomembno, da oskrbovalci dobro in natančno ocenijo kakovost te opore za vsakega stanovalca, saj lahko s pomočjo družinskih članov bolje načrtujejo intervencije za kakovostno življenje stanovalcev.

V Taiwanu so izvedli kvazieksperimentalno študijo v 14 DSO, kjer so raziskovalni skupini starostnikov omogočili 5 minutno videokonferenčno srečanje s svojcem enkrat na teden, kontrolni skupini pa običajno oskrbo brez dodatnih stikov s svojci. Študija je trajala 3 mesece. Čeprav je kriterije za vključitev v eksperimentalno skupino izpolnjevalo 215

stanovalcev, je zanimivo, da je sodelovanje v študiji zavrnilo kar 154 svojcev teh stanovalcev. Kot razlog za zavrnitev so navedli: nepoznavanje delovanja videokonferenc, odsotnost primerne programske ali strojne opreme, pomanjkanje časa, menili pa so tudi, da svojca obiskujejo zelo pogosto in/ali da so jim ljubši osebni stiki in da stanovalec ni primerna oseba za takšno intervencijo. Na zadnjem mestu (v 1.7 %) so bili tisti, ki so sodelovanje zavrnili zato, ker so za svojega svojca najeli zasebnega asistenta v DSO za družabništvo in oporo. Konferenca se je izvajala na prenosnih računalnikih preko programov MSN ali Skype s pomočjo brezžičnega omrežja, stanovalcev pa je uporabe tehnologije naučil eden od raziskovalcev in jim med pogovori ravno tako bil na voljo za pomoč. Srečanja so bila enkrat tedensko zato, ker je to tudi sicer pogostost obiskov svojcev v DSO. Svojci stanovalcev so bili najpogosteje njihovi partnerji, otroci ali vnuki. Kar dve tretjini stanovalcev v raziskovalni skupini ni sicer nikoli govorilo s svojci po telefonu, so pa imeli obiske več kot 2-krat mesečno. Že po enem tednu uporabe videokonferenc so starostniki poročali o zmanjšanju občutka osamljenosti, po treh mesecih pa so se poleg osamljenosti zmanjšali tudi simptomi depresije. Intervencija je povečala tudi njihovo emocionalno socialno oporo in občutek lastne vrednosti (Tsai et al., 2010). Že pet minut časa, ki si ga eden od starostnikov bližnjih utrga enkrat tedensko, je torej dovolj, da se starostnik v DSO počuti bolje.

#### **4.3 Vloga medicinske sestre pri vzpostavljanju socialne mreže starostnika v institucionalnem varstvu**

V Veliki Britaniji so pod drobnogled vzeli dokumentacijo ZN za ugotavljanje potreb pri starostnikih v 126 različnih DSO in pri tem opazili očitno premajhno posvečanje pozornosti socialnim vidikom zdravja. Kategorija mentalnega zdravja omenja štiri kriterije, ki jih lahko vključimo tudi v oceno socialnega funkcioniranja: razpoloženje, prisotnost demence, vedenjski vzorci, depresija in druge psihične motnje. Vendar tudi po teh kriterijih niso spraševali v vseh DSO. Najpogosteje, v 68 % primerov, so spraševali po stanju razpoloženja, najredkeje pa po depresiji – v zgolj 27 DSO oziroma v 21 %. Kategorija psihosocialnega stanja je ločena od štirih zdravstvenih kategorij in vključuje sledeče kriterije:

- vzorci vključevanja v aktivnosti (prisotna v dokumentaciji v 82 DSO);
- socialni stiki, odnosi in vključenost/psihosocialno blagostanje (76 DSO);

- smrt/umiranje (56 DSO);
- rasa/kultura (48 DSO);
- obstoječi dogovori glede oskrbe (25 DSO);
- dnevna rutina (9 DSO);
- težave in dileme po uporabnikovih lastnih navedbah (20 DSO);
- uporabnikova pričakovanja in motivacije (19 DSO) (Worden et al., 2006).

Kriterija, ki sta bila najredkeje vključena (v 16 oziroma 15 %) v oceno, sta ravno tista, ki ju poroča uporabnik sam (težave in dileme ter pričakovanja in motivacije) in se ne posvečata problematičnemu področju v podrobnosti. Če želimo dobiti realno oceno, pa bi morali ravno samoporočanju stanovalcev posvetiti največ pozornosti in prostora v dokumentaciji. Ti rezultati kažejo, da je kljub dobri zasnovi dokumentacije ZN v nekaterih DSO potrebno še razširiti obstoječo dokumentacijo in večji del časa, namenjenega ugotavljanju potreb stanovalcev, posvetiti njihovim socialnim potrebam. Sodelovanje z družino, drugimi bližnjimi in drugimi strokovnjaki, kot je na primer socialni delavec, je nujno (Worden et al., 2006).

Isola s sodelavci (2008) navaja, da je kakovostna oskrba v DSO sinonim za dobro kakovost življenja starostnika, kar pomeni, da so izpolnjene njihove fizične, psihološke in socialne potrebe. Ko njihove sposobnosti pešajo, je še toliko bolj pomembno, da osebje zna in zmore zadovoljiti vse njihove fizične potrebe, saj so nekateri stanovalci povsem odvisni od njihove pomoči. Zdravstveno osebje pa je po lastnih navedbah sodeč boljše usposobljeno za prepoznavanje fizičnih potreb kot socialnih in psiholoških potreb. Približno 600 MS, zaposlenih v ustanovah, kjer nudijo dolgotrajno oskrbo starostnikom, je v letih 1998 in 2001 ocenjevalo svoje sposobnosti za ugotavljanje in izpolnjevanje potreb svojih oskrbovancev. Prvo leto so ocene nad 9 (pri čemer je najvišja 10) namenili samo izpolnjevanju fizičnih potreb, kot so oblačenje in osebna higiena, lajšanje bolečin in podobno. Svoje sposobnosti za nudenje pomoči pri vzdrževanju stikov z bližnjimi so ocenili s povprečno oceno 8,5, pomoč pri izražanju čustev z oceno 7,9, pomoč pri izražanju seksualnosti pa z najnižjo oceno 7,8. Ob ponovitvi študije so bile povprečne ocene nekoliko višje kot prvo leto, a v enakem razmerju.

Bedinova s sodelavkami (2013) ugotavlja, da so MS v DSO gonilna sila institucionalnih procesov. Primarno je njihova naloga koordinacija aktivnosti. Njihova stalna skrb je, da bi

bile vse izvedene aktivnosti koristne in pomembne za zaposlene, stanovalce in njihove svojce. Avtorice te kvalitativne študije so razdelile delovne naloge MS v DSO na tri nivoje: organizacijskega, avtonomnega in etičnega. Na organizacijskem nivoju skrbijo MS za komunikacijo in koordinacijo intervencij, organizacijo dela in vzdrževanje ravnovesja v skupnosti stanovalcev, ocenjevanje in usposabljanje zaposlenih. Na avtonomnem nivoju, kjer so aktivnosti usmerjene na osebo, skrbijo za vzpostavljanje in ohranjanje odnosov, klinično presojanje, dinamično prilagajanje oskrbe. Na etičnem nivoju je njihova prva skrb ohranjanje človeškega dostojanstva in razreševanje etičnih dilem.

Bistvenega pomena je tudi funkcioniranje MS v odnosih z drugimi člani negovalnega tima. V ameriški študiji dejavnikov vpliva na odločanje zdravstvenih tehnikov, zaposlenih v DSO, so dokazali, da je eden od ključnih dejavnikov za opolnomočenje tega profila podpora nadrejenih, torej MS. Negativno pa na sprejemanje odločitev vpliva čustvena izčrpanost zaradi zahtevnosti delovnega mesta, zato je pomembno, da MS vestno spremljajo počutje svojih podrejenih. V smislu hierarhične strukture zaposlenih v DSO je bolje za stanovalce in zaposlene, če se odgovornosti delijo. MS se mora zavedati, da bolj, kot so opolnomočeni tisti, ki največ delovnega časa preživijo ob stanovalcih, boljši bodo izidi oskrbe stanovalcev (Chaudhuri et al., 2013).

V slovenski raziskavi Habjaničeve in sodelavcev (2012) so intervjuvali 16 MS, ki so skupaj s stanovalci in svojci stanovalcev v DSO tvorile vzorec oseb, ki so opisale izzive za izboljšanje kakovosti domske oskrbe. MS so kot najbolj pereče teme izpostavile: opuščanje oskrbe, naglico pri izvajanju oskrbe, prekratek čas trajanja komunikacije s stanovalci, pomanjkanje komunikacijskih veščin, neprimerno vodenje dokumentacije in neprimerno organizacijo dela. Kot možne razloge za vse našteje težave so omenjale predvsem pomanjkanje osebja, nizko motivacijo zaposlenih, pomanjkljivo znanje in izkušnje.

Avtorici Cook in Clarke sta izvedli delavnice s 85 sodelujočimi (11 stanovalcev, 4 svojci, 58 članov vodilnega in negovalnega osebja v DSO, 8 drugih zdravstvenih delavcev in 4 raziskovalci). Na delavnicah so diskutirali o literaturi s področja socialne interakcije z namenom izboljšanja socialne interakcije vseh ključnih oseb v DSO. Ugotovili sta, da je za promocijo socialne interakcije potrebna individualizacija tipa in kakovosti socialne interakcije, saj ne ustreza vse vsem. Nujno je tudi opaziti tihega, zadržanega stanovalca in mu posvetiti več pozornosti, saj je lahko zadržanost tudi znak težav na področju duševnega zdravja. Vzeti si je treba dovolj časa za pogovor, saj je pogovarjanje najljubše prostočasno

opravilo večine stanovalcev. Pozornost naj bi posvetili tudi urejenosti okolja, saj barve, vonji in svetloba lahko vplivajo na vedenje starostnikov tako pozitivno kot tudi negativno. Če MS prepozna pomemben odnos med stanovalcem in drugo osebo, ga mora nevsiljivo podpirati in vzpodbujati. Sama lahko vzpostavi tak odnos, če ne posega v odnose stanovalca z drugimi, če si redno lahko utrga nekaj trenutkov za izbranega stanovalca, če je pripravljena napraviti tudi kaj "posebnega" za tega starostnika in če posveča pozornost oskrbi starostnika s strani drugih zaposlenih. Vzdrževanje globljih socialnih odnosov z drugimi je ključno za starostnikovo kakovost življenja in njihov pomen ostane enak tudi po selitvi v institucionalno varstvo.

Če MS razume, kako nujno je ohraniti aktivno socialno vključenost starostnika tudi po preselitvi v DSO, lahko strateško načrtuje aktivnosti ZN za promocijo produktivnih družbenih vlog vsakega posameznega stanovalca v DSO (Thanakwang in Isaramalai, 2013). MS v DSO imajo pomembno vlogo tudi pri krepitvi samopodobe stanovalcev. Če jim ob pomanjkanju časa in kadra uspe zadovoljevati tudi psihosocialne in duhovne potrebe svojih varovancev, še kako vplivajo na zadovoljstvo stanovalcev z bivanjem v instituciji, dvigajo jim samospoštovanje, samozavest, samozaupanje in s tem vplivajo na njihovo pozitivno samopodobo. Takšni stanovalci pozitivno vplivajo tudi na MS, da so zadovoljne s svojim poslanstvom, saj dobijo občutek, da delajo nekaj velikega (Zaletel, 2009).

## 5 RAZPRAVA

Socialni stiki se na starost pričnejo krčiti. Razlogi za to so številni: smrt partnerja, prijateljev, vrstnikov, zmanjšanje telesnih sposobnosti, bolezni, slabljenje čutil, slabša gibljivost, spominske motnje, težave pri mišljenju, izguba veljave, izguba samospoštovanja in zaupanja vase, manjši dohodki, sprememba bivališča ali preselitev v DSO (Ziherl, 1994). Vse naštetu je torej razlog za vse večjo osamljenost starostnikov, čeprav se ne čutijo osamljene vsi, ki imajo malo stikov z drugimi. Če ne živijo več s svojim partnerjem in/ali potomci, ali pa so odnosi z njimi prerediti in nudijo premalo opore, postaja negotovost in osamljenost starostnika vse večja. Malo verjetno je, da bi ljudje, ki so vse življenje živeli sami, v starosti želeli spremeniti svoj življenjski slog, to pa v DSO še zmanjšuje možnosti za vzdrževanje stikov s svojci ali prijatelji. Tudi če se tak starostnik preseli v dom starejših občanov, bo raje živel v sobi, v kateri bo sam. Vsi si ne želijo družbe v domu in prav tako se ne želijo vsi vključevati v skupinske dejavnosti v domovih. Svojci teh starostnikov morajo razumeti, da dokler imajo starejši ohranjene socialne stike, ki jim omogočajo občutek varnosti, bodo zadovoljno živeli, čeprav bodo v DSO sami (Kogoj, 2004). Predvsem v urbanih področjih pa se žal dogaja, da je kljub množici sosedov posameznik socialno neviden, svojci so prezaposleni s svojimi življenji in menijo, da oskrba zaposlenih v DSO njihovemu svojcu zadošča tudi v psihosocialnem smislu, kar pa nikakor ni res.

Že Heckheimerjeva (1989) navaja, da so za depresivne starostnike v skupnosti najbolj koristne naslednje aktivnosti: aerobna vadba, sprostitvene tehnike, skrb za živali, tehnike treniranja čutov, razvajanja na področju osebne higiene in urejenosti in čimveč oblik socialne interakcije. Sklepamo lahko, da lahko priporočimo enake aktivnosti tako depresivnim starostnikom, kot tudi starostnikom, ki nimajo depresije, saj miselna, telesna in socialna aktivnost pripomore k boljšemu počutju in krepi zdravje. Zato je smiselno, da tudi DSO ponuja čimveč možnosti za izvajanje teh aktivnosti in svoje stanovalce spodbuja k aktivni udeležbi in druženju.

Kitajske študije so bile za naše diplomsko delo posebej zanimive, saj gre za kulturo, kjer naj bi tradicionalno za onemogle in ostarele družinske člane skrbeli drugi člani družine v njihovem skupnem domu. Nagel ekonomski razvoj regije pa je prinesel velike spremembe in danes 7 % starostnikov v Hong Kongu biva v eni izmed oblik institucionalnega varstva (Hong Kong Department of Health 2004, cit. po Low et al., 2007). Za primerjavo: na Finskem je v institucionalno varstvo vključenih 11.4 % starostnikov (Isola et al., 2008).



Kot zanimivost dodajmo, da je bilo leta 2013 v Sloveniji v institucionalno varstvo vključenih 17.255 starostnikov, kar predstavlja 4,9 % starostnikov v Sloveniji (Stat.si, 2017).

Pri vzpostavljanju socialnih stikov z novimi sostanovalci v instituciji so lahko v veliko pomoč živali. V avstralski pilotni študiji so enkrat tedensko v skupne prostore DSO pripeljali družabniške živali, s katerimi so se lahko stanovalci družili uro in pol. Sodelovalo je 18 stanovalcev, živali pa so bile različne: mladi in odrasli psi in mačke, zajci, morski prašički. Kvalitativni podatki so pokazali, da so se stanovalci zaradi živali več vključevali v medsebojne pogovore, se spominjali svojih nekdanjih živalskih ljubljencev, si izmenjevali njihove fotografije in podobno. Po koncu programa so starostniki želeli, da bi se le-ta nadaljeval, ker so se zaradi prisotnosti živali počutili bolje, bolj koristne, bolj žive in ker so več komunicirali z živalmi in posledično tudi drug z drugim (Prosser et al., 2008).

Poleg živali pa lahko socialne stike med starostniki spodbujajo tudi rastline. V raziskavi v kitajskih DSO so proučevali učinke vrtnarjenja na dnevne aktivnosti in psihološko počutje stanovalcev. V raziskavi so sodelovale štiri skupine starostnikov iz več naključno izbranih DSO, dve eksperimentalni in dve kontrolni skupini. Preiskovanci so bili srečni, da so sodelovali pri skrbi za rastline, ker jim je ta izkušnja nudila osebno zadovoljstvo. Do rastlin so čutili svojevrstno dolžnost in s tem se jim je povečal občutek lastne vrednosti. Preiskovanci so med seboj navezali stike, vrtnarjenje so povezovali z druženjem, izmenjavo mnenj in znanj, povečanjem fizične aktivnosti in krepitvijo ročnih spretnosti (Tse, 2010).

Odhod iz domačega okolja je povezan z veliko spremembami življenjskega sloga, tudi v socialnem smislu. V eksploratorni študiji o zasebnosti v hongkongških DSO so leta 2005 intervjuvali 20 stanovalcev, ker jih je zanimalo, kako po preselitvi v institucijo še vzdržujejo in vrednotijo svojo zasebnost. Presenetljivo je bilo najpogostejše mnenje stanovalcev, da zasebnost po preselitvi v DSO ni več nujno potrebna. Pomembno pa se jim je zdelo, da so v DSO kljub stalni bližini drugih oseb obdržali možnost osebnega kotička, da so lahko obdržali svojo lastnino in da so se lahko kadarkoli umaknili in nemoteno opravljali svoje aktivnosti proč od drugih oseb. Potrebno bi bilo torej stalno vzdrževati ravnovesje med željo starostnikov po druženju in samoti, ter zagotavljati pogoje za primerno izvedbo različnih vrst interakcije z drugimi: druženje s sorodniki bi moralo

potekati v dnevnih prostorih, kjer so lahko s svojcem sami, stanovalci bi morali imeti možnost samostojnih izhodov za klepete na svežem zraku, telesna vadba bi se morala izvajati v ustreznih vadbenih prostorih, itd (Low et al., 2007).

Druga študija iz Hong Konga je ugotavljala pozitiven učinek tai-chi vadbe na psihosocialni status stanovalcev DSO. Tai-chi je vadba v obliki medsebojno povezanih koordiniranih gibov, pri kateri zaposlamo tako um kot tudi telo. Študija v 6 DSO je vključevala 66 starostnikov v eksperimentalni skupini, ki so 26 tednov izvajali vadbo, 73 starostnikov v kontrolni skupini pa je nadaljevalo z običajnimi dnevnimi aktivnostmi brez intervencije. Individualno so starostniki iz eksperimentalne skupine po koncu študije poročali o večjem samospoštovanju in psihičnem počutju. V obeh skupinah je bilo fizično počutje na koncu študije slabše, a pri eksperimentalni precej manj. To lahko pripišemo dejstvu, da gre za starostnike z že prej obstoječimi zdravstvenimi težavami, vseeno pa je tai-chi priporočljiv za to skupino populacije (Lee et al., 2010), saj se med izvajanjem vadbe lahko tudi družijo med seboj.

Prva faza procesa ZN je ugotavljanje potreb uporabnika (Hajdinjak, Meglič, 2012). Pri stanovalcih DSO je lahko to težja naloga kot pri drugih populacijah, zlasti zaradi vse pogostejšega pojava upada kognitivnih funkcij v starosti, pa tudi zaradi drugih razlogov. Če želi MS vedeti, kako močno socialno mrežo ima njen oskrbovanec, jo mora znati izmeriti.

Socialne mreže lahko merimo na različne načine. Eden od možnih pristopov je egocentrični, ki se osredotoča na moč vezi med izbrano osebo in drugimi člani družbe, ki pripadajo različnim skupinam (prijatelji, družina, idr.). Grafično to prikažemo s koncentričnimi krogi. Druga možnost je sociocentrični pristop, s katerim merimo povezave med člani neke skupine, npr. med stanovalci DSO. Ta pristop naj bi bil primernejši za ocenjevanje kakovosti socialne mreže starostnika v institucionalnem varstvu (Abbot et al., 2015). Za grafični prikaz uporabimo posamezne kroge oziroma okvirčke, ki so med seboj povezani z eno- ali dvosmernimi puščicami. Za najbolj realno oceno stanja pa je nujno kombinirati oba pristopa, saj sociocentrični ne upošteva vezi z osebami izven izbrane skupine ljudi, ki jo proučuje.

Oceno kakovosti socialne mreže posameznika pričnemo z ustvarjanjem shematskega prikaza po enem izmed omenjenih pristopov, nato pa ta prikaz izpolnujemo med pogovorom s starostnikom oziroma mu prepustimo, da ga izpolni sam. Vnaprej ne moremo

vedeti, kaj bo vsebovala posamezna socialna mreža in katere osebe bodo del nje. Ponavadi na sestavo socialne mreže vplivajo: spol starostnika (socialne mreže žensk so pogosto večje od moških), kultura in skupnost iz katere starostnik izhaja, lokacija institucije, članstvo starostnika v klubih ali društvih, starost (ob ekstremnih starostih so vrstniki zelo verjetno že vsi pokojni), prisotnost partnerja. Ni smiselno, da pričakujemo največjo podporo od starostnikovega zakonca ali drugih družinskih članov, kajti čeprav nam bo starostnik te osebe navedel kot najbolj bližnje, je lahko njihova pripravljenost in/ali zmožnost pomagati povsem drugačna, kot jo vidi on (Price, 2011).

Obstajajo dokazi, da socialno mrežo starostnika lahko izboljšamo s povečanjem informiranosti in aktivnosti starostnika. V ZDA so izvedli študijo s kontrolno skupino, kjer so skupinam starostnikom v varovanih stanovanjih nudili 3-mesečni program kognitivnih intervencij, ki naj bi izboljšal socialno mrežo in zmanjšal osamljenost. Kontrolna skupina ni bila deležna intervencije, skupine pa so razdelili po lokacijah, saj niso želeli, da bi bili člani kontrolnih skupin nenamena izpostavljeni določenim aspektom kognitivne intervencije, npr. preko pogovorov s starostniki iz eksperimentalne skupine. Eksperimentalna skupina se je trikrat tedensko zbrala, bili pa so deležni izobraževanja o možganih in spominu, načinih stimuliranja možganov in kognitivne aktivnosti, s poudarkom na ustvarjanju novih spominov in izvajanju aktivnosti, ki od sodelujočega zahtevajo relativno visoko stopnjo pozornosti. Vse aktivnosti so bile usmerjene v spodbujanje socialnih interakcij in pletenju mrež socialne opore. Pred začetkom in po koncu programa so vsi sodelujoči v študiji samoocenili svojo socialno oporo in osamljenost. V eksperimentalni skupini je ostala ocena obojega enaka tudi na koncu, v kontrolni skupini pa se je socialna opora zmanjšala in osamljenost povečala (Winningham in Pike, 2007). Naši rezultati so pokazali, da na socialno funkcioniranje starostnika pozitivno učinkujejo tudi različne vrste skupinskih aktivnosti, ki jih lahko v DSO izvajajo redno ali občasno (program vrtnarjenja, družabništva z živalmi ali skupinska športna vadba).

Relativno malo raziskav pa se posveča vlogi MS pri socialni mreži starostnika v institucionalnem varstvu, saj smo za to diplomsko delo lahko uporabili le 8 raziskav na to temo. Veliko presenečenje je, da v nobenem od uporabljenih virov avtorji ne štejejo MS za enega od delov socialne mreže starostnika, temveč le za strokovnega delavca, ki lahko starostniku pri ohranjanju socialne mreže pomaga, bodisi neposredno ali pa posredno.

Zaletelova (2009) pravi, da mora MS starostnikom v DSO pomagati, da sprejmejo tretji in hkrati ponavadi tudi zadnji dom njihovega življenja kot prijazno, varno hišo, kjer lahko živijo polno življenje s pozitivno samopodobo, z močno izraženo individualno, ožjo in širšo družbeno identiteto. MS v DSO spremljajo večino stanovalcev pomemben del njihove življenjske poti, z njimi so v njihovih lepih, težkih in žalostnih trenutkih, vse do smrti. Zato je nenavadno, da ne bi bile del socialne mreže teh starostnikov. Vseeno pa v diplomskem delu ugotavljamo, da mora MS imeti predvsem dovolj časa za vsakega stanovalca DSO, da lahko opazi, kaj potrebuje za dobro psihosocialno funkcioniranje. Ključnega pomena je, da se MS znajo prilagoditi stalno spreminjajočim se potrebam stanovalcev (Bedin et al., 2013).

## 6 ZAKLJUČEK

Starostniki so ena izmed ranljivejših skupin prebivalstva, že samo staranje pa predstavlja velik stres v življenju nasploh. Socialne mreže dajejo ljudem nekako občutek celovitosti, pri ohranjanju tega občutka pa so pomembna tudi čustva, ki so pri odnosih z osebami v starostnikovi socialni mreži prisotna. Prav tako so raziskave socialnih mrež pokazale več pozitivnih učinkov na zdravje in kakovost življenja starostnika. Pri starostnikih, ki bivajo v DSO je zelo pomembna podpora družine in njeno vključevanje v starostnikov vsakdan. Eden od pozitivnih učinkov na starostnika je na primer že samo pet minut časa, ki si ga svoji vzamejo v tednu. Ta čas druženja povzroči, da se med bivanjem v DSO starostnik počuti bolje.

Velik del časa pa s starostnikom med bivanjem v DSO preživi MS, zato je še posebej pomembno, da MS zna pravočasno prepoznati stisko pri starostniku, odreagirati in mu pomagati. Vendar pa je problem današnjega časa, da se osebje v DSO bodisi zaradi pomanjkanja časa ali pomanjkanja znanja posveča predvsem zadovoljevanju fizičnih potreb starostnika. Tako ostanejo socialne in psihološke potrebe ne malokrat zanemarjene in pozabljene. Pri tem velja izpostaviti, da se pri MS vse pogosteje pojavlja, kot razlog za zanemarjanje teh potreb, pomanjkanje komunikacijskih veščin, neznanje in pomanjkanje izkušenj, kar je dobra iztočnica za morebitne spremembe v študijskem programu in programih dodatnega usposabljanja v gerontološki zdravstveni negi.

## 7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Abbott KM, Bettger JP, Hampton KN, Kohler HP (2015). The feasibility of measuring social networks among older adults in assisted living and dementia special care units. *Dementia (London)* 14(2):199–219. doi: [10.1177/1471301213494524](https://doi.org/10.1177/1471301213494524).

Bedin MG, Droz MM, Chappuis M (2013). Caring for elders: the role of registered nurses in nursing homes. *Nurs Inq* 20(2): 111–20. doi: [10.1111/j.1440-1800.2012.00598.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2012.00598.x).

Bennett DA, Schneider JA, Tang Y, Arnold SE, Wilson RS (2006). The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol* 5(5): 406–12. doi: [10.1016/S1474-4422\(06\)70417-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70417-3).

Bergland A, Kirkevold M (2008). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *J Clin Nurs* 17(10): 1295–02. doi: [10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x).

Chaudhuri T, Yeatts DE, Cready CM (2013). Nurse aide decision making in nursing homes: factors affecting empowerment. *J Clin Nurs*. 22(17-18): 2572–85. doi: [10.1111/jocn.12118](https://doi.org/10.1111/jocn.12118).

Conwell Y, Thompson C (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am* 31(2): 333–56. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>.

Cook G, Clarke C (2010). A framework to support social interaction in care homes. *Nurs Older People* 22(3): 16–21. doi: [10.7748/nop2010.04.22.3.16.c7631](https://doi.org/10.7748/nop2010.04.22.3.16.c7631).

Crooks VC, Lubben J, Petitti DB, Little D, Chiu V (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *Am J Public Health* 98(7): 1221–7. doi: [10.2105/AJPH.2007.115923](https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115923).

Drageset J, Espehaug B, Hallberg IR, Natvig GK (2014). Sense of coherence among cognitively intact nursing home residents – a five-year longitudinal study. *Aging Ment Health* 18(7):889–96. doi: [10.1080/13607863.2014.896866](https://doi.org/10.1080/13607863.2014.896866).

Frahm K, Gammonley D, Zhang NJ, Paek SC (2010). Family support in nursing homes serving residents with a mental health history. *J Fam Soc Work* 13: 435–50. doi: [10.1080/10522158.2010.514677](https://doi.org/10.1080/10522158.2010.514677).

Golden J, Conroy RM, Lawlor BA (2009). Social support network structure in older people: underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychol Health Med* 14(3): 280–90. doi: [10.1080/13548500902730135](https://doi.org/10.1080/13548500902730135).

Habjanič A, Saarnio R, Elo S, Turk DM, Isola A (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *J Clin Nurs* 21(17/18): 2579–89. doi: [10.1111/j.1365-2702.2011.04044.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04044.x).

Hajdinjak G, Meglič R (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 104.

Harris Y, Cooper JK (2006). Depressive symptoms in older people predict nursing home admission. *J Am Geriatr Soc* 54(4): 593–7. doi: [10.1111/j.1532-5415.2006.00687.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00687.x).

Heckheimer EF (1989). *Health promotion of the elderly in the community*. Philadelphia: J B Saunders.

Isola A, Backman K, Voutilainen P, Rautsiala T (2008). Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *J Clin Nurs* 17(18): 2480–9. doi: [10.1111/j.1365-2702.2007.01951.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01951.x).

Kobentar, R (2008). Socialni odnosi v starosti. *Social Pedag* 12(2): 145–60.

Kogoj A (2004). Psihološke potrebe v starosti. *Zdrav Vestn* 73(9): 749–51.

Lee LY, Lee DT, Woo J (2010). The psychosocial effect of Tai Chi on nursing home residents. *J Clin Nurs* 19(7-8):927–38. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.02793.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02793.x).

Low LPL, Lee DTF, Chan AWY (2007). An exploratory study of Chinese older people's perceptions of privacy in residential care homes. *J Adv Nurs* 57(6): 605–13. doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.04116.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04116.x).

Pečjak V (2007). *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.

Price B (2011). How to map a patient's social support network. *Nurs Older People* 23(2): 28–35. doi: [10.7748/nop2011.03.23.2.28.c8353](https://doi.org/10.7748/nop2011.03.23.2.28.c8353).

Prosser L, Townsend M, Staiger P (2008). Older people's relationships with companion animals: a pilot study. *Nurs Older People* 20(3): 29–32. doi: [10.7748/nop2008.04.20.3.29.c6496](https://doi.org/10.7748/nop2008.04.20.3.29.c6496).

Ramovš J (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Ramovš J (2010). *Slovar: socialna mreža*. Dostopno na: <http://www.instantonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1433.html>. <01.10.2016>

Riebe G, Fan MY, Unützer J, Vannoy S (2012). Activity scheduling as a core component of effective care management for late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(12): 1298–304. doi: [10.1002/gps.3784](https://doi.org/10.1002/gps.3784).

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B (2016). The meaning of vulnerability to older persons. *Nurs Ethics* 23(4):372–83. doi: [10.1177/0969733014564908](https://doi.org/10.1177/0969733014564908).

Scott J (2000). *Social Network Analysis: A Handbook* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage Publications.

Statistični urad Republike Slovenije (2017). Dostopno na: <http://www.stat.si/statweb>. <28.01.2017>

Štuhec JI, Fras M (2010). Različne oblike bivanja za tretjo generacijo. *Kakov Starost* 13(3): 3–15.

Thanakwang K (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: a secondary data analysis using the National Elderly Survey. *Nurs Health Sci* 11(2): 144–9. doi: [10.1111/j.1442-2018.2009.00438.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00438.x).

Thanakwang K, Isaramalai SA (2013). Productive engagement in older adults: a concept analysis. *Nurs Health Sci* 15(1):124–30. doi: [10.1111/nhs.12015](https://doi.org/10.1111/nhs.12015).

Tsai HH, Tsai YF, Wang HH, Chang YC, Chu HH (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging Ment Health* 14(8): 947–54. doi: [10.1080/13607863.2010.501057](https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501057).



Tse MM (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people. *J Clin Nurs* 19(7-8): 949–58. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x).

Wasserman S, Faust K (1994). Social network analysis in the social and behavioral sciences. *Social network analysis: methods and applications*. Cambridge University Press, 1–27.

WHO (1948). WHO definition of health. Dostopno na: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. <23.10.2016>

Winningham RG, Pike NL (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health* 11(6): 716–21. doi: [10.1080/13607860701366228](https://doi.org/10.1080/13607860701366228).

Worden A, Challis DJ, Pedersen I (2006). The assessment of older people's needs in care homes. *Aging Ment Health* 10(5): 549–57. doi: [10.1080/13607860600637794](https://doi.org/10.1080/13607860600637794).

Yeung YD, Kwok YCS, Chung A (2013). Institutional peer support mediates the impact of physical declines on depressive symptoms of nursing home residents. *J Adv Nurs* 69(4): 875–85. doi: [10.1111/j.1365-2648.2012.06076.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06076.x).

Zaletel M (2009). Vpliv medicinskih sester na identiteto starostnikov v domovih starejših občanov. *Obzor Zdrav Neg* 43(3): 183–9.

Ziherl S (1994). Starostnik v stiski. In: Tekavčič-Grad O ed. *Pomoč človeku v stiski*. Ljubljana: Litterapicta. 125–30.