

Pregledni znanstveni članek / Review article

STARANJE POPULACIJE, POTREBE STAROSTNIKOV IN NEKATERI IZZIVI ZA ZDRAVSTVENO NEGO

POPULATION AGEING, THE NEEDS OF THE ELDERLY AND CHALLENGES FOR NURSING

Brigita Skela Savič, Joca Zurc, Simona Hvalič Touzery

Ključne besede: slovensko prebivalstvo, staranje, zdravje, zdravstvena nega, izobraževanje, promocija zdravja, specializacija

Key words: Slovenian population, ageing, health, nursing, education, health promotion, specialization

IZVLEČEK

Izhodišča: Staranje ni enoznačen proces in starostniki niso enoznačna skupina. Soočanje posameznika s starostjo in prilagajanje na starost je zelo spremenljivo. Uspešno staranje se povezuje z dobrim počutjem in sposobnostjo prilagajanja na spremembe, ki jih starost prinaša.

Metoda: Uporabljen je bil pregled literature. Uporabili smo vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov (COBIB.SI) in Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Uporabljene so bile ključne besede v slovenskem jeziku (staranje, zdravstvena nega; staranje, nega; staranje, zdravstvena nega, odgovornost) in angleškem jeziku (older people, nursing, responsibility).

Pregled literature: V prihodnje bo vedno bolj v ospredje prihajala skrb za starostnike, in sicer z družbenega vidika, vidika posameznika in z vidika strokovnjakov, ki pokrivajo področje staranja. Pri reševanju problemov na področju staranja družbe je prostor za inovativnost in prenos dobro utečenih praks iz tujine v slovenski prostor. Poleg znanja je potrebno širše osveščanje vseh generacij o staranju, o pomenu le-tega za družbo, razvijati je potrebno programe promocije zdravja za starostnike na različnih področjih in spodbujati njihovo socialno vključenost. Področje zdravstvene nege mora razviti specialna znanja za področje gerontologije v obliki obveznih in izbirnih predmetov na vseh bolonjskih stopnjah študija, prav tako je potrebna klinična specializacija iz gerontologije po končani visokošolski strokovni izobrazbi. Kakovostna gerontološka zdravstvena nega temelji na z dokazi podprtih intervencijah, je individualizirana na pacientove posebnosti in edinstvene situacije. Zahteva več kot samo znanje in izobraževanje medicinskih sester, potrebna je tudi stvarna zavzetost zdravstvene organizacije do te rizične populacije pacientov.

Diskusija in zaključki: Pojav staranja populacije se vedno bolj dotika vsake medicinske sestre. Medicinski sestre morajo prevzeti odgovornosti na področju pridobivanja znanj, veščin, spoznanj in dokazov, ki jih bodo prenesle v prakso, s ciljem

ABSTRACT

Introduction: Ageing is not a uniform process, and the elderly are not a uniform group. The ways in which individuals deal with old age and adapt to it can be very diverse. Successful ageing is associated with good overall health and the ability to adapt to changes occurring in old age.

Methods: An overview of literature was used. We used the shared bibliographic-catalogue database (COBIB.SI) and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Key words were supplied in Slovenian (older people, nursing care; older people, care; older people, nursing care, responsibility) and in English (older people, nursing, responsibility).

Literature review: Increasingly, the elderly will have to be provided for not only by the society and individuals, but also by experts in ageing. In solving issues related to the population ageing, Slovenia could look to increase innovations and transfer good practice examples from other countries. In addition to greater knowledge, all generations should be made aware of the issue of ageing and its impact on the society. Health promotion programs for the elderly also have to be developed, and their social integration increased. In nursing, too, specific knowledge and skills in gerontology have to be developed by introducing obligatory and elective courses at all cycles of the Bologna study programs. Clinical specialization in gerontology should be introduced following higher vocational education. Quality gerontology nursing must be founded on evidence-based practice and personalized to patients' specific needs and characteristics. This kind of nursing calls for more than just specific knowledge and education for nurses; health care organizations must also show that they are truly dedicated to this critical patient population.

Discussion and conclusions: The issue of ageing population is increasingly becoming a part of nurses' everyday work. They must take responsibility for acquiring the appropriate knowledge and skills, and follow the latest findings and evidence, transferring all these into practice. The main goal is to ensure quality health care for the elderly. The nurses' role is important and

doc. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, e-naslov: bskelasavic@vszn-je.si

doc. dr. Joca Zurc, prof. raz. pouka, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

dr. Simona Hvalič Touzery, univ. dipl. soc., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

zagotavljati kakovostno zdravstveno obravnavo in oskrbo starostnikov. Njihova vloga je pomembna in ključna, saj starostniki potrebujejo strokovno pomoč in oporo za čim daljše, kakovostno ter samostojno staranje.

Uvod

Demografske spremembe bodo v prihodnosti pomembno vplivale na vedenje ljudi v večini evropskih držav. Pomembnejši demografski trendi, ki jih danes že zaznavamo, so upad rasti populacije, staranje populacije, drobitev trga storitev, višanje izobrazbe celotne populacije, pestrost družbe zaradi povečane migracije, spremenjena vloga žensk v družbi idr. Številčnost starejšega prebivalstva se v svetu letno poveča za 2,6 % in narašča hitreje kot pri ostalih starostnih skupinah prebivalstva. Statistika Organizacije združenih narodov (OZN) napoveduje, da se bo delež starejših od 60 let v naslednjih desetletjih dramatično povečal, z 11 % svetovne populacije v letu 2009 na 22 % v letu 2050. V razvitih regijah sveta ta starostna skupina predstavlja že petino prebivalstva, do leta 2050 pa bo tretjino (United, 2009). Malačič (2008) povzema rezultate za Slovenijo, ki kažejo, da se je v zadnjih stopetdesetih letih delež 65 in več let starega prebivalstva pri nas povečal skoraj za trikrat. Po podatkih popisa prebivalstva je bil leta 1869 ta delež 5,0 %, leta 1981 11,1 % in leta 2002 14,7 %. Še večje povečanje je pričakovati v prihodnjih letih. Po srednji varianti projekcije OZN naj bi bilo leta 2050 v Sloveniji 33,1 % prebivalcev starih 65 let in več, mediana starosti pa bi naj bila 52,2 leta. Če se delež prebivalcev, starih 65 let in več, poveča čez 20 % ali celo čez 30 %, je to ob današnjih značilnostih obnavljanja prebivalstva neugodno. Pričakovano povečanje staranja prebivalstva vodi v spremembo družbenih, socialnih in ekonomskih razmerij (Poredoš, 2004), saj vpliva na spremembe v ekonomiji, strukturi delovne sile, varčevanju, investicijah, sistemu upokojevanja, stroškov zdravstva in sociale, v načinu in stroških pridelave hrane idr. (Lohmann, Danielsson, 2004). S staranjem prebivalstva se tako ključno povečujejo potrebe po zdravstvenem varstvu (Poredoš, 2004).

Pri procesu staranja gre za naraven in neizogiben proces. Zdravstvene stroke so se sporazumele, da je mejna starost, ko govorimo o očitnem procesu staranja in s tem povezanimi značilnostmi, 65 let. Ebersole s sodelavci (2005) povzema delitev starostnikov v tri skupine: »mladi« starostniki (65 do 74 let), »srednji« starostniki (75 do 84 let) in »stari« starostniki (85 let in več). Tudi National Service Framework for Older People (2001) razvršča starostnike z vidika njihovih potreb v tri skupine:

- vstopna skupina so tisti, ki so se ravnokar upokojili, so aktivni in neodvisni; cilj pri tej skupini je ohraniti zdravje, promovirati zdravje in aktivno življenje; gre za obdobje med 55. in 65. letom življenja človeka;

crucial because the elderly require professional assistance and help for a long, high-quality and independent old age.

- tranzicijska skupina so tisti, ki so v vmesni fazi med zdravjem ter aktivnim življenjem in pojavom krhkosti na nekaterih življenjskih aktivnostih; pri tej skupini je cilj pravočasno zaznavanje nastalih problemov in zagotavljanje pravočasnih in ustreznih ukrepov, ki preprečujejo dolgotrajno odvisnost starostnika; to obdobje se začne pojavljati med sedmim in osmim desetletjem življenja;
- skupina krhkih so tisti, ki se srečujejo z resnejšimi zdravstvenimi problemi, kot so posledice kapi, demence, zaradi katerih so potrebni negovalne in socialne pomoči; krhkost starostnika se lahko pojavi v poznih letih staranja, starostnik potrebuje pomoč in podporo, potrebne so intervencije na področju fizične, psihične in socialne pomoči.

Staranje ni enoznačen proces in starostniki niso enoznačna skupina. Soočanje posameznika s starostjo in prilagajanje na starost je zelo spremenljivo. Uspešno staranje se povezuje z dobrim počutjem in sposobnostjo prilagajanja na spremembe, ki jih starost prinaša. Ebersole in sod. (2005) tako v model uspešnega in zdravega staranja postavljajo dejavnike, kot so socialni, biološki, psihološki, duševni, kulturni in okoljski dejavniki.

Zgodovinsko gledano se uspešno staranje povezuje z zdravjem in dolgim življenjem, socialni psihologi zagovarjajo, da je uspešno staranje definirano z delavnostjo oziroma aktivnostjo posameznika, sposobnostjo samoopazovanja, zdravjem in socialno vključenostjo (Crosnoe, Elder, 2002), z odnosom starostnika do lastnega zdravja (Rowe, Kahn, 1998); nadalje se uspešno staranje povezuje tudi s finančnimi in socialnimi zmožnostmi, z izobrazbo (Lang, Baltes, 1997; Nolan, Davies, Grant, 2001; Rowe, Kahn, 1998; Strawbridge et al., 1996; Wagner et al., 1991; Wagnild, 2003) ter z razvitostjo zdravstvenega sistema za zgodnje odkrivanje in obravnavo kroničnih obolenj (Feldman, Kane, 2003).

Skozi družbeni in zgodovinski razvoj je moč opaziti spremenjeno socialno strukturo staranja. Tradicionalno je za potrebe starostnika skrbela družina, danes so otroci starostnikov velikokrat zaposleni, razpeti med službo, lastno družino in mladoletne otroke, tudi partnerji starostnikov imajo običajno težave s svojim zdravjem, zato vse težje nudijo tovrstno oskrbo (Hvalič Touzery, 2007). Današnja družba se sooča z netradicionalnimi družinami, ki so lokacijsko razseljene, kar tudi otežuje skrb za starostnika v družini. V populaciji starostnikov se je povečal delež vdov, vse več starostnikov podaljšuje svoj aktivni delovni čas do upokojitve (Research, 2003).

Okrog 60 % vseh sprejetih odraslih v bolnišnice v ZDA je starih nad 65 let (Boltz et al., 2008). Pri hospi-

talizacijah starejših se opaža več zapletov kot pri mlajši populaciji (Chang, Chenoweth, Hancock, 2003), kar se kaže v podaljšanih hospitalizacijah, odpustih v domove za starejše občane, povečanih stroških, povečani bolehnosti in smrtnosti starostnikov (Iwata et al., 2006; Russo, Elixhauser, 2003). Podatki Avstralskega inštituta za zdravje in blaginjo (Australian, 2006; Higgins et al., 2007) kažejo razlike v povprečni ležalni dobi, in sicer le-ta znaša za paciente, stare več kot 65 let, 5,8 dneva, medtem ko je povprečna ležalna doba za vse odrasle starostne skupine 3,6 dneva. Ta razlika je še očitnejša pri osebah nad 85 let, ko je povprečna ležalna doba za moške 8,1 in za ženske 9,7 dneva. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije je ležalna doma slovenskih starostnikov še daljša. Leta 2008 je tako hospitalizacija zaradi bolezni pri osebah nad 65 let v povprečju trajala 9,29 dneva, pri osebah nad 85 let pa 10,1 dneva; 9,99 dneva pri moških in 10,15 dneva pri ženskah. V Sloveniji pri starih ljudeh glede povprečne ležalne dobe med spoloma tako ni opaziti bistvenih razlik. Najdaljša ležalna doba pri osebah nad 65 let je bila v jugovzhodni in osrednjeslovenski regiji (nad 10,6 dneva), najnižja pa v obalno-kraški (7,19 dneva) in koroški regiji (7,78 dneva) (Zgaga, 2009).

Populacija nad 65 let je hospitalizirana 3-krat pogosteje kot populacije mlajših starostnih obdobij, v bolnišnici ostane dlje in predstavlja 48 % vseh hospitalizacij (Russo, Elixhauser, 2003; Landefeld, 2003; Kozak, Owings, Hall, 2005). Podatki za Slovenijo so podobni. Hospitalizacija oseb, starih 65 let in več, je leta 2008 predstavljala 42,21 % vseh hospitalizacij. Moški, stari nad 65 let, so bili 3,2-krat pogosteje hospitalizirani kot moški, stari do 20 let, in 4,3-krat pogosteje kot moški, stari od 20 do 64 let. Starejše ženske so bile 2,5-krat oz. 2,3-krat pogosteje sprejete v bolnišnico zaradi bolezni kot ženske, mlajše od 20 let oz. stare od 20 do 64 let (Zgaga, 2009).

Tan (2007) povzema najpogostejše kronične bolezni, ki prizadenejo starostnike: diabetes, povišan krvni tlak, kardiovaskularne bolezni, respiratorne bolezni in rak. Poleg tega se pri starostnikih lahko pojavijo še prizadeta mobilnost, spremembe v funkcionalnem statusu (zmanjšana mišična moč, vazomotorna nestabilnost, zastoj vode, zmanjšanje kostne gostote, slabša predihanost, zmanjšana senzorna občutljivost), spremembe v duševnem statusu, kot so depresivnost, socialna izolacija, otožnost in motnje prehranjevanja (npr. anoreksija nervoza), nadalje se lahko pojavljajo slaba orientacija, povečano tveganje za padce, akutne okužbe, malnutricija, zaprtost idr. Gallagher (2004) opozarja na probleme, ki jih danes pri sprejetih pacientih opažajo v bolnišnicah v neposredni bližini turističnih središč – starostnikih prekinejo svoj dopust zaradi zdravstvenih težav. Turisti – starostniki so sprejeti zaradi zdrsov, spotikov, padcev, fizične preobremenitve, poslabšanja kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni in sladkorna bolezen. Do navedenega najpogosteje pride, ker

starostniki niso vzeli zdravil, kot jim je predpisano, zaradi sprememb v prehranbenem ali dietnem režimu in zaradi večje fizične aktivnosti, kot so je dnevno vajeni. V opazovalni študiji so tudi opazili, da starostniki prenehajo z uživanjem diuretikov, ker želijo zmanjšati število obiskov sanitarij med samim potovanjem do počitniške destinacije in na samih počitnicah, kjer so del le-teh izleti v bližnje turistične kraje. Podobni problemi so na področju prekomernega uživanja analgetikov in prehranskih prekrškov na račun preveč bogate hrane ali premajhnega uživanja tekočin.

Mauk (2006) povzema naslednje dejavnike tveganja, ki ogrožajo zdravje starostnikov in jih je potrebno s pomočjo presejalnih programov spremljati pri starostnikih: fizična aktivnost, prehrana, kajenje, gibalna motorika, odpornost na okužbe, demenca, pitje alkohola, maščobe v krvi, zvišan krvni tlak, cerebrovaskularne bolezni, bolezni ščitnice, osteoporoza, vid, sluh, rak dojke, rak prostate, rak črevesja in danke. Poleg tega Mauk (2006) povzema še najpogostejše teme za izobraževanje starostnikov: prehrana, diete, gibanje, kontrola teže, obvladovanje stresa, alternativni pristopi v starosti, hobiji, vključenost v skupnost, prostovoljstvo, umetnost, kultura, počitnikovanje, osebnostna in duhovna rast idr. Prav tako Zurc (2010a) na osnovi pregleda dosedanjih raziskav, ki so usmerjene v proučevanje uspešnega staranja in s tem identificiranja ter vrednotenja različnih dejavnikov, povezanih z boljšim zdravstvenim stanjem starostnika, ugotavlja, da so med dejavniki uspešnega staranja najpogosteje izpostavljene ustrezne prehranske navade, redna gibalna aktivnost, skrb za duševno zdravje in preventiva pred poškodbami lokomotorne aparata. To so zato tudi področja, na katerih naj sloni promocija zdravja in primarna zdravstvena vzgoja starostne populacije nad 65 let.

Slovenska populacija se, podobno kot v razvitem svetu, stara. V starosti se kopičijo kronične bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in neredko puščajo trajne posledice. Pri zdravstveni obravnavi starostnikov ne sme biti naš cilj zgolj podaljševanje življenja, temveč kakovostno staranje. Če hočemo zagotoviti kakovostno staranje, moramo več aktivnosti usmeriti v preprečevanje zlasti kroničnih bolezni, potrebno bi bilo izboljšati telesno in duševno rehabilitacijo starostnikov po preboleli bolezni, ki omogoča povrnitev normalnega delovanja zaradi bolezni prizadetih organov, ohranitev samostojnosti, pomičnosti in s tem neodvisnosti slehernega posameznika do pozne starosti (Poredoš, 2004).

Metode

Uporabljen je pregled literature. Obdobje pregleda literature je trajalo od marca do junija 2010. Uporabili smo vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov (COBIB.SI) in Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede:

- v slovenskem jeziku: »staranje, zdravstvena nega«; »staranje, nega«; »staranje, zdravstvena nega, odgovornost«;
- v angleškem jeziku: »older people, nursing, responsibility«.

V COBIB.SI smo poleg vnesenih ključnih besed vpisali še zahtevo »članki in drugi sestavni deli« ter slovenski jezik. Iskalnih zahtev po letnicah nismo omejili. Dobili smo sedem zadetkov pri uporabi ključnih besed »staranje, zdravstvena nega«, 16 zadetkov pri uporabi ključnih besed »staranje, nega« in nič zadetkov pri uporabi besed »staranje, zdravstvena nega, odgovornost«. Zadetki pri ključnih besedah »staranje, nega« so vključevali tudi tistih sedem zadetkov, ki smo jih dobili že pri ključnih besedah »staranje, zdravstvena nega«.

V CINAHL-u smo uporabili napredno iskanje ter Boolov logični operator »AND«. Na osnovi izbranih ključnih besed smo dobili 39 zadetkov, ki smo jih omejili na članke, dostopne v celotnem besedilu, ter tako dobili 21 zadetkov. Iskanja po letih nismo omejili.

Uporabili smo tudi nekatere temeljne monografije s področja staranja in gerontologije.

Pregled literature

V času in prostoru, ki narekujeta spremembe, sta zdravstvena in socialna obravnava ključni za celostno obravnavo posameznikov in skupin. Staranje populacije in omejevanje sredstev za zdravstveno, pa tudi socialno varstvo tako zdravih kot bolnih narekuje pri vzdrževanju kakovostnega življenjskega sloga populacije potrebo po racionalnih pristopih (Klemenc, 2003). Thomas in Lambert (2008) poudarjata pomen skupne obravnave potreb starostnikov, ki jo nudita zdravstveni in socialni sektor. Med tema dvema sektorjema je žal še preveč preprek, ki vplivajo na kakovost življenja starostnikov. Klemenc (2003) poudarja pomen usklajenega delovanja zdravstvene in socialne oskrbe v Sloveniji, obe oskrbi morata delovati za iste cilje – zadovoljnega posameznika, družino ali skupnost. Henriksen in Rosenqvist (2003) ugotavljata različna mnenja, pomanjkanje skupnih ciljev in nejasno vodenje med politiki in zdravstvenimi menedžerji, kako naj se razvija oskrba starostnikov v prihodnosti.

Dandanes institucije/domovi za starejše v razvitem svetu niso več t. i. preživete ustanove, kjer bi skrbeli izključno samo za kronične bolnike po zaključku bolnišničnega zdravljenja. Dom za starejše je institucija za zdravstveno nego in oskrbo, kjer starostniki potrebujejo specialni pristop: da ostanejo čim bolj aktivni in čim bolj povezani z domačim okoljem; poudarjena je avtonomija posameznika, njegove sposobnosti, vpetost v socialno okolje, njegove pravice in občutek, da je pomemben in potreben član družbe (Nursing, 2002 cit. po Klemenc, 2003). Westin in Danielson (2007) povzemata rezultate več raziskav, ki opisujejo potrebe

starostnikov in odzive medicinskih sester v domovih za starostnike. Ugotavljata, da so medicinske sestre vse prevečkrat preobremenjene z rutinskimi nalogami, da imajo premalo časa za pogovor, kar vpliva na komunikacijo s starostniki, ki je površinska in orientirana samo na izvajanje strokovnih aktivnosti, medtem ko starostniki pričakujejo bolj poglobljeno komunikacijo, pri kateri bi si osebje vzelo čas za njih, jim izrazilo podporo in spoštovanje. Križaj in Zaletel (2003) v raziskavi o starostnikih v enem izmed domov starejših občanov v Sloveniji ugotavljata, da se večina starostnikov v domu počuti varno in sprejeto, da pa pogrešajo več strokovnih delavcev (npr. odgovorna medicinska sestra, fizioterapevtka, delovna terapevtka) in čistilke. Polovica anketirancev tudi meni, da v domu starejših občanov ni dovolj delavcev za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe. Poleg pisnih navodil si želijo tudi več razgovorov s strokovnimi oz. odgovornimi delavci posameznih služb, predvsem zdravstvenih. Gustafsson, Asp in Fagerberg (2009) opisujejo stanje na Švedskem, ko za starostnike skrbi večja skupina ljudi, od katerih jih polovica nima izobrazbe s področja zdravstvene nege. V članku so opisane frustracije medicinskih sester, ki nadzirajo »negovalce«, ki nimajo ustrezne izobrazbe za delo s starimi ljudmi. Gustafsson, Asp in Fagerberg (2009) zato poudarjajo pomen refleksije zaposlenih v zdravstveni negi starostnikov, ki jim lahko pomaga pri interpretaciji različnih situacij, zlasti v težkih delovnih razmerah, ko so medicinske sestre odgovorne za veliko število starostnikov, medtem ko neposredno skrb za njih izvaja manj kvalificirano osebje. Sposobnost refleksije lastnega dela izboljšuje prakso.

Glede na spoznanja raziskav na področju bolnišnične dejavnosti (Boltz et al., 2008; Iwata et al., 2006; Russo, Elixhauser, 2003; Landefeld, 2003; Kozak, Owings, Hall, 2005; Gallagher, 2004) se postavlja skrb, ali imajo medicinske sestre znanje s tega področja, da bi lahko zadostile potrebam starejše populacije (Meyer, Sturdy, 2004). Nacionalni program Združenih držav Amerike (ZDA) Nursing Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) je pokazal, da so negativni rezultati hospitalizacije za starostnike neizogibni (Boltz et al., 2008). NICHE, prilagojen po avtorjih Aiken, Sochalski, Lake (1997 cit. po Boltz et al., 2008), prikazuje ključne dejavnike za okolje, kjer se izvaja kakovostna gerontološka praksa. Okolje, kjer se izvaja gerontološka zdravstvena nega, zaznamujejo institucionalne vrednote do starejših ljudi in osebja, sposobnosti sodelovanja in dosegljivost resursov. Vplivni dejavniki na opisano so:

- strukturne značilnosti bolnišnice (vrsta lastništva, status učne baze, število postelj, sistem plačevanja, lokacija);
- značilnosti medicinskih sester (demografske značilnosti, stopnja izobrazbe, izkušnje v stroki, izkušnje v instituciji, vrsta oddelka);
- zaposlovanje medicinskih sester.

Kakovostna gerontološka zdravstvena nega temelji na z dokazi podprtih intervencijah, je individualizirana na pacientove posebnosti in edinstvene situacije, kot so potrebe po informacijah, ki pomagajo pacientu pri sprejemanju odločitev v času potreb po zdravstveni negi (Jacelon, 2004; Naylor et al., 2004). Kakovostna gerontološka zdravstvena nega zahteva več kot samo znanje in izobraževanje medicinskih sester, potrebna je tudi stvarna zavzetost zdravstvene organizacije do te rizične populacije pacientov (Mezey et al., 2004). Zdravstvena obravnava starih ljudi se mora osredotočiti na področja, kot so izboljševanje in vzdrževanje zdravja ter funkcionalnega statusa, preprečevanje zapletov med hospitalizacijo, optimiziranje resursov pri starostniku in v sistemu oskrbe, zagotavljanje dostopa do zdravstvene obravnave, povečevanje varnosti, zagotavljanje dostojanstva, podpiranje neodvisnosti in promoviranje kakovosti življenja (Kleinpell, 2007; Jennings, Lamb, 2007; Fletcher, 2007; Lindquist, Sendelbach, 2007; Moore, Duffy, 2007; Stotts, Wu, 2007; Richmond, Jacoby, 2007; Tracy, Skillings, 2007; Kleinpell, Kannusamy, 2010). Za doseganje ciljev na vseh navedenih področjih obravnave starostnikov je potrebno zagotavljati specialistično gerontološko obravnavo, razvijati celostne načrte aktivnosti na področju usposabljanja zaposlenih, raziskovanja, razvoja rehabilitacijskih programov in servisov v lokalni skupnosti za podporo starostnikom (Kleinpell, Kannusamy, 2010). Higgins in sod. (2007) nadalje opozarjajo na pomen vključevanja svojcev pri zdravstveni obravnavi starostnikov v bolnišnici v smislu razvijanja pozitivnih odnosov med zaposlenimi na oddelku in člani družine starostnika.

Potrebe starostnikov bo mogoče ustrezno obravnavati z vzpostavljanjem specialnih znanj na področju geriatrije in gerontologije v zdravstvenih ustanovah (Lopez et al., 2002; Haugh, 2004). Specialna znanja omogočajo orientacijo pri prepoznavanju zgodnjih geriatričnih sindromov, kot so poslabšanje mobilnosti, tveganje za padce, demenco, delirij, depresijo, pojav inkontinence, slabše prehranjenosti in jemanje prevelikih odmerkov zdravil (Kleinpell, 2007; Kleinpell, Kannusamy, 2010). Vse bolj pomembna postaja komunikacija s starostniki. Miller, Weinstein (2007) sta tako v eni izmed svojih raziskav ugotovila, da starostniki, ki so vključeni v odločanje o svojem stanju in s tem povezanimi ukrepi, bolj pogosto aktivno podpirajo kontinuirano obravnavo na domu ali v domovih za starejše in tudi postanejo del te obravnave. Tako je dolžnost zdravstvenih delavcev, da svojo komunikacijo prilagodijo glede na potrebe in zmožnosti starostnika ter spodbujajo aktivno odločanje starostnikov za kontinuirano obravnavo. Randers, Mattiasson (2004) ugotavljata, da je s podprto avtonomijo starostnika hkrati varovana tudi njegova integriteta in povečano dostojanstvo.

Wade (1999) poudarja, da je ključni dejavnik za vzpostavitev pozitivnega odnosa in drže do zdravstvene obravnave starostnikov ter razvoja le-te izobraževanje

strokovnega osebja na tem področju. Za področje zdravstvene nege predlaga podiplomska znanja, pridobljena v obliki specializacije.

Po podatkih Inštituta za medicino za leto 2001 ima v ZDA samo 23 % visokošolskih programov zdravstvene nege predmet gerontološka zdravstvena nega in le v eni tretjini teh programov je sestavni del študija tudi usposabljanje študentov v kliničnem okolju. Pozitivne klinične izkušnje študentov s starostniki imajo namreč vpliv na kasnejše odločanje za delo s starostniki ali za delo na sorodnih področjih. Zdravstvena obravnava mora postati odzivna na staranje populacije, zato morajo izobraževalni programi iz zdravstvene nege biti senzibilni na ta pojav, študenti morajo pridobiti ustrezen nivo znanja in kliničnih veščin ter teoretičnih izhodišč o kroničnih boleznih v starosti, kar bo prispevalo k razvoju pozitivnih profesionalnih vedenj in stališč pri populaciji medicinskih sester (Williams, Nowak, Scobee, 2006). Ferrario in sodelavci (2008) navajajo, da negativna drža in vrednote do staranja vplivajo na izbor kariere študenta zdravstvene nege in s tem na kakovost oskrbe, ki jo dobijo starejši. Navajajo nabor spoznanj raziskav o odnosu do starostnikov:

- drža in vedenje študentov zdravstvene nege do starejših ljudi je generalno gledano negativno (Happell, Brooker, 2001; Fajemilehin, 2004; McLafferty, Morrison, 2004; Philipose, Tate, Jacobs, 1991);
- več kot imajo zdravstveni delavci izkušenj s starejšimi ljudmi, bolj so njihova drža in vrednote pozitivne (Freeman, 2003; Sainsbury, Wilkinson, Smith, 1992; Sheffler, 1995; Strumpf, Tomes, 1993);
- negativna drža do starejših ljudi se lahko na študente prenese preko visokošolskega zavoda in kliničnega okolja (McLafferty, Morrison, 2004);
- drža in vedenje, ki je razvito do starostnikov, vpliva na kakovost zdravstvene nege in oskrbe, ki jo starostniki prejemajo (Philipose, Tate, Jacobs, 1991; Spier, Yurick, 1989);
- drža in vedenje do starostnikov in modeli njihove obravnave vplivajo na karijerne odločitve študentov (Happell, Brooker, 2001; McKinlay, Cowan, 2003; McLafferty, Morrison, 2004; Sainsbury, Wilkinson, Smith, 1992; Williams, Nowak, Scobee, 2006).

Delo s starejšimi v zdravstveni negi je bilo doslej že večkrat ugotovljeno kot najmanj izražena želja za začetek profesionalnega razvoja po pridobljeni diplomii (Fajemilehin, 2004; Williams, Nowak, Scobee, 2006; Ferrario et al., 2008). Zgaga in Pahor (2005) ugotavljata, da so študenti zdravstvene nege v majhnem deležu odgovorili, da bi po končanem študiju najraje delali s starostniki. Raziskava pokaže, da študenti niso zadovoljni s svojim strokovnim znanjem in usposobljenostjo za zdravstveno nego starostnikov. Avtorici zaključita, da je za odnos do dela s starostniki potrebno zlasti dvoje: ustrezno znanje in izkušnje.

Po navajanju Dingwall (2007) postaja vse bolj pomembno tudi znanje medicinskih sester na področju predpisovanja zdravil pri starostnikih in opazovanje starostnikov z vidika učinkov predpisanih zdravil. Lidskog, Lofmark, Ahlstrom (2007) so proučevali dojetje lastne profesije in drugih profesij pri študentih zdravstvene nege, delovne terapije in socialnega dela. Raziskava pokaže velike razlike med študenti tako na nivoju enostavnih nalog kot kompleksnega znanja, odgovornosti in vrednot. Izkazalo se je, da so študenti močno zastopali in poudarjali posamezno profesionalno stališče. Zaključki raziskave pokažejo, da študenti potrebujejo več časa za refleksijo in proučitev medsebojnih vrednot in znanja, da se bodo prepoznali kot pomembni akterji pri zdravstveni obravnavi starostnikov.

Razprava

Leta 2009 se je v raziskavi Evrobarometer »Medgeneracijska solidarnost« 71 % anketiranih Slovencev močno ali delno strinjalo s trditvijo, da so zdravniki, medicinske sestre in poklicni oskrbovalci v Sloveniji dobro usposobljeni za potrebe starih ljudi (European, 2009), kar kaže na zaupanje v strokovnjake navedenih profilov za delo s starostniki. Kljub temu pa je zdravstvena stroka pred velikim izzivom, saj se mora prilagoditi novim potrebam starajoče se populacije, kar zahteva drugačne pristope, načine dela in razmišljanja. Razvite družbe namreč vse bolj težijo h konceptu skrčenja obolenosti (ang. compression of morbidity), po katerem naj bi posameznik izkusil resno bolezen v zelo visoki starosti in ta naj bi trajala le v obdobju 3,5 let pred smrtjo. Določene danes pogoste kronične bolezni (npr. artritis, arterioskleroza, dihalne težave) se pojavijo 10 do 25 let pozneje kot pri preteklih generacijah; ljudje pogosteje umirajo naravne smrti (zaradi prenehanja delovanja organskih sistemov in ne zaradi bolezni) (Hooyman, Asuman Kiyak, 2010). Cilj zdravstvene oskrbe je, da bi posameznik ostal zdrav čim dlje, kar bi bilo za finančno vzdržnost različnih sistemov v družbi izrednega pomena. Zdravi ljudje so lahko dlje časa aktivni v družbi, manjša je potreba po zdravstvenih storitvah in s tem tudi nižji stroški za pokojninsko in zdravstveno blagajno. To se lahko doseže le z ustreznim razvijanjem in implementacijo koncepta aktivnega staranja, promocijo zdravja v vseh življenjskih obdobjih ter kakovostne zdravstvene oskrbe. Navedeno vodi k daljšemu obdobju zdravih let življenja, kar prispeva h kakovosti življenja tako vsakega posameznika kot tudi celotne družbe.

Staranje, institucionalna oskrba, medicinske sestre

Rešitve problemov, ki jih prinaša staranje prebivalstva in priprave na to niso povezane samo s povečanjem števila domov za starejše občane, tako kot je danes

zaznati iz nekaterih javnih razprav, gre za mnogo več. V domove za starejše občane bodo šli tisti starostniki, ki ne bodo mogli sami skrbeti za sebe. V kolikor bo družba vložila znanje in sredstva v razvoj programov za ohranitev zdravja in spodbujanje samooskrbe starostnika na domu in mu ponudila ustrezno fizično in psihosocialno pomoč, bo vedno več starostnikov živel aktivno starost na domu, brez stigmatizacije (Skela Savič, 2009; 2010). Peternelj in Šorli (2004) navajata, da morajo negovalni oddelki s svojimi programi postati ključnega pomena pri kakovostnejši zdravstveni oskrbi starostnika. Program negovalnih oddelkov mora postati enakovreden del celotne zdravstvene oskrbe, negovalni oddelki pa priložnost za razvoj področja zdravstvene nege. Železnik (2010) izpostavlja problematiko obravnave starostnika v smislu zdravstvene nege, za katero pravi, da v socialnih zavodih žal nima prav posebne veljave. Križaj, Zaletel (2003) menita, da morajo medicinske sestre, ki delajo s starostniki, imeti znanja o staranju, medčloveških odnosih, umiranju in smrti, komunikaciji s stanovalci in njihovimi svojci. Medicinske sestre in celoten negovalni tim morajo biti starostnikom in svojem v pomoč in oporo. Smisel delovanja s starostniki je v tem, da jim pomagajo doseči čim višjo raven zdravja in dobrega počutja. Raziskava, ki jo je izvedla Zaletel (2009), pokaže, da imajo medicinske sestre, zaposlene v domovih starejših občanov, pomembno vlogo pri krepitvi samopodobe stanovalcev. Poskrbeti morajo za to, da stanovalci sprejmejo tretji (za večino zadnji) dom njihovega življenja kot prijazno, varno hišo, kjer živijo polno življenje s pozitivno samopodobo, z močno izraženo individualno, ožjo in širšo družbeno identiteto.

Medicinske sestre imajo temeljno vlogo v promociji zdravja in zagotavljanju socialnega blagostanja starih ljudi. Ta vloga ni mišljena samo v direktni oskrbi starejših ljudi, temveč tudi pri vključevanju medicinskih sester v politične razprave v zvezi z zdravstvom in socialno oskrbo starejših ter lobiranje za varno in etično obravnavo te populacije z vidika resursov države (Nursing, 2006). Za učinkovitost in stalno pripravljenost ter prevzemanje odgovornosti morajo biti medicinske sestre seznanjene z vsemi političnimi razpravami o staranju, kako le-te lahko vplivajo na potrebe starostnikov in morajo jasno izražati svoje mnenje (Johnstone, Kanitsaki, 2009).

Postavljata se vprašanja, kako izboljšati kakovost zdravstvene nege starostnikov in kako izboljšati kompetence medicinskih sester s specifičnimi znanji iz gerontološke zdravstvene nege. Priporočila programa NICHE so usmerjena v vključitev tega področja v vrednote bolnišnice, vizijo razvoja, nakup specialne opreme in drugih resursov za potrebe starostnikov, izgradnjo protokolov za interdisciplinarno obravnavo, ki je prilagojena področju gerontologije. Vsi ti sistemski pristopi do problemov pri hospitalizaciji starostnikov vodijo v izboljšanje kazalcev kakovosti dela, zadovolj-

stva pacientov in zadovoljstva medicinskih sester (Boltz et al., 2008).

Znanje o staranju

Vedno bolj bo v ospredje prihajala skrb za starostnike z družbenega vidika, vidika posameznika in z vidika strokovnjakov, ki pokrivajo področje staranja. Toth (2004) opozarja na pojav »stanovskega ljubosumja« med zdravstveno in socialno dejavnostjo in pri tem poudarja, da je že iz bežnega opisa storitev mogoče razbrati, da gre za področje, ki ne more biti le skrb in odgovornost zdravstvene službe, ampak celotne družbe in zdravstvu sorodnih in mejnih področij. Uvedba dolgotrajne oskrbe bo močno zmanjšala pritiske na določene zdravstvene zmogljivosti in bo pomemben prispevek k reševanju vsakodnevnih težav starostnikov in dvigu kakovosti njihovega življenja.

V Sloveniji se besedna zveza »strokovnjak v zdravstvu« najpogosteje povezuje z zdravnikom, vendar za področje, ki ga opisujemo, ni nujno, da ga pokriva zdravnik, temveč je to tudi diplomirana medicinska sestra, ki ima specializacijo ali magisterij iz področja obravnave starostnikov. V razvitem svetu je to že dobro vpeljan in uveljavljen pristop, v Sloveniji žal še nismo prepoznali potencialov, ki jih je potrebno izkoristiti v posameznih strokah celotnega zdravstvenega tima in ne samo pri zdravnikih. Zdravniki sami ne morejo rešiti problema celostne obravnave starostnikov, kar kaže praksa razvitih držav. Glede na pomen gibalne aktivnosti za zdravje starostnikov, ustrezne prehrane, socialne vključenosti, pomen psihosocialnega zdravja idr. je potrebno vključiti tudi strokovnjake drugih naštetih področij. Le s timskim pristopom in delitvijo del ter nalog glede na probleme, ki jih imajo starostniki, lahko pričakujemo celostne rešitve. Pri reševanju problemov na področju staranja družbe je tako prostor za inovativnost in prenos dobro utečenih praks v slovenski prostor (Skela Savič, 2009; 2010).

Samo več znanja o gerontološki zdravstveni negi in oskrbi lahko prispeva k temu, da bodo diplomanti zdravstvene nege pokazali večji interes za delo s starostniki. Ferrario in sod. (2008) ugotavljajo nizek interes med študenti za delo s starostniki. Podobno ugotavljajo na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, saj so študenti prvega letnika študija zdravstvene nege, ki so opravljali klinično prakso v socialnovarstvenih zavodih gorenjske in ljubljanske regije, na vprašanje, ali bi se po končanem študiju zaposlili tam, kar v 76 % odgovorili z ne. V drugem letniku je ta delež še večji in znaša 86 % (Visoka, 2009).

Gerontološka zdravstvena nega

Področje zdravstvene nege mora razviti specialna znanja za področje gerontologije v obliki obveznih in izbirnih predmetov na vseh bolonjskih stopnjah študija,

še več, okrepiti je potrebno znanje iz geriatrije in gerontologije na vseh področjih izobraževanja v zdravstvu, socialni, javni upravi idr. Potrebna je specializacija po končani visokošolski strokovni izobrazbi iz zdravstvene nege, potrebe po takem kadru mora izkazati klinično okolje.

Na dokazih podprti pristopi v gerontološki zdravstveni negi so:

- Bolnišnično okolje naj spodbuja neodvisnost, povečuje funkcionalni status starostnika, počitek v postelji naj bo minimalen, spodbuja naj aktivnosti za povečevanje stopnje neodvisnosti (jedilnica, delovna terapija, socialne aktivnosti).
- Nadzor nad učinki zdravil na senzorno občutljivost in koordinacijo gibov.
- Spodbujanje mobilnosti izven postelje vedno, ko je to mogoče, za preprečevanje kontraktur, uporaba pripomočkov za hojo, zaščita nevarnih mest (ograje, opozorila, stenska držala).
- Izogibanje vstavitvi urinskega katetra in uporabi mobilnih sanitarij ob bolniški postelji.
- Spremljanje zaužite hrane in tekočine, uporaba umezne zobovja.
- Ustrezna oprema bolniške sobe, ambulant, ustrezna obutev.
- Nenehno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih, ki delajo s starostniki, s ciljem zavedanja principov gerontološke zdravstvene nege in najboljše prakse (Kleinpell, 2007; Mezey et al., 2004; Fulmer et al., 2005).

Naloge medicinske sestre na področju gerontološke zdravstvene nege in oskrbe so:

- Direktna gerontološka zdravstvena nega.
- Vodenje obsežnega ocenjevanja potreb starostnika, načrt aktivnosti za ugotovljene deficite pri dnevni življenjskih aktivnostih, skrb za varnost, opazovanje učinkov izvedenih aktivnosti in intervencij.
- Koordinacija in izvajanje specialne zdravstvene nege (kronične rane, diabetes, rak, demenca idr.).
- Izvajanje aktivnosti za zdravljenje bolezni, ki je vzrok hospitalizacije.
- Komunikacijska vloga s člani tima, preverjanje ciljev.
- Koordinacija vključenih v obravnavo starostnika, komunikacija s svojci.
- Učenje starostnika in svojcev za razumevanje stanja, priprava na načrtovane aktivnosti, podajanje informacij za sprejemanje odločitev, svetovanje.
- Načrtovanje rehabilitacijskega programa.
- Načrtovanje odpusta iz bolnišnice in priprava programa za okrevanje v domačem okolju (Kleinpell, Kannusamy, 2010).

Za ustrezen odziv medicinskih sester na potrebe starostnikov je nujno poznati njihove potrebe (Razpr. 1), ko v zdravstveni negi ugotavljamo negovalne probleme. Medicinske sestre imajo velike priložnosti tudi na področju krepitve zdravja starostnikov, v izvajanju presejalnih programov za odkrivanje kroničnih bolezni, v izobraževanju starostnikov in njihovih svojcev oz. v t. i. zdravstveni vzgoji ter promociji zdravja. Medicinske sestre morajo znati postaviti realne cilje na področju zdravja starostnikov. Zurc in sod. (2010) pravijo, da je zdravje tudi rezultat razmišljanja in občutenja posameznika. Zdravje je večdimenzionalen fenomen, v katerem so interakcije med posameznikom in njegovim socialnim in fizičnim okoljem integrirane in holistične. Na drugi strani je bolezen lahko motnja ali odpoved delovanja organov ali organskih sistemov, motnja v delovanju psihe ali motnja na socialnem področju. Bolezen vpliva na človekovo dinamično ravnovesje – homeostazo.

Starejšim je zelo pomemben občutek pripadnosti in občutek, da niso osamljeni, kar še zlasti velja za tiste, ki so izgubili partnerja, nimajo otrok ali jih svojci ne obiskujejo. Zato je koristno vključevanje v različne oblike dejavnosti, še zlasti, če je to povezano z učenjem (npr. različna izobraževanja – glasbena, likovna, jezikovna, ročna dela, skupine za samopomoč, terapevtske skupine).

Razpr. 1. *Potrebe starostnika za prepoznavanje problemov v starosti, povzeto po teoriji Maslowa (Ebersole et al., 2005).*

Table 1. *The needs of the elderly for recognizing the problems in age (adapted from the Maslow's theory) (Ebersole et al., 2005).*

5. NIVO

Samoaktualizacija in samozadostnost

(doseganje, razširitev, duhovnost, izpolnjevanje)

Obdržati zdrav življenjski slog. Upoštevati preventivne ukrepe. Iskati nove interese. Aktivno obvladovanje stresa.

4. NIVO

Samospoštovanje in samoučinkovitost

(samopodoba, identiteta, nadzor zmožnosti)

Pravilno odločanje. Poiskati pomoč, kadar je to potrebno. Načrtovati in slediti zdravemu načinu življenja.

3. NIVO

Pripadnost in vdanost

(ljubezen, empatija, povezovanje)

Imeti učinkovito podporno mrežo. Sposobnost ustreznega soočanja. Razvoj medsebojnih odnosov.

2. NIVO

Varnost in gotovost

(opozarjanje, načrtovanje, preprečevanje, senzorna ostrina)

Sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti. Vaje za ohranitev ravnovesja in preprečevanje padcev. Delati učinkovite spremembe v lastnem okolju. Slediti predlaganim ukrepom za odkrivanje zapletov staranja. Iskanje informacij o zdravju.

1. NIVO

Biološka in psihosocialna integriteta

(hrana, voda, zrak, izločanje, udobje, mobilnost, integriteta kože)

Vključenost v vaje gibanja, aerobike. Vključenost v vaje za raztegovanje in tonus mišičevja. Zadostno in ustrežno uživanje hrane. Splošna raba zdravega življenja.

Izobraževanje in promocija zdravja v gerontologiji

Eno izmed osrednjih vlog v izobraževanju ali edukaciji o zdravju in v promociji zdravja imajo ravno medicinske sestre. Zurc (2010a) pravi, da je zdravje skupek vsega, kar prinese posameznik s seboj ob rojstvu in kar kasneje sam prispeva v danem okolju. Avtorica poudarja, da »okolje ni nekaj stalnega, ampak se nenehno spreminja, zato pomeni zdravje neprestano prilagajanje oz. ustrezno vživljanje v vedno nove življenjske pogoje« (Zurc, 2010a). Medicinska sestra starostniku nudi temeljno oporo, da se glede na svoje psihološke in fiziološke spremembe v tretjem življenjskem obdobju novim življenjskim pogojem ustrezno prilagodi.

Zdravje oblikuje človek v vsakem življenjskem obdobju z zdravim načinom življenja, ki ga sestavlja cela vrsta zdravih navad, vedenj, razmišljanj in vzorcev obnašanja. »Proces prisvajanja navad zdravega življenjskega sloga je rezultat zdravstvene vzgoje. Zatorej bi lahko rekli, da je zdravje v tesni povezavi s posameznikovo zdravstveno vzgojo« (Zurc, 2010a). Gerontološka zdravstvena vzgoja je tako sestavni in nujno potreben del gerontološke zdravstvene nege. Medicinska sestra in celotno zdravstveno ter socialno varstvo, ki obravnava starostnika, mora zato del svoje pozornosti na področju razvoja stroke, političnega odločanja, financiranja in

razvoja študijskih programov posvetiti tudi izobraževanju in promociji zdravja pri starostnikih.

Vse prevečkrat so aktivnosti promocije zdravja aplicirane na splošno, t. i. zrelo ali odraslo populacijo. Starostniki kot skupina s svojimi značilnostmi in posebnostmi zdravstvenega stanja in skrbi za lastno zdravje v družbi niso ne prepoznani in uveljavljeni ne obravnavani. V raziskavi z naslovom Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja, katere osrednji cilj je bila promocija zdravja v tretjem življenjskem obdobju na osnovi vzpostavitve medgeneracijskega sodelovanja med študenti zdravstvene nege in starejšimi občani, člani društev upokojencev ter varovanci domov starejših občanov gorenjske regije, so bile na vzorcu 218 gorenjskih

starostnikov, starih 65 let in več, ugotovljene določene specifične karakteristike življenjskega sloga starostnikov glede gibalne aktivnosti, prehranskih navad, duševnega zdravja in preventive pred poškodbami (Zorc, 2010b). Raziskava je pokazala, da so gorenjski starostniki večinoma mnenja, da imajo dobre prehranske in gibalne navade. Kot pomanjkljivost na teh dveh temeljnih področjih življenjskega sloga starostnikov v gorenjski regiji pa izstopa uživanje tekočine in gibalna aktivnost pod strokovnim vodstvom, v katero je vključenih samo 4,1 % vprašanih starostnikov. Na področju preventive pred poškodbami je raziskava pokazala, da je največji dejavnik nastanka poškodbe lastna neprevidnost, najbolj pa jih je strah, da bi se poškodovali pozimi in ko so sami. Večina starostnikov po poškodbi ne spremeni odnosa do lastnega gibanja. Na področju duševnega zdravja sta demenca in depresija najbolj poznani duševni motnji med starostniki, o katerih so največ izvedeli iz medijev. Raziskava je pokazala, da starostniki nimajo predsodkov do duševnih bolnikov in bi se v primeru težav z lastnim duševnim zdravjem največkrat zaupali zdravstvenemu osebju (Zorc, 2010b). Podatki navedene raziskave kažejo, da je potrebno tudi promocijo zdravja pri t. i. zdravi skupini starostnikov usmeriti v promocijo določenih specifičnih vedenj in znanj.

Pri načrtovanju in vsebini vseh promocij ter izobraževanj o zdravju pri starostniku je nujno potrebno upoštevati zakonitosti razvoja in telesnega ter duševnega zdravja posameznika v tretjem življenjskem obdobju. Promocija zdravja je po Ottawski listini (Ottawa, 1986), njenem temeljnem dokumentu, celovit pristop k doseganju zdravja. Navedena opredelitev promocije zdravja vodi k sodelovanju in vključitvi različnih strokovnih skupin pri obravnavi starostnika, celovito obravnavo starostnikovega zdravja je namreč moč doseči samo s skupnim sodelovanjem oz. t. i. multidisciplinarnim pristopom različnih strok, ki se ukvarjajo z obravnavo starostnika (Denny, 2008). Celosten pristop obravnave starostnika je namreč uresničljiv samo, če temelji na enakovrednem, spoštljivem in nenadomestljivem prispevku vseh vpletenih področij. Končni cilj je vsem starostnikom v družbi omogočiti, da bodo odločali o svojem zdravju, ga spoštovali, promovirali in razvijali ter skrbeli za svoje splošno dobro počutje.

Staranje, menedžment in družba

Posledice staranja prebivalstva so številne in se kažejo v vseh porah družbe. Med bolj pomembne posledice sodijo socialnoekonomske posledice. Na področju javnih financ so v ospredju zagotavljanje vzdržnosti pokojninskega sistema, sistema zdravstvenega zavarovanja in dolgotrajne oskrbe starejše populacije. Veliko vlogo bodo zato v prihodnosti imele nujno potrebne reforme teh sistemov (Malačič, 2008). Družba mora razviti modele v smislu kontinuirane skrbi za starostnike, predvsem na področju ohranjanja in krepitve

zdravja s pomočjo akcij promocije zdravja in izobraževanj ter vzgoje za zdravje, spodbujanje samooskrbe starostnika na domu in omogočanja starostniku ustrezne fizične in psihosocialne pomoči na domu. Skela Savič (2007) navaja, da kontinuirana zdravstvena obravnava v zadnjem desetletju postaja vse bolj pomembna, saj se zdravstveni sistem srečuje s povečanim številom kroničnih obolenj in s tem povezanim potrebnim hitrejšim obratom pacientov na bolnišnični ravni. Tako se sistem obravnave pacientov podaljšuje na primarni ravni, kar se kaže s skrajševanjem ležalnih dob v bolnišnicah in večjim obsegom dela na vseh treh ravneh zdravstvene obravnave.

Raziskava Boltz in sod. (2008) je pokazala, da je za kakovostno zdravstveno nego starostnikov pomembna podpora organizacije. Pomembno vlogo imajo menedžerji zdravstvene nege, ki morajo zagotavljati v raziskavah odkrite resurse kot dejavnike kakovostne oskrbe starostnikov. Vse bolj se kaže tudi potreba po razvoju kazalcev na področju kliničnega dela, organizacije in strukture dela za vrednotenje učinkovitosti organizacijske podpore v zdravstveni negi starostnika s ciljem oblikovati funkcionalne in fleksibilne modele gerontološke zdravstvene nege. Peternelj in Šorli (2004) pravita, da uspešnega in kakovostnega delovanja negovalnih oddelkov ne moremo izvajati brez timske obravnave, ki zajema tako strokovne kot laične službe.

Za celostno obravnavo pacienta je potrebno učinkovito povezovanje vseh ravni in oblik zdravstvene oskrbe, kar pacientu brez težav omogoča dostop do potrebnih vrst pomoči tako na primarni kot sekundarni ravni zdravstvene oskrbe.

Križaj, Zaletel (2003) menita, da so kljub širjenju in razvijanju socialno-zdravstvenih storitev na domu in gradnji posebej prilagojenih in varovanih stanovanj za starostnike institucije neizbežni člen v varstvu starostnikov. Institucija sicer ne more nadomestiti domačega okolja, lahko pa se mu optimalno približa. Graditelji domov za starostnike se morajo zavedati, da tudi v institucijah živijo ljudje, ki si želijo živeti aktivno, ki želijo glede na svoje sposobnosti zadovoljevati fizične, psihične in tudi socialne ter duhovne potrebe.

Leskovic (2004) povzema prakso s Švedske, kjer kar 92 % prebivalstva, starega nad 65 let, živi doma. To je v skladu z mnenjem, da mora biti vsaki osebi dana možnost ostati v svojem domu čim dlje. Tem starostnikom pomagajo socialni servisi, ki delujejo v obliki pomoči na domu, dnevni centri, dnevne enote za stare ljudi s senilno demenco, občinske prevozne službe in sistem pomoči preko telefona. Podoben trend lahko zasledimo tudi na Škotskem v Veliki Britaniji, kjer se v zadnjih letih razvija sistematičen pristop k zagotavljanju samooskrbe pacientov (self-care), koncept »self-management« in koncept »pacient strokovnjak« (expert-patients). Mednarodni podatki kažejo, da samooskrba lahko zmanjša število obiskov splošnega zdravnika do 40 %, obiskov ambulant do 17 %, obiskov urgentnih

enot do 50 % in stroške zdravil. Pacienti so najmanj izkoriščen vir zdravstvenih služb, zato bi morale zdravstvene službe priznati, da so enakovredni partnerji pri lastni oskrbi (Kydd, 2010). Rezultati javnomnenjske raziskave Evrobarometer (European, 2009) pa kažejo, da mnenje ljudi v Sloveniji ni naklonjeno temu, da bi o lastnih potrebah glede zdravja odločali bolni starejši ljudje sami. Le dobra tretjina jih je namreč menila, da so v prvi vrsti stari ljudje lahko tisti, ki sprejemajo odločitve, ki zadevajo njihovo zdravje, sicer naj bi o tem raje odločali strokovnjaki, družina in prijatelji starega človeka ali pa službe, ki ponujajo storitev. Drug koncept, ki ga razvijajo na Škotskem, imenovan »self-management«, je pristop, pri katerem lahko ljudje z dolgotrajno boleznijo razvijajo lastno učinkovitost, povečajo znanje in spretnosti, ki jim omogočajo, da imajo nadzor nad lastnim zdravjem. Cilj je spodbujati razvoj partnerstva, pri katerem pacient postane nadzornik svojega lastnega zdravstvenega stanja, medicinska sestra ali drugi strokovnjaki pa samo eden izmed razpoložljivih virov pomoči (Cooper, Clarke, 1999 cit. po Kydd, 2010). Pri tretjem konceptu gre za proces, pri katerem pacienti z različnimi dolgotrajnimi boleznimi sodelujejo pri skupnem usposabljanju o tehnikah skrbi zase. To znanje jim posredujejo drugi pacienti, ki kakovostno živijo z lastnimi kroničnimi boleznimi. Za uspešno izvajanje vseh navedenih treh pristopov je potrebno sodelovanje multistrokovnih timov, v katerih glede na individualne potrebe pacientov pomoč in sodelovanje nudijo različni strokovnjaki (Kydd, 2010). Predstavljeni škotski model je v neposredni povezavi z našimi tremi ravnimi zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, ki so že vzpostavljene za celotno prebivalstvo, v prihodnje pa jih bi bilo potrebno aplicirati in razviti za potrebe starostnikov.

Zaključek

Osrednja naloga zdravstvene nege v Sloveniji v bližnji prihodnosti je razviti specialna znanja za področje gerontologije v obliki obveznih in izbirnih predmetov na vseh bolonjskih stopnjah študija, prav tako so potrebne specializacije po končani visokošolski strokovni izobrazbi, potrebe za njih mora izkazati klinično okolje. Zgaga, Pahor (2005) menita, da bi se študenti lahko obširneje seznanjali s problematiko staranja ne samo v okviru predmeta zdravstvena nega, temveč tudi v okviru drugih, specializiranih študijskih predmetov.

Za razumevanje staranja je potreben širši pogled in ne samo medicinsko znanje. Okrepiti je potrebno znanje iz geriatrije in gerontologije na vseh področjih izobraževanja v zdravstvu, socialni, javni upravi, izobraževanju idr. Poleg znanja je potrebno širše osveščanje vseh generacij o staranju, o pomenu le-tega za družbo, razvijati je potrebno specialne programe za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja za starostnike. Človek, star več kot 65 let, postaja del vsakdana v prometu, zdravstvu,

izobraževanju, družabnih prireditvah, socialnih mrežah in različnih storitvah. Če pogledamo z vidika današnjih razprav, da bo človek delal do 65. leta starosti, ko bo izpolnil pogoje za upokojitev, je težko pričakovati, da se bo enostavno takoj prelevil iz vsakodnevnega delovnega obveznika v človeka, ki ne bo mogel skrbeti zase. In ravno na ta proces skrbi zase, vzdrževanja in ohranjanja dobre kondicije in preprečevanja zdravstvenih zapletov, ki se v starosti lahko pojavijo, se mora družba odzvati in pripraviti ter izvajati ustrezne programe za zdravo staranje celotnega prebivalstva (Skela Savič, 2009; 2010).

Literatura

1. Australian Institute of Health and Welfare 2006. Australia's health 2006. AIHW cat. no. AUS 73. Canberra: AIHW; 2006. Dostopno na: <http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah06/ah06.pdf> (7. 7. 2010).
2. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(3):282–9.
3. Chang E, Chenoweth L, Hancock K. Nursing needs of hospitalized older adults: consumer and nurse perceptions. *J Gerontol Nurs.* 2003;29(9):32–41.
4. Crosnoe R, Elder GH. Successful adaptation in the later years: a life course approach to aging. *Soc Psychol Q.* 2002;65(4):309–28.
5. Denny A. An overview of the role of diet during the ageing process. *Br J Community Nurs.* 2008;13(2):58–67.
6. Dingwall L. Medication issues for nursing older people (part 1). *Nurs Older People.* 2007;19(1):25–30.
7. Ebersole P, Hess P, Touhy T, Jett K. *Gerontological nursing & healthy aging.* St Louis: Elsevier Mosby; 2005: 522–51.
8. European Commission. Intergenerational solidarity: analytical report. Flash EB series 269. 2009. Dostopno na: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_269_en.pdf (7. 7. 2010).
9. Fajemilehin BR. Attitudes of students in health professions toward caring for older people: needed curricula revisions in Nigeria. *Educ Gerontol.* 2004;30(5):383–90.
10. Feldman PH, Kane RL. Strengthening research to improve the practice and management of long – term care. *Milbank Q.* 2003;18(2):170–220.
11. Ferrario CG, Freeman FJ, Nellett G, Scheel J. Changing nursing students' attitudes about aging: an argument for the successful aging paradigm. *Educ Gerontol.* 2008;34(1):51–66.
12. Fletcher K. Optimizing reserve in hospitalized elderly. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2007;19(3):285–302.
13. Freeman FJ. The relationship of senior nursing students' knowledge and attitudes of physical restraints and alternatives to physical restraints with older adults. *Diss Abstr Int.* 2003;63(9):4117B.
14. Fulmer T, Hyer K, Flaherty E, Mezey M, Whitelaw N, Jacobs MO. Geriatric interdisciplinary team training program: evaluation results. *J Aging Health.* 2005;17(4):443–70.
15. Gallagher J. Time on the beach not on the ward. *Nurs Older People.* 2004;16(5):10–2.
16. Gustafsson C, Asp M, Fagerberg I. Municipal night nurses' experience of the meaning of caring. *Nurs Ethics.* 2009;16(5):599–612.
17. Happell B, Brooker J. Who will look after my grandmother? Attitudes of student nurses toward the care of older adults. *J Gerontol Nurs.* 2001;27(12):12–7.
18. Haugh R. ACE units take a wholistic, team approach to meet the needs of an aging America. A fresh model for gerontology. *Hosp Health Netw.* 2004;78(3):52–6.
19. Henriksen E, Rosenqvist U. Contradictions in elderly care: a descriptive study of politicians' and managers' understanding of elderly care. *Health Soc Care Community.* 2003;11(1):27–35.
20. Higgins I, Joyce T, Parker V, Fitzgerald M, McMillan M. The immediate needs of relatives during the hospitalisation of acutely ill older relatives. *Contemp Nurse.* 2007;26(2):208–20.

21. Hooyman NR, Asuman Kiyak H. *Social gerontology*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon; 2008: 3–42.
22. Hvalič Touzery S. Družinska oskrba starih družinskih članov [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2007: 235–72.
23. Iwata M, Kuzuya M, Kitagawa Y, Iguchi A. Emergency department use by nonagenarian patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2006;6(1):25–31.
24. Jacelon CS. Older adults and autonomy in acute care: increasing patients' independence and control during hospitalization. *J Gerontol Nurs*. 2004;30(11):29–36.
25. Jennings BM, Lamb G. Critical care nurses need to know about health care access when caring for elders in acute care settings. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):253–61.
26. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Population ageing and the politics of demographic alarmism: implications for the nursing profession. *Aust J Adv Nurs*. 2005;13(158):1–199.
27. Kleinpell RM, Kannusamy P. Ageing in the 21st century: the nursing challenge. *Singapore Nurs J*. 2010;37(1):30–3.
28. Kleinpell RM. Supporting independence in hospitalized elders in acute care. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):247–52.
29. Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbni. *Obzor Zdr N*. 2003;37(2):99–106.
30. Kozak LJ, Owings MF, Hall MJ. National hospital discharge survey: annual summary with detailed diagnosis and procedure data. *Vital Health Stat*. 2005;13(158):1–199.
31. Križaj M, Zaletel M. Vpliv bivalnih pogojev na varnost in dobro počutje varovancev doma starejših občanov. *Obzor Zdr N*. 2003;37(2):159–67.
32. Kydd A. Promoting self care, self management and "expert patients": študijsko gradivo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Študijsko središče Ljubljana; 2010.
33. Landefeld CS. Improving health care for older persons. *Ann Intern Med*. 2003;139(5 part 2):421–4.
34. Lang FR, Baltes MM. Being with people and being alone in late life: costs and benefits for everyday functioning. *Int J Behav Devel*. 1997;21(4):729–46.
35. Leskovic L. Domovi za stare – organizacija, delo, dosežki in problemi. *Zdrav Vest*. 2004;73(10):737–42.
36. Lidskog M, Lofmark A, Ahlstrom G. Interprofessional education on a training ward for older people: students' conceptions of nurses, occupational therapists and social workers. *J Interprof Care*. 2007;21(4):387–99.
37. Lindquist R, Sendelbach SE. Maximizing safety of hospitalized elders. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):277–84.
38. Lohmann M, Danielsson J. How to get the future of tourism out of today's consumer surveys – prospects for senior and kid travel in Germany. Documentation on the 7th International forum on tourism statistics, Stockholm, Sweden, 9 – 11 June 2004. Dostopno na: http://www.tourismforum.scb.se/Consumer_Surveys.asp (27. 9. 2009).
39. Lopez M, Delmore B, Ake JM, Kim YR, Golden P, Bier J. Implementing a geriatric resource nurse model. *J Nurs Adm*. 2002;32(11):577–85.
40. Mauk KL. *Gerontological nursing: competencies for care*. Boston: Jones and Bartlett; 2006: 751–815.
41. Malačič J. Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. *Zdrav Vestn*. 2008; 77(12):793–8.
42. McKinlay A, Cowan S. Student nurses' attitudes towards working with older patients. *J Adv Nurs*. 2003;43(3):298–309.
43. McLafferty I, Morrison F. Attitudes towards hospitalized older adults. *J Adv Nurs*. 2004;47(4):446–53.
44. Meyer J, Sturdy D. Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *J Clin Nurs*. 2004;13(6b):128–34.
45. Mezey M, Kobayashi M, Grossman S, Firpo A, Fulmer T, Mitty E. Nurses improving care to health system elders (NICHE): implementation of best practice models. *J Nurs Adm*. 2004;34(10):451–7.
46. Miller N, Weinstein M. Participation and knowledge related to a nursing home admission decision among a working age population. *Soc Sci Med*. 2007;64(2):303–13.
47. Moore S, Duffy E. Maintaining vigilance in hospitalized acute care elders. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):313–9.
48. National service framework for older people: 2001. Dostopno na: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066 (7. 7. 2010).
49. Naylor D, Broton D, Campbell R, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(2):675–84.
50. Nolan M, Davies S, Grant G, eds. *Working with older people and their families: key issues in policy and practice*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press; 2001: 1–18.
51. *Nursing care of the older person: position statement*. Geneva: International Council of Nurses, 2006: 1–2. Dostopno na: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A15_Nsg_Care_Older_Person.pdf (7. 7. 2010).
52. Ottawa charter for health promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, World Health Organization; 1986: 1–4. Dostopno na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (24. 7. 2010).
53. Peternej A, Šorli J. Neakutna obravnava – nepogrešljiv del v celostni zdravstveni oskrbi. *Zdrav Vest*. 2004;73(10):743–8.
54. Philipose V, Tate J, Jacobs S. Review of nursing literature. Evolution of gerontological education in nursing. *Nurs Health Care*. 1991;12(10):524–30.
55. Poredoš P. Značilnosti zdravstvene obravnave starostnikov. *Zdrav Vest*. 2004;73(6):536–9.
56. Randers I, Mattiasson AC. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):63–71.
57. Research agenda on ageing for the 21st century. Vancouver: International Association of Gerontology; 2003: 1–12. Dostopno na: www.alter-migration.ch/data/5/ResearchAgenda.pdf (2. 10. 2010)
58. Richmond T, Jacoby SF. Cultivating responsive systems for the care of acutely and critically ill older adults. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):263–8.
59. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Am J Public Health*. 1998;88(10):1561.
60. Russo CA, Elixhauser A. Hospitalizations in the elderly population. 2003. Dostopno na: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb6.pdf> (15. 6. 2010).
61. Sainsbury R, Wilkinson TJ, Smith CW. Attitudes of medical students to old people: a cross national comparative study. *Med Educ*. 1992;26(4):285–9.
62. Sheffler SK. Do clinical experiences affect nursing students' attitudes toward the elderly? *J Nurs Educ*. 1995;34(7):312–6.
63. Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava: izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*. 2007;41(1):3–11.
64. Skela Savič B. Staranje in zdravje: izzivi za zdravstveno nego. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 21.–22. junij 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 17–26.
65. Skela Savič B. Staranje, zdravje in turizem – dejstva in priložnosti. In: Brezovec A, Mekinc J, Mulej M, eds. Management, izobraževanje in turizem: kreativno v spremembe: zbornik referatov. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Portorož, 22.–23. oktober 2009: Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije; 2009: 18–26.
66. Spier BE, Yurick AG. A curriculum design to influence positive student behaviors toward the elderly. *Nurs Health Care*. 1989;10(5):264–8.
67. Stotts NA, Wu HS. Hospital recovery is facilitated by prevention of pressure ulcers in older adults. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(3):269–75.
68. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: predictors and associated activities. *Am J Epidemiol*. 1996;144(2):135–41.
69. Strumpf NE, Tomes N. Restraining the troublesome patient: a historical perspective on a contemporary debate. *Nurs Hist Rev*. 1993;1:3–24.
70. Tan PS. Elderly concerns in the ICU. 2007. Dostopno na: <http://thestar.com.my/health/story.asp?file=/2007/8/19/health/18592041&sec=health> (10. 7. 2010).

71. Thomas V, Lambert S. An ethnographic study of intermediate care services in Wales: the hidden work. *J Nurs Manag.* 2008;16(2):181–7.
72. Toth M. Koriščenje zdravstvenih storitev po življenjskih obdobjih, zlasti po 65. letu starosti. *Zdrav Vest.* 2004;73(10):731–5.
73. Tracy MF, Skillings K. Upholding dignity in hospitalized elders. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2007;19(3):303–12.
74. United Nations. Department of economic and social affairs. Population ageing and development; 2009. Dostopno na: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.xls> (30. 6. 2010).
75. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. Evalvacijsko poročilo o kakovosti pedagoškega in upravnega dela Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice za leto 2009. Dostopno na: http://www.vszn-je.si/nimages/static/vsz/145/files/evalvacijsko_porocilo_2009.pdf (27. 7. 2010).
76. Zaletel M. Vpliv medicinskih sester na identiteto starostnikov v domovih starejših občanov. *Obzor Zdr N.* 2009;43(3):183–9.
77. Zgaga A. Zbirka bolnišničnih obravnav zaradi bolezni. Ljubljana: IVZ, Enota za zdravstveno statistiko; 2009. Dostopno na: http://www.ivz.si/?ni=46&pi=5&_5_FileName=115.xls&_5_MediaId=115&_5_AutoResize=false&pl=46-5.3. (1. 7. 2010)
78. Zgaga A, Pahor M. Staranje v očeh študentov zdravstvene nege. *Zdrav Var.* 2005;44(4):215–22.
79. Zorc J. Človekovo zdravje in razvoj. In: Skela Savič B, Kučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Romih K, Pivač S, et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010a: 40.
80. Zorc J. Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja – predstavitev razvojnega projekta Ministrstva za zdravje RS in izdelkov študentov. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo. Ljubljana, 21.–22. junij 2010. Visoka šola za zdravstveno nego; 2010b: 78–88.
81. Zorc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Romih K, Pivač S, et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 52–62.
82. Železnik D. Vedenjski stili samooskrbe in funkcionalne sposobnosti starostnikov v domačem okolju. *Obzor Zdr N.* 2010;44(1):3–11.
83. Wade S. Promoting quality of care for older people: developing positive attitudes to working with older people. *J Nurs Manag.* 1999;7(6):339–47.
84. Wagner EH, Grothaus LC, Hecht JA, LaCroix AZ. Factors associated with participation in a senior health promotion program. *Gerontologist.* 1991;31(5):598–602.
85. Wagnild G. Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. *J Gerontol Nurs.* 2003;29(12):42–9.
86. Westin L, Danielson E. Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *J Adv Nurs.* 2007;60(2):172–80.
87. Williams KN, Nowak J, Scobee RL. Fostering student interest in geriatric nursing: impact of senior long-term care experiences. *Nurs Educ Perspect.* 2006;27(4):190–3.