

Izvirni znanstveni članek / Original article

ZDRAVSTVENA NEGA V DOMOVIH ZA STAREJŠE Z VIDIKA STANOVALCEV, SORODNIKOV IN NEGOVALNEGA OSEBJA

CARE OF THE ELDERLY IN HOMES FOR THE ELDERLY FROM THE VIEWPOINT OF THE RESIDENTS, FAMILY MEMBERS AND NURSING PERSONNEL

Ana Habjanič

Ključne besede: domovi za starejše, negovalno osebje, stanovalci, svojci, zdravstvena nega.

Key words: home for the elderly, nursing personnel, residents, family members, nursing care.

IZVLEČEK

Izhodišča: Starejši se za domsko varstvo odločajo zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja, postopne odvisnosti pri posameznih življenjskih aktivnostih in v primerih, ko svojci v domačem okolju ne morejo nuditi ustrezne pomoči. Večina starostnikov, ki so v domskem varstvu, je delno ali v celoti odvisna od aktivnosti zdravstvene nege. S strani članov negovalnega tima pričakujejo prijaznost, razumevanje, pomoč, zaupnost in sposobnost poslušanja. Namen raziskave je bil ugotoviti nudeno oskrbo in zdravstveno nego v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja.

Metode: Izbrana je bila kvalitativna metoda analize besedila, ki je primerna za raziskovanje posameznih fenomenov pri starejši populaciji. Podatki so bili pridobljeni z nestrukturiranimi intervjuji. Raziskovalni vzorec je zajemal tri skupine udeležencev: stanovalce, svojce in negovalno osebje (N = 48). Metoda vključitve različnih skupin v raziskavo je bila zamišljena na osnovi triangulacije subjekta. Z analizo besedila so se na podlagi intervjujev formulirale kode in kategorije, povezane z zdravstveno nego starostnika. Vsaka koda je bila podprta z avtentičnimi citati.

Rezultati: Kvalitativna analiza raziskave je pokazala, da vsi udeleženci izpostavljajo pomanjkanje negovalnega osebja in zapostavljanje stanovalcev. Stanovalci in negovalno osebje opozarjajo na neprofesionalno komunikacijo, svojci pa na neprijazno bivalno okolje in neustrezno dokumentacijo, s katero ima težave tudi negovalno osebje.

Diskusija in zaključki: Za kakovostno zdravstveno nego starejših v domovih so potrebne zakonodajne spremembe, ki bi izboljšale kadrovske normative in strokovne izobrazbene nivoje za negovalno osebje glede na število stanovalcev in njihovo kategorizacijo. Potrebne so tudi organizacijske spremembe v negovalnih timih za odpravo izpostavljenih slabosti glede prehranjevanja, hitenja pri zdravstveni negi in medosebne komunikacije.

ABSTRACT

Introduction: Elderly people opt for institutionalized care as a result of their frail health, increasing dependency in the activities of daily living or because their family members can not provide adequate support in their home environment. The majority of home for the elderly residents are partially or fully dependent for daily care; they expect the nursing staff to be kind, understanding, helpful, as well as confidential and good listeners. The aim of the study was to establish the quality of care as perceived by the residents, their family members and care providers.

Methods: Qualitative content analysis was chosen as the most adequate research method to explore specific phenomena among elderly population. The data were collected by means of unstructured interviews conducted in four larger Slovenian homes for the elderly. Included in the sample were the residents, their families and nursing staff members (N=48). Person triangulation strategy was used to assure completeness of findings and conclusions. The data obtained through the interviews were coded and categories were formed in connection with institutionalized care of the elderly. Each code was supported by authentic citations.

Results: All the respondents pinpointed the shortage of nursing staff and the ensuing neglect of the residents. The residents and the nursing personnel exposed poor communication while the family members expressed concern over unfriendly living environment and poor documentation. The latter often presents a problem to the nurses themselves.

Discussion and conclusions: Results of the study indicate the urgency to adopt regulations that would establish and secure the minimum numerical nurse-to-patient ratios and the educational level of nurses allocated in the homes for the elderly. Quality of life in frail institutionalized elderly, as regards feeding, support in daily living activities and communication, could also be increased by modifying work organisation within nursing care teams.

viš. pred. dr. Ana Habjanič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ul. 15, 2000 Maribor, ana.habjanic@uni-mb.si

Članek je nastal na osnovi dela doktorske disertacije z naslovom: Quality of institutional elderly care in Slovenia, ki je bila obranjena leta 2009 na Univerzi v Oulu pod mentorstvom prof. dr. Arje Isola, dr. Satu Elo in prof. ddr. Dušanke Mičetić - Turk.

Uvod

Struktura staranja in vloga družine se v slovenski populaciji spreminjata podobno kot v drugih evropskih deželah. Za srednjo generacijo so danes poklicne dolžnosti pomembnejše od družinskih, posledično so vezi do starejših ohlapnejše. Vse več starih ljudi tudi v Sloveniji ostaja samih v svojih domovih (Ramovš, 2004). Večina od teh nima ustrezne oskrbe, pogosto imajo več zdravstvenih problemov ali potrebujejo pomoč pri zadovoljevanju življenjskih potreb. Njihove potrebe glede pomoči po oskrbi in zdravstveni negi naraščajo z njihovo starostjo (Leskovic, 2009). Za odhod v institucionalno varstvo se odločajo, ko sami ali njihovi svojci ne zmorejo urediti ustrezne kontinuirane oskrbe ali nege v domačem okolju. Pri izvajanju negovalnih intervencij za posamezne življenjske aktivnosti so starejši v domovih vedno bolj odvisni od zdravstvenega, predvsem negovalnega osebja, pri čemer potrebujejo individualno obravnavo (Mali, 2004). Ramovš (2004) navaja, da mora ustanova poskrbeti za kakovost življenja stanovalcev tako, da zadovolji vse glavne fizične in materialne potrebe, medčloveško sožitje, druge nematerialne, osebne ter socialne potrebe.

Aktivnosti zdravstvene nege se v domih za starejše ne izvajajo po priporočenih standardih, in sicer zaradi neustrezne kadrovske politike in pomanjkanja finančnih sredstev, kar se kaže v nezadostnem številu in neustreznem strokovnem nivoju negovalnega osebja (Leskovic, 2009). Največ je zaposlenih bolničarjev, le-ti so v timu zdravstvene nege in oskrbe pomočniki in za institucijo predstavljajo cenejšo delovno silo (Hicks et al., 1997; O'Neill et al., 2003). Žal tudi večina diplomiranih medicinskih sester nima specifičnih znanj s področja zdravstvene nege starostnika in gerontologije. Toda izobrazbeni nivo negovalnega osebja kakovosti potrebnih negovalnih aktivnosti in zadovoljstva med stanovalci ter sorodniki ne poveča samodejno (Testad, Aasland, Aarsland, 2005). Dodatno pridobljeno znanje je v oskrbo in zdravstveno nego treba aplicirati, kar je povezano s spremembami dosedanjega načina organizacije dela. V ta namen bi bilo potrebno analizirati tudi odnos negovalnega osebja do vpeljevanja sprememb. Posebno pozornost je potrebno nameniti tudi avtonomnosti, zasebnosti, zagotavljanju intimnosti ter izogibanju grobih ali nepozornih pristopov v izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (Peace, 1998).

Veliko starostnikov, ki so v domskem varstvu, je delno ali v celoti odvisnih od aktivnosti zdravstvene nege. Vsak posamezni stanovalec pričakuje, da bodo te aktivnosti izvedene kakovostno, kar zanje predstavlja individualen pristop, prijaznost, razumevanje, pomoč, zaupnost in sposobnost poslušanja s strani članov negovalnega tima. Na kakovost življenja starejših ne vplivata samo pokojninski in zdravstveni sistem, marveč tudi možnosti institucionalnega bivanja, dolgotrajne oskrbe,

možnosti in vzpodbude za izobraževanje, odnos družbe do starejših in starosti, vključno z njihovo ustrezno socialno vključenostjo (Javornik, 2006). Ljudje niso naklonjeni bivanju v instituciji, na drugi strani pa starejši v raziskavah navajajo, da ne želijo živeti s svojimi družinami in jim predstavljati breme. Z družino želijo ostati v dobrih odnosih, vendar ne biti od njih neposredno odvisni (Hvalič Touzery, 2007).

Sorodniki predstavljajo pomembno vlogo v kakovosti oskrbe in negovanja, saj stanovalca najboljše poznajo in so običajno dobri opazovalci, ki negovalnemu osebju enostavneje razložijo potrebe stanovalcev. V težnji po večji samostojnosti stanovalcev in kakovosti življenja v domu so družinski člani pomemben dejavnik oblikovanja institucionalnega življenja (Hojnik Zupanc, 1994). Družinski člani bi morali delovati kot spremljevalci kakovosti zdravstvene nege in oskrbe ter opozarjati na nepravilnosti (Hasson, 2006).

Negovalno osebje bi moralo z negovalnimi aktivnostmi zagotavljati kakovostno in varno zdravstveno nego ter posledično dobro počutje stanovalcev. V Sloveniji in po svetu se domovi za starejše soočajo s pomanjkanjem osebja in povečanjem povprečne starosti stanovalcev (Križaj, Zaletel, 2003). Zaradi stereotipov, povezanih s starejšimi ljudmi, ter zahtevne zdravstvene nege starostnika je zanimanje za to delo upadlo. Tudi raziskave med študenti kažejo, da je delo s starostniki najmanj atraktivno med vsemi oblikami klinične prakse zdravstvene nege (Stevens, Crouch, 1992; Robinson, Cubit, 2007).

Namen

Namen raziskave je ugotoviti nudeno oskrbo in zdravstveno nego v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. Udeležencem v raziskavi je bilo zastavljeno sledeče raziskovalno vprašanje: »Kakšna zdravstvena nega je nudena stanovalcem v domu za starejše?«

Metode

Podatki so bili zbrani z nestrukturiranimi intervjuji in nato obdelani z metodo analize besedila. Kvalitativne metode obdelave podatkov so bolj primerne, ko imamo opraviti s starejšimi ljudmi, med katerimi so mnogi v slabšem zdravstvenem stanju. V številnih raziskavah prevladuje mnenje, da starostniki lažje ustno opišejo določen fenomen (Grasser, Craft, 2000; Bergland, Kirkvold, 2006). Starostniki tudi niso vajeni odgovarjati na številna vprašanja, ker imajo včasih težave z njihovim razumevanjem. Z namenom pridobiti obsežnejši vpogled o nudi zdravstveni negi v domovih za starejše so bili v raziskavo vključeni še sorodniki in člani negovalnega tima.

Vzorec in zbiranje podatkov

Udeleženci v raziskavi so bili izbrani na podlagi namenskega vzorca (angl. purposive sample). Izbrani so bili subjekti s potrebnimi izkušnjami in znanjem o življenju v domovih za starejše. Namenski vzorec je bil določen na podlagi prepričanja, da raziskovalec lahko samostojno oceni in izbere subjekte znotraj populacije (Polit, Beck, 2004).

Podatki so bili zbrani z dovoljenjem štirih domov za starejše v Mariboru in okolici ter Ljubljani, treh javnih in enega privatnega s koncesijo, saj so tri četrtine slovenskih domov del javnega sektorja, četrtina pa je privatnih. Izbira ustreza tudi razmerju stanovalcev, ki bivajo v javnem oz. privatnem sektorju (Štirideset, 2006). V vsakem domu je bil izveden intervju s štirimi stanovalci ($n = 16$), štirimi sorodniki ($n = 16$) in štirimi člani negovalnega osebja ($n = 16$), v vsakem domu skupaj dvanajst intervjujev ($N = 48$).

Kriterij za izbiro stanovalcev je bila starost 75 let in več, stalno bivanje v domu vsaj dve leti, zmožnost različne komunikacije, odsotnost opaznih mentalnih ali kognitivnih težav in sposobnost kritične ocene lastnih pričakovanj ter želja. Vsi stanovalci so bili osebno povabljeni k sodelovanju v raziskavi, zagotovljena jim je bila zaupnost osebnih podatkov. Med anketiranimi stanovalci so bili 4. moški (25 %) in 12 (75 %) žensk, kar ustreza razmerju stanovalcev v domovih po spolu v Sloveniji (Prebivalstvo, 2006).

Kriterij za izbiro sorodnikov je zajemal redno obiskovanje svojca, tj. vsaj dvakrat tedensko. Dvanajst sorodnikov (75 %) je imelo svojca na negovalnem oddelku, štirje na samostojnem bivalnem delu oddelka, tako se je upoštevalo, da večina stanovalcev biva na negovalnih oddelkih (Štirideset, 2006). Sorodniki so bili izbrani s strani vodilne medicinske sestre oddelka in s pomočjo ostalega negovalnega osebja.

Kriterij za izbiro negovalnega osebja je predstavljala vsaj sedemletna delovna doba v domu za starejše in izobrazbena struktura zaposlenih. Izbranih je bilo pet bolničarjev, sedem tehnikov zdravstvene nege in štiri diplomirane medicinske sestre, skupaj šestnajst članov negovalnega osebja. Osebe, zaposlene na vodstvenih funkcijah (glavne medicinske sestre), ni bilo vključeno v intervjuje, saj imajo pretežno organizacijske odgovornosti in najmanj sodelujejo pri negovanju starostnikov. Med sodelujočimi je bilo petnajst žensk in en moški.

Intervjuji so bili izvedeni leta 2008. Pred pričetkom intervjujev je bil s sodelujočimi opravljen neformalni pogovor, v katerem je bil razložen namen študije, opisano raziskovalno vprašanje in izrečeno zagotovilo, da se bodo podatki obravnavali zaupno. Vsi sodelujoči so se strinjali, da se pogovori lahko zvočno snemajo. Pred pričetkom izvajanja intervjujev je bilo poskrbljeno tudi za zasebnost. Pogovor v intervjujih je bil vezan na raziskovalno vprašanje, vsak posamezni intervju je trajal manj kot eno uro. Intervjuji so potekali v prijaznem

vzdušju, ni bilo zapletov glede sporazumevanja in tematike. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno.

Kvalitativna analiza

Kvalitativna analiza se je v preteklosti izkazala kot uporabna pri odkrivanju novega znanja in razumevanja človeških izkušenj (Foss, Ellefsen, 2002; Westin, Danielson, 2007). Na drugi strani pa njeno slabost predstavljajo neponovljivost, pomanjkanje splošnosti in možna neobjektivnost zaradi morebitnih osebnih prepričanj raziskovalca (Polit, Beck, 2004). Cilj raziskave ni bil izdelati splošen model kakovosti zdravstvene nege v domskem varstvu, ampak pridobiti mnenje o nudeni zdravstveni negi z vidika stanovalcev, njihovih svojcev in članov negovalnega tima. Besedilo, pridobljeno z intervjuji, je bilo analizirano na podlagi metode analize besedila. To je tradicionalna analitična metoda, ki se uporablja v številnih vedah. Zajema razstavljanje podatkov na manjše enote (kodiranje) in imenovanje enot. Metoda je dokaj kompleksna, saj izpeljava ni matematično določena in raziskovalcu dopušča svobodo (Polit, Beck, 2004).

Analiza besedila je bila izvedena za vsako skupino udeležencev v raziskavi posebej. Proces analize besedila se je pričel tako, da je bil zvočni zapis intervjujev preoblikovan v pisno obliko. Prepisani intervjuji so bili večkrat prebrani, da se je izoblikoval občutek za vsebino. V naslednjem koraku je bila vsebina besedila kodirana s posameznimi besedami ali izrazi. Kode so bile nato združene na skupni imenovalec v obliki kategorij, nastajati je pričela drevesna struktura (Elo, Kyngäs, 2008). Kategorije in kode so bile določene na podlagi splošnih izrazov, ki so razumljivi širši publiki, ali strokovnih izrazov, povezanih z zdravstveno nego starostnika, ki so bili povzeti s pregledom literature.

Upoštevanje etičnih načel

Pri snemanju zvočnih zapisov je za udeležence posebej pereče vprašanje, ali gre za zaupne zvočne posnetke oz. varovanje zasebnosti. Zagotavljanje anonimnosti in zasebnosti v raziskavi je temeljilo na strategiji, da se ni snemalo imen udeležencev. Udeležencem v raziskavi je bil razložen namen raziskave, kratek opis ciljev in obvestilo, da je sodelovanje prostovoljno. Pred pričetkom intervjuja so bili udeleženci ponovno vprašani za dovoljenje zvočnega snemanja in seznanjeni, da intervju lahko kadarkoli prekinejo in zahtevajo brisanje zvočnega posnetka.

Udeleženci v raziskavi so bili tudi starejši ljudje, ki zaradi slabšega zdravja in ranljivosti, zahtevajo posebno zaščito integritete. Raziskovalec mora biti do starejših spoštljiv, zagotoviti jim mora avtonomnost in biti rahločuten do njihovih izjav ter izražanja čustev (Jokinen et al., 2002). V času intervjuja ni bilo žaljivega obnašanja,

nobene prisile k izjavam, katerih so se udeleženci v raziskavi izogibali, ravnalo se je po priporočilih tujih avtorjev (Teeri, Leino-Kilpi, Välimäki, 2006).

Rezultati

V Razpredelnici 1 so prikazane povzete kode in formirane kategorije, ki predstavljajo centralne teme, ki so jih intervjuvani stanovalci, svojci in negovalno osebje izpostavili glede oskrbe v socialnovarstvenih zavodih.

Razpredelnica 1. Povzete kode za posamezno skupino udeležencev in formirane kategorije.

Table 1. Codes extracted for each group of participants and categories formed.

Kategorije	Povzete kode za posamezno skupino udeležencev		
	Stanovalci	Sorodniki	Negovalno osebje
Pomanjkanje negovalnega osebja	pomanjkanje negovalnega osebja, naglica	pomanjkanje negovalnega osebja, nemotivirano negovalno osebje, rutinsko delo	pomanjkanje negovalnega osebja, nemotivirano negovalno osebje, naglica
Neprofesionalna komunikacija, neprijazen	nezadostna komunikacija, odnos, ne-pripravljenost za poslušanje		nestrokovna komunikacija
Zapostavljanje	hitro negovanje, slaba zaščita intimnosti, hitro hranjenje	pomanjkljiva osebna higiena, premalo fizičnih aktivnosti, hitro hranjenje, slaba zaščita intimnosti	rutinska zdravstvena nega
Neprijazno bivalno okolje		neudobna stanovanja, pomanjkljiva čistoča	
Slabosti v organizaciji dela		pomanjkljiva dokumentacija	pomanjkljiva dokumentacija, neustrezna organizacija dela

Pomanjkanje negovalnega osebja

Stanovalci so omenjali pomanjkanje negovalnega osebja in kot posledico hitenje pri delu. Stanovalci so neposredno čutili posledice pomanjkanja negovalnega osebja in povedali: »Za vse je treba prositi, negovalnega osebja je zmeraj manj,« »Želim si, da bi bilo več negovalnega osebja, kot pred leti,« »Saj se razdajajo, ne

morejo več, premalo jih je.« Stanovalci so se potožili nad hitenjem, ki ne zagotavlja individualnega pristopa in pomoči v avtonomnosti: »Umijejo mi le obraz, roke, vse ostalo skoraj ne«.

Sorodniki so se pridružili mnenju stanovalcev glede pomanjkanja osebja in povedali: »Ne morem si zamisliti, kako je možno v eni uri nahraniti deset stanovalcev.« Izpostavili so tudi nemotiviranost: »Sama moram skrbeti, ali mama uživa dovolj hrane in pijače,« in rutinsko delo: »Odnos in delo sta v tem domu preveč rutinska, ne pogovarja se, ne motivira se za samooskrbo« in »Člani negovalnega tima bi morali upoštevati želje in potrebe starostnikov in dajati nasvete, kako si olajšati bivanje v domu.«

Nizki kadrovski normativi silijo negovalno osebje, da pri delu prekomerno hitijo in pogosto izvajajo neosebno zdravstveno nego. Negovalni kader to argumentira v izjavah: »Zaradi pomanjkanja negovalnega osebja ne moremo zadostiti vsem željam glede negovanja, se trudimo po najboljših močeh« in »Primanjkuje negovalnega osebja, imamo malo časa, smo fizično in psihično utrujene, tudi kaj pozabimo.« Fizično in psihično utrujeno negovalno osebje izkazuje tudi nižjo delovno motivacijo. To pomanjkljivost izražajo tako: »Jaz sicer delo opravljam rada, vendar je motivacija nižja zaradi slabše delovne in tudi družbene klime« in »Kadrovski normativi niso ustrezni, niso primerljivi s tujino, to znižuje motivacijo.« Glede hitrega dela je bilo povedano: »Ker ni časa, odvezemamo stanovalcu pravico do samooskrbe,« »Trudimo se, da ne rečemo ne. Če zamujamo, se vrnemo kasneje in nadoknadimo« ter »V zdravstveni negi, ki poteka, je premalo osebnega odnosa, primanjkuje čas in preveč hitimo.«

Neprofesionalna komunikacija

Stanovalci pogosto težko sledijo pojasnilom in navodilom negovalnega osebja. Stanovalka je izjavila: »Nisem zadovoljna, mi ne razložijo stvari dovolj dobro,« druga stanovalka: »Kvaliteta komunikacije se razlikuje, odvisno od osebe, ki neguje.« Še posebej kritična je bila izjava: »Če se ne pritožuješ in malo sprašuješ, te imajo radi.« Negovalno osebje se včasih, zaradi naporega in odgovornega dela, neprijazno odzove, kar seveda stanovalec zmede in jim povzroči neugodne občutke. Stanovalec je izjavil: »Če si odvisen, so sestre pogosto slabe volje.« Ob izvajanju aktivnosti zdravstvene nege negovalno osebje pogosto stanovalcev ni pripravljeno poslušati, ko govorijo o svojih osebnih in čustvenih problemih. Negovalne aktivnosti se raje opravljajo brez pogovornih prekinitev, da se delo zaključi pravočasno. Stanovalci zaznavajo nepripravljenost negovalnega osebja za poslušanje v izjavah: »Nega je dobra, ampak ne upoštevajo mojih pripomb in želja« in »Raje sem tiho, tako neradi poslušajo.«

Negovalno osebje navaja, da zaradi časovne stiske težko najde čas za druženje s stanovalci, pogosto mo-

rajo prekinjati pogovore ali preusmeriti zanimanje, kar predstavlja obliko razvrednotenja starostnikovega dostojanstva. Posamezne stanovalce to osebno zelo prizadene. Negovalno osebje problematiko izpostavlja v naslednjih izjavah: »Ne znamo poslušati stanovalcev, običajno preusmerjamo zanimanje in skrivamo nervozo, verjetno z neustrezno mimiko,« »Nudimo premalo pogovora, ne moremo poslušati do konca, prepogosto jih moramo prekinjati, tudi v sredini pogovora« in »Časa je malo in ne moremo poslušati osebnih težav stanovalcev.«

Zapostavljanje

Stanovalci niso poročali o fizičnem trpinčenju, ampak o nepozornosti ali grobem ravnanju. Hitra zdravstvena nega je bila izražena v sledečih primerih: »Umijejo me v petih minutah, včasih celo prej«, »Obravnavajo me tako hitro, občasno me oblečejo še mokro« in »Kopajo me le nekaj minut, jaz bi želela več.« Problematika zaščite intimnosti je posebej izrazita pri stanovalcih, ki živijo v dvosobnih ali večsobnih stanovanjih, predvsem v starejše grajenih domovih. Paravani oziroma pregrade se zaradi problema dezinfekcije ne uporabljajo. Stanovalci so v glavnem izjavljali, da pri anogenitalni negi niso zaščiteni: »Posebej neprijetno je, ko pozabijo na odprta vrata sobe,« »Zelo hudo mi je bilo, ko sem postala odvisna v intimni negi, nimam denarja za svojo sobo.« Število odvisnih stanovalcev se povečuje, pri negovalnem osebju pa ni kadrovskih sprememb. Težko je pazljivo in skrbno nahraniti vse stanovalce, ki so odvisni v hranjenju. Stanovalci izražajo zaskrbljenost zaradi opažanja pri sostanovalcih: »Včasih opažam, da moj sosed dobiva prevročo hrano,« »Bojim se postati odvisna pri hranjenju, to poteka prehitro in mislim, da mnogi ostanejo lačni.«

Pomanjkljivo osebno higieno stanovalca opazijo svojci, nanjo se negativno odzivajo v sledečih izjavah: »Pogrešam ustno higieno, mama ima pogosto zadah iz ust« in »Stanovalci so kopani le enkrat ali dvakrat mesečno.« Za veliko starostnikov, ki živijo v domu, se fizične zmožnosti gibanja še dodatno zmanjšajo ali omejijo. Potreba stanovalcev je običajno prav nasprotna, večina bi želela več fizičnih aktivnosti, predvsem aktivnega gibanja. Svojci povedo: »Stanovalce sicer pospremijo ven, tam krajši čas le sedijo, največ uro,« »Stanovalci brez sorodnikov ali prijateljev ždiijo cel dan med štirimi stenami« in »Sprehodi so le ob toplem vremenu.« Posamezni sorodniki so opazili, da se stanovalce, ki so odvisni v hranjenju, prehitro hrani. Tisti sorodniki, ki imajo možnost ali so s starostnikom v tesnem čustvenem odnosu, pogosto prihajajo hraniti svoje najožje: »Mojega moža hranim sama, ne more brez mene,« »Sem jezna, dieto je treba posebej plačati, porcije so prevelike, pol porcije kakovostne hrane bi bilo bolje.« Zaščita intimnosti bi morala posebej obvezovati člane negovalnega tima, da stanovalce »varujejo« pred

ponižanjem ali kršenjem pravic dostojanstva. Svojci to specifičnost izražajo tako: »Všeč mi je, če zaščitijo človekovo dostojanstvo. Le enkrat sem na vratih kopalnice opazila panel z obvestilom, da poteka kopanje. To bi morali narediti za vsakega stanovalca,« »Meni se zdi zaščita človekovega dostojanstva pomembna, še posebej za ljudi, ki so nebogljeni, tako kot moj oče, to je zanj izredno pomembno,« »Ko sem prišla na obisk, sem videla negovalko, kako na vozičku iz kopalnice pelje stanovalko, površno ovito le v rjuho.«

Večina negovalnega osebja izjavlja, da imajo težave ujeti tempo, ki je potreben za obravnavo vseh stanovalcev v predvidenem času. Da opravijo delo, se morajo izredno prilagajati, kar včasih pomeni zanemarjanje osebne higiene in urejenosti stanovalcev. Negovalno osebje dodaja, da se vrnejo kasneje in opravijo preostale negovalne aktivnosti: »Ko je treba zjutraj človeka negovati in nato hraniti, bi si morali vzeti več časa, mi pa ravno nasprotno, kakšno negovalno intervencijo, ki ni nujna, opravimo na hitro ali jo prestavimo na jutri.« Članica osebja dodaja: »Negovalne intervencije se ponostavljajo in prehajajo v rutinsko delo.«

Neprijazno bivalno okolje

Svojci so izrazili stališče, da naj bo bivalno okolje udobno, ergonomsko prirejeno z ustreznim pohištvo brez ostrih robov ter da bi se bivalno okolje prilagajalo klimatskim spremembam. To so povedali v naslednjih predlogih: »Bivalna soba je zelo mala. So tri postelje, ni se možno ustrezno premikati, manjka tudi miza,« »Morali bi imeti boljše kopalnice, pomične kopalne kadi, tuši bi morali biti opremljeni z več oprijemali.« Na čistočo prostorov ima zaradi čistilnih servisov negovalni kader le posreden vpliv. Pomanjkljivo čistočo sorodniki izpostavljajo v naslednjih izjavah: »Zdi se mi, da stanovanja niso čiščena dovolj pozorno in pogosto,« »Moti nas, ko pridemo na obisk in opazimo na tleh stare smeti in prah.«

Slabosti v organizaciji dela

Sorodniki so izrazili nezadovoljstvo zaradi pomanjkljivo vodene dokumentacije: »Pomanjkljiva je evidenca glede izločanja in odvajanja, kar je za mojo mamo izredno pomembno, enako velja za druge« in »Opazila sem, da ima stric modrico na roki, stanovalci so povedali, da je zdrsnil s postelje. O dogodku sem vprašala medicinsko sestro, pogledala je v dokumentacijo, ni našla ničesar zabeleženega.«

Zaradi nizkih kadrovskih normativov in bolniških odsotnosti izstopa neustrezna organizacija dela kot kontinuirana težava, ki kliče po spremembi v dobrobit negovalnemu kadru in posledično kakovostnejši oskrbi stanovalcev. Negovalno osebje opredeljuje: »Vse preveč hitimo, imamo premalo kadra, izboljšati je potrebno kakovost z organizacijo dela,« »Poskušamo zmanjševati

časovno stisko z zaposlovanjem preko javnih del, vendar so to ljudje z neustrezno strokovno izobrazbo, kateri ne izvajajo negovalne intervencije.«

Vodenje negovalne dokumentacije je zahteven proces, ki še vedno zahteva preveč časa. Članica je to izpostavila z argumentom: »Z delom preveč hitim. Razmišljam, kako še uskladiti čas za dokumentiranje. V negovalno dokumentacijo vpišem tisto, kar je obvezno, za kar so kontrole.« Druga članica je navedla: »Nimam rada dokumentiranja, bolje bi bilo imeti vse računalniško in biti več ob človeku.«

Razprava

Stanovalci so izpostavili, da na oddelku primanjkuje negovalnega osebja. To občutijo v hitenju in pomanjkljivi komunikaciji. Večina stanovalcev v raziskavi se je prehranjevala samostojno, vendar so izrazili nezadovoljstvo nad opazovanim načinom hranjenja pri sostanovalcih, ki tega ne zmorejo sami. Negovalno osebje je bilo opisano kot pogosto nejevoljno. Razlogi za nepravilnosti s strani negovalnega osebja so pogoste menjave delovnega okolja, izgorevanje, nezadovoljstvo z delovnimi pogoji, stres in pomanjkljiva specialna znanja za področje gerontologije (Harris, Benson, 2005; Skela Savič, Zurc, Hvalič Touzery, 2010). V Sloveniji sta največji problem predvsem slaba organizacija dela in stres. Večina stanovalcev ni bila posebej kritična z izvajano zdravstveno nego, vendar se lahko predpostavlja, da nimajo izbire in sprejemajo, kar jim je nudeno.

Glede komunikacije so stanovalci izrazili, da se z negovalnim osebjem premalo pogovarjajo. Velikokrat se zgodi, da se zjutraj le pozdravijo. Stanovalci pri komunikaciji pričakujejo več osebnega pogovora, ne le pozdrav (Tuckett, 2007). Starostniki uživajo v prijaznih besedah, še posebej, ko se počutijo osamljene, žalostne ali čutijo bolečino. Proces staranja je pogosto povezan z občutki ranljivosti, izgubo lastne identitete in negativnim vedenjem (Moody, 1998; Woolhead et al., 2004). Negovalno osebje bi moralo imeti čas, da bi prisluhnili stanovalcem, če le-ti želijo kaj povedati, pripomniti ali izraziti čustva. V številnih raziskavah so avtorji izpostavili, da negovalno osebje potrebuje več komunikacijskih veščin in mora znati spodbujati stanovalce h komunikaciji (Armstrong-Esther, Browne, McAfee, 1994; Lyytinen et al., 2002; Cherry, Ashcraft, Owen, 2007). Prepogosto se dogaja, da stanovalci postanejo nemi opazovalci vsakodnevne zdravstvene nege.

Stanovalci so še povedali, da je kot posledica hitenja pri izvajanju negovalnih aktivnosti v večposteljnih sobah njihova intimnost redko upoštevana oz. zagotovljena. Negovalno osebje bi moralo pri anogenitalni negi paziti, da so sobna vrata zaprta ali obesiti opozorilo o zasedenosti. Neustrezna zaščita intimnosti je v domovih za starejše v literaturi pogosto izpostavljen problem (Isola et al., 2008; Zaletel, 2009). Williams (2001) navaja, da je zaščita intimnosti v prvi vrsti psihična potreba in

ne pove veliko o kakovosti oskrbe, vendar za stanovalce predstavlja blaginjo. Za zagotavljanje intimnosti niso potrebni zahtevni ukrepi, negovalno osebje mora temu le nameniti pozornost.

Stanovalci v raziskavi niso izpostavljali specifičnih socialnih aktivnosti, povedali so, da imajo občasne izlete, posamezne prireditve ob določenih praznikih in enkrat mesečno praznovanje rojstnih dni.

Sorodniki so prav tako izpostavili problematiko pomanjkanja negovalnega osebja. Številni so pred vselitvijo sami negovali svojce na svojem domu, zato razumejo, da je pri slabih kadrovskih normativih delo težko kakovostno opravljati. Na posamezne svojce negativno vpliva bivalno okolje, in sicer zaradi majhnih in večposteljnih stanovanj, ergonomsko neprirejenih kopalnic in toaletnih školjk, pomanjkanja držal, ustreznih stolov ali umivalnih kadi, posamezna stanovanja so brez lastnih kopalnic. Ergonomsko neustrezno opremljeni prostori predstavljajo nevarnost tako za stanovalca kot za negovalno osebje, saj ti pogosto negujejo v prisiljeni drži ter stanovalce dvigujejo brez ustreznih pripomočkov (Nelson et al., 2006).

Sorodniki so kritizirali tudi pohištvo, ki je neustrezno razporejeno, staro in ostrih robov, ki otežuje gibanje stanovalcev (Habjanič, 2009). Bergland, Kirkevold (2006) ugotavljata, da urejeno bivalno okolje, eno ali dvoposteljne sobe z lastno kopalnico stanovalcem izboljšajo počutje.

Pomanjkanje fizične aktivnosti sorodniki opazajo pri stanovalcih, ki nimajo svojcev, saj ostajajo v sobah, nihče jih ne pospremi na sprehod, še posebej v hladnejšem času. Iste zaključke navajajo avtorji, ki so merili, kaj počnejo stanovalci v prostem času (Kane, 2001; Harper Ice, 2002). Ugotovili so, da večino časa stanovalci ne počnejo nič koristnega, so v stanovanjih, kjer ležijo ali gledajo televizijo. Teeri et al. (2008) ugotavljajo, da različne aktivnosti pripomorejo k ohranjanju identitete in lastnega dostojanstva. V tujini so v domovih starejših pričeli uvajati računalnike in internet, ki ga sicer uporabljajo za igranje iger ali tudi komunikacijo s sorodniki in avtogeni trening (Tak, Beck, McMahon, 2007).

Tuje raziskave so pokazale, da so sorodniki z zdravstveno nego v domovih v glavnem zadovoljni (Finne- ma et al., 2001; Voutilainen et al., 2006). Tudi v naši raziskavi se lahko ugotovitev delno pridružimo, sorodniki so imeli določene pripombe glede ustne higiene, redkega tuširanja in popackanih oblačil. Nezadovoljstvo je pri sorodnikih povzročalo hitro in nepozorno hranjenje stanovalcev. Simmons, Schnelle (2006) sta ugotovila, da znaša čas, potreben za hranjenje enega stanovalca, med 35 in 40 minut na obrok. Pri tem sta dodala, da stanovalci, ki potrebujejo s strani negovalnega osebja nadzor ali verbalne vzpodbude, potrebujejo isti časovni interval. Tuji avtorji navajajo, da si nekateri domovi za starejše za razbremenitev negovalnega osebja in bolj human odnos do stanovalcev v času obrokov pomagajo s t. i. prehranjevalnimi pomočniki (angl. feeding

assistant), ki imajo za to aktivnost pridobljeno licenco (Remsburg, 2004; Lessner, 2007).

Negovalno osebje je izrazilo, da se aktivnosti zdravstvene nege nudijo v rutinski obliki. Težave imajo, ker ni časovno normiranih negovalnih intervencij in nimajo časa pojasniti negovalno intervencijo, se pogovoriti ali odgovarjati na vprašanja stanovalcev. Izrazili so zavedanje, da prekinjanje pogovora in vzbujanje lažnega zanimanja zaradi pomanjkanja časa razvrednoti dostojanstvo stanovalcev. Dodatno se ogrozi dostojanstvo pri tistih stanovalcih, pri katerih upadajo življenjske aktivnosti (Nordenfelt, 2003). Problematiko nezadostnega števila negovalnega osebja so raziskovali že mnogi in ugotovili, da med kakovostjo zdravstvene nege in številom negovalnega osebja obstaja določena korelacija (Bates-Jensen et al., 2004; Mueller et al., 2006). Toda nesistemska povečanje števila negovalnega osebja ne privede do višje kakovosti zdravstvene nege in kakovosti življenja stanovalcev, vodi le do razbremenitve negovalnega osebja (Castle, 2008).

Tuje raziskave poudarjajo integriteto in avtonomijo stanovalcev (Teeri et al., 2008). Pomembno je, da se stanovalcu omogoči pravica do lastne volje, kako želi biti oblečen (Woolhead et al., 2004), ali do zavrnitve zdravstvenih storitev (Coventry, 2006). V tej raziskavi tega nismo raziskovali. Pri nepomičnih stanovalcih negovalno osebje v praksi posveča pozornost njihovi volji. Pravice stanovalcev morajo biti spoštovane in njihova integriteta vzdrževana (Scott et al., 2003; Bolmsjö, Sandman, Andersson, 2006).

Zanemarjanje dolžnosti je tematika, o kateri se redko razpravlja, a je prisotna v vseh strokah. Pri zdravstveni negi starostnika se kaže v neizvedenih negovalnih intervencijah ali zapostavljanju stanovalcev pri vsakdanjih življenjskih aktivnostih (Goergen, 2001; Voelker, 2002). Negovalno osebje je glede zanemarjanja dolžnosti izrazilo, da časa vselej primanjkuje, a le občasno se zgodi, da se pri stanovalcih ne izvede negovalna aktivnost ob točno določenem času, v teh primerih poskušajo nadoknaditi zamujeno. Stanovalci so o tem povedali: da niso bili spremljani na terapijo, da niso vselej dobili ob določeni uri zdravil, da jih niso peljali na predvideni sprehod. Tudi sorodniki so bili podobnega mnenja. Kot posebnost so izpostavili mokre plenice, v katerih stanovalci pogosto čakajo, da se jih oskrbi. Negovalno osebje v raziskavi povedanega ne zanika.

Samooskrba in pozitivna samopodoba predstavlja zelo pomemben dejavnik pri ohranjanju identitete in samostojnosti (Zaletel, 2009). Negovalno osebje je izpostavilo, da premalo dopuščajo ali stimulirajo stanovalce pri samooskrbi, to so opravičevali s časovno stisko. Za spodbujanje k samooskrbi je potreben čas in strpnost negovalnega osebja, stanovalcem je treba omogočiti, da poskusijo aktivnost opraviti sami, ob minimalni asistenci in verbalni spodbudi (Proot et al., 2000; Chang, Crogan, Wung, 2007).

Glede nudene zdravstvene nege starostnika so v raziskavi sodelujoči negativno ocenili predvsem pomanjkanje negovalnega osebja in prehitro hranjenje. Naslednja skupna točka predstavlja nezadostno komunikacijo v obliki pogovora, kar številni stanovalci čutijo kot neprijazen odnos do njih. Negovalno osebje je izrazilo, da se težave stopnjujejo, ko s stanovalci ne najdejo skupnega jezika. Dobra komunikacija je ključnega pomena, saj predstavlja most med negovalnim osebjem, stanovalcem in sorodniki (O'Connor, Kelly, 2005). Možno je izpostaviti tudi pomanjkanje motivacije pri delu. Negovalno osebje je izpostavilo težke delovne pogoje, nizko plačo za delo z zdravstveno visoko zahtevno in onemoglo starajočo populacijo v domovih. Sorodniki so pomanjkanje motivacije videli v družbeni klimi, ki ni naklonjena starostnikom. Nolan et al. (2004) poudarjajo, da mora imeti negovalno osebje pri zdravstveni negi starostnika specifične osebnostne lastnosti, ki so pomembne za delo s starejšimi ljudmi, kot je npr. sposobnost navezovanja stikov, sposobnost opaziti, spoznati, videti, spoštovati človeka ter sposobnost empatije.

Zaključek

Vodstva slovenskih socialnih varstvenih zavodov za starejše bi morala skupno nastopiti v zahtevi po spremembah posameznih zakonodajnih podlag za doseganje kakovostnejšega varstva starejših. Najnujnejše so spremembe v izboljšanju kadrovskega normativov za negovalno osebje. Standarde aktivnosti zdravstvene nege v domovih za starejše je potrebno približati slovenskim bolnišnicam in urediti časovne standarde negovalnih intervencij v zdravstveni negi starostnika. Potrebne so organizacijske spremembe v negovalnih timih, da bi odpravili pomanjkljivosti, na katere so opozarjali udeleženci v raziskavi.

Zdravstvena nega v domovih za starejše temelji na življenjskih aktivnostih. Biti mora človeška, humana, do posameznika mora pristopati celostno. Profesionalna skrb in negovanje nista vselej neposredno povezana z aktivnostmi zdravstvene nege, pomembno je varno okolje, pozitivna samopodoba stanovalcev, dostojanstvo, avtonomija in zagotavljanje intimnosti v smislu zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege, ki je osnova za kakovost življenja v instituciji.

Literatura

1. Armstrong-Esther C, Browne K, McAfee J. Elderly patients still clean and sitting quietly. *J Adv Nurs*. 1994;19(2):264–71. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01080.x
2. Bates-Jensen BM, Alessi CA, Cadogan M, Levy-Storrs L, Jorge J, Yoshii J, et al. The minimum data set bedfast quality indicator: differences among nursing homes. *Nurs Res*. 2004;53(4):260–72. doi:10.1097/00006199-200407000-00009 PMID:15266165

3. Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(6):681–91.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.09.006
PMid:16253259
4. Bolmsjö IÅ, Sandman L, Andersson E. Everyday ethics in the care of elderly people. *Nurs Ethics*. 2006;13(3):249–63.
doi:10.1191/0969733006ne8750a
5. Castle NG. Nursing home caregiver staffing levels and quality of care. *J App Gerontol*. 2008;27(4):375–403.
doi:10.1177/0733464808321596
6. Chang SH, Crogan NL, Wung SF. The self-care self-efficacy enhancement program for Chinese nursing home elders. *Geriatr Nurs*. 2007;28(1):31–6.
doi:10.1016/j.gerinurse.2006.11.006
PMid:17340774
7. Cherry B, Ashcraft A, Owen D. Perceptions of job satisfaction and the regulatory environment among nurse aides and charge nurses in long-term care. *Geriatr Nurs*. 2007;28(3):183–92.
doi:10.1016/j.gerinurse.2007.01.015
PMid:17561016
8. Coventry ML. Care with dignity: a concept analysis. *J Gerontol Nurs*. 2006;32(5):42–8.
PMid:16708983
9. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107–15.
doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
PMid:18352969
10. Finnema E, de Lange J, Dries RM, Ribbe M, van Tilburg W, Lange J. The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion – oriented care? *J Adv Nurs*. 2001;35(5):728–40.
doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01905.x
PMid:11529975
11. Foss C, Ellefsen B. The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of a method triangulation. *J Adv Nurs*. 2002;40(2):242–8.
doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02366.x
PMid:12366654
12. Goergen T. Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *J Elder Abuse Negl*. 2001;13(1):1–26.
doi:10.1300/J084v13n01_01
13. Grasser C, Craft BJ. The blessing of giving: the importance reciprocity to self-health care. *Geriatr Nurs*. 2000;21(3):138–43.
doi:10.1067/mgn.2000.108258
PMid:10864693
14. Habjanič A. Razumevanje kakovostne zdravstvene nege starostnika s strani svojcev. In: Leskovic L, Tršek J, eds. *Starost – izziv ali problem sodobne družbe: zbornik referatov. Zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege*, Portorož, 10.–12. junij 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2009: 130–4.
15. Harper Ice G. Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *J Aging Stud*. 2002;16(4):345–9.
doi:10.1016/S0890-4065(02)00069-5
16. Harris DK, Benson ML, eds. *Maltreatment of patients in nursing homes: there is no safe place*. Binghamton, New York: Haworth Press; 2005.
17. Hasson H. Nursing staff competence, psychosocial work environment and quality of elderly care: impact of an educational intervention [dissertation]. Uppsala: Faculty of Medicine; 2006.
18. Hicks LL, Rantz MJ, Petroski GF, Madsen RW, Conn VS, Mehr DR, et al. Assessing contributors to cost of care in nursing homes. *Nurs Econ*. 1997;15(4):205–12.
PMid:9282032
19. Hojnik Zupanc I. *Institucionalno bivanje starih ljudi*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 1994.
20. Hvalič Touzery S. Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam! Raziskava o oskrbi starega človeka v družini. *Kakov Starost*. 2007;10(3):4–27.
21. Isola A, Backman K, Voutilainen P, Rautsiala T. Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2480–9.
doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01951.x
PMid:18266850
22. Javornik JS, ed. *Socialni razgledi 2006*. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj; 2006. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/socrazgledi/SR2006.pdf (15. 1. 2011)
23. Jokinen P, Lappalainen M, Meriläinen P, Pelkonen M. Ethical issues in ethnographic nursing research with children and elderly people. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(2):165–70.
doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00076.x
PMid:12000670
24. Kane RA. Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together. *Gerontologist*. 2001;41(3):293–304.
PMid:11405425
25. Križaj M, Zaletel M. Vpliv bivalnih pogojev na varnost in dobro počutje varovancev doma starejših občanov. *Obzor Zdr N*. 2003;37(2):159–67.
26. Leskovic L. Status in vloga zdravstvene nege v socialnih zavodih. In: Leskovic L, Tršek J, eds. *Starost – izziv ali problem sodobne družbe: zbornik referatov. Zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege*, Portorož, 10.–12. junij 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2009: 22–7.
27. Lessner JF. CMS guidance on the use of paid feeding assistants in nursing homes. *Geriatr Nurs*. 2007;28(6):346–8.
doi:10.1016/j.gerinurse.2007.10.004
PMid:18068818
28. Lyytinen H, Liippo T, Routasalo P, Arve S. Older patients' first 72 hours in hospital. *Int J Nurs Pract*. 2002;8(4):191–7.
doi:10.1046/j.1440-172X.2002.00360.x
PMid:12100676
29. Mali J. Kvaliteta življenja in zadovoljstvo stanovalcev in zaposlenih v Domu starejših občanov Preddvor. *Soc Delo*. 2004;43(2–3):105–15.
30. Moody HR. Why dignity in old age matters. In: Disch R, Dobrof R, Moody HR, eds. *Dignity and old age*. New York: Haworth press; 1998: 13–38.
31. Mueller C, Arling G, Kane R, Bershadsky J, Holland D, Joy A. Nursing home staffing standards: their relationship to nurse staffing levels. *Gerontologist*. 2006;46(1):74–80.
PMid:16452286
32. Nelson A, Matz M, Chen F, Siddharthan K, Lloyd J, Fragala G. Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(6):717–33.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.09.004
PMid:16253260
33. Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J, Nolan J. Beyond person-centered care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs*. 2004;13(3a):45–53.
doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x
PMid:15028039
34. Nordenfelt I. Dignity and the care of the elderly. *Med Health Care Phil*. 2003;6(2):103–10.
doi:10.1023/A:1024110810373
35. O'Connor T, Kelly B. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics*. 2005;12(5):453–67.
doi:10.1191/0969733005ne8140a
PMid:16178342
36. O'Neill C, Harrington C, Kitchener M, Saliba D. Quality of care in nursing homes: an analysis of the relationships among profit, quality, and ownership. *Med Care*. 2003;41(12):1318–30.
37. Peace SM. Caring in place. In: Brechin A, Walmsley J, Katz J, Peace S, eds. *Care matters*. London: Sage Publications; 1998: 107–25.
38. Polit DF, Beck CT, eds. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

39. Prebivalstvo. Statistični letopis 2006. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2006. Dostopno na: http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=4&leto=2006&jezik=si (14. 7. 2008).
40. Proot IM, Abu-Saad HH, de Esch-Janssen WP, Crebolder HFJM, ter Meulen RHJ. Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. *Int J Nurs Stud*. 2000;37(3):267–76. doi:10.1016/S0020-7489(00)00008-0
41. Ramovš J. Dom za stare ljudi z vidika kakovosti življenja in medčloveškega sožitja. *Kakov Starost*. 2004;7(2):11–22.
42. Remsburg RE. Pros and cons of using paid feeding assistants in nursing homes. *Geriatr Nurs*. 2004;25(3):176–7. doi:10.1016/j.gerinurse.2004.04.009 PMID:15197379
43. Robinson A, Cubit K. Caring for older people with dementia in residential care: nursing students' experiences. *J Adv Nurs*. 2007;59(3):255–63. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.4304.x PMID:17537198
44. Scott PA, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, et al. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nurs Ethics*. 2003;10(1):28–38. doi:10.1191/0969733003ne572oa PMID:12572758
45. Simmons SF, Schnelle JF. Feeding assistance needs of long-stay nursing home residents and staff time to provide care. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(6):919–24. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00812.x PMID:16776786
46. Skela Savič B, Zorc J, Hvalič Touzery S. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*. 2010;44(2):89–100.
47. Stevens J, Crouch M. Working with the elderly: do student nurses care for it? *Aust J Adv Nurs*. 1992;9(3):12–7. PMID:1295507
48. Štirideset let skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije; 2006. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/apl/doc/7B8EE17E.pdf> (20.8.2008).
49. Tak SH, Beck C, McMahon E. Computer and internet access for long-term care residents: perceived benefits and barriers. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(5):32–40. PMID:17511333
50. Teeri S, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nurs Ethics*. 2006;13(2):116–29. doi:10.1191/0969733006ne830oa PMID:16526147
51. Teeri S, Välimäki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Maintenance of patients' integrity in long-term institutional care. *Nurs Ethics*. 2008;15(4):523–35. doi:10.1177/0969733008090523 PMID:18515441
52. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(6):587–90. doi:10.1002/gps.1329 PMID:15920716
53. Tuckett AG. The meaning of nursing-home: "Waiting to go up to St. Peter, OK! Waiting house, sad but true" - an Australian perspective. *J Aging Stud*. 2007;21(2):119–33. doi:10.1016/j.jaging.2006.08.001
54. Voelker R. Elder abuse and neglect a new research topic. *JAMA*. 2002;288(18):2254–6. PMID:12425686
55. Voutilainen P, Backman K, Isola A, Laukkala H. Family members' participations of the quality of long-term care. *Clin Nurs Res*. 2006;5(2):135–49. doi:10.1177/1054773805285697 PMID:16638831
56. Westin L, Danielson E. Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *J Adv Nurs*. 2007;60(2):172–80. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04396.x PMID:17877564
57. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):660–7. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01701.x PMID:11298203
58. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age Ageing*. 2004;33(2):165–70. doi:10.1093/ageing/afh045 PMID:14960433
59. Zaletel M. Vpliv medicinskih sester na identiteto starostnikov v domovih starejših občanov. *Obzor Zdr N*. 2009;43(3):183–9.