

Izvirni znanstveni članek/Original article

KOMUNIKACIJA IN KAKOVOST ODNOSOV MED MEDICINSKO SESTRO IN STAROSTNIKI V PATRONAŽNEM VARSTVU COMMUNICATION AND QUALITY OF RELATIONS BETWEEN COMMUNITY NURSES AND ELDERLY PEOPLE IN COMMUNITY HEALTH CARE

Ana Perušek, Joca Zurc, Brigita Skela Savič

Ključne besede: starejši ljudje, odločanje, komunikacija, kakovost odnosov, patronažna medicinska sestra, zdravstvena nega

IZVLEČEK

Uvod: V zdravstveni negi starostnikov sta komunikacija in z njo povezan odnos do starih ljudi zelo pomembna dejavnika kakovostne zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ugotoviti smo želeli zadovoljstvo starih ljudi v zdravstveni oskrbi ter njihovo vključevanje v proces odločanja v zdravstveni negi.

Metode: Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Izvedena je bila terenska raziskava, podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je vseboval 28 vprašanj. Vzorec je sestavljalo 110 starostnikov, ki so bili izbrani na način priročnega vzorca, stari so bili med 65 in 100 let in so živeli v domačem okolju. Podatke so zbrale patronažne medicinske sestre ob kurativnih in preventivnih obiskih v januarju in februarju 2012. Podatki so bili obdelani s pomočjo opisne statistike, enofaktorske analize variance in testa hi-kvadrat.

Rezultati: V največjem delu so anketiranci navedli, da lastno zdravje ocenjujejo kot zadovoljivo (42,7 %), v 30,9 % pa kot slabo. Rezultati so pokazali statistično pomembno razliko med oceno zdravja anketirancev ($p = 0,028$) in željo anketirancev o vključevanju v odločanje ($p = 0,028$). Rezultati pokažejo, da med starostnimi skupinami anketirancev ni statistično pomembnih razlik pri spremenljivkah vljudnost in prijaznost ($p = 0,316$), poznavanje osebnega, socialnega in kulturnega ozadja starostnikov ($p = 0,345$), želje anketirancev, da se obisk ne prekinja s telefonskimi pogovori ($p = 0,195$) in vključevanje anketirancev v odločanje pri zdravstveni negi ($p = 0,836$).

Diskusija in zaključek: V zdravstveni negi starejših ljudi na domu je pomemben dejavnik komunikacija in kakovost odnosov patronažnih medicinskih sester do anketirancev. Rezultati so lahko podlaga za izboljševanje zdravstvene nege starejših ljudi na domu.

Key words: elderly people, decision making, communication, quality of relations, community nurse, nursing care

ABSTRACT

Introduction: Communication and the attitude to elderly people present a significant factor of quality community nursing. A field study was designed to collect data on the levels of elderly people's satisfaction with nursing care and the patients' involvement in decision-making related to the choice of treatment and any other services available in their home environment.

Ana Perušek, dipl. m. s., zasebnica s koncesijo v primarnem varstvu v javni mreži; Patronažna zdravstvena nega, Dolenjska cesta 46, 1000 Ljubljana

Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: anica.perusek@gmail.com

doc. dr. Joca Zurc, prof. raz. pouka, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

Članek je nastal na osnovi raziskovalnega dela pri predmetu *Na dokazih podprta praksa v zdravstveni negi* magistrskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Prejeto/Received: 1. 3. 2013 Sprejeto/Accepted: 1. 7. 2013

Methods: A quantitative method was used to ascertain the relative size of the phenomena studied. The data were collected by community nurses in January and February of 2012 during their preventive and curative home visits. The questionnaire was composed of 28 questions. A convenience sample of patients recruited consisted of 110 elderly people, aged between 65 and 100 living in their homes. Descriptive statistics, analysis of one factor variance and the chi-square test were used in the analysis of the data.

Results: The respondents most frequently reported that their health was satisfactory (42.7%) while 30.9% rated their current state of health as bad. The results indicate a statistically significant difference between the health self-assessment ($p = 0.028$) and the willingness of the respondents to be included in decision-making ($p = 0.028$). No statistically significant differences were found between different age groups of the respondents related to politeness and kindness of community nurses ($p = 0.316$), community nurse information on the respondents' personal, social and cultural background ($p = 0.345$), the respondents' wish that the home visits be interrupted by telephone calls ($p = 0.195$) and their inclusion in shared health care decision-making ($p = 0.836$).

Discussion and conclusion: The nurse-patient communication, proper interaction and relationship are important factors in community nursing which have a significant impact on the quality of community nursing services. The results of the study may provide a sound basis for further service excellence in community health nursing.

Uvod

Komunikacija s starostniki postaja vse bolj pomembna. Miller in Weinstein (2007) trdita, da je dolžnost zdravstvenih delavcev, da svojo komunikacijo prilagodijo potrebam in zmožnostim starostnika ter spodbujajo aktivno odločanje starostnikov za kontinuirano obravnavo.

Komunikacija je proces, ki se ga učimo od rojstva naprej, zato menimo, da ta proces obvladamo. Vsak od nas je prepričan, da so naše spretnosti komuniciranja ustrezne in učinkovite, in vendar lahko pride do neravnotežja ali pa se npr. sogovornik ne odzove na naše sporočilo tako, kot smo pričakovali. V takih trenutkih se zavemo, da smo ljudje različni in da tudi komuniciramo različno. Čim bolj prepoznavamo in poznamo svoja čustva, jasneje jih lahko posredujemo drugim osebam, jih pri njih prepoznavamo in tako bogatimo medčloveške odnose (Hoyer, 2005).

Besedna komunikacija je zelo pomembna za vse ljudi, za zdrave in bolne. Uporabljamo besede, govornice ali napisane. Z njimi učinkovito posredujemo informacije, toda besedna komunikacija je manj učinkovita za posredovanje občutkov. Nebesedna komunikacija lahko poteka sama ali skupaj z besedno komunikacijo, ton glasu in govorica telesa podpreta besedo, iz vsega tega pa govori naša notranja naravnost. Nebesedno lahko marsikaj bolj natančno izrazimo oz. posredujemo kot besedno. Če je medicinska sestra dobra poslušalka, bo slišala tako vsebino kot občutke, ki so bili posredovani (Ramovš, 2010). Medicinske sestre, ki nudijo zdravstveno nego kritično bolnim, med katerimi večina ne more komunicirati, svoj odnos s pacientom doživljajo bolj intenzivno (Vouzavali, et al., 2011). Z njim razvijejo intenziven odnos, ki je posledica trajajočega stika s telesom pacienta. Ti odnosi sprožijo intenzivne občutke ljubezni, empatije in skrbi ter vplivajo na to, kako medicinske sestre dojemajo in osmišljajo svojo vlogo in svoj svet (Vouzavali, et al., 2011).

»Od večšin za komuniciranje s pacienti, še posebej s starimi in z njihovimi svojci, je odvisen z ene strani uspeh zdravljenja, z druge pa ugled zdravstva in

zdravstvenih poklicev, saj je znano, da na zadovoljstvo ljudi z zdravstveno ustanovo in njenim osebjem zelo vpliva dejstvo, kako zna osebje komunicirati z njimi« (Ramovš, 2010). Sprejemanje sprememb in zadovoljstvo z življenjem v starosti je odvisno predvsem od kakovosti socialne mreže (Maček, Skela Savič, Zorc, 2011). Sadala in sodelavci (2010) so v študiji proučevali opis pacientovega doživetja komunikacije z medicinsko sestro med izvajanjem dialize na domu. Ugotovitve v študiji nakazujejo, da sta učinkovita komunikacija in razvoj odnosa delovnega razmerja s pacienti osnovnega pomena. Izboljšanje komunikacijskih veščin medicinskih sester in usmeritev v prilagoditev na značilnosti, omejitve in specifične potrebe vsakega pacienta sta zelo pomembna za boljše rezultate.

Od patronažne medicinske sestre se pričakuje, da bo poleg strokovnega znanja imela tudi pozitivne značajske lastnosti, kot so sočutje, razumevanje, prijaznost in druge, da bo znala dobro poslušati, da bo predvsem slišala starostnika, ga znala profesionalno usmerjati in pri njem dosegla čim višjo stopnjo zaupanja in samooskrbe. Važno je, da starostniku ponudi toliko pomoči, kolikor je dejansko potrebuje, saj na ta način ohranja njegovo samostojnost in zmanjšuje občutek odvisnosti (Železnik, 2010).

Iz tujih raziskav je razvidno, da se kolektivno obnašanje sodelujočih lahko predstavi s petimi oblikami vključevanja:

- popolno vključevanje,
- delno vključevanje,
- prisilno vključevanje,
- prikrito ne vključevanje,
- odkrito ne vključevanje (Millard, Hallett, Luker, 2006).

Raziskava Millard, Hallett in Luker (2006) pokaže, da je za medicinske sestre in njihove nadrejene pomembno, da posvečajo več časa gradnji medsebojnih odnosov v klinični praksi in izobraževanju medicinskih sester na višjih šolah in univerzah. McGarry (2009) je z etnografskim pristopom ugotavljala značilnosti odnosa med medicinskimi sestrami in starostniki znotraj okolja doma in ugotovila, da je izjemno pomembno, da se

prepoznajo pozitivne značilnosti, ki so pomembne za odnos med medicinsko sestro in pacientom, in da se le-te jasno določijo tako na organizacijski kot na normativni ravni. Millard, Hallett in Luker (2006) poudarjajo, da je medosebna interakcija med patronažno medicinsko sestro in pacientom glavni element pacientovega vključevanja v zdravstveno oskrbo. Prav tako so ugotovili, da so se v odnosu med patronažno medicinsko sestro in pacientom pokazale značilne razlike glede na to, ali se patronažna medicinska sestra vključuje popolnoma ali le delno. Pri popolnem vključevanju se patronažna medicinska sestra s pacientom poveže in z njim sodeluje. Pri takšnem vključevanju se pokažeta dve dimenziji odnosa – profesionalna in socialna, medtem ko se v odnosu delnega vključevanja patronažne medicinske sestre pokaže le profesionalna dimenzija zdravstvene nege.

Socialna dimenzija medosebnih odnosov ne vključuje le zahtevanega vpludnostnega odnosa, ampak tudi odnos ki vključuje izmenjavo informacij o osebnih skrbeh. Profesionalna dimenzija odnosa pa se nanaša le na pacientove trenutne zdravstvene potrebe. Socialna dimenzija odnosa premika ovire profesionalnega tradicionalnega odnosa, daje možnost pacientom, da izrazijo svoje mnenje in sodelujejo v odločanju pri zdravstveni negi, možnost pa daje tudi patronažnim medicinskim sestram, da nadzorujejo in spodbujajo takšno vrsto sodelovanja. Rezultati že opravljenih študij (Millard, Hallett, Luker, 2006) so pokazali, da socialna dimenzija ne pride sama po sebi, temveč jo morata patronažna medicinska sestra in pacient vzpostaviti in graditi. Xu (2004) je ugotovil povezavo med stopnjo pacientove participacije, načinom zdravstvenega dela ter zadovoljstvom pacienta.

Namen in cilji

Glavni namen raziskave je ugotoviti, kako pomembno se starostnikom zdi, da je patronažna medicinska sestra do njih vpludna in prijazna, ter kako se starostniki vključujejo v proces zdravstvene nege in odločanje. Na osnovi teoretičnih izhodišč smo si postavili sledeče hipoteze:

- Starostniki si želijo, da je patronažna medicinska sestra vpludna in prijazna.
- Starostniki, potrebni zdravstvene nege na domu, ocenjujejo svoje zdravje večinoma kot slabo. Njihovo mnenje se s starostjo statistično značilno še znižuje.
- Obstajajo statistično značilne razlike med starostniki glede na njihovo starost v želji, da jih patronažne medicinske sestre vključijo v odločanje.

Metode

Raziskava je imela kvantitativen značaj, izvedena je bila opisna terenska raziskava.

Opis instrumenta

Uporabljeni merski instrument je strukturiran vprašalnik, ki je delno povzet po evropski raziskavi v primarni oskrbi, kjer pacienti odgovarjajo na vprašanja o njim pomembnih dejavnikih, ko obišejo zdravnika splošne medicine, in je prilagojen za patronažno službo (QUALICOPC, 2011). Zanesljivost instrumenta smo preverili na podlagi koeficienta Cronbach alfa, ki je pri vseh sklopih presegel prag 0,7. Neodvisne spremenljivke so bile: spol, starost, zakonski stan, ocena zdravja, kraj bivanja, dosežena izobrazba in življenje z osebo v gospodinjstvu. Odvisne spremenljivke so bile: prijaznost in vpludnost patronažne medicinske sestre, spraševanje o zdravstvenih težavah, razlaga patronažne medicinske sestre, vključevanje v odločanje, spraševanje o počutju, slišnost s strani patronažnih medicinskih sester, resno jemanje pacientov, razumljenost, vzbujanje občutka pri pacientu, da se patronažni medicinski sestri ne mudi, ocena pacienta, da patronažna medicinska sestra nima predsodkov o njegovi starosti, spolu, veroizpovedi in kulturnem ozadju, ocena pacienta, da ga patronažna medicinska sestra ne prekinja in ga obravnava kot osebo, poznavanje vseh pomembnih podatkov o pacientu s strani patronažne medicinske sestre ter ocena pacienta, da se s patronažno medicinsko sestro lahko mirno pogovori o osebnih skrbeh. Starostniki so vprašalnik izpolnjevali samostojno ali s pomočjo patronažne medicinske sestre, slednje le tisti anketiranci, ki zaradi fizičnih ali psihičnih ovir vprašalnika niso bili sposobni izpolniti sami.

Opis vzorca

Vzorec je sestavljalo 110 starostnikov. Za pridobitev rezultatov je bilo po načelu priročnega vzorca razdeljenih 120 vprašalnikov, pravilno izpolnjenih je bilo 110 vrnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 91,7 % odzivnost. Vzorec je bil večstopenjski, in sicer glede na starostne skupine in glede na območje, v katerem starostniki živijo. Starostniki v vzorcu so zajeti v starostne skupine: 65–74 let, 75–84 let, 85–94 let, več kot 94. Podatki so bili zbrani z anketiranjem starostnikov na območju Ljubljana Vič - Rudnik z dislociranimi enotami Polhov Gradec, Rakitna, Notranje Gorice, Vnanje Gorice, Podpeč in Brezovica. Vprašalnik so anketiranci reševali na svojih domovih, po potrebi so jim pri reševanju pomagali svojci ali patronažna medicinska sestra. Delež žensk in moških v vzorcu je dokaj neenakomeren, razlika je zmerno velika, 24,4 % več je ženskega spola. Največ vprašanih je bilo starih od 75 do 85 let (41,8 %). Izobrazbena struktura anketirancev je v največji meri osnovnošolska izobrazba ali manj (39,1 %), najmanj anketirancev je imelo magisterij in doktorat (3,6 %). Odgovori o bivališču so dokaj enakomerno porazdeljeni na vas, mesto in predmestje. Največ vprašanih živi v gospodinjstvih z zakonci oz. partnerji (38,2 %), najmanj pa s svojci (30 %). Glede zdravstvenega stanja anketiranih je bil

najpogostejši odgovor, da je le-to zadovoljivo (42,7 %), najmanj pa, da je zelo dobro (3,6 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Podatke smo zbirali z osebnim pristopom. Dvaintrideset patronažnih medicinskih sester je podatke zbralo z enkratnim obiskom starostnikov januarja in februarja 2012. Anketiranje je potekalo ob ustnem soglasju anketirancev in vodstva Zdravstvenega doma Ljubljana. Anketiranci so ankete oddali patronažnim medicinskim sestram ali pa jih poslali po pošti. Demografski podatki so bili predstavljeni na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov. Rezultati o pomenu pristopa patronažnih medicinskih sester so bili predstavljeni na podlagi povprečnih vrednosti in standardnih odklonov. Primerjava o pomenu pristopa patronažnih medicinskih sester po demografskih podatkih je bila opravljena z enofaktorsko analizo variance. Pri potrjevanju hipotez je bil uporabljen test hi-kvadrat. Statistična analiza je bila

opravljena s programom SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). p -vrednost $< 0,05$ je pomenila statistično značilnost.

Rezultati

V Razpredelnici 1 razberemo, da je najvišja povprečna vrednost štiristopenjske lestvice ($\bar{x} = 3,6$) dosežena pri vprašanju o pomembnosti, da je patronažna medicinska sestra do anketirancev vljudna in prijazna. Druga najvišja dosežena povprečna vrednost, in sicer $\bar{x} = 3,5$, je bila dosežena pri odgovorih na vprašanje, ali anketiranci dobro razumejo, kaj jim patronažna medicinska sestra razlaga. Najnižja povprečna vrednost $\bar{x} = 2,4$ je bila dosežena pri vprašanju, koliko si anketiranci želijo, da patronažna medicinska sestra pozna njihovo osebno, socialno in kulturno ozadje. Rezultati kažejo, da se razpon ocen vseh 22 trditve giblje med $\bar{x} = 2,4$ in $\bar{x} = 3,6$ (Razpredelnica 1) ter kaže na podobna mnenja anketirancev pri vseh ocenjevanih trditvah pristopa patronažne medicinske sestre.

Razpredelnica 1: *Ocena pristopa patronažne medicinske sestre (n = 110)*

Table 1: *The assessment of district nurses' attitude towards patients (n = 110)*

Trditve	\bar{x}	s	Modus	Min	Max
Patronažna medicinska sestra je vljudna in prijazna.	3,6	0,5	4	2	4
Patronažna medicinska sestra sprašuje o mojih zdravstvenih težavah.	3,2	0,8	3	1	4
Patronažna medicinska razlaga tako, da dobro razumem.	3,5	0,5	4	2	4
Patronažna medicinska sestra preverja, ali sem dobro razumel/a.	3,1	0,8	3	1	4
Patronažna medicinska sestra me vključi v odločanje.	3,2	0,7	3	1	4
Patronažna medicinska sestra me sprašuje o morebitnih težavah in počutju.	3,3	0,7	3	1	4
Patronažna medicinska sestra me pozorno posluša.	3,4	0,6	3	2	4
Patronažna medicinska sestra ne vzbuja občutka, da se ji mudi.	3,3	0,7	3	1	4
Patronažna medicinska sestra me razume.	3,5	0,5	3	2	4
Patronažna medicinska sestra me jemlje resno.	3,4	0,5	3	2	4
Patronažna medicinska sestra nima predsodkov zaradi moje starosti, spola, veroizpovedi ali kulturnega ozadja.	2,9	0,9	3	1	4
Patronažna medicinska sestra me obravnava kot osebo in ne le kot medicinski problem.	3,4	0,6	4	1	4
Patronažna medicinska sestra je spoštljiva in me ne prekinja.	3,4	0,6	3	1	4
Patronažna medicinska sestra pozna pomembne podatke o mojem zdravstvenem stanju.	3,1	0,6	3	1	4
Patronažna medicinska sestra pozna mojo življenjsko situacijo.	2,8	0,8	3	1	4
Po obisku čutim, da se lažje soočam s svojo zdravstveno težavo/boleznijo.	3,3	0,6	3	1	4
Patronažna medicinska sestra pozna moje osebno in socialno kulturno ozadje.	2,4	0,9	3	1	4
Patronažna medicinska sestra obiska ne prekinja s telefonskimi klici.	2,6	1,0	2	1	4
Patronažni medicinski sestri lahko povem, o čem se želim pogovarjati med obiskom.	2,8	0,8	3	1	4
Pripravljen/a sem spraševati in si zapisovati.	2,5	0,9	3	1	4
Pri pogovoru o svoji zdravstveni težavi sem odkrit/a in ne v zadregi.	3,2	0,7	3	1	4
S patronažno medicinsko sestro se lahko pogovorim o osebnih skrbah.	2,9	1,0	3	1	4

Legenda/Legend: \bar{x} – povprečje/average, s – standardni odklon/standard deviation, Modus – najpogostejša ocena/the most frequent value, Min – minimum/minimum, Maks – maksimum/maximum

Razpredelnica 2: Ocena zdravja preiskovancev po starostnih skupinah
Table 2: The patients' self-assessment of their state of health by age

Ocena zdravja	Število in odstotki	Starostna skupina			
		65–74 let	75–85 let	86 let ali več	skupaj
Dobro ali zelo dobro	<i>n</i>	13	7	9	29
	%	44,8 %	24,1 %	31,0 %	100 %
	% v starostni skupini	41,9 %	15,2 %	27,3 %	26,4 %
Zadovoljivo	<i>n</i>	13	24	10	47
	%	27,7 %	51,1 %	21,3 %	100 %
	% v starostni skupini	41,9 %	52,2 %	30,3 %	42,7 %
Slabo	<i>n</i>	5	15	14	34
	%	14,7 %	44,1 %	41,2 %	100 %
	% v starostni skupini	16,1 %	32,6 %	42,4 %	30,9 %
Skupaj	<i>n</i>	31	46	33	110
	%	28,2 %	41,8 %	30,0 %	100 %
	% v starostni skupini	100 %	100 %	100 %	100 %

Legenda/Legend: *n* – število enot/number of units; % – odstotek/percentage

Rezultati v Razpredelnici 2 prikazujejo, da so preiskovanci v največji meri navedli, da lastno zdravje ocenjujejo kot zadovoljivo (42,7 %), kot slabo pa v 30,9 %. Najstarejša starostna skupina je v največji meri navedla, da je njihovo zdravje slabo (42,4 %), najmlajša starostna skupina je slabo zdravje navedla le v 16,1 %. Dobro ali zelo dobro zdravje je bilo v najmlajši starostni skupini navedeno v 41,9 %, v srednji v 15,2 % in v najstarejši v 27,3 %. Test hi-kvadrat je glede ocene zdravja pokazal statistično značilne razlike med starostnimi skupinami ($\chi^2 = 0,836$, $p = 0,028$). Z naraščanjem starosti upada pozitivno mnenje o lastnem zdravju.

Razpredelnica 3: Želja preiskovancev za vključevanje v odločanje po starostnih skupinah
Table 3: The patients' level of willingness to participate in decision-making by age

Starost	<i>n</i> = 110	\bar{x}	<i>s</i>
65–74 let	31	3,4	0,6
75–85 let	46	3,0	0,9
86 let ali več	33	3,3	0,6

Legenda/Legend: *n* – število enot/number of units; \bar{x} – povprečje/average *s* – standardni odklon/standard deviation

Rezultati v Razpredelnici 3 prikazujejo, da je srednja starostna skupina (75–85 let) anketirancev v povprečju izrazila najnižjo željo, da jih patronažne medicinske sestre vključijo v odločanje ($\bar{x} = 3,0$). Pri najmlajši starostni skupini (65–74 let) je $\bar{x} = 3,4$, kar pomeni, da je ta starostna skupina izrazila največjo željo za vključevanje v odločanje o zdravstveni negi. Pri najstarejši starostni skupini je $\bar{x} = 3,3$, kar je le za desetinko nižje od največje povprečne vrednosti.

Srednja starostna skupina je bila v mnenjih tudi najmanj enotna, saj je standardni odklon znašal $s = 0,9$, tj. skoraj eno točko razlike. Enofaktorska analiza variance je pokazala statistično značilne razlike med posameznimi starostnimi skupinami pri želji anketirancev, da jih patronažne medicinske sestre vključijo v odločanje ($F = 3,702$, $p = 0,028$).

Diskusija

Millard, Hallett in Luker (2006) trdijo, da je odnos med patronažno medicinsko sestro in pacientom pri izmenjavi informacij v zdravstveni negi na domu temeljnega pomena, kar lahko potrdimo tudi z našo raziskavo. V raziskavi smo ugotovili, da je anketirancem najbolj pomembna vljudnost in prijaznost patronažnih medicinskih sester. Prva hipoteza se tako potrdi. Potrdimo tudi drugo zastavljeno hipotezo, ki pravi, da starejši ljudje, potrebni zdravstvene nege na domu, ocenjujejo svoje zdravje večinoma kot slabo. Najstarejša starostna skupina je namreč v 42,4 % navedla, da je njihovo zdravje slabo. Ocena lastnega zdravja se pri starostnikih s starostjo statistično značilno znižuje. Tudi tretjo hipotezo, ki pravi, da med starostniki glede na njihovo starost obstajajo statistično značilne razlike pri želji, da jih patronažne medicinske sestre vključijo v odločanje, prav tako potrdimo, in sicer po enofaktorski analizi variance.

Starostnikom se zdi zelo pomembno, da dobro razumejo, kaj jim patronažna medicinska sestra razlaga. Glede osebnega pristopa patronažnih medicinskih sester so anketiranci izrazili največjo željo po tem, da jih patronažna medicinska sestra razume, da jih pozorno posluša ter jih jemlje resno. Pomemben dejavnik v osebnem pristopu pa je tudi spoštljivost patronažnih

medicinskih sester do anketirancev. Anketiranci so v odgovorih na vprašanja glede interesa patronažnih medicinskih sester o pacientih izrazili največjo željo po tem, da lahko po patronažnem obisku čutijo, da se s svojo zdravstveno težavo lažje soočijo. Prav tako jim je pomembno, da patronažna medicinska sestra pozna pomembne podatke o njihovem zdravstvenem stanju. Malo manjšo željo so izrazili glede poznavanja življenjske situacije, osebnega, socialnega in kulturnega ozadja s strani patronažne medicinske sestre. Glede komunikacije med patronažnimi medicinskimi sestrami in anketiranci so slednji največkrat izrazili željo po tem, da se s patronažno medicinsko sestro lahko pogovorijo o osebnih skrbih, da so pri pogovorih lahko odkriti ter da lahko povedo, o čem se želijo pogovoriti.

Kot poudarjajo Millard, Hallett in Luker (2006), je medosebna interakcija med patronažno medicinsko sestro in pacientom glavni element pacientovega vključevanja v zdravstveno oskrbo, tako je tudi iz naše raziskave razvidno, da anketiranci želijo od patronažne medicinske sestre, da se jim popolnoma posveča, da je odnos lahko tudi prijateljski, da se glede skrbi lahko obrnejo na patronažno medicinsko sestro. Pomembno za anketirance je tudi to, da je patronažna medicinska sestra dobro informirana o njihovem zdravstvenem stanju. V raziskavi avtorjev Ruan in Lambert (2008) je bilo ugotovljeno, da so medicinske sestre pripisale večjo pomembnost popolnoma drugim oviram komunikacije kot pa starejši pacienti. V naši raziskavi smo ugotovili, da prekinjanje obiska patronažnih medicinskih sester s telefonskimi klici anketirancem ne predstavlja značilne ovire. Mnenja patronažnih medicinskih sester glede enakega vprašanja nismo raziskovali.

Ugotovitve tudi nakazujejo, da sta učinkovita komunikacija in razvoj odnosa delovnega razmerja s pacienti osnovnega pomena. Izboljšanje komunikacijskih veščin medicinskih sester in usmeritev v prilagoditev na značilnosti, omejitve in specifične potrebe vsakega pacienta sta zelo pomembna za boljše rezultate (Sadala, et al., 2010). Ne smemo zanemariti potrebe po občutljivem pristopu tistega, ki izvaja zdravstveno nego, do uporabnika zdravstvenih storitev (Andrews, Mathorpe, Watson, 2004). Medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego kritično bolnih pacientov, s pacienti razvijejo intenziven odnos, ki je posledica trajajočega stika s telesom pacienta. Ti odnosi sprožijo intenzivne občutke ljubezni, empatije in skrbi ter vplivajo na to, kako medicinske sestre dojemajo in osmišljajo svojo vlogo in svoj svet. Medicinske sestre, ki nudijo zdravstveno nego kritično bolnim, kjer jih večina ne more komunicirati, svoj odnos s pacientom doživljajo bolj intenzivno (Vouzavali, et al., 2011).

Ta intenziven odnos, ki poteka na bazalni ravni je prisoten pri delu z zelo bolnimi tudi v patronažnem varstvu, kar bi verjetno lahko potrdili z nadaljnjo raziskavo. Tuja literatura (Millard, Hallett, Luker, 2006; Andrews, Mathorpe, Watson, 2004; Xu, 2004),

ki smo jo primerjali z našo raziskavo, se osredotoča na koncept pacientovega vključevanja v zdravstveno oskrbo na domu in kakovost odnosa med patronažno medicinsko sestro in pacientom, ki se kaže v različnih stopnjah vključevanja tako patronažne medicinske sestre kot pacienta. Millard, Hallett in Luker (2006) so poudarili bistveno razliko med socialnim in profesionalnim odnosom med patronažno medicinsko sestro in pacientom. Ugotovili so, da je popolno vključevanje patronažne medicinske sestre pripomoglo k vzpostavitvi ne le profesionalnega odnosa, ampak tudi socialnega odnosa med patronažno medicinsko sestro in pacientom, kar lahko zelo vpliva na kakovost zdravstvene nege na domu. Podobne ugotovitve lahko potrdimo tudi z našo raziskavo.

V patronažnem varstvu se medicinske sestre vsakodnevno srečujejo s pacienti, ki so potrebni zdravstvenovzgojnega dela za krepitev njihovega zdravja. Naša raziskava pokaže, da je pri profesionalnem delovanju patronažnih medicinskih sester ključnega pomena vzpostavitev človeškega odnosa do starostnika (spoštovanje, vljudnost, prijaznost, poslušanje, razumevanje), ki omogoča načrtovanje in izvajanje profesionalnih aktivnosti z vključevanjem starostnika v odločanje.

Omejitev v naši raziskavi je v največji meri predstavljal nenaključni izbor anketirancev in velikost vzorca, tako da ugotovitev ne moremo posploševati na celotno populacijo.

Zaključek

Staranje prebivalstva predstavlja izziv v današnji družbi v vseh zdravstvenoizobraževalnih institucijah, ministrstvih in vladi. Cilj vseh držav je obdržati starejšega človeka čim dlje na njegovem domu. Bolnišnice vedno pogosteje odpuščajo bolne ljudi s skrajšano ležalno dobo v bolnišnici, zato se bo zdravstvena nega vedno bolj selila na bolnikove domove. Ta situacija pa za patronažne medicinske sestre predstavlja novo odgovornost na področju pridobivanja novih znanj. Oskrba starostnika je zelo zahtevna naloga in pogosto povezana z zdravstveno nego, tako da ta dva pojma, zdravstvena oskrba in zdravstvena nega, med seboj ne moremo ločiti. V zdravstveni negi starostnikov sta komunikacija in z njo povezani odnos zelo pomembna dejavnika kakovostne zdravstvene nege. Z raziskavo smo ugotovili, da je pri komunikaciji patronažnih medicinskih sester za starostnike zelo pomembno, da je patronažna medicinska sestra vljudna in prijazna, da jih vključuje v odločanje, da starostniki dobro razumejo, kaj jim patronažna medicinska sestra razlaga, da jih pozorno posluša ter da jih jemlje resno. Veliko pa bi k opravljanju dela patronažnih medicinskih sester pripomogla tudi okrepitev števila osebja v patronažni zdravstveni službi.

Literatura

- Andrews J, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care. *J Adv Nurs.* 2004;46(3):303–10.
PMid:15066111
- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005: 33–55.
- QUALICOPC. Evaluating primary care in Europe. 2011. Dostopno na: <http://www.qualicopc.eu> (15. 11. 2011).
- Maček B, Skela Savič B, Zorc J. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzor Zdrav Neg* 2011;45(3):181–7.
- McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health Soc Care Community.* 2009;17(1):83–91.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00802.x>
PMid:18700870
- Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs.* 2006;55(2):142–50.
PMid:16866806
- 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.
- Ramovš J. Medgeneracijska vzgoja, osnova za učinkovito gerontološko in geriatrično izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege: strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 21. in 22. junij, 2010: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 9–16.
- Ruan J, Lambert VA. Differences in perceived communication barriers among nurses and elderly patients in China. *Nurs Health Sci.* 2008;10(2):110–6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00387.x>,
PMid:18466383
- Sadala ML, Miranda MG, Lorençon M, de Campos Pereira EP. Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. *J Ren Care.* 2010;36(1):34–40.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x>.
PMid:20214707
- 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.
- Vouzavali FJ, Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Koutroubas A, Patiraki EI, Papadatou D. 'The patient is my space': hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. *Nurs Crit Care.* 2011;16(3):140–51.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2011.00447.x>.
PMid: 21481116
- Železnik D. Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege: strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 21. in 22. junij, 2010: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 36–46.
- Xu KT. The combined effects of participatory styles of elderly patients and their physicians on satisfaction. *Health Serv Res.* 2004;39(2):377–91.
PMid: 15032960;
PMCID: PMC1361013.

Citirajte kot/Cite as:

Perušek A, Zorc J, Skela Savič B. Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(3):253–9.