

VPLIV SKUPIN STARIH ZA SAMOPOMOČ NA KAKOVOST ŽIVLJENJA V LOKALNI SKUPNOSTI

THE IMPACT OF A COMMUNITY-BASED SELF-HELP GROUP FOR THE ELDERLY ON
THEIR QUALITY OF LIFE

Stanislava Krajnc, Mitja Krajnc

KLJUČNE BESEDE: gerontološka zdravstvena nega; zdravstvena nega v lokalni skupnosti; starostniki; lokalna skupnost; skupine za samopomoč; kakovost življenja

KEY WORDS: gerontological nursing; community nursing; elderly; community; self-help groups; quality of life

Izvleček – V prispevku želimo pokazati, da so skupine starih za samopomoč v zdravstveni negi v lokalni skupnosti koristna in uporabna metoda dela oziroma pristop, ki pozitivno vpliva na kakovost življenja vanjo vključenih starostnikov. Predstavljamo mehanizem delovanja skupine starih za samopomoč in koncept kakovosti življenja. Opisujemo izvedeno prospektivno raziskavo, temelječo na anketnem vprašalniku. Na njeni osnovi ugotavljamo, da skupina starih za samopomoč v lokalni skupnosti pozitivno vpliva na splošno oceno kakovosti življenja, pozitivno vpliva na zaznavanje socialnih odnosov (kvalitativni vidik socialnih stikov) in socialnega vključevanja (kvantitativni vidik socialnih stikov) ter na zadovoljstvo starostnikov z lastnim zdravjem. Pozitivnega vpliva na število bolezni nismo uspeli dokazati, prav tako skupina ne vpliva na zadovoljstvo s sluhom in vidom ter s finančnim stanjem. V razpravi predstavljamo svojo interpretacijo ugotovitev. Veljavnost naših zaključkov je zaradi nekaterih metodoloških ovir omejena.

Abstract – In the present article we try to show that community based self-help groups for elderly people can be considered an effective and useful approach in nursing care due to their positive impact on the elderly people's quality of life. Mechanisms of this impact are presented, as well as the concept of quality of life. On the basis of the described prospective study it was found out that community-based self-help groups positively affect the general estimation of the quality of life, as well as the perception of social relationships (the qualitative aspect of social contacts), of social participation (the quantitative aspect of social contacts) and the elderly people satisfaction with their health status. The impact of self-help group on the frequency of diseases, satisfaction with sight and hearing and satisfaction with their financial state have not been proved. The validity of our conclusions remains limited due to the identified methodological shortcomings of our study.

Uvod

Demografski kazalci v razvitih evropskih državah, tudi v Sloveniji, kažejo, da se prebivalstvo stara in da delež starostnikov raste. Sodobna gerontološka zdravstvena nega, ki temelji na celostni obravnavi starostnika, se na te okoliščine odziva z različnimi pristopi in metodami dela. V našem prispevku želimo na osnovi opravljene raziskave pokazati, da so skupine za samopomoč koristne in uporabne kot pristop oziroma metoda dela v gerontološki zdravstveni negi v lokalni skupnosti, pokazati, kako vplivajo na kakovost življenja (mehanizem) in umestiti vključitev starostnika v skupino za samopomoč kot negovalno intervencijo v proces zdravstvene nege.

Skupine za samopomoč v zdravstveni negi

Samopomoč je naravni vzgib v človeku in pomeni, da le-ta hoče sam opraviti s svojimi težavami in stiskami ali okrepiti svojo pripravljenost za kljubovanje težavam in stiskam. Obsega osebni spopad s težavami in stiskami ter skupno odpravljanje le-teh v mejah zakona, družine, sorodstva, invalidskih, verskih, strankarskih in drugih organizacij, kjer je zaradi temeljne človeške povezanosti reševanje težav enega člana reševanje skupne stiske (Knific, 2001–2002). Skupine za samopomoč ponavadi oblikujejo vrstniki oziroma ljudje s podobnimi interesi, namenjene pa so medsebojni pomoči zaradi zadovoljevanja skupnih potreb, kot so premagovanje ovir ali težav, ki negativno vplivajo na življenje (Allender, 2001). Njeni člani delijo podobne družbene, zdravstvene in vsakodnevne probleme (Kozier, 1998).

Medicinske sestre, ki delujejo v lokalni skupnosti, bi morale biti seznanjene s konceptom skupin za samopomoč, ker je ta na njihovem strokovnem področju zelo uporaben in bi ga bilo smiselno integrirati v prakso, ker zagotavlja svojim članom številne koristi in prednosti. Vloga medicinske sestre v takšni skupini se razlikuje glede na številne dejavnike, kot so velikost skupine, interesi njenih članov in stopnja povezanosti med njimi (Allender, 2001). Glavne funkcije medicinske sestre kot voditeljice v skupini za samopomoč so:

1. pomoč varovancem, da oblikujejo skupino;
2. s člani delijo svoje znanje in jim pomagajo pridobiti ustrezno znanje in sposobnosti;
3. informirajo o obstoječi skupini za samopomoč;
4. sodelujejo kot članice skupine, ko je to primerno;
5. pomagajo v kriznih trenutkih (Kozier, 1998).

Skupine za samopomoč temeljijo na načelu zdravljenja pomagala (angl. helper – therapy): tisti, ki pomaga, si s tem najbolj pomaga. Eno od osrednjih pričanj gibanj za samopomoč je to, da ljudje, ki izkušajo podobne zdravstvene in družbene probleme, lete bolje razumejo kot tisti brez takšnih izkušenj (Allender, 2001). Glavna dejavnost v skupinah za samopomoč je pogovor o različnih življenjskih izkušnjah. V njem se medčloveški odnosi razvijajo in kažejo. Naloga voditelja je, da vpelje skupinske norme in navade, kot so dovolj visoka kultura govora, pravilo molčečnosti glede osebnih stvari ter dogovarjanje in skupno odločanje, ki so osnova dela skupine. Za voditelje skupine za samopomoč je koristna, če ne celo nujna, supervizija, ki se za voditelje že obstoječih slovenskih skupin izvaja enkrat mesečno (Anon, 2001–2002). V Sloveniji skupine za samopomoč na področju zdravstvene nege še nimajo vidnejše vloge. Že več let pa delujejo skupine za samopomoč na področju socialnega dela. Njihovo delovanje je vpeljalo, ga koordinira in vodi Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije, ki med drugim izobražuje voditelje. Že obstoječe skupine bi lahko služile kot model in izhodišče za ustanovitev takih skupin na področju zdravstvene nege (Knific, 2001–2002).

Koncept kakovosti življenja in determinante kakovosti življenja v starosti

Kakovost življenja je po mnenju večine avtorjev kompleksen, abstrakten in multidimenzionalen koncept, ki ga ni lahko definirati in izmeriti. V raziskavah, ki se ukvarjajo s kakovostjo življenja, avtorji uporabljajo različne opredelitve in različna raziskovalna orodja (Hendry, 2004, McKevitt, 2003, Bowling, 2003). Kakovost življenja lahko z majhnim številom entitet definiramo kot vsesplošno uživanje življenja oziroma vsesplošno uživanje v življenju (angl. overall enjoyment of life) (www.atsqol.org). Kakovost živ-

ljenja v pozni odraslosti (t.j. starosti) raziskovalci splošno opredeljujejo v smislu objektivnega niza socialnomaterialnih meril, ki določajo pogoje posameznikovega življenja in potencialno prispevajo h kakovostnejšemu življenju starostnikov (na primer primerno stanovanje, dostopnost zdravstvenih in socialnih storitev, zadostno pokojnino) ter v smislu posameznikovih subjektivnih življenjskih izkušenj, t.j. subjektivnih ocen njihovih objektivnih življenjskih pogojev. Objektivna in subjektivna merila za presojanje življenjskih pogojev se med seboj povezujejo, vendar se navadno ne prekrivajo v večji meri, saj se posameznikovi standardi in/ali potrebe vedno ne ujemajo s standardi strokovnjakov, institucij, socialnih in zdravstvenih institucij itd., poleg tega si ljudje objektivno enake življenjske pogoje razlagajo različno (Zupančič, 2004). Kakovost življenja ima veliko skupnega s srečo in zadovoljstvom v življenju (McKevitt, 2003).

V tabeli 1 predstavljamo determinante, ki so vključene v model napovedi kakovosti življenja, ki so ga razvili Smith in sod. in po našem mnenju kompleksno zajema najpomembnejše določevalce.

Tab. 1. *Determinante, ki so vključene v model napovedi kakovosti življenja (splošnega življenjskega zadovoljstva v pozni odraslosti), poudarjene so tiste, na katere lahko skupina za samopomoč teoretično vpliva (Zupančič, 2004).*

| Sociodemografske | Objektivni pogoji | Subjektivna ocena |
|----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Starost | Sluh | Sluh |
| Spol | Gibanje | Gibanje |
| Institucionalizacija | Vid | Vid |
| Ovdoveli | Število bolezni | Zdravje |
| Poročeni | Socialno vključevanje | Socialno vključevanje |
| | Število sorodnikov v kraju bivanja | Socialni odnosi |
| | Finančno stanje | Finančno stanje |

Skupina za samopomoč lahko vpliva zlasti na subjektivne določevalce kakovosti življenja, ki so v skladu z ugotovitvami raziskovalcev pomembnejši od objektivnih (Zupančič, 2004). Vpliva lahko tudi na socialno vključevanje (v sami skupini) in nekoliko na število bolezni (preko zdravstvene vzgoje in podobnih aktivnosti s področja zdravstvene nege). Vpliv skupine na druge determinante je obrobni ali ga sploh ni.

Namen in hipoteze

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali so skupine starih za samopomoč v gerontološki zdravstveni negi starostnika v lokalni skupnosti učinkovita in uporabna metoda dela oziroma pristop. Postavili smo naslednje hipoteze:

1. skupina starih za samopomoč v lokalni skupnosti na splošno ne vpliva pozitivno na kakovost življenja vanjo vključenih starostnikov;
2. skupina starih za samopomoč v lokalni skupnosti ne deluje pozitivno na kakovost življenja preko (a) subjektivne ocene pomembnih določevalcev kakovosti življenja v starosti, (b)števila bolezni;
3. ker velja 1. hipoteza, vključitev starostnika v takšno skupino kot negovalna intervencija ni smiselna.

Materiali in metode

Osnove

Starostnike smo pred anketiranjem seznanili z načinom izvedbe in cilji naloge, po čemer so potrdili svoje prostovoljno sodelovanje. Pri izvedbi raziskave smo se držali etičnih načel, ki veljajo za raziskovanje na področju zdravstvene nege. V raziskavo, ki smo jo zastavili prospektivno, smo vključili 100 ljudi nad 65. letom starosti (starostnikov), od katerih jih 50 (ena polovica) obiskuje različne skupine starih za samopomoč v lokalni skupnosti najmanj eno leto (kar je vključitveni kriterij za to podskupino), ostalih 50 (drugo polovico) pa smo naključno izbrali med starostniki, ki so jih v obdobju raziskave v prvih mesecih leta 2005 obiskale patronažne medicinske sestre – te smo vključili v kontrolno podskupino. Izključitvenih kriterijev glede na enkratnost odgovaranja na anketni vprašalnik nismo predvideli. Skupine za samopomoč, v katere so bili v času anketiranja vključeni starostniki, delujejo v Mariboru pod okriljem Medgeneracijskega društva za samopomoč Drava. Anketiranje so izvajale voditeljice skupin starih za samopomoč v lokalni skupnosti v januarju in februarju 2005.

Anketni vprašalnik

Z anketnim vprašalnikom smo najprej zbrali naslednje splošne podatke: spol, starost, izobrazba (poklic), zakonski stan. Nato so vsi starostniki odgovarjali na 14 vprašanj na osnovi ocenjevalne lestvice od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo popolno, močno nestrinjanje, 5 pa popolno, močno strinjanje z navedeno trditvijo. Z vprašanji smo poskušali zajeti glavna področja, ki vplivajo na kakovost življenja, še posebej tista, prek katerih lahko deluje skupina za samopomoč. V tabeli 2 navajamo vprašanja, ki smo jih zastavili sodelujočim starostnikom, zraven pa določevalca kakovosti življenja, na katerega se vprašanje nanaša (tab. 2).

Objektivne determinante – sluh, gibanje, vid in število bolezni smo hoteli zajeti v zadnjem vprašanju o zdravstvenem stanju, pri katerem so starostniki izbirali med naštetimi boleznimi, ki jih imajo ali so jih preboleli (na primer povišan krvni tlak, težave s sklepi...).

Podskupini starostnikov, vključenih v skupino za samopomoč, smo zastavili še 6 dodatnih vprašanj (v oklepaju je navedena determinanta kakovosti življenja, na katero se določeno vprašanje nanaša):

1. Zaradi skupine bolj uživam v življenju (definicija kakovosti življenja).
2. V skupini sem pridobil nove prijatelje (subjektivno socialno vključevanje).
3. Skupina je pozitivno vplivala na moje finančno stanje (subjektivna ocena finančnega stanja).
4. Zaradi skupine sem bolj zdrav (subjektivna ocena zdravja).
5. Zaradi skupine se bolje razumem z ljudmi (subjektivna ocena socialnih odnosov).
6. Zaradi skupine se bolje počutim (definicija kakovosti življenja).

Tab. 2. Vprašanja, ki smo jih zastavili starostnikom, in določevalca kakovosti življenja, na katerega se vprašanje nanaša.

| Št. vprašanja | Vprašanje | Determinanta kakovosti življenja |
|---------------|---|---|
| 1 | S svojim sedanjim življenjem sem zadovoljen | Definicija kakovosti življenja* |
| 2 | Zadovoljen sem s svojim zdravjem | Subjektivna ocena zdravja |
| 3 | Zadovoljen sem s svojim finančnim stanjem | Subjektivna ocena finančnega stanja |
| 4 | Zadovoljen sem z odnosi, ki jih imam z drugimi ljudmi | Subjektivna ocena socialnih odnosov |
| 5 | Čutim, da me ljudje sprejemajo | Subjektivna ocena socialnih odnosov |
| 6 | Zadovoljen sem s svojim sluhom in vidom | Subjektivna ocena sluha in vida |
| 7 | Imam veliko prijateljev in znancev | Subjektivna ocena socialnega vključevanja |
| 8 | Pogosto sem osamljen | Subjektivna ocena socialnega vključevanja |
| 9 | Imam veliko težav s sorodniki | Subjektivna ocena socialnih odnosov |
| 10 | Uživam v življenju | Definicija kakovosti življenja* |
| 11 | Številni ljudje mi gredo na živce | Subjektivna ocena socialnih odnosov |
| 12 | Rad bi imel več stikov z ljudmi | Subjektivna ocena socialnega vključevanja |
| 13 | Drugi ljudje upoštevajo moje mnenje | Subjektivna ocena socialnih odnosov |
| 14 | Z ljudmi se dobro razumem | Subjektivna ocena socialnih odnosov |

* Vprašanja se nanašata na samo definicijo kakovosti življenja in sta splošni.

Anketiranci

V tabeli 3 smo zbrali osnovne značilnosti anketiranih starostnikov v obeh podskupinah.

Tab. 3. Osnovne značilnosti anketirancev v podskupini vključenih v skupino starih za samopomoč in v kontrolni podskupini.

| | Vključeni v skupino za samopomoč | Kontrolna podskupina |
|---|--|--|
| n | 50 | 50 |
| Spol | ženske 45, moški 5 | ženske 45, moški 5 |
| Starost v letih (povprečna vrednost ± 1 standardna deviacija) | 71,2 ± 4,6 | 71,4 ± 5,1 |
| Zakonski stan | poročeni 20, ovdoveli 24, razvezani 5, drugo 1 | poročeni 19, ovdoveli 24, razvezani 3, drugo 4 |
| Število bolezni* | 4,7 ± 2,4 | 4,0 ± 2,3 |

* temelji na seznamu, ki je del anketnega vprašalnika, kjer vsaka od naštetih bolezni šteje kot ena

Statistična obdelava podatkov

Med seboj smo s statistično analizo za vsako vprašanje na osnovi uvrstitve odgovorov v 5 kategorij od 1 do 5, ki so ustrezale odgovorom od 1 do 5 ocenjevalne lestvice, primerjali kontrolno podskupino (ki predstavlja splošno populacijo starostnikov) in ki je dala pričakovane vrednosti, z opazovano podskupino vključenih v skupino starih za samopomoč, ki je dala opazovane vrednosti. V ta namen smo uporabili *test hi-kvadrat*. Za statistično pomembne smo smatrali vrednosti $p < 0,05$ (Adamič, 1989). Izračunali smo tudi povprečne ocene za obe podskupini. S pomočjo odgovorov na dodatna vprašanja smo na osnovi povprečne ocene in SD ocenili tudi mnenje članov skupin za samopomoč glede vpliva na kakovost njihovega življenja. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabljali program SPSS for Windows 13.0.

Rezultati raziskave

V tabeli 4 za posamezna vprašanja navajamo rezultate statistične analize s testom hi-kvadrat. Vprašanja, pri katerih smo ugotovili statistično pomembno razliko ($p < 0,05$) med kontrolno podskupino in podskupino starostnikov, vključenih v skupino starih za samopomoč, so poudarjena.

Obe podskupini smo primerjali še glede na število bolezni. Med skupinama nismo ugotovili statistično pomembnih razlik ($p > 0,05$).

Starostniki, vključeni v skupino starih za samopomoč, so ocenili vpliv te skupine na kakovost njihovega življenja, kot prikazuje tabela 5.

Tab. 4. Rezultati statistične analize s testom hi-kvadrat za posamezna vprašanja. Vprašanja, pri katerih smo ugotovili statistično pomembne razlike med podskupinama, so poudarjena.

| Št. vprašanja | Rezultati statistične analize |
|---------------|--|
| 1 | hi-kvadrat: 10,7 stopinje prostosti: 4 p: 0,03 |
| 2 | hi-kvadrat: 12 stopinje prostosti: 4 p: 0,02 |
| 3 | hi-kvadrat: 9,1 stopinje prostosti: 4 p: 0,06 |
| 4 | hi-kvadrat: 10,7 stopinje prostosti: 4 p: 0,03 |
| 5 | hi-kvadrat: 6,3 stopinje prostosti: 2 p: 0,04 |
| 6 | hi-kvadrat: 8,2 stopinje prostosti: 4 p: 0,08 |
| 7 | hi-kvadrat: 11,5 stopinje prostosti: 4 p: 0,02 |
| 8 | hi-kvadrat: 9,7 stopinje prostosti: 4 p: 0,045 |
| 9 | hi-kvadrat: 1,44 stopinje prostosti: 4 p: 0,8 |
| 10 | hi-kvadrat: 11,8 stopinje prostosti: 4 p: 0,02 |
| 11 | hi-kvadrat: 0,3 stopinje prostosti: 4 p: 0,16 |
| 12 | hi-kvadrat: 15,1 stopinje prostosti: 4 p: 0,01 |
| 13 | hi-kvadrat: 0,9 stopinje prostosti: 4 p: 0,93 |
| 14 | hi-kvadrat: 9,7 stopinje prostosti: 4 p: 0,05 |

Tab. 5. Dodatna vprašanja, na katera so odgovarjali starostniki, vključeni v skupino starih za samopomoč, povprečna vrednost njihove ocene od 1 do 5 in standardni odklon njihove ocene od 1 do 5.

| Dodatno vprašanje in determinanta kakovosti življenja, na katero se nanaša | Povprečna vrednost ocene starostnikov | Standardni odklon ocene starostnikov |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Zaradi skupine bolj uživam v življenju (definicija) | 4,60 | 0,73 |
| 2. V skupini sem pridobil nove prijatelje (subjektivno socialno vključevanje) | 4,82 | 0,52 |
| 3. Skupina je pozitivno vplivala na moje finančno stanje (subjektivna ocena finančnega stanja). | 1,88 | 1,06 |
| 4. Zaradi skupine sem bolj zdrav (subjektivna ocena zdravja) | 3,76 | 0,87 |
| 5. Zaradi skupine se bolje razumem z ljudmi (subjektivna ocena socialnih odnosov) | 3,98 | 1,02 |
| 6. Zaradi skupine se bolje počutim (definicija kakovosti življenja). | 4,54 | 0,79 |

Razprava in sklepi

Kot prikazuje tabela 5 te naloge, sta obe podskupini starostnikov primerljivi glede spola, starosti, zakonskega stanu in števila bolezni. Predpostavili smo, da vzorec 50 anketiranih ljudi v podskupini zagotavlja reprezentativnost za ustrezno populacijo. Med najpo-

membnejšimi omejitvami raziskave je nestandardiziranost merskega instrumenta – anketnega vprašalnika, ki smo ga sestavili sami in uporabili prvič, in na katerega so anketiranci odgovarjali na osnovi opisno – številске ocenjevalne lestvice. Vemo namreč, da na področju raziskovanja stališč, mnenj, vrednot ipd. veljajo stroga pravila glede merskih instrumentov, ki naj bi bili standardizirani (Kompore, 2004). Druga pomembna omejitev naše raziskave je dejstvo, da ne vemo, ali se povprečni starostniki, ki jih predstavlja kontrolna skupina, že v osnovi na nekaterih področjih ne razlikujejo od starostnikov, vključenih v skupino za samopomoč v lokalni skupnosti. Zadnji bi lahko namreč že v osnovi bili bolj družabni, bolj težili k socialnim odnosom in vključevanju, bili bolj usmerjeni v zunanji svet ipd. Ugotavljanje takšnih dejavnikov bi bilo kompleksno in bolj kot na področje zdravstvene nege spada na področje družboslovnih znanosti. To pomanjkljivost bi lahko odpravili tudi z dvojnimi testiranjem članov skupine za samopomoč: prvič bi jih testirali pred vključitvijo v skupino – takrat bi se njihove ocene kakovosti življenja morale statistično ujemati z rezultati kontrolne podskupine, drugič pa bi jih testirali po dovolj dolgem obdobju obiskovanja skupine za samopomoč. Na ta način bi dokazali, da je skupina za samopomoč res tisti dejavnik, ki izboljšuje kakovost njihovega življenja.

Skupina za samopomoč in splošna ocena kakovosti življenja

Anketiranim starostnikom smo zastavili dve vprašanji, s katerima smo želeli na splošno oceniti kakovost njihovega življenja. Za obe vprašanji smo ugotovili statistično pomembno razliko med kontrolno podskupino in podskupino vključenih v skupino za samopomoč. Prav tako so starostniki, vključeni v skupino za samopomoč, izrazili mnenje, da zaradi skupine bolj uživajo v življenju (povprečna ocena 4,6, SD 0,73) in se zaradi skupine bolje počutijo (povprečna ocena 4,5, SD 0,79). Na osnovi teh rezultatov menimo, da starostniki, vključeni v skupino za samopomoč, na splošno uživajo višjo kakovost življenja. Naša ugotovitev se ujema z mnenjem strokovnjakov na področju socialnega dela. Rezultati naše raziskave pa se ne ujemajo z njihovo oceno, da je kakovost življenja starostnikov v Sloveniji na splošno nizka (Knific, 2001–2002, Kladnik, 2001). Podobno menijo Smith in sod., ki so ugotovili, da sta približno dve tretjini (nemških) starostnikov po 70. letu zadovoljni ali zelo zadovoljni s svojim življenjem (Zupančič, 2004). Prvo delovno hipotezo lahko zavrnamo.

Skupina za samopomoč in število bolezni

Med obema podskupinama nismo dokazali statistično pomembne razlike v številu bolezni. To pripisuje-

mo dejstvu, da bi bil vpliv skupine za samopomoč pod vodstvom medicinske sestre v lokalni skupnosti (najpogosteje patronažne medicinske sestre), ki bi se aktivno in načrtno ukvarjala s preventivo na vseh ravneh, na zdravje starostnikov opazen šele po daljšem času – eno leto prav gotovo ne zadostuje. To še posebej velja za kronične nenalezljive bolezni, ki predstavljajo najpomembnejše javnozdravstvene probleme (srčno-žilne bolezni in maligna obolenja), kjer je pomembna preventiva že od otroštva. Prav tako velja, da je preventiva v starostnem obdobju, ko so številne bolezni že v napredovalih fazah svojega naravnega poteka in puščajo trajne posledice na zdravju, manj učinkovita, kot bi bila prej. Kljub temu smo na podlagi izkušenj pri delu v skupini prepričani, da je skupina starih za samopomoč zelo primerno okolje za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja v lokalni skupnosti, katere nosilka je strokovnjakinja oziroma strokovnjak na področju zdravstvene nege (kar smo natančneje opredelili v uvodnih poglavjih). Pri tem igra pomembno vlogo dinamika skupine – medsebojne interakcije med člani, ko se medsebojno na primer navdušujejo za bolj zdravo in uravnoteženo prehrano ipd. ter strokovno znanje (patronažne) medicinske sestre, ki ji omogoča usmerjanje starostnikov.

Veliko priložnost skupin starih za samopomoč za izboljšanje zdravja vključenih starostnikov vidimo na področju poškodb, ki so prav tako pomemben javnozdravstveni problem v starosti. Z aktivnim delom je namreč mogoče pomembno zmanjšati število nesreč in nezgod, ki doletijo stare ljudi, kar poudarjajo vsi pomembni učbeniki na področju patronažne in gerontološke zdravstvene nege (na primer Fletcher, 2000).

Omeniti moramo še, da je bila naša ocena števila bolezni groba in delna, zato bi bilo smiselno v prihodnjih raziskavah natančneje oceniti zdravstveno stanje anketirancev.

Skupina za samopomoč, socialni odnosi in socialno vključevanje

Pojem socialnih odnosov se nanaša na kakovost in zadovoljstvo s socialnimi stiki z drugimi ljudmi (kvalitativni vidik), socialno vključevanje pa na kvantiteto teh stikov. Obema vidikoma smo pri sestavi anketnega vprašalnika posvetili veliko število vprašanj, in sicer zaradi njunega bistvenega vpliva na kakovost življenja in zaradi tega, ker ima skupina starih za samopomoč (vsaj na videz) veliko opraviti s socialnimi odnosi in socialnim vključevanjem.

Ugotovitve novjših znanstvenih raziskav o socialnem razvoju starostnikov kažejo, da so ti razmeroma visoko integrirani v družbo, vsaj glede na pokazatelje količine socialne opore, ki jo dajejo in prejema-jo, glede obsega socialne mreže in razmeroma nizke pogostnosti izkušnje osamljenosti. Posamezniki v sta-

rosti obdržijo nekatere pomembne socialne vloge, čeprav se njihovi socialni odnosi iz predhodnega obdobja tudi spreminjajo, in sicer tako glede količine kot glede kakovosti. Večinski delež starostnikov zadrži količino socialnih stikov in dejavnosti v svojih socialnih vlogah tudi v pozni odraslosti, pri čemer ostajajo bolj stalni odnosi med starostnikom in družinskimi člani kot s prijatelji in znanci. S psihološkega vidika je dostopnost drugih ljudi, pogostost socialnih stikov z njimi, instrumentalna in čustvena opora, manj pomembna kot starostnikova zaznava in ocena kakovosti teh socialnih odnosov (Zupančič, 2004). Ugotovili smo, da so na splošno starostniki, vključeni v skupino starih za samopomoč, bolj zadovoljni z odnosi, ki jih imajo z drugimi ljudmi, kot splošna populacija starostnikov, prav tako se čutijo bolje sprejete s strani drugih ljudi. Ti starostniki pa nimajo manj težav s sorodniki, drugi ljudje ne upoštevajo bolj njihovega mnenja, prav tako pa jim »ne gre na živce« nič manj ljudi in se ne razumejo bolje z ljudmi kot starostniki iz kontrolne skupine. Skupina starih za samopomoč torej pozitivno, a delno vpliva na subjektivno oceno socialnih odnosov (kvalitativni vidik socialnih stikov – kakovost in zadovoljstvo s socialnimi stiki). To ugotovitev lahko pojasnimo z dejstvom, da je zaznavanje in ocenjevanje kakovosti socialnih stikov v veliki meri odvisno od v starost prinešenih osebnostnih lastnosti starostnika in od preteklih, starih odnosov, ki so oblikovani in stalni, in na katere skupina za samopomoč ne more več odločilno vplivati. Prav tako posamezniki pri različnih referenčnih osebah zaznajo različno stopnjo socialne opore. Najbolj zaželen vir opore so intimni partnerji. Starostnice in starostniki v povprečju najprej iščejo oporo pri partnerju in jo največkrat tudi dobijo. Z naraščajočo starostjo verjetnost življenja v partnerskem odnosu upada, zlasti med ženskami. V takih okoliščinah starostniki največkrat iščejo oporo pri svojih odraslih otrocih, nato pridejo na vrsto prijatelji (Zupančič, 2004).

Socialni odnosi kažejo na povezanost starejših ljudi z domačim okoljem in sorodniki. Zato je potrebno spodbujati ljudi k ohranjanju stikov in dobrih odnosov s svojci, ker so oni pogosto prvi in pomemben člen v socialni verigi. Prijateljski odnosi prispevajo k zadovoljstvu z življenjem v starosti, ker so starejši pogosto navezani na preteklost in spomine. Prijatelji pomagajo v kriznih situacijah, načrtovanju prihodnosti in lažjem sprejemanju odhoda (Kobentar, 2004). Skupina za samopomoč je mesto, kjer se srečujejo prijatelji, zato njen pomen na tem področju ni zanemarljiv.

Nasprotno smo ugotovili statistično pomembno razliko pri vseh vprašanjih, ki se nanašajo na subjektivno oceno socialnega vključevanja (kvantitativni vidik socialnih stikov). V skupino vključeni starostniki so redkeje osamljeni, imajo več prijateljev in znancev, so bolj zadovoljni s količino stikov, ki jih imajo

z drugimi ljudmi. Skupina za samopomoč torej pomembno vpliva na subjektivno oceno socialnega vključevanja (kvantitete socialnih stikov).

Naša ugotovitev glede količine socialnih stikov se ujema z mnenji strokovnjakov s področja socialnega dela, ki v skupini za samopomoč vidijo pomembno nadomestno socialno mrežo in mesto pristnih človeških stikov, kjer imajo starostniki pomembno mesto v primarnih socialnih skupinah, v katerih se odvija njihovo življenje (Kladnik, 2002 in Kladnik, 2003). Jasno je, da vključeni v skupino za samopomoč v njej spoznajo nove ljudi, ki z njimi delijo številne skupne izkušnje, pridobijo nove prijatelje in znance in obogatijo svojo socialno mrežo.

Skupina za samopomoč in zadovoljstvo z zdravjem, sluhom in vidom

Starostniki, vključeni v skupino za samopomoč, so bolj zadovoljni s svojim zdravjem kot povprečna populacija, ob tem da imajo v povprečju (čeprav ne statistično pomembno) nekoliko več bolezni. V skupinah starih za samopomoč se pogosto pogovarjamo o zdravju in ohranjanju zdravja v najširšem smislu ter delimo izkušnje v zvezi s posameznimi boleznimi. Sklepamo torej, da boljše poznavanje bolezni in zdravja, pogovor o zdravstveni tematiki in seznanjanje z izkušnjami drugih nižajo raven strahu, tesnobnosti in nezadovoljstva ter tako večajo zadovoljstvo z lastnim zdravjem (na primer Allender, 2001b). Čeprav skupina za samopomoč ne vpliva na število bolezni, pozitivno deluje na subjektivno oceno zdravja.

Glede zadovoljstva s sluhom in vidom med starostniki, vključenimi v kontrolno podskupino in podskupino vključenih, nismo ugotovili pomembnih razlik. Menimo, da je to posledica dejstva, da prizadetost vida ali sluha zelo neposredno prizadene starostnika v številnih vsakodnevnih aktivnostih, saj sta ta dva čuta neobhodno potrebna za normalne interakcije starostnika z zunanjim svetom. Večina drugih (zlasti kroničnih) zdravstvenih težav namreč ne vpliva tako moče na celotno delovanje starostnika.

Skupina za samopomoč in zadovoljstvo s finančnim stanjem

Anketirani starostniki so v povprečju relativno zadovoljni s svojim finančnim stanjem (povprečna ocena 3,0 pri vključenih in 2,8 pri kontroli), med obema podskupinama starostnikov pa nismo našli statistično pomembne razlike. Skupina starih za samopomoč ne vpliva na zadovoljstvo starostnikov s finančnim stanjem, kar potrjuje tudi mnenje v skupino vključenih starostnikov (povprečna ocena vpliva na finančno stanje 1,9).

Povezava z metodo procesa zdravstvene nege

Zaradi praktične uporabnosti navajamo primere negovalnih diagnoz po Gordonovi in NANDA, pri katerih je po našem mnenju za starostnika – varovanca koristna negovalna intervencija vključitev v skupino starih za samopomoč, ker lahko upravičeno pričakujemo njeno pozitivno učinkovanje. Seveda je v tem primeru potrebno delo v skupini delno prilagoditi in se posvetiti starostnikovim specifičnim težavam.

Primeri:

- Neučinkovito vzdrževanje zdravja.
- Neučinkovito obvladovanje terapevtskih predpisov.
- Znanje, pomanjkljivo.
- Osamljenost, nevarnost za osamljenost.
- Samospoštovanje, nizko zaradi določene situacije.
- Nemoč, nevarnost za nemoč.
- Socialna izolacija (odklanjanje stikov) (Gordon, 2004).

Odločitev, da bo medicinska sestra v lokalni skupnosti starostniku predlagala vključitev v skupino starih za samopomoč, ni odvisna samo od negovalnega problema oziroma negovalne diagnoze, ampak še od številnih drugih pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na vrednotenje dane situacije in jih sistematično zajema proces zdravstvene nege. Ne smemo zanemariti tudi drugih negovalnih intervencij, ki bi mogoče delovale boljše ali hitreje.

Literatura

1. Adamič Š. Temelji biostatistike. Partizanska knjiga, Ljubljana 1989.
2. Allender JA, Spradley BW (eds). Community Health Nursing (concepts and practice). Lippincott, 2001.
3. Anon. Usposabljanje in izobraževanje za vodenje medgeneracijskih skupin starih za samopomoč (dodatno gradivo). Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije; 2001–2002.
4. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over (povzetek). *Int J Aging Hum Dev* 2003; 56: 269–306.
5. Fletcher K, Westley CJ. Elder health. In: Stanhope M, Lancaster J. Community & Public Health Nursing. Mosby, 2000: 597–612.
6. Gordon M. Negovalne diagnoze – priručnik. Radizel: Rogina; 2004.
7. Hendry F, McVittie C. Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people (povzetek). *Qual Health Res* 2004; 14: 961–75.
8. Kladnik T. Razvoj in pomen projekta »skupine starih ljudi za samopomoč« v Sloveniji. *Prepletanja* 2002; 1: 11–4.
9. Kladnik T. Skupine za samopomoč – prostor za zadovoljevanje nematerialnih potreb starih ljudi. *Prepletanja* 2003; 8: 11–7.
10. Knific B (ed). Usposabljanje in izobraževanje za vodenje medgeneracijskih skupin starih za samopomoč (zbornik izbranih tem). Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije; 2001–2002.
11. Kobentar R. Socialni odnosi v starosti. *Prepletanja* 2004; 11: 7–9.
12. Kompare A, Stražičar M, Vec T et al. Psihologija – spoznanja in dileme. DZS Ljubljana, 2004: 26–35.
13. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM (eds). Fundamentals of nursing (concepts, process, and practice). Addison-Wesley, 1998.
14. McKevitt C, Redfern J, La-Placa V, Wolfe CD. Defining and using quality of life: a survey of health care professionals (povzetek). *Clin Rehabil* 2003; 17: 865–70.
15. Redfern SJ, Ross FM (eds). Nursing older people. Churchill Livingstone, 1999.
16. www.atsqol.org. januar, 2005: Quality of Life.
17. Zupančič M. Pozna odraslost. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M (eds). Razvojna psihologija. Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani; 2004: 757–803.