

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

**PRIMERJAVA VZGOJNE FUNKCIJE
PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE V SKRBI ZA
ZDRAVJE POSAMEZNIKA V RAZLIČNIH
KULTURNIH IN SOCIALNIH OKOLJIH**

(Magistrsko delo)

Maribor, 2011

Sandra Gaber Flegar

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

Mentorica: red. prof. dr. Majda Pšunder

PRIMERJAVA VZGOJNE FUNKCIJE PATRONAŽNE MEDICINSKE V SKRBI ZA ZDRAVJE POSAMEZNIKA V RAZLIČNIH KULTURNIH IN SOCIALNIH OKOLJIH

POVZETEK

Patronažna medicinska sestra pri svojem delu vstopa v posameznikovo domače okolje in tako spozna njegov vpliv na zdravje posameznika, družine in skupnosti. Vse, kar pri neposrednem stiku z domačim okoljem spozna, lahko koristno uporabi pri načrtovanju vzgoje za zdravje posameznika, družine in skupnosti. Z vključevanjem patronažnih medicinskih sester v skrb za zdravje posameznikov in z zadovoljevanjem njihovih potreb po zdravstveni negi se ponujajo tudi možnosti za vpeljavo izboljšav na tem področju. V magistrskem delu smo predstavili vzgojno funkcijo patronažne medicinske sestre in z raziskavo ugotavljali posebnosti pri obravnavi posameznikov v kulturno in socialno različnih okoljih – pri osnovni in romski populaciji. Ugotavljali smo tudi, ali imajo patronažne medicinske sestre dovolj znanja in spretnosti, da lahko vplivajo na posameznikov način razmišljanja, s čimer posredno vplivajo na spremembe v družini in skupnosti, ter ali patronažne medicinske sestre izkazujejo različne delovne pristope v vzgojni funkciji glede na obravnavo populacije.

Raziskovalna metodologija. Uporabili smo kvantitativno deskriptivno in kavzalno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Za kvantitativne podatke in grafični prikaz rezultatov je bil uporabljen program Microsoft Excel. S pomočjo Chi-Square Testa smo izračunali P-vrednost ($\text{Sig} < 0,05$) za vrednotenje zastavljenih hipotez. V raziskavo je bilo vključenih 24 patronažnih medicinskih sester (PMS) iz Zdravstvenega doma Murska Sobota, 50 posameznikov iz osnovne populacije in 50 posameznikov iz

romske populacije, ki so bili v stiku s patronažno službo in živijo na širšem geografskem območju Upravne enote Murska Sobota. Za tehniko zbiranja podatkov smo uporabili prilagojen anketni vprašalnik s trditvami o pomenu vključenosti PMS v skrb za zdravje posameznika in o njeni vzgojni funkciji.

Rezultati. Osnovna populacija za razliko od romske ni bolj osveščena v skrbi za zdravje. Romski posamezniki so izkazali potrebo po vključenosti patronažne medicinske sestre tudi v času zdravja, posamezniki osnovne populacije pa ne. Večina patronažnih medicinskih sester je bila mnenja, da morajo prilagajati svoje delovne naloge v zvezi z vzgojno funkcijo v skrbi za zdravje posameznika glede na vključenost v različna okolja. Oboji posamezniki bi se v večini udeleževali predavanj na tematiko o izboljšanju zdravja in skrbi zanj, obenem so oboji pozitivno ocenili znanje patronažnih medicinskih sester kot izvajalk tovrstnih predavanj.

Sklep. Vključenost v skrb za zdravje posameznika in vzgojna funkcija patronažne medicinske sestre pri povečanju tovrstne skrbi, sta potrebni in zaželeni tako pri osnovni kot pri romski populaciji. Posamezniki obeh sodelujočih skupin so bili enotnega mnenja, da zase in za svoje zdravje ne skrbijo dovolj dobro in potrebujejo nasvete, zato si želijo predavanj na temo zdravja ter odlično ocenjujejo sposobnosti patronažnih medicinskih sester pri njihovi izvedbi. Patronažne medicinske sestre so ocenile potrebo po različnih pristopih v delovnih okoljih in romskih posameznikov niso ocenile kot odklonilnih do sprejemanja nasvetov. Učinkovito bi bilo izpeljati obsežnejšo raziskavo obravnavanega problema, tako da bi vključili udeležence podobnih skupin v preostalih regijah slovenskega prostora. Glede na rezultate pa bi bilo potrebno oblikovati poenoten model izvajanja aktivnosti in ukrepov v patronažni zdravstveni negi z osrednjim ciljem izboljšati odnos do lastnega zdravja tako pri osnovni kot tudi romski populaciji, upoštevajoč seveda regijske, kulturne in socialne raznolikosti.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, vzgojna funkcija, skrb za zdravje, kulturna in socialna različnost okolij, romska populacija.

COMPARISON OF THE COMMUNITY NURSE'S EDUCATIONAL FUNCTION IN HEALTH CARE FOR INDIVIDUALS IN VARIOUS CULTURAL AND SOCIAL ENVIRONMENTS

ABSTRACT

Community nurses enter in their work the individual's home environment and thus learn about the impact of this environment on the health of individuals, families, and communities. Everything the community nurses learn through direct contact with the home environment, is usefully used when planning the health education for healthy individuals, families and communities. With the involvement of community nurses in the health care of individuals and meeting their health care needs, opportunities to introduce improvements in this area are at hand. In this Master's thesis, we have presented the educational function of community nurses and researched the specificities in the treatment of individuals with various cultural and social contexts – in general and Roma populations. We have also researched whether community nurses have sufficient knowledge and skills so that they can affect individuals' way of thinking and thus influence the changes in their families and communities. Furthermore, we have researched whether community nurses show various working approaches in their educational function according to the treatment of the population.

Research Methodology. We have used quantitative descriptive and causal non-experimental method of research. For quantitative data and graphical presentation of the results, Microsoft Excel was used. Using the Chi-Square Test, we have calculated the P value (Sig < 0.05) to evaluate the set hypotheses. The study included 24 community nurses (CN) from the Health Centre Murska Sobota, 50 individuals from the general population, and 50

individuals from the Roma population, who have been in contact with the home care service and are living on a large geographical area of the administrative unit of Murska Sobota. For the data collection technique, we have used an adjusted questionnaire with the statements about the importance of the inclusion of CN in the care of the individual's health and its educational function.

Results. The general population, unlike the Roma population, is not more aware of health issues. The Roma individuals have demonstrated the need for involvement of the community nurses also in time of health, while the individuals of the general population have not. Most community nurses believed that they must adjust their work duties in connection with the educational function in protecting the health of the individuals according to the involvement in various environments. Both types of individuals would mainly attend the lectures on health improvement and health care improvement – while both have positively assessed the knowledge of community nurses as providers of such lectures.

Conclusion. The involvement in and the educational function of community nurses in enhancing health care in individuals (general or Roma population) are necessary and desirable in general, as well as in the Roma population. Individuals of both participating groups were of the same opinion, i.e. that they do not take enough care of themselves and their own health, and need advice in this area. Thus, they want lectures on health issues and assess the abilities of community nurses in the implementation of lectures, excellently. Community nurses have assessed the need for various approaches in their work environments, and have not assessed the Roma individuals as not wanting to accept advice. It would be effective to perform an extensive research of the discussed problem – with the involvement of participants of similar groups in other regions of

Slovenia. According to the results, it would be necessary to create a unified (taking into account the regional, cultural, and social diversities) model of the performance of activities and measures in home care service with the central objective on improving the relation to one's own health – whether in general or in the Roma population.

Key words: community nurse, educational function, health care, cultural and social diversities of backgrounds, the Roma population.

KAZALO

KAZALO VSEBINE

POVZETEK.....	II
ABSTRACT.....	V
1 UVOD.....	1
2 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO	4
2.1 Patronažna služba v skrbi za posameznika in družino.....	5
2.2 Patronažna služba v skrbi za skupnost	6
3 VZGAJANJE ZA ZDRAVJE V DRUŽBI.....	9
3.1 Promocija zdravja.....	9
3.2 Zdravstvena vzgoja in vzgoja za zdravje	11
3.2.1 Formalna vzgoja za zdravje	12
3.2.2 Neformalna vzgoja za zdravje in vloga družine v vzgojni funkciji.....	13
3.3 Socialni marketing, javnozdravstveni pristopi in ukrepanja.....	14
3.4 Vzgojna funkcija patronažne medicinske sestre	16
3.4.1 Pomen podpore posamezniku v skrbi za lastno zdravje znotraj vzgojne funkcije	18
3.4.2 Pomen sodelovanja med patronažno medicinsko sestro in posameznikom znotraj vzgojne funkcije	20
3.4.3 Model prepričanja o zdravju.....	22
3.5 Vpliv življenjskega sloga na zdravje.....	23
4 SOCIALNO OKOLJE IN KULTURE.....	25
4.1 Raznolikost socialnega okolja in kulture v družbi.....	25
4.2 Romska skupnost znotraj družbe.....	27
4.2.1 Pravni položaj romske skupnosti v slovenskem prostoru	28
4.2.2 Romi in zdravje.....	29
5 NEENAKOST – OVIRA NA POTI DO ZNANJA ZA ZDRAVJE.....	31
5.1 Neenakosti v zdravju in družbene vrednote	31
5.2 Socialna izključenost in revščina	32
6 ZNANJE ZA LASTNO ZDRAVJE	34
6.1 Motivacija kot aktivnost za doseganje sprememb v vedenju.....	34
6.2 Pomen podpornega komuniciranja v zdravstveni negi	35
7 RAZISKAVA.....	38

7.1	Namen raziskave	38
7.2	Cilji.....	38
7.3	Raziskovalna vprašanja	39
7.4	Hipoteze.....	39
7.5	Raziskovalna metodologija	40
7.6	Raziskovalni vzorec	41
7.6.1	Opis vzorca PMS	42
7.6.2	Opis vzorca OP	44
7.6.3	Opis vzorca RP	46
7.7	Raziskovalno okolje	48
7.8	Etični vidik.....	48
7.9	Čas poteka raziskave.....	48
7.10	Predpostavke in omejitve v raziskavi	49
8	REZULTATI RAZISKAVE IN INTERPRETACIJA	50
8.1	Družinska medicinska sestra in zaupanje	51
8.1.1	Trditev 1 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	51
8.1.2	Trditev 1 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	52
8.2	Potreba po obiskih patronažne službe v času zdravja	53
8.2.1	Trditev 2 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	53
8.2.2	Trditev 2 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	54
8.3	Organiziranost predavanj o zdravem načinu življenja v lokalni skupnosti.....	55
8.3.1	Trditev 3 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	55
8.3.2	Trditev 3 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	56
8.4	Udeležba na predavanjih v lokalni skupnosti.....	57
8.4.1	Trditev 4 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	57
8.4.2	Trditev 4 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	58
8.5	Ocena znanja PMS	59
8.5.1	Trditev 5 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	59
8.5.2	Trditev 5 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	60
8.6	Izvajanje vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre	61
8.6.1	Trditev 6 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	61
8.6.2	Trditev 6 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	62
8.7	Zavračanje poučevanja in nepripravljenost na spremembe	63
8.7.1	Trditev 7 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	63
8.7.2	Trditev 7 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	64
8.8	Koristnost nasvetov patronažne medicinske sestre	65
8.8.1	Trditev 8 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	65
8.8.2	Trditev 8 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	66
8.9	Raznolikost v sprejemanju nasvetov.....	67
8.9.1	Trditev 9 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	67
8.9.2	Trditev 9 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	68
8.10	Obravnava posameznika s strani patronažne medicinske sestre... 	69
8.10.1	Trditev 10 iz anketnega vprašalnika pri PMS.....	69

8.10.2 Trditev 10 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP.....	70
8.11 Vrednotenje zastavljenih hipotez.....	72
8.11.1 Vrednotenje hipoteze – H 1.....	72
8.11.2 Vrednotenje hipoteze – H 2.....	73
8.11.3 Vrednotenje hipoteze – H 3.....	74
9 RAZPRAVA.....	75
10 SKLEP.....	84
11 LITERATURA IN VIRI.....	87
PRILOGE.....	1
ZAHVALA.....	5

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Rezultati vzorcev OP in RP – Družinska medicinska sestra in zaupanje	52
Graf 2: Rezultati vzorcev OP in RP – Potreba po obiskih patronažne službe v času zdravja	54
Graf 3: Rezultati vzorcev OP in RP – Organiziranost predavanj o zdravem načinu življenja v lokalni skupnosti	56
Graf 4: Rezultati vzorcev OP in RP – Udeležba na predavanjih v lokalni skupnosti.....	58
Graf 5: Rezultati vzorcev OP in RP – Ocena znanja PMS	60
Graf 6: Rezultati vzorcev OP in RP – Izvajanje vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre	62
Graf 7: Rezultati vzorcev OP in RP – Zavračanje poučevanja in nepripravljenost na spremembe	64
Graf 8: Rezultati vzorcev OP in RP – Koristnost nasvetov patronažne medicinske sestre	66
Graf 9: Rezultati vzorcev OP in RP – Raznolikost v sprejemanju nasvetov	68
Graf 10: Rezultati vzorcev OP in RP – Obravnava posameznika s strani patronažne medicinske sestre	70

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis vzorca PMS: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na starost	42
Tabela 2: Opis vzorca PMS: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na izobrazbo	42
Tabela 3: Opis vzorca PMS: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na delovno dobo v patronažnem varstvu	43
Tabela 4: Opis vzorca OP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na starost	44
Tabela 5: Opis vzorca OP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na spol	45
Tabela 6: Opis vzorca OP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na izobrazbo	45
Tabela 7: Opis vzorca RP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na starost	46
Tabela 8: Opis vzorca RP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na spol	47
Tabela 9: Opis vzorca RP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na izobrazbo	47
Tabela 10: Rezultati vzorca PMS – Družinska medicinska sestra in zaupanje	51
Tabela 11: Rezultati vzorca PMS – Potreba po obiskih patronažne službe v času zdravja	53
Tabela 12: Rezultati vzorca PMS – Organiziranost predavanj o zdravem načinu življenja v lokalni skupnosti	55
Tabela 13: Rezultati vzorca PMS – Udeležba na predavanjih v lokalni skupnosti	57
Tabela 14: Rezultati vzorca PMS – Ocena znanja PMS	59
Tabela 15: Rezultati vzorca PMS – Izvajanje vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre	61
Tabela 16: Rezultati vzorca PMS – Zavračanje poučevanja in nepripravljenost na spremembe	63
Tabela 17: Rezultati vzorca PMS – Koristnost nasvetov patronažne medicinske sestre	65
Tabela 18: Rezultati vzorca PMS – Raznolikost v sprejemanju nasvetov	67

Tabela 19: Rezultati vzorca PMS – Obravnava posameznika s strani patronažne medicinske sestre.....	69
Tabela 20: Rezultati vzorcev OP in RP – Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na populacijo	71
Tabela 21: H 1: Vzorec iz osnovne populacije je bolj osveščen o skrbi za lastno zdravje kot vzorec romske populacije.	72
Tabela 22: H 2: Vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre.	73
Tabela 23: H 3: Vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji v skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo. ..	74

1 UVOD

Človek običajno postavlja med svoje najvišje vrednote prav zdravje (Zaletel - Kragelj et al., 2008, str. 1). Vsak posameznik pa je tudi dolžan skrbeti za svoje zdravje, kar narekuje Zakon o pacientovih pravicah, ki navaja, da je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe posameznik dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja (ZPacP, 54. člen).

Zdravstvena vzgoja si prizadeva, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejel zdravje za največjo vrednoto, da bi izoblikoval pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničil (Hoyer, 2005, str. 1). Prav z vzgojo je mogoče razviti dedne zasnove v sposobnosti, spreminjati okolje in vzgojiti človeka z razvito zavestjo o sebi, ki je sposoben spreminjati samega sebe in družbo (Hoyer, 2005, str. 57). Ista avtorica navaja tudi pomembnost poznavanja dejavnikov, ki pozitivno vplivajo na zdravje pri posamezniku (prav tam, str. 57). Pri tem pa je pomembno tudi, kako posameznik sam razmišlja, kaj mu pomeni zdravje in kaj je pripravljen sam spremeniti, da bo povečal lastno skrb zanj. In to nam predstavlja vprašanja, na katera že dlje časa iščemo odgovore bodisi z raziskovanjem bodisi z lastnim razmišljanjem.

Med medicinsko sestro in posameznikom se razvije profesionalen partnerski odnos. Le-ta se osredotoča na tri najpomembnejše iztočnice: iskanje in spoznavanje potencialnih partnerjev, vabljenje k partnerstvu in izvajanje partnerstva (Courtney et al., 1996, str. 178). Te iztočnice se med seboj soodvisno prepletajo in stopnjujejo skozi več ravni procesa (Dumić et al., 2009, str. 312).

Neučinkovite socialne in ekonomske razmere lahko dodatno obremenjujejo družbene vrednote in tudi prepričanja prikrajšanih skupin prebivalcev

(Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 86). Isti avtorji navajajo, da v naši sredini prav Romi sodijo med t. i. prikrajšane skupine prebivalcev, saj je njihov način življenja tesno povezan z njihovimi socialnimi in ekonomskimi razmerami, posledično pa je s tem povezano tudi njihovo zdravstveno stanje (prav tam, str. 86).

Neenakosti v zdravju obstajajo tudi med regijami. Kot primer medregijske neenakosti so omenjeni prebivalci pomurske regije, ki predstavljajo ogroženo skupino na področju zdravja, kar naj bi se odražalo v krajši pričakovani življenjski dobi v primerjavi z osrednjo Slovenijo. V tem kontekstu gre pripisati vzrok predvsem nižji izobrazbi, brezposelnosti in starosti ter pri Romih še pripadnosti romski populaciji (Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2008, str. 5).

Toda pripadnost romski populaciji ne predstavlja vedno zavračanja vključevanja patronažne medicinske sestre v skrb za zdravje posameznikov in njihovih družin ter s tem vpliva na spremembe življenjskega sloga. Lastna opažanja govorijo v prid ravno romski populaciji na Goričkem v Prekmurju, kjer se pogosto izkaže večja dojemljivost in pripravljenost na spremembe v primerjavi z osnovno populacijo. Na podlagi tega je bila zasnovana tudi namera za oblikovanje raziskovalnega problema in izpeljavo raziskave.

Pripadnikom romske populacije je z Zakonom o romski skupnosti v Republiki Sloveniji (ZRomS-1, 2. člen) zagotovljeno uresničevanje posebnih pravic. Področja, v katera so pravice vpete, so: izobraževanje, kultura, zaposlovanje, urejanje prostora in varstva okolja. Prav tako sem sodijo tudi posebne pravice iz zdravstvenega in socialnega varstva, obveščanja in soodločanja v javnih zadevah. S temi pravicami imajo pripadniki romske populacije tudi večjo možnost uspešnega vključevanja v družbo, obenem pa prevzemajo odgovornost in s tem tudi aktivno skrb za svoj razvoj (ZRomS-

1, 2. člen). Zaradi tega tako vidimo priložnost za povečanje skrbi za lastno zdravje posameznika, kar lahko vpliva tudi na zdravje družine in skupnosti.

Patronažna medicinska sestra izvaja vzgojno funkcijo z zdravstvenim varstvom na domu in s programiranim zdravstvenovzgojnim delom v širši skupnosti, kot to opredeljuje Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998). Na tem področju je velik poudarek na ustrezni motivaciji posameznika, družine in skupnosti, ki mora biti individualno prilagojena različnim družbenokulturnim značilnostim prebivalstva in s tem prevzema vse večje prizadevanje in skrb za krepitev in vzdrževanje lastnega zdravja (Ur. l. RS, št. 19/1998).

Vse naštetu pogojuje pristop patronažne medicinske sestre v obravnavi posameznikov, saj mora biti prilagojen potrebam ljudi po zdravstveni negi in doseči svoj namen preko pozitivnega vpliva na maksimalno sodelovanje posameznika v skupni skrbi za lastno zdravje.

2 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Delovno področje patronažne medicinske sestre je v Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998) opredeljeno kot patronažno varstvo zavarovancev na njihovem domu in v lokalni skupnosti.

Patronažna medicinska sestra tako aktivno skrbi za zdravstveno stanje varovancev na določenem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja in spodbuja zavarovance k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin (Ur. l. RS, št. 19/1998). Vendar pa je pri tem potrebno omeniti tudi to, da na obseg in vrsto zdravstvene nege patronažnega varstva v Sloveniji vsekakor vplivajo družbene spremembe (Zavrl Džananović, 2010, str. 124).

Vloga patronažnega varstva je zelo aktualna tudi zato, ker se razsežnosti vesplošne krize večajo in se posledično slabšajo socialne razmere. Omenjeno se najpogosteje opazi šele za zaprtimi vrati domov, kamor patronažna medicinska sestra vstopa (Saucier Lundy in Janes, 2009, str. 19).

Patronažna medicinska sestra si s patronažno zdravstveno nego prizadeva doseči cilje (Rajkovič in Šušteršič v: Šušteršič et al., 2006, str. 249):

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo okolje in izboljšano okolje,
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja,

- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranja.

2.1 Patronažna služba v skrbi za posameznika in družino

Medicinske sestre največkrat obravnavajo posameznika, ki je običajno član svoje družine, in že na ta način nehote vstopijo v družinsko življenje, opisujeta Škerbinek in Kogovšek (2002, str. 131). Prav tako navajata, da je družina sistem odnosov, ki jih imajo ti ljudje med seboj. Za vsak sistem pa je značilno, da sprememba pri vsakem posamezniku zahteva spremembo tudi pri vseh ostalih, saj se v nasprotnem primeru sistem ne razvija, nazaduje in v skrajnem primeru tudi razpade (prav tam, 2002, str. 132).

Za osnovno nalogo patronažne medicinske sestre navaja Šlajmer Japelj (2007, str. 49) vzdrževanje in izboljšanje zdravja družin ter pomoč v stresnih situacijah. Poglobljeno individualno in družinsko obravnavo zahtevajo predvsem prednostne skupine prebivalstva zaradi svojih bioloških lastnosti (novorojenčki, dojenčki, šolarji, nosečnice, starostniki itd.), zaradi spremenjenih pogojev življenja in socialne ogroženosti (priseljenci, brezdomci itd.) ter zaradi zdravstvene ogroženosti (invalidi in kronični bolniki itd.) in drugo (Ur. l. RS, št. 19/1998).

Delovanje medicinske sestre v skrbi za družine je večplastno. Družinska medicinska sestra spremlja družine skozi različne vloge. Te vloge so (International Council of Nurses v: Urbančič, 2002, str. 126): zdravstvena vzgojiteljica, izvajalka zdravstvene nege in supervizorka, družinska zagovornica, medicinska sestra, ki na novo odkriva obolenja in zdravstvene težave, in epidemiologinja, raziskovalka, menedžerka in usklajevalka,

svetovalka, sogovornica in medicinska sestra, ki sodeluje pri spreminjanju in doseganju zdravega okolja.

Parfitt in Cornish (2007, str. 1720) sta v svoji raziskavi poskušali predstaviti uspešno vpeljevanje »modela družinske zdravstvene nege« v mestu Tajikistan. Isti avtorici navajata, da so bile t. i. »družinske medicinske sestre« uspešne pri implementaciji nove prakse. Prav tako se je izkazalo, da prav medicinske sestre zmorejo poiskati prave rešitve za probleme družin.

Medicinske sestre, ki imajo znanje, ki poznajo delovanje različnih oblik družin in ki imajo osvojene spretnosti, lahko spodbujajo zdravje družin, družinske povezanosti, oblike in naloge v družinah ter pozitivno družinsko dinamiko. Vse to pa prispeva k zdravju (Urbančič, 2002, str. 126).

2.2 Patronažna služba v skrbi za skupnost

Številne ovire je potrebno še premagati, preden se bo pristop javnega zdravstva v celoti razvil znotraj patronažne zdravstvene nege (Winters et al., 2007, str. 623). Yoshioka-Maeda s sodelavci (2006, str. 819) v študiji o veščinah in strokovnosti medicinskih sester v javnem zdravstvu ter o ugotavljanju njihovih namer uporabe tega pri ustvarjanju novih projektov ugotavlja, da bi medicinske sestre lahko prepoznavale zdravstvene probleme v lokalni skupnosti in s tem omogočale razvijanje novih aktivnosti zdravstvene nege za posameznika.

Radzyminski (2007, str. 42) navaja, da igra zdravstvena nega ključno vlogo pri izboljšanju zdravja populacije in dostopnosti zdravstvenega sistema glede upravičenosti pričakovanj populacije. Promocija zdravja in preventiva bolezni, temelječa na zdravem slogu življenja in obnašanja, sta

temelja, na katerih je Florence Nightingale osnovala profesijo pred skoraj 200 leti. Zdravstvena nega lahko koristno uporabi zdravje populacije kot ogrodje z osredotočenjem na (Radzyminski, 2007, str. 42-44):

1. neposredni izid, vključno z zmanjšanjem dejavnikov tveganja, s povečanjem ugodnega bivanja, učinkovite najvišje organizacijske in okoljske spremembe;
2. vmesni izid, vključno z ohranitvijo ter zagovarjanjem zdravega sloga življenja, z izboljšanjem sposobnosti, pripravnosti in samozavesti, z izboljšanjem dobrega mnenja o samem sebi in svoje zmogljivosti ter z zmanjšanje obiskov pri zdravniku;
3. končni izid, vključno z zmanjšanjem bolezni (pogostosti bolezni) in s podaljšanjem življenja.

Pri izobraževanju za zdravo življenje mora tim v osnovnem zdravstvu odigrati svojo vlogo, tako da jo širi na družine pacientov in skupnost (Acceto et al., 1998, str. 16). Isti avtorji o tej vlogi izjavljajo, da so zdravstveni delavci moderatorji, oblikovalci javnega mnenja in vseh stvari, ki vplivajo na zdravje (prav tam, str. 16). Odločitev za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga je povsem prostovoljna, vendar pod vplivom socialnega okolja (prav tam, str. 15). Krajnc in Krajnc navajata (2005, str. 222), da bi morale biti medicinske sestre, ki delujejo v lokalni skupnosti, seznanjene tudi s konceptom skupin za samopomoč, ker je ta na njihovem strokovnem področju zelo uporaben in bi ga bilo smiselno integrirati v prakso, saj svojim članom zagotavlja številne koristi in prednosti.

Poleg tega pa je v skrbi patronažne medicinske sestre za skupnost potrebno omeniti tudi vlogo medicinske sestre v javnih medijih. Karoli (2007, str. 21) omenja, da so javni mediji pomemben del našega življenja, prav tako pa tudi skrb za zdravje. Skrb opredeljuje kot tradicionalno domeno žensk in omenja, da tudi zdravstveno nego izvajajo predvsem ženske. Tako

so medicinske sestre prisotne v vseh fazah življenja (prav tam, str. 21). Karoli (2007, str. 23) v svoji raziskavi opisuje raziskavo, v kateri je bilo ugotovljeno, da se je pojavljanje medicinskih sester v javnih medijih močno povečalo, prav tako je večja prepoznavnost poklica, ugotovljeno je tudi, da se medicinske sestre uveljavljajo. Na ta način pa seveda lahko učinkoviteje prispevajo k spremembam skrbi za zdravje tudi v skupnosti. Kot navaja Pajnkihar (1999, str. 23), podoba medicinske sestre ne zahteva ozke profesionalnosti, ampak poudarja široko razumevanje in sodelovanje medicinskih sester pri izboljšanju zdravja ljudi.

3 VZGAJANJE ZA ZDRAVJE V DRUŽBI

Ključne vrednote promocije zdravja, kot navajajo Zaletel - Kragelj in sodelavci (2007, str. 294-5), so: opolnomočenje ljudi za skrb za svoje zdravje, socialna pravičnost, socialna vključenost in spoštovanje različnosti (različni pogledi na zdravje, pogojeni z različnostjo kultur). Hoyerjeva omenja, da je odnos do zdravja in bolezni bil in vedno je zelo pomemben dejavnik razvoja ter obstoja posameznika in družbe, ki potrebuje zdrave člane (2005, str. 56).

Ustava Republike Slovenije v 2. členu opredeljuje državo kot pravno in socialno, kar zavezuje državne organe, da omogočijo uresničevanje socialnih interesov prebivalstva, med katere sodi tudi zdravstveno varstvo (Kvas in Seljak, 2004, str. 15). Sistem zdravstvenega varstva pa naj bi omogočil uresničevanje pravice državljanov do ustrezne ravni zdravja (prav tam, str. 15). Poleg tega ima pacient v skladu s posebnimi predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do ustreznih preventivnih zdravstvenih storitev za ohranitev svojega zdravja in preprečitev bolezni (ZPacP, 6. člen). Seveda ima pacient poleg pravic tudi dolžnosti in ena izmed njih je, da je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe dolžan dejavno sodelovati pri varovanju, krepitevi in povrnitvi lastnega zdravja (ZPacP, 54. člen).

3.1 Promocija zdravja

Promocija zdravja pomeni vseobsegajoči pristop v javnem zdravju in širok koncept v zdravje usmerjenih aktivnosti (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 288.) Podobno Hoyerjeva (2005, str. 11) navaja, da je promocija (uveljavljanje) zdravja celovit pristop k doseganju zdravja in pomeni ljudi

poučiti ter jim omogočiti, da se bodo zavestno, vsak dan odločali v prid zdravju. Prav tako navaja, da promocija zdravja vsebuje celovito medsebojno vplivanje, sodelovanje posameznikov in okolja, usmeritev, ki združuje osebno izbiro in družbeno odgovornost v naporih za izgradnjo bolj zdrave prihodnosti. Ključnega pomena pa je, kot pravi Hoyerjeva (2005, str. 11): »Promocija zdravja obsega vse prebivalstvo in ga usmerja k dejavnemu, zdravemu življenju.«

Rice in Newsome Wicks (2007, str. 220), opisujeta promocijo zdravja kot bistveno izhodišče za prakso zdravstvene nege in tudi znanstvenega raziskovanja. Prav tako isti avtorici omenjata, da so prav medicinske sestre v lokalni skupnosti tiste, ki zaznavajo promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga kot ključno za preprečevanje neenake težavnosti bolezni, kakor to doživlja revna in nepoučena populacija. Na podlagi tega avtorici vidita potrebo po tem, da medicinske sestre prevzamejo vlogo aktivnega vodenja ter zagovarjajo v zdravje usmerjene ukrepe – s tem bi se izboljšalo zdravje populacije (npr. kot začasna pomoč in podpora ranljivejšim, ogroženim družinam), a tudi njihova blaginja in samoaktivnost (prav tam, str. 220).

Promocijo zdravja kot vseobsegajočo aktivnost in usmerjanje celotne družbe in njenih institucij od javne politike do lokalnih skupnosti, v smer čim bolj zdravega načina življenja in vzdrževanje čim bolj zdravega okolja pa opisujejo Zaletel - Kragelj in sodelavci (2007, str. 306). Isti avtorji navajajo tudi, da se v tesni povezavi s pojmom promocije zdravja srečujemo pogosto s pojmom zdravstvene vzgoje in tudi pojmom vzgoje za zdravje, pogosto se jih celo obravnava kot sinonime, saj se tesno prepletajo in meje med njimi so zabrisane. A je potrebno poudariti, da ne gre za sinonime (prav tam, str. 305-6).

V vsakdanjem življenju se vedno bolj ukvarjamo z zdravjem, ki zajema širok spekter življenjskih izkušenj in praks. Promocija zdravja tako postaja pomembno področje vsakdanjih dejavnosti javnega življenja in znanstvenega raziskovanja: načini ohranjanja zdravja, kakovosti življenja, povezane z zdravjem, analize vsakdanjih praks, ki ohranjajo zdravje in dobro počutje, kot so skrb za telo, kakovostni medosebni odnosi, zadovoljstvo z delom in samopodoba (Nastran Ule v: Kvas in Seljak, 2004, str. 15).

3.2 Zdravstvena vzgoja in vzgoja za zdravje

Zdravstvena vzgoja je posebna, usmerjena strokovna zdravstvena dejavnost, ki se odvija v sistemu zdravstva in šolstva. Prav tako je zdravstvena disciplina, ki se naslanja na znanstvena spoznanja različnih ved (pedagogike, psihologije, sociologije), kljub temu pa ostaja v okvirih zdravstvenih strok, ker črpa osnovna načela iz znanja o procesih pri bolnem in zdravem človeku ter deluje bolj na individualni kot na kolektivni ravni (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 307).

Hoyer (2005, str. 1) navaja, da si zdravstvena vzgoja prizadeva, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejel zdravje za največjo vrednoto, da bi izoblikoval pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničil. Prav z vzgojo je mogoče razviti dedne zasnove v sposobnosti, spreminjati okolje in vzgojiti človeka z razvito zavestjo o sebi, ki je sposoben spreminjati samega sebe in družbo (Hoyer, 2005, str. 57). Ista avtorica obenem še navaja pomembnost poznavanja dejavnikov, ki pozitivno vplivajo na zdravje pri posamezniku (prav tam, str. 57).

Vzgoja za zdravje so metode, s katerimi vzgajamo zdrave ljudi, da bi ravnali tako, da bi ostali zdravi (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 306). Je tudi sestavni del promocije zdravja, proces, s pomočjo katerega se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo, ohranjajo in uveljavljajo zdravje (prav tam, str. 307).

Radzyminski (2007, str. 46) opredeljuje zdravstveno nego za posameznika še vedno kot visoko cenjeno. Dodaja pa, da kot je aktivno sodelovanje posameznikov pri izdelavi odločitev pod vplivom dejavnikov, ki niso pod njihovim direktnim nadzorom, tako se bo tudi pojavljala potreba pri medicinskih sestrah, da delujejo preko zdravstvene nege, osredotočene na populacijo in postanejo strokovnjakinje v skrbi za zdravje populacije.

Piper (2008, str. 191) v svoji raziskavi odkriva, da je bila promocija zdravja pri medicinskih sestrah v primerjavi z vlogo izobraževanja za zdravje razumljena kot manj pomembna, formalna ter medijsko »naduta«, s kampanjskimi ukrepi, ki so jih uporabljali zdravstveni strokovnjaki s temeljem na primarni ravni. V vsem tem pa naj bi bila prezeta sociološko-politična vloga. Seveda gre pri tem za protislovje s sodobnim pojmovanjem, omenja isti avtor, ter dodaja, da lahko to pomeni neugoden status za zdravstveno nego (prav tam, str. 191).

3.2.1 Formalna vzgoja za zdravje

Hoyerjeva (2005, str. 38) omenja uporabo formalnega izobraževanja prav v zdravstveni vzgoji. Pod pojmom formalna vzgoja za zdravje razumemo planirane aktivnosti strokovnjakov z namenom, da vplivajo na vedenjski vzorec posameznikov, družine in skupnosti, kot navajajo Zaletel - Kragelj in sodelavci (2007, str. 313). Primarni cilj formalne zdravstvene vzgoje je

premostiti vrzel med znanstvenim spoznanjem in vsakodnevnim ravnanjem ljudi (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 313). Bistvo omenjenega avtorji vidijo v tem, da ljudje sprejmejo iz biomedicinskih in drugih znanosti tista spoznanja, ki so koristna za njihovo zdravje, in da v tem pogledu osvojijo zdravju prijaznejši način življenja (prav tam, str. 313). Potrebno je omeniti tudi povezanost pedagogike in vzgoje, kar omenja Hoyerjeva (2005, str. 56): pedagogika je znanost, ki se ukvarja z vzgojo otrok in mladine, v vzgojo pa je vključen tudi odnos do zdravja in bolezni – torej zdravstvena vzgoja (prav tam, str. 56).

3.2.2 Neformalna vzgoja za zdravje in vloga družine v vzgojni funkciji

Neformalna vzgoja za zdravje je ne planiran in velikokrat naključni proces, ki se nanaša na posredovanje znanj in izkušenj znotraj družine oziroma skupnosti. Starši, prijatelji, sorodniki, vrstniki in sodelavci igrajo v tem procesu pomembno vlogo. Prenos nekaterih vrednot oziroma prepričanj največkrat nima znanstvenih vrednosti, so bolj kulturno kot medicinsko sprejemljiva sporočila. Ta proces se imenuje socializacija (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 313). Isti avtorji še navajajo, da je pomen neformalne zdravstvene vzgoje predvsem v tem, da ima zelo globoke in dolgotrajne učinke ter da imajo zdravstveni vzgojitelji, ki zagovarjajo vedênja in stališča, ki so v nasprotju s prepričanjem skupnosti, le malo možnosti za uspeh (prav tam, str. 313).

Neformalno izobraževanje poteka v najrazličnejših okoliščinah: doma, v odmoru med delom, med potjo, kot dopisovanje s strokovnjaki ali kot osebni stik z zdravstvenimi delavci. Zdravstveni vzgojitelji ljudi vodijo in usmerjajo k zastavljenemu cilju, to je k zdravju ali življenju z boleznijo oziroma motnjo (Hoyer, 2005, str. 39).

Prvi vzgojni dejavnik je vsekakor družina. V družini se kaže načelo individualnega ravnanja z otrokom, kar prispeva k vzgojni uspešnosti. Družina oblikuje čustva, navade in sposobnosti ter mladega človeka uvaja v družbeno sožitje, delitev dela in odgovornosti ter razvija moralnost med družinskimi člani. Družina je tista, v kateri otrok pridobi prve izkušnje o vrednosti življenja, prve predstave o ljudeh in o odnosih med ljudmi (Pšunder, 1994, str. 57). Zato ima družina tudi na področju zdravstvene in socialne zaščite še vedno pomembne naloge in vzgojne možnosti. Z načinom družinskega življenja ima načrtno vzgojo – mora usposobiti otroka, da se bo zavedal, kako pomembni so telesno in duševno zdravje ter socialno ravnovesje. Zdravje je za posameznika večja dobrina in bolj pomembna zanj samega kot za zdravstveno organizacijo. Nedvomno družina opravlja pomembno nalogo pri utrjevanju zdravstvene in socialne kulture in odgovornosti posameznika (Pšunder, 1998, str. 13).

Pomembno vlogo znotraj družine ima identifikacija v njej, kajti ta pomeni istovetenje in kot tako prevzemanje pravil, vedenja, vzorcev obnašanja in stališč. In prav v družini je tudi najmočnejša (Pšunder, 1994, str. 59). Otrok se izoblikuje po ljudeh, s katerimi živi, in prevzame njihov način vedênja. Otrok prevzame načine vedênja staršev, njihove nazore, poglede, vrednotenja, težnje, navade in ravnanja. Na tak način se otroku oblikuje osebnost po osebnostih staršev in ljudi, s katerimi živi (prav tam, str. 59).

3.3 Socialni marketing, javnozdravstveni pristopi in ukrepanja

Socialni marketing je uporaba načel marketinga (komercialnega) v aktivnostih, ki so povezane z vedênji ljudi in se nanašajo na njihovo zdravje. Osnovni namen socialnega marketinga je ustvariti socialno dobro, njegov cilj pa je sprememba z zdravjem povezanega negativnega obnašanja

oziroma življenjskega sloga prebivalcev (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 300).

Morris in Clarkson (2009, str. 135) v svoji raziskavi navajata, da ogrodje socialnega marketinga zagotavlja učinkovito reševanje in sistematično razumevanje ovir pri spremembi vedênja posameznika ter s tem načrtovanja intervencij. V tem obsegu torej zagotavlja prepotrebno približevanje k problematiki, kar je bilo do zdaj še kar nedostopno (prav tam, str. 139). Ista avtorja še menita, da je ogrodje socialnega marketinga mogočno, saj zagotavlja mehanizem za uporabo že obstoječega znanja in okrepitev težavnosti aktivnosti.

Socialnomarketinški proces sestoji iz petih korakov, navajajo Zaletel - Kragelj in sodelavci (2007, str. 301): načrtovanje socialnomarketinškega programa, razvoj sporočil in materialov, preizkus (pretestiranje), izvajanje (implementacija) socialnomarketinškega programa in ovrednotenje njegove učinkovitosti.

Omeniti je potrebno tudi javnozdravstvene pristope in ukrepanja v procesu varovanja zdravja, ki so tisti, pri katerih ni cilj zgolj koristiti posamezniku, ampak so lahko namenjeni celotnemu prebivalstvu (morda skupinam prebivalstva) ali pa istočasno populaciji in posamezniku. Zaradi svoje usmerjenosti v populacijo oziroma populacijske skupine javnozdravstvena ukrepanja najdemo na primarno-primarni, primarni in sekundarni ravni preventive, ne pa na terciarni (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 271).

3.4 Vzgojna funkcija patronažne medicinske sestre

Medicinska sestra je soodgovorna v skrbi za zdravje in življenje ljudi, zato je dolžna delovati zdravstvenovzgojno (Ur. l. RS, št. 40/2010, Načelo V). Vlogo medicinske sestre v svojih dokumentih definira Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nursing – ICN), med njimi so štiri temeljne odgovornosti: krepiti zdravje, preprečevati bolezni, obnovljati zdravje in lajšati trpljenje (Hajdinjak in Meglič, 2006, str. 10).

Osrednja vrednota medicinske sestre je skrb za sočloveka, zato mora njeno delo temeljiti na načelih humanosti, moralnosti, etičnosti in strokovnosti (Zbornica – Zveza, 2011). Med ključnimi nalogami, ki so številne, so omenjene tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja in izobraževanje (prav tam, 2011).

Zdravstveno varstvo na domu in programirano zdravstvenovzgojno delo v širši skupnosti, ki ga izvaja patronažna medicinska sestra po Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998), temelji na vzgojni funkciji. Ta je opredeljena kot (Hoyer, 2005, str. 2-3):

- informiranje (zajema pretežno enosmerno komunikacijo ob dajanju različnih navodil posameznikom);
- učenje (interaktivni proces, ki temelji na vzajemni komunikaciji, usmerjeni v proces spreminjanja posameznikovega razmišljanja, v pridobivanje znanja, spretnosti in veščin);
- vzgajanje (duhovno in značajsko oblikovanje človeka; načrtno razvijanje določenih sposobnosti posameznika za opravljanje določenega dela, dejavnosti in tudi vzgoje za skrb za lastno zdravje).

Pomembno in svojstveno vlogo pri izvajanju vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre ima tudi aktivna vloga pacienta, ki, kot jo opisujeta Hajdinjakova in Megličeva (2006, str. 73), naj ne bi pacienta vključevala kot pasivnega udeleženca v procesu zdravstvene nege, pač pa mora v vsem tem procesu sodelovati, kolikor je največ možno glede na to, kaj zmore, sme in zna.

Iz tega razloga je med prvimi nalogami medicinske sestre ocenitev sposobnosti in zmožnosti pacienta ter glede na oceno aktivna vključitev v reševanje problemov, povezanih z zdravjem. To ne pomeni vključevanja pacienta za vsako ceno, ampak mora biti usklajeno z njegovim stanjem in sposobnostmi. Vzporedno s tem se stalno spreminja tudi vloga medicinske sestre in tako zahteva različne oblike pomoči od spodbude, podpore, učenja do popolne oskrbe pacienta (Hajdinjak in Meglič, 2006, str. 74).

V vzgojni funkciji patronažne medicinske sestre ima zagotovo pomembno vlogo tudi spoštovanje. Zato je pri vsem tem ključnega pomena dejstvo, da se, kot to navaja Pajnikihar (2009, str. 28), v medsebojnem odnosu zdravstvenega tima in pacienta spoštovanje izraža z vzajemnostjo, informiranjem ter s pripravljenostjo sprejeti pacienta kot edinstveno bitje z vrednotami, občutki in željami.

Patronažna medicinska sestra izvaja vzgojno funkcijo tudi s svojo osebnostno podobo, ki jo sestavljajo njene temeljne lastnosti, kot so človekoljubnost, dostojanstvo, dobrohotnost, pravičnost, zaupnost, preudarnost, vztrajnost, optimizem, spoštljivost, poštenost in strpnost. Dopolnjujejo jo sposobnost sožitja z ljudmi, humanost ter profesionalno vživljanje v sočloveka (Zbornica – Zveza, 2011). Odlikujejo pa jo osebna kultura z izraženo komunikacijsko kulturo, s sposobnostjo zaznavanja,

kritičnega mišljenja, samoocenjevanja, z ustvarjalnostjo in razvojnoraziskovalno usmerjenostjo (prav tam, 2011).

Poleg opisanega je potrebno izpostaviti tudi pomen zunanje podobe patronažne medicinske sestre pri izvajanju vzgojne funkcije, kar se izraža z urejenim zunanjim videzom ter s primernim in spoštljivim vedênjem in obnašanjem. S svojo podobo patronažna medicinska sestra namreč sporoča o sebi in o svojem poklicu ter izkazuje stopnjo samozavedanja o vlogi, ki jo na delovnem mestu ima (Zbornica – Zveza, 2011). Z zunanjo podobo tako medicinska sestra predstavlja odnos do sebe in do drugih ljudi, pa tudi do poklicne vloge. Z urejenostjo neposredno sporoča profesionalnost, dostopnost, samozaupanje ter s tem pridobiva zaupanje pacienta, saj tudi zunanja podoba predstavlja pomemben dejavnik uspešne komunikacije. In ker so medicinske sestre, tako tudi patronažne medicinske sestre pri svojem delu izpostavljene kritičnim pogledom tako strokovne kot splošne javnosti, imajo osebna higiena, urejenost in negovanost v skladu s kulturno-estetskimi pravili in higiensko-epidemiološkimi predpisi v izvajanju vzgojne funkcije tudi svojo vlogo (prav tam, 2011).

3.4.1 Pomen podpore posamezniku v skrbi za lastno zdravje znotraj vzgojne funkcije

V obravnavi pacienta je pomembno, da k njemu pristopimo kot človek k človeku, mu dovolimo aktivno sodelovanje in ga pri tem spodbujamo, sprejemamo tveganje in mu zaupamo ter aktivno vpeljujemo sodelovanje, ki postopoma prerašča v profesionalni partnerski proces (Dumić et al., 2009, str. 7). Isti avtorji v raziskavi utemeljijo, da pacient kot človeško bitje v profesionalnem partnerskem procesu ne predstavlja le vira težav, ki jih je

potrebno z rutinsko zdravstveno obravnavo razrešiti ali preprečiti zaplete. Pacient v obravnavi nastopa kot neponovljiva osebnost, ki jo je treba obravnavati celostno, spoštljivo po sodobnih smernicah, ki v prakso prinašajo tudi partnersko sodelovanje pacienta in njegovo izjemno pomembno vlogo v lastni obravnavi (prav tam, str. 17).

Posameznik postaja vse bolj odgovoren za ohranjanje in izboljšanje lastnega zdravja ter za preprečevanje bolezni, saj biopsihosocialni model zdravja poudarja pomen zdravja in ne le bolezni. Zdravje je vsekakor dinamičen proces, močno odvisen od izpolnjenosti posameznikovih bioloških, socialnih in psiholoških potreb. Zatorej telesnih in psihičnih pojavov ni mogoče obravnavati ločeno, saj vzajemno vplivajo na posameznikovo zdravstveno stanje (Kvas in Seljak, 2004, str. 18).

Luznar (2002, str. 221) opisuje programirano zdravstvenovzgojno delo kot namen spodbuditve posameznika ali skupine prebivalcev, da bi začeli aktivno skrbeti za svoje zdravje. Obenem omenja, da naj bi zdravstvenovzgojni programi pomagali posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagali spreminjati življenjski slog. Kot izvajalce programiranega zdravstvenovzgojnega dela, ki se izvaja v zdravstvenih domovih, omenja posebej usposobljen kader, med katerimi so tudi patronažne medicinske sestre (Luznar, 2002, str. 221).

Profesionalen partnerski proces v teoretičnem modelu, ki ga zdravstveni delavci lahko uporabljajo pri delu s posamezniki, družinami in skupnostmi, utemeljuje Courtney s sodelavci (1996, str. 177). Najpomembnejša med iztočnicami, na katere se isti avtor osredotoča, je iskanje in spoznavanje potencialnih partnerjev, vabljenje k partnerstvu in izvajanje partnerstva, kar

se soodvisno prepleta in stopnjuje skozi več ravni procesa (prav tam, str. 189).

Sociološke raziskave v zdravstvu kažejo, da prav medicinske sestre v svoji profesiji zdravstvene nege razvijajo podporni model odnosov in komuniciranja, ki lahko danes predstavlja alternativo zelo razširjenemu instrumentalnemu odnosu do bolnikov. Prav tako medicinske sestre bolj poudarjajo udeležbo v interakciji z bolniki v kontekstu trajnejših in kontinuiranih odnosov in so bolj osredotočene na »etiko skrbi« ter pri tem razvijajo komunikacijski stil, ki je usmerjen bolj v spodbujajoče razumevanje (Ule, 2005, str. 357).

3.4.2 Pomen sodelovanja med patronažno medicinsko sestro in posameznikom znotraj vzgojne funkcije

Sodelovanje v odnosu medicinska sestra in pacient postavlja medicinske sestre v edinstven položaj, kljub temu da tovrstno sodelovanje zahteva opolnomočenje in zavzetost do obstoječe prakse v promociji zdravja na organizacijski, profesionalni in osebni ravni (Carlson in Warne, 2007, str. 511). Ista avtorja vidita aktivno učenje kot učinkovito sredstvo za premagovanje ovir, ki so nekoč veljale za nepremagljive v razvoju promocije zdravja, kot priložnosti za pacienta in posamezno medicinsko sestro. To dokazuje, da so lahko zdrave medicinske sestre vsekakor uspešnejše promotorke zdravja (Carlson in Warne, 2007, str. 511).

Aktivno poslušanje kot proces aktivnega ugotavljanja pacientovih posameznih reakcij na prejete informacije in njihov vpliv na vedenje navaja Sundeen s sodelavci (1998, str. 107). Nebesedno sporočilo, ki ga pacient ob

tem prejme, izraža sprejetost in zaželenost v sporazumevanju (prav tam, 1998, str. 108).

Empatijo kot najbolj bistven in sestavljen dejavnik, ki vpliva na sporazumevanje in interakcijo med medicinsko sestro in pacientom, opredeljujejo Dumić in sodelavci (2006, str. 65). S pomočjo empatije, izkušenj, znanj spretnosti in drugih lastnosti medicinska sestra razume pacienta, njegove potrebe, občutke in značilnosti ter individualno prilagaja svoj način dela, sporazumevanje in profesionalen medosebni odnos (prav tam, 2006, str. 65).

Dumić in sodelavci (2006, str. 68) so z raziskavo ugotovili, da se mora medicinska sestra na prvo srečanje in sodelovanje v obravnavi sistematično pripraviti, pregledati in pripraviti obstoječo dokumentacijo in pred samim dejanskim srečanjem poiskati ter si pridobiti čim več informacij. Obenem še navajajo ugotovitev, da so za ciljno pripravo na pogovor pomembna znanja in spretnosti medicinske sestre, prav tako njena razmišljanja in pričakovanja (prav tam, str. 68).

Dumić in sodelavci (2009, str. 2) so v svoji raziskavi želeli ugotoviti, ali medicinske sestre namenjajo pozornost profesionalnemu partnerskemu odnosu s pacientom in ali lahko opredelijo značilnosti medosebnih odnosov ter vplive na prvo srečanje. Ugotovili so tudi, da so za ciljno pripravo na pogovor pomembna znanja in spretnosti, ki jih medicinska sestra obvladuje, njena razmišljanja, pričakovanja in profesionalno znanje. Ključnega pomena za sodelovanje pa je vzpostavljanje medosebnih odnosov (prav tam, 2009, str. 4). Prvi stik pri tem določa delovno vzdušje in namen sodelovanja, pri čemer je pomembno, da se pacient s sodelovanjem in obravnavo strinja. Ugotoviti je tudi potrebno, ali ima pacient interes za sodelovanje in ali želi aktivno sodelovati (prav tam, str. 4).

Vzpostavljanje odnosa medicinska sestra – bolnik, t. i. terapevtski odnos, je osnova zdravstvene nege in vključuje bolnikovo sodelovanje ter njegove cilje (Ivanuša in Železnik, 2008, str. 43).

3.4.3 Model prepričanja o zdravju

Omeniti je potrebno tudi model prepričanja o zdravju (Payne in Walker, 2002, str. 31). Omenjeni model je od samega začetka (50. leta dvajsetega stoletja) doživel mnogo sprememb. Model prikazuje veliko spremenljivk, ki vplivajo na verjetnost, da se bo posameznik odzval tako, da bo storil nekaj za svoje zdravje. Namreč posameznikove zaznave temeljijo na njegovem zaznavanju lastne dovzetnosti za določeno bolezen in na zaznavanju verjetne resnosti fizičnih in socialnih posledic bolezni. Na te pa vplivajo trije dejavniki prilagoditve: demografske značilnosti (starost, spol, rasa in etničnost), psihosocialne spremenljivke (osebnost, socialni razred, vrstniška in referenčna skupina) ter strukturalne spremenljivke, ki zajemajo znanje in prejšnji stik z obolenjem. Vsi ti dejavniki kombinirano vplivajo na posameznikovo zaznavo grožnje, povezane z obolenjem. Prav tako ljudje poleg tega potrebujejo namige za aktivnost (nasveti, promocija zdravja, medijske kampanje, časopisni članki ali pa celo bolezni v družini ali v prijateljskem krogu). Verjetnost, da se bo posameznik odločil za akcijo za izboljšanje zdravja (spremenil svoje vedenje), je odvisna od zaznanih prednosti preventivne aktivnosti minus zaznane ovire ali stroški za tako akcijo (prav tam, str. 32).

Kaučič in Lahe (2005, str. 211) sta predstavila spiralo znanja kot paradigmo prenosa znanja v zdravstveni negi. Pri tem sta pomembna dejavnika komunikacija, s katero širimo znanje vseh udeležencev, in dinamika.

Omenjata tudi, da je učinkovito pridobivanje in ohranjanje znanja zelo pomembno in da je v organizacijah potrebno zagotoviti, da se vsaka investicija v znanje obrestuje. Prav tako mora biti novo znanje dostopno vsem, ki ga potrebujejo (prav tam, str. 212).

Koristi prenosa znanja v zdravstveni negi se izkazujejo vsekakor tudi v patronažni zdravstveni negi bodisi v prenosu znanja med sodelavci bodisi na populacijo, ki se jo obravnava.

3.5 Vpliv življenjskega sloga na zdravje

Kvas in Seljak (2004, str. 82) opisujeta življenjski slog kot način, kako živeti življenjsko zgodbo, kot kreacijo posameznika, ki nastaja v nenehnem prepletanju posameznika z družbo.

Kadar govorimo o življenjskem slogu, povezanem z zdravjem, gre za stališča in vrednote, predvsem pa za ravnanje in vedênje na različnih področjih, kot so telesna dejavnost, prehrana, odzivanje na probleme in njihovo odpravljanje, spolnost, kajenje tobaka, pitje alkoholnih pijač in uporaba ilegalnih drog. Življenjski slog se oblikuje v tesnem medsebojnem učinkovanju z življenjskimi razmerami in je kazalec socialnih problemov posameznih skupin prebivalcev (Kvas in Seljak, 2004, str. 82).

Ukrepi, ki podpirajo ustvarjanje okolja, ki podpira zdrave odločitve, pripomorejo h krepitvi sposobnosti posameznikov, da izberejo zdrava vedênja in zdrave odločitve med vsemi možnostmi, ki so na voljo (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 95).

Nogueira (2010, str. 1) navaja, da se v raziskavah pogosto izpostavlja prikrajšana področja kot dejavnik za povečanje ranljivosti in da je vrzel med bogatimi in revnimi glede na zdravje in vedênje v zvezi z zdravjem vse bolj zaostrena – z medsebojnim vplivanjem med individualno stisko in prikrajšanostjo področja. Vendar pa ista avtorica predstavi tudi obstoječe pomisleke na tovrstno hipotezo, saj omenja domneve, da ni nujno, da so revnejša področja skromnejša v zagotavljanju sredstev promocije zdravja (prav tam, str. 1).

Ker ima življenjski slog vpliv na posameznikovo zdravje, je potrebno za doseganje ugodnih ciljev vplivati prav nanj. Zato se na Goričkem v Prekmurju v romskih naseljih izvaja projekt pod imenom »Sastipe – Življenjski slog Romov Goričkega«. Namen projekta je izboljšati življenjski standard Romov na Goričkem (Romsko društvo NARCISA, 2011).

4 SOCIALNO OKOLJE IN KULTURE

Pomembno vlogo v skrbi za lastno zdravje ima tudi socialni suport, kot ga navaja Rakovec Felser (2002, str. 179). Vse bolj postaja očitno, da tisti, ki v svojem družinskem krogu uživajo podporo ali pa imajo manjši in pristen krog prijateljev, bolje obvladujejo stresne razmere, tudi redkeje obolevajo in v primeru, da zbolijo, hitreje in bolje okrevajo. Nasprotno pa osebe, ki živijo odmaknjeno, brez pravih povezav z drugimi, slabše obvladujejo vsakdanje pritiske, posledično pogosteje obolevajo ter med boleznijo in njenim zdravljenjem izkazujejo več zapletov (prav tam, 2002, str. 179).

4.1 Raznolikost socialnega okolja in kulture v družbi

Združeni narodi predvidevajo, da bo blizu leta 2050 približno tri četrtine svetovne populacije živelo v urbanih okoljih – vključno z mesti. Iz tega razloga si je potrebno prizadevati za postavitev zdravja ljudi v središče trajnostnega obstoja urbanega okolja, kajti brez zdravja ljudi mesta ne bodo preživela prihodnjih generacij (St. Pierre Schneider et al., 2009, str. 281). Zdravstvena nega pa je disciplina, ki lahko umesti zdravje ljudi v ospredje. V vsej zgodovini obstaja pobuda na strani zdravstvene nege, saj s prizadevnostjo izboljšuje zdravje ljudi znotraj fizičnega, ekonomskega in socialnega okolja. Na osnovi tega mora zdravstvena nega prevzeti vodilno vlogo, da zagotovi zdravje ljudi kot središče urbanega obstoja (prav tam, 2009, str. 281).

Zaletel - Kragelj in sodelavci (2007, str. 86) opisujejo, da slabe socialne in ekonomske razmere lahko dodatno obremenjujejo družbene vrednote in prepričanja prikrajšanih skupin prebivalcev. Primer v naši sredini so Romi, saj v naši državi sodijo med prikrajšane skupine prebivalcev. Njihov način

življenja je tesno povezan z njihovimi socialnimi in ekonomskimi razmerami, le-te pa tudi z njihovim zdravstvenim stanjem. Na tega na drugi strani vplivajo vrednote, ki so se izoblikovale v različnih romskih skupnostih v naši državi in se od ene do druge skupnosti lahko bistveno razlikujejo (prav tam, str. 86).

Kulturo determinira celost priučenih načinov obnašanja, čustvovanja, vrednotnih sistemov in prepričanj, pa tudi pridobivanja dobrin in znanja, ki so značilni za določeno družbeno skupino in se prenašajo iz generacije v generacijo. Nobenemu posamezniku ni dano, da bi si ob rojstvu lahko izbral okolje. Tako je romski otrok z rojstvom determiniran s kulturnim in socialnim okoljem (Tancer, 1994, str. 93). Razen v redkih primerih se romski otrok rodi v okolju, ki se bistveno razlikuje od širšega kulturnega okolja. Tako se z zaprtostjo in pasivnostjo do zunanjega širšega okolja v romskih družinah dolgo ohranja kulturna depriviranost (prav tam, str. 94).

Zadravec (1989, str. 55) je pisal o tem, da imajo Romi enake pravice pri zadovoljevanju potreb kot domačini, saj pri uveljavljanju zdravstvenega varstva ni razlik. Razlika je le v tem, da so socialno-ekonomske razmere pri njih in drugih različne (Zadravec, 1989, str. 55).

Pomembno je torej, da se posameznik, ki je v stiski, lahko kam zateče. Takrat potrebuje pomoč sogovornika, kateremu zaupa, ki ga zna poslušati, ki čuti z njim in ga ne obsoja ali krivi, ki ga namesto s površnimi nasveti bodri s potrebnimi informacijami ali celo konkretnimi oblikami pomoči. Zatorej ima posameznikova povezanost z okoljem zaščitno vlogo med boleznijo, ko so ogrožene njegove obrambne moči, pogosto pa tudi predstavlja voljo do življenja in z njo povezano pripravljenost za spoprijemanje z boleznijo in njenimi posledicami (Rakovec Felser, 2002, str. 182).

4.2 Romska skupnost znotraj družbe

Edino, kar imajo vsi Romi v Evropi skupnega, je to, da so zmeraj percipirani kot »Drugi«. Torej so označeni kot stigmatizirana manjšina (Okely v: Samaradžija in Sardelić, 2008, str. 77).

Romska skupnost v Republiki Sloveniji nima položaja narodne manjšine, pač pa gre za posebno etnično skupnost ali skupino s posebnimi etničnimi značilnostmi (lastni jezik, kultura, druge etične posebnosti) (Urad Vlade RS za narodnosti, 2010, str. 1)

Ob popisu prebivalstva leta 2002 se je v Sloveniji za pripadnike romske skupnosti opredelilo 3246 prebivalcev, 3834 oseb pa je kot materni jezik navedlo romski jezik. Primerjava s podatki popisa prebivalstva za leto 1991 kaže, da se je za Rome opredelilo 2259 prebivalcev, kar je za 30,5 % manj kot ob popisu leta 2002, 2752 oseb pa je kot materni jezik navedlo romski jezik, kar je za 28,2 % manj kot leta 2002 (Statistični urad RS, Popis, 2002).

Po podatkih centrov za socialno delo iz leta 2003, naj bi bilo v Sloveniji 6.264 Romov. Po podatkih občin (iz leta 2004), v katerih so Romi zgodovinsko poseljeni, pa v teh občinah živi 6.448 pripadnikov romske etnične skupnosti. Kljub uradnim podatkom popisa prebivalstva se ocenjuje, da v Republiki Sloveniji živi med 7.000 in 10.000 Romov, največ v Prekmurju, na Dolenjskem, v Beli krajini in Posavju (Urad Vlade RS za narodnosti, 2006, str. 1).

Na območju, ki ga pretežno obravnavajo patronažne medicinske sestre Zdravstvenega doma Murska Sobota, je po podatkih, dobljenih leta 2004, v Mestni občini Murska Sobota in v občinah Rogašovci, Puconci, Tišina, Cankova, Lendava, Beltinci, Črenšovci, Kuzma ter Turnišče prebivalo 3187 pripadnikov romske skupnosti (Regionalna razvojna agencija Mura, 2010). V

Popisu prebivalstva Republike Slovenije 2002 pa se je v Pomurski regiji po narodni pripadnosti za Rome opredelilo le 989 prebivalcev (Statistični urad RS, Popis, 2002).

4.2.1 Pravni položaj romske skupnosti v slovenskem prostoru

Iz Zakona o romski skupnosti v Republiki Sloveniji je razvidno, da ima romska skupnost v naši državi poseben položaj. Upošteva poseben položaj romske skupnosti, uspešno vključevanje v slovensko družbo in prevzemanje odgovornosti za svoj razvoj imajo pripadniki oziroma pripadnice romske skupnosti poleg pravic in obveznosti, ki pripadajo vsem državljanom oziroma državljanke Republike Slovenije, še posebne pravice, določene z zakonom (ZRoms, 2. člen). Republika Slovenija zagotavlja uresničevanje posebnih pravic na področju izobraževanja, kulture, zaposlovanja, urejanja prostora in varstva okolja, zdravstvenega in socialnega varstva, obveščanja in soodločanja v javnih zadevah, ki se nanašajo na pripadnike romske skupnosti (ZRoms, 3. člen).

»Šele s stalno naselitvijo so bile Ciganom dane možnosti«, je zapisal Zadavec (1989, str. 28), »da so se začeli vključevati v prekmursko družbo.« S tem pa so na dan prišli tudi problemi – rasna nestrpnost med njimi in domačini. Ob interakciji obeh kultur je prihajalo do socio-psihičnih konfliktov, kar je imelo za posledico, da so se začeli umikati na družbeno obrobje. Po stalni naselitvi pa so Cigani bili soočeni z realnim življenjem in tako se je začel spreminjati njihov pogled na življenje, družbeno okolje, zdravje, bolezen in smrt. In tako se je začela spreminjati tudi njihova zdravstvena kultura (Zadavec, 1989, str. 28).

Sprejet je bil tudi Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje 2010-2015 (NPUR 2010-2015). Poleg prioriternih področij izboljšav, kot so bivalne razmere, izobraževanje in zaposlovanje spada sem tudi zdravstveno varstvo (prav tam, str. 19). NPUR 2010-2015 vsebuje dva pomembna ukrepa za izboljšanje zdravja in zdravstvenega varstva: krepitev in varovanje zdravja romske populacije, s poudarkom na ranljivih skupinah znotraj romske skupnosti (ženske in otroci), (prav tam, str. 21), konference in strokovni posveti o zdravju Romov ter podpora čezmejnemu sodelovanju na področju reševanja problematike zdravja Romov (prav tam, str. 22).

4.2.2 Romi in zdravje

»Romi niso nikoli zavestno skrbeli za svoje zdravje ali ga celo cenili,« je trdil Zadavec (1989, str. 88). Tako je pri Romih filozofija brezbriznosti do zdravja že zelo stara. To filozofijo poznajo v civiliziranih družbah in jo gojijo tako primitivna kot kulturna ljudstva. Iz tega sledi, da moramo v strategiji zdravstvenega osveščanja na prvo mesto dati zdravstvenovzgojno delo in šele nato vse drugo (prav tam, str. 88).

Kljub navalu vznemirjenja in dobrih namer, je le malo znanega o zdravstvenem statusu svetovne romske populacije, navaja Sepkowitz (2006, str. 1707). Isti avtor vidi uspeh plemenitih ciljev izboljšanja zdravja 10-milijonske romske populacije po svetu v preskrbi z več viri in spodbujevalci ter v manj sovražnem odnosu ljudi proti tej ranljivi skupini. Obenem omenja, da naj bi v blišču zaposlene politike to javno zdravje kot bistvo nikakor ne bilo spregledano (Sepkowitz, 2006, str. 1708). Z obrazložitvijo, da se ta podatek nanaša le na »irske popotnike« in ne na irske Rome, izpodbijata to trditev Green in Lynch (2006, str. 575).

V Sloveniji so Romi zelo mlado prebivalstvo (Klopčič, 2007, str. 128). Njihova življenjska doba je veliko krajša kot življenjska doba povprečnega prebivalstva v Sloveniji (prav tam, str. 132). Da so poučenost, informiranost, osveščenost in zdravstvena prosvetljenost članov romske družine boljši, navaja Dugar (2004, str. 73). Nadaljuje, da so omenjeni seznanjeni z najpogostejšimi vzroki za nastanek in ponavljanje bolezni dihal ter s posledicami nepravilnega načina življenja, prekomernega uživanja alkohola ter kajenja in neprimerne okolje. Odnos članov romske družine do zdravja je odgovornejši, stališča in prepričanja o zdravju, krepitvi in ohranitvi zdravja so korigirana (prav tam, str. 73). Na bolezen romska družina ne odreagira več stresno, temveč to energijo usmerja v samopomoč in sodeluje pri zdravljenju in nadzoru bolezni ter s tem preprečuje komplikacije (prav tam, str. 74).

Kolarcik in sodelavci (2009, str. 1279) omenjajo, da le maloštevilne razpoložljive študije poročajo, da je zdravje med romsko populacijo znatno slabše kot pri osnovni populaciji in da dejansko nič ni znanega o zdravstvenem stanju mladih pripadnikov romske populacije. Iz tega so sledili predlogi avtorjev, da se aktivnosti za boljše zdravje posameznika osredotočajo na mlajšo populacijo, saj se njihovo šibko zdravje prej ali slej prenese tudi v obdobje odraslosti (prav tam, str. 1279).

5 NEENAKOST – OVIRA NA POTI DO ZNANJA ZA ZDRAVJE

Vsakdo ima pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje, nihče ne sme ogrožati zdravja drugih, prav tako pa ima vsakdo tudi pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi, jasno opredeljuje Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, 2. člen).

Zakon o zdravstveni dejavnosti pa navaja, da osnovna zdravstvena dejavnost obsega patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter da je naloga zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter s socialnovarstvenimi, z vzgojno-izobraževalnimi in drugimi zavodi, s podjetji, z organizacijami ter s posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja (ZZDej, 7. člen).

5.1 Neenakosti v zdravju in družbene vrednote

Medregijske neenakosti v zdravju se nanašajo na razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva v različnih regijah. Tako so prebivalci pomurske regije v primerjavi s prebivalci osrednje Slovenije ogrožena skupina na področju zdravja, kar se odraža v krajši pričakovani življenjski dobi kot v osrednji Sloveniji. Znotrajregijske neenakosti v zdravju se pripisujejo razlikam v zdravstvenem stanju pomurskega prebivalstva. Primeri zdravstveno ogroženih skupin so osebe z nižjo izobrazbo, brezposelni, starejši ter pripadniki romske skupnosti. Gre za ogrožene skupine s povečanim tveganjem na področju zdravja (Zavod za zdravstveno varstvo Murska

Sobota, 2008, str. 5). Prav tako je znotraj omenjenega programa predstavljen plan zmanjševanja neenakosti v zdravju v romski skupnosti (prav tam, str. 6). Iz starejše literature (Zadravec, 1989, str. 182) je razbrati, da naj bi k reševanju romskega vprašanja svoj delež prispevalo tudi zdravstvo, kajti samo zdrav Rom se lahko popolnoma vključi v nove tokove življenja romske skupnosti. Obenem je tudi zagovarjal, da naj bi strokovni kadri tako v šolstvu kot v zdravstvu na območju, kjer živijo Romi, vsaj pasivno obvladali romski jezik (prav tam, str. 182).

Mnogo slabosti in nezaupanja v odnosu do zdravstvenih intervencij in obravnav je razvidno iz raziskave, ki je bila narejena samo pri pripadnicah romske populacije (Hodgins et al., 2006, str. 1978). Isti avtorji so ugotovili, da si omenjene ženske želijo, da bi zdravstvene službe v zadovoljevanju njihovih potreb po zdravstveni negi bile prilagojene njim kot ranljivi skupini. Omenjajo tudi, da je za celotno razumevanje obstoja zdravstvene neenakosti potrebno posvetovanje z najbolj prizadetimi (prav tam, str. 1989).

5.2 Socialna izključenost in revščina

V nekaterih družbenih okoljih se določene skupine ljudi sistematično izključuje iz priložnosti, ki so odprte drugim ljudem. Pri teh skupinah govorimo o socialni izključenosti, pišejo Zaletel - Kragelj in sodelavci (2007, str. 86). Ljudje so lahko zapostavljeni zaradi svoje rase, veroizpovedi, spola, kaste, starosti, nezmožnosti/invalidnosti ali drugih značilnosti. Problem pri socialno izključenih ljudeh je, da so večinoma v neugodnem položaju zgolj zaradi tega, ker so ali zaradi tega kje živijo. Zato imajo bistveno manj možnosti, da bi bili deležni prednosti, ki jih prinaša razvoj v skupnosti (prav tam, 2007, str. 86). Klopčičeva (2007, str. 23) omenja, da so Romi v vseh državah, kjer živijo,

prav gotovo tista skupina, ki je bila v preteklosti in je še sedaj skupina v neugodnem položaju in izpostavljena diskriminaciji in izključevanju.

Socialna izključenost ljudi prikrajša za možnost pobega iz socialno-ekonomsko neugodnih razmer in negotovosti, ki jih spremlja, in jim odreka pravico, da bi zahtevali, kar jim pripada. Zaradi tega je pojav socialne izključenosti običajno tesno povezan z revščino, konflikti in negotovostjo. Vse to pa seveda negativno vpliva na duševno in telesno zdravje ljudi (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 86).

Po priporočilih International Council of Nurses (ICN) naj bi se medicinske sestre vključevale tudi v zmanjševanje revščine s številnimi aktivnostmi, med katerimi sta aktivno družbeno vključevanje in izražanje problemov družin in skupnosti, zagovarjanje pravic in partnerskih odnosov, z večjim usmerjanjem v družinsko zdravstveno nego in probleme skupnosti ter z vplivanjem na enakost v zdravstvenem socialnem varstvu (Šmitek, 2005, str. 108).

Revščina je bolezen, ki ljudem jemlje življenjsko moč, jih razčloveči in ustvarja občutek nebogljenosti in izgube nadzora nad posameznikovim življenjem (ICN v: Šmitek, 2005, str. 108). Revni so bolj ogroženi in imajo večje probleme z zdravjem, zato se pojmi revščina, zdravje in ženske neločljivo prepletajo (Šmitek, 2005, str. 110). Medicinske sestre imajo v odkrivanju revščine najbolj neposredno vlogo, ker vstopajo v družinsko življenje v različnih starostnih obdobjih in pri različnih problemih v zvezi z zdravjem. Tako imajo možnost ocenitve dejanske situacije skozi daljše obdobje in ob tem možnost zaznavanja revščine, tudi če je ta s strani posameznika izražena ali ne (prav tam, str. 108).

6 ZNANJE ZA LASTNO ZDRAVJE

Skozi zgodovino se je pogled ljudi na zdravje spreminjal hkrati z možnostmi medicine, ki je zdravila bolezen, ko se je ta že pojavila. V 20. stoletju se je začelo vse bolj širiti spoznanje, da je zdravje pomembno vprašanje vsake družbene skupnosti. Socialne razmere, organizirani preventivni ukrepi družbe in povečevanje ozaveščenosti prebivalstva so vplivali na spremembe v zdravstvu (Brumec, 2008, str. 120).

Payne in Walker (2002, str. 39) opisujeta, da zdravstveni strokovnjaki vsakodnevno delijo nasvete, ki promovirajo zdravje, to se celo od medicinskih sester tudi pričakuje, saj naj bi bilo svetovanje ena od njihovih pomembnih vlog. Isti avtorici opisujeta raziskavo iz leta 1992, v kateri je raziskovalce zanimalo, kako je nasvet bil podan in kako sprejet. Odkrili so, da so svetovalci bili uspešnejši, če so posamezniku dajali konkretne, njemu namenjene nasvete, potem ko je ta spregovoril o svojih skrbah, kot pa če bi njihovi nasveti bili splošni in bi se nanašali na kogar koli (Silverman v: Payne in Walker, 2002, str. 39).

6.1 Motivacija kot aktivnost za doseganje sprememb v vedenju

Žalar (2008, str. 18) v svoji raziskavi o stopnji motiviranosti kadilcev in njihovi odločitvi za opuščanje kajenja opisuje, da je prav motivacija ciljne populacije nedvomno pomembna za uspešno zdravstveno vzgojo. Žalar (2008, str. 19) nadalje navaja, da je potreba po široko zastavljenem preventivnem delovanju za zmanjšanje problematike (konkretno v zvezi s kajenjem) v smislu zdravstvene vzgoje za ciljno tvegano populacijo in tudi ozaveščanje celotne populacije o tej problematiki, saj bi s tem vplivali na

zmanjšanje dejavnikov tveganja nastanka sodobnih kroničnih nenalezljivih bolezni (prav tam, str. 19).

Potrebno bi bilo doseči, da zdrav način življenja v kar največji meri postane del vsakdanjega življenja. V tem je pomembna vloga zdravstvene vzgoje in izobraževanja za zdravje ciljne populacije, in sicer kot pomemben del preventivnega delovanja za zmanjševanje dejavnikov tveganja. Ti pa so navzoči v vseh okoljih, v katerih ljudje živijo in delajo (Žalar, 2008, str. 19). Ista avtorica nadalje navaja kot nujno širitev ter vključitev izobraževanja in vzgoje za zdravje na vseh ravneh kot sestavni del splošne izobrazbe in vzgoje. Uspešno delovanje na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje poleg drugih pogojev brez dvoma zagotavlja visoka raven strokovnega dela na tem področju, kar bo možno doseči le s pomočjo dovolj in ustrezno izobraženih strokovnjakov (Žalar, 2008, str. 19). Žalar (2008, str. 20) je z raziskavo želela prispevati k temu, da bi zdravstveni delavci izkoristili vsak stik s kadilci z namenom ozaveščanja in motiviranja za odvajanje s pomočjo nasvetov in usmerjanjem v zdravstvenovzgojne programe.

6.2 Pomen podpornega komuniciranja v zdravstveni negi

Podporno komuniciranje je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, ki ima namen pomagati tistim, za katere zaznamo, da potrebujejo pomoč in podporo (Ule, 2005, str. 340). Eden najpomembnejših dejavnikov podpornega komuniciranja poleg sočutja je empatija, ki je povezana z etiko skrbi in odgovornosti za ljudi v nesrečnih okoliščinah (prav tam, str. 347). Na podporno komuniciranje vplivajo splošno družbeno, kulturno vzdušje ter civilizacijske norme, ki človeka nagovarjajo bodisi kot odgovornega za skupnostno življenje za dobrobit človeštva bodisi k temu,

da je predvsem sam odgovoren za svoje življenje ali celo kot posameznika, ki si svoje udobje gradi na račun drugega (Ule, 2005, str. 367).

Notranja komunikacija predstavlja ključ medsebojnih komunikacij. Gre za komunikacijo, ki se odvija znotraj nas samih, še preden se sporočilo posreduje drugim (Kristančič in Ostrman, 1999, str. 16). Prav tako isti avtorici navajata, da odnosi in njihove kvalitete vplivajo na zdravje ljudi (prav tam, str. 51). Odprta komunikacija ni le pot v zaupanje, ampak daje občutek varnosti, pripadnosti in hkrati individualnosti. Seveda pod pogojem, da se sporazumevamo spontano, s čustveno toplino, strpnostjo, spoštovanjem in z iskrenostjo (prav tam, str. 17).

Specialna metoda svetovanja – svetovalna komunikacija – je metoda, ki jo uporabljajo tisti, ki se poklicno ukvarjajo z osebnimi stiskami. Svetovalni odnos ni dajanje nasvetov, neposrednih informacij in razlag, po katerih klient ukrepa. Svetovalni odnos je organizirana oblika pomoči posamezniku pri njegovem nadaljnjem napredku, osebni rasti, razvoju, soočanju z različnimi življenjskimi vprašanji in dilemami. Odnos strokovnjak – klient je svetovalni – interaktivni odnos. Gre za poklicno – osebni položaj, v katerem sta dve samosvoji osebnosti v interakciji – vzajemnem odnosu, kar velja tudi za skupinske oblike svetovanja ali komunikacije (Kristančič in Ostrman, 2004, str. 13).

Koncept človekove avtentičnosti, ki pomeni odkrito sporazumevanje in od posameznikov zahteva, da so v odnosih z drugimi takšni, kot v resnici so, in ne takšni, kot menijo, da bi morali biti, prav tako opredeljujeta Kristančič in Ostrman (1999, str. 17). Thiede (2005, str. 1460) zagovarja, da pomeni komunikacija, nanašajoča se na zdravje, veliko več kot le širjenje in zagovarjanje ideologije, ki utegne opravičevati morebitne neuspehe.

Za sodobne družbe je značilna potreba po podpornem in empatičnem komuniciranju, po razkrivanju težav in čustvenih stanj (Ule, 2005, str. 352). Omenja se del potrebe po izpovedovanju, del izpovedne družbe (Lupton v: Ule, 2005, str. 352). V »družbi izpovedovanja« je splošno sprejeto načelo, da ljudje razkrivajo svoje težave in čustvena stanja in govorijo o njih s pomembnimi drugimi, saj je bolje spodbujati pogovor kot stvari potlačevati. Odprtost in vzajemnost razkrivanja pa naj bi ustvarili zaupanje (prav tam, str. 352).

Ivanuša in Železnik (2008, str. 41) opisujeta terapevtsko komunikacijo, ki spodbuja človekovo dobro počutje in skrb za lastno zdravje. Prav tako isti avtorici navajata, da je potrebno, da medicinska sestra obvladuje dobro komunikacijo, saj je le-ta pomemben del temeljnega znanja stroke zdravstvene nege. Veščine dobre terapevtske komunikacije so (prav tam, 2008, str. 43): aktivno poslušanje, pojasnitev, tolažba, pozornost, odkritost, informiranje, pogovarjanje, ponavljanje, refleksija, razlaganje, povzemanje, svetovanje, tišina in uporaba odprtih vprašanj. Obstajajo pa tudi ovire v terapevtski komunikaciji, kot so lastna prepričanja, obramba, stereotipnost in spraševanja »zakaj?« (prav tam, str. 43).

7 RAZISKAVA

7.1 Namen raziskave

Namen raziskave je usmerjen v preučitev specifik del patronažne medicinske sestre, njene vzgojne funkcije in ugotovitev posebnosti pri obravnavi posameznikov v kulturno in socialno različnih okoljih. Prav tako se želi ugotoviti morebitno potrebo po različnih delovnih pristopih patronažne medicinske sestre glede na pričakovanja skupin posameznikov osnovne populacije in skupin posameznikov romske populacije.

7.2 Cilji

Cilj raziskave je usmerjen v ugotovitev morebitnih različnih pričakovanih skupin posameznikov glede na delo patronažne medicinske sestre v smeri vzgoje za zdravje posameznika:

- opredeliti vzgojno funkcijo patronažne medicinske sestre (informiranje, učenje, vzgajanje) kot pomemben delovni element in element medosebnega odnosa med njo in obravnavano populacijo v sklopu izvajanja zdravstvenega varstva na domu in programiranega zdravstvenovzgojnega dela v širši skupnosti;
- ugotoviti pričakovanja različnih kulturnih in socialnih okolij o delu patronažne medicinske sestre;
- ugotoviti morebitne različne delovne pristope v različnih kulturnih in socialnih okoljih;
- izsledke raziskave uporabiti pri oblikovanju projektov za izboljšanje zdravja na lokalni ravni.

7.3 Raziskovalna vprašanja

Osnovna opredelitev raziskovalnega problema je bila usmerjena v verjetnost, da dvoje različnih kulturnih in socialnih okolij zahteva različne delovne pristope patronažne medicinske sestre v smislu vzgoje za zdravje posameznika.

Raziskovalna vprašanja (RV1 - RV3):

RV 1: Ali je skupina posameznikov osnovne populacije osveščena in ali je skupina posameznikov romske populacije neosveščena v skrbi za zdravje in v tem smislu tudi delujeta?

RV 2: Ali so pričakovanja romske populacije v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre v vzgojni funkciji drugačna kot pri osnovni populaciji?

RV 3: Ali patronažne medicinske sestre svoje delovne naloge v zvezi z vzgojno funkcijo v skrbi za zdravje posameznika prilagajajo posebnostim in značilnostim populacije?

7.4 Hipoteze

Zastavili smo hipoteze (H1 - H3):

H 1: Vzorec iz osnovne populacije je bolj osveščen o skrbi za lastno zdravje kot vzorec romske populacije.

H 2: Vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre.

H 3: Vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji v skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo.

7.5 Raziskovalna metodologija

V raziskavi smo uporabili kvantitativno deskriptivno in kavzalno neeksperimentalno metodo raziskovanja.

Z deskriptivno metodo smo izvedli proučevanje na nivoju opisovanja stanja in iskanja odgovorov na zastavljena vprašanja, s kavzalno neeksperimentalno metodo pa smo izvedli proučevanje na nivoju vzročnega razlaganja in iskanja odgovorov na vprašanja zakaj.

Instrument zbiranja podatkov v kvantitativnem delu raziskovanja je bil anketni vprašalnik z uporabljenimi petstopenjsko lestvico merjenja stališč ob navedenih trditvah. Anketni vprašalnik je bil vsebinsko prilagojen trem raziskovalnim vzorcem. Prvi del anketnega vprašalnika je bil sestavljen iz vprašanj o osnovnih podatkih, v drugem delu je bil naveden niz desetih trditev s petstopenjsko Likertovo lestvico (»sploh se ne strinjam« - »zelo se strinjam«).

Podatki so bili obdelani in tabelarično ter grafično prikazani s pomočjo programa Microsoft Excel, s pomočjo Chi-Square Testa smo izračunali P-vrednost ($\text{Sig} < 0,05$) za vrednotenje zastavljenih hipotez.

7.6 Raziskovalni vzorec

Raziskavo smo opravili na treh vzorcih, ki smo jih delovno poimenovali: vzorec PMS (vzorec patronažnih medicinskih sester), vzorec OP (vzorec življenja skupine posameznikov osnovne populacije) in vzorec RP (vzorec življenja skupine posameznikov romske populacije). K izbiri vzorcev za raziskavo smo pristopili sistematično. V raziskavo smo poleg patronažnih medicinskih sester vključili še posameznike iz širšega geografskega območja Upravne enote Murska Sobota iz osnovne in posameznike iz romske populacije, ki so že bili ali pa so še v stiku s patronažno službo. Anketiranci so bili povabljeni k sodelovanju v raziskavi s pojasnitvijo možnosti odklonitve, bili so seznanjeni z anonimnostjo ter predvidenim namenom dobljenih rezultatov. Anketni vprašalniki so bili udeležencem osnovne in romske populacije skupaj s pisemsko ovojnico razdeljeni po naseljih, v dogovorjenem roku so anketiranci izpolnjene vprašalnike z osebno vročitvijo vrnili. Patronažne medicinske sestre so anketne vprašalnike prejele na sedežu patronažne službe in prav tako izpolnjene in zaprte vrnile v dogovorjenem roku.

7.6.1 Opis vzorca PMS

Vzorec PMS je predstavljalo 24 patronažnih medicinskih sester Zdravstvenega doma Murska Sobota v starostnem obdobju od 26 do 54 let, s srednjo strokovno in višjo ali visoko izobrazbo ter delovno dobo v patronažni službi v razponu med do 5 let in 25 let ali več.

Tabela 1: Opis vzorca PMS: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na starost

Starost PMS	Število (n)	Odstotek (%)
26-35 let	6	25 %
36-45 let	5	20,83 %
46-54 let	13	54,17%
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

V raziskavi je od 24 patronažnih medicinskih sester (PMS) bilo največ v starostni skupini 46-54 let (54,17 %).

Tabela 2: Opis vzorca PMS: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na izobrazbo

Izobrazba PMS	Število (n)	Odstotek (%)
SREDNJA	6	25 %
VIŠJA ali VISOKA	18	75 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Od 24 PMS je bilo z višjo ali visoko izobrazbo 18 PMS (75 %), v manjšem številu pa so bile zaposlene PMS s srednjo strokovno izobrazbo (25 % oz. 6 PMS).

Tabela 3: Opis vzorca PMS: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na delovno dobo v patronažnem varstvu

Delovna doba PMS v PV	Število (n)	Odstotek (%)
do 5 let	6	25 %
6-15 let	2	8,33 %
16-24 let	5	20,83 %
25 in več let	11	45,84 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Od 24 PMS jih je bilo 11 (45,84 %) z največ delovne dobe v patronažni službi.

7.6.2 Opis vzorca OP

V **vzorec OP** je bilo zajetih 50 posameznikov iz osnovne populacije v starostnem obdobju od 18 do 95 let. Sodelovale so ženske in tudi moški različne izobrazbene strukture in samo tisti, ki so v preteklem obdobju bili ali pa so še v stiku s patronažno službo.

Tabela 4: Opis vzorca OP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na starost

Starost OP	Število (n)	Odstotek (%)
18-25 let	2	4 %
26-35 let	2	4 %
36-45 let	4	8 %
46-55 let	10	20 %
56-65 let	10	20 %
66-75 let	15	30 %
76-85 let	5	10 %
86-95 let	2	4 %
Skupaj: (n = 50) (100 %)		

V starostni strukturi je bilo od 50 sodelujočih iz osnovne populacije največ anketirancev (15) v starosti med 66-75 let (30 %).

Tabela 5: Opis vzorca OP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na spol

Spol OP	Število (n)	Odstotek (%)
MOŠKI	16	32 %
ŽENSKI	34	68 %
Skupaj: (n = 50) (100 %)		

V raziskavi je od 50 anketiranih predstavnikov osnovne populacije (100 %) sodelovalo 16 moških (32 %) in 34 žensk (68 %).

Tabela 6: Opis vzorca OP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na izobrazbo

Izobrazba OP	Število (n)	Odstotek (%)
NEDOKONČANA	0	0 %
OSNOVNOŠOLSKA	26	52 %
POKLICNA	18	36 %
SREDNJA STROKOVNA	3	6 %
VIŠJA ali VISOKA	1	2 %
UNIVERZITETNA ali AKADEMSKA	2	4 %
Skupaj: (n = 50) (100 %)		

Od 50 posameznikov osnovne populacije je bilo po izobrazbeni strukturi največ sodelujočih z dokončano osnovnošolsko izobrazbo (26 oz. 52 %). Nihče od sodelujočih ni bil z nedokončano osnovno šolo (0 %).

7.6.3 Opis vzorca RP

V **vzorec RP** je bilo zajetih 50 posameznikov iz romske populacije v starostnem obdobju od 18 do 95 let. Sodelovale so ženske in tudi moški različne izobrazbene strukture in samo tisti, ki so v preteklem obdobju bili ali pa so še v stiku s patronažno službo.

Tabela 7: Opis vzorca RP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na starost

Starost RP	Število (n)	Odstotek (%)
18-25 let	3	6 %
26-35 let	11	22 %
36-45 let	20	40 %
46-55 let	7	14 %
56-65 let	6	12 %
66-75 let	3	6 %
76-85 let	0	0 %
86-95 let	0	0 %
Skupaj: (n = 50) (100 %)		

V starostni strukturi od 50 sodelujočih iz romske populacije je bilo največ (20) anketirancev bilo v starostnem obdobju med 36-45 let (40 %).

Tabela 8: Opis vzorca RP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na spol

Spol RP	Število (n)	Odstotek (%)
MOŠKI	19	38 %
ŽENSKI	31	62 %
Skupaj: (n = 50) (100 %)		

Od 50 predstavnikov romske populacije je bilo 19 moških (38 %) in 31 žensk (62 %).

Tabela 9: Opis vzorca RP: Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na izobrazbo

Izobrazba OP	Število (n)	Odstotek (%)
NEDOKONČANA	15	30 %
OSNOVNOŠOLSKA	26	52 %
POKLICNA	5	10 %
SREDNJA STROKOVNA	4	8 %
VIŠJA ali VISOKA	0	0 %
UNIVERZITETNA ali AKADEMSKA	0	0 %
Skupaj: (n = 50) (100 %)		

Od 50 sodelujočih posameznikov romske populacije jih je bilo prav tako največ z dokončano osnovnošolsko izobrazbo (26 oz. 52 %), z nedokončano izobrazbo pa jih je bilo kar 15 (30 %).

7.7 Raziskovalno okolje

Raziskava je potekala v širšem geografskem območju Upravne enote Murska Sobota, kjer sta tudi različna kulturna in socialna struktura prebivalstva, s katerim se srečujejo patronažne medicinske sestre, zaposlene v Zdravstvenem domu Murska Sobota. Anketiranje pri vzorcu PMS je potekalo na sedežu patronažne službe Zdravstvenega doma Murska Sobota, pri vzorcu OP in RP pa v domačem okolju posameznikov tako osnovne kot romske populacije, ki predstavljata delovno okolje vzorca PMS.

7.8 Etični vidik

Pred pričetkom izpeljave raziskave smo pridobili soglasje vodstva zavoda Zdravstvenega doma Murska Sobota.

Vsem sodelujočim sta bili zagotovljeni zaupnost in anonimnost v raziskavi. Prav tako so bili informirani o namenu in vsebini raziskovanja ter predhodno obveščeni o možnosti zavrnitve sodelovanja v raziskavi.

7.9 Čas poteka raziskave

Priprava anketnega vprašalnika in pridobitev soglasja za izvedbo raziskave je potekala v maju in juniju 2010. Anketiranje pa je potekalo v obdobju od julija do septembra 2010.

7.10 Predpostavke in omejitve v raziskavi

Predpostavke so bile implicitno izražene v raziskovalnih vprašanjih in eksplicitno v zastavljenih hipotezah.

Omejitev raziskave smo predvidevali v raziskovalnem vzorcu – v potencialni skupini posameznikov – romske populacije, v kateri ne bi bilo pripravljenosti za sodelovanje.

8 REZULTATI RAZISKAVE IN INTERPRETACIJA

Rezultati raziskave so predstavljeni po trditvah iz anketnega vprašalnika.

V nadaljevanju predstavljeni rezultati predstavljajo prvo oceno stanja o pomenu vključenosti patronažne medicinske sestre k skrbi za zdravje posameznika in njeni vzgojni funkciji v različnih kulturnih in socialnih okoljih z vidika patronažne medicinske sestre in z vidika posameznikov osnovne in romske populacije.

Razlaga kratic:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.1 Družinska medicinska sestra in zaupanje

8.1.1 Trditev 1 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 1 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavam, veljam za družinsko medicinsko sestro in ljudje mi zaupajo.«

Tabela 10: Rezultati vzorca PMS – Družinska medicinska sestra in zaupanje

1. Na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavam, veljam za družinsko medicinsko sestro in ljudje mi zaupajo.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	0	0 %
NEOPREDELJENO	1	4,16 %
SE STRINJAM	13	54,17 %
ZELO SE STRINJAM	10	41,67 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Od 24 anketiranih PMS se jih je največ (13 oz. 54,17 %) strinjalo s trditvijo, da na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavajo, veljajo za družinsko medicinsko sestro in da jim ljudje zaupajo, s trditvijo se jih je zelo strinjalo nekoliko manj (10 oz. 41,67 %), le 1 PMS (4,16 %) se ni opredelila.

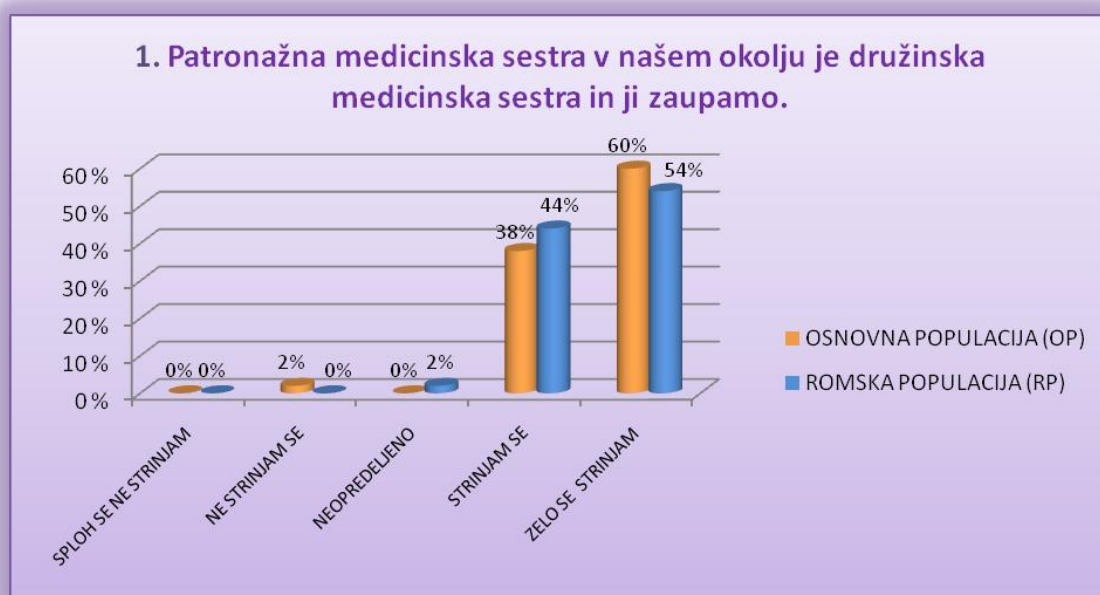
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.1.2 Trditev 1 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 1 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Patronažna medicinska sestra v našem okolju je družinska medicinska sestra in ji zaupamo.«

Graf 1: Rezultati vzorcev OP in RP – Družinska medicinska sestra in zaupanje



S trditvijo, da je patronažna medicinska sestra v okolju sodelujočih družinska medicinska sestra in se ji zaupa, se je od 50 posameznikov osnovne populacije zelo strinjalo 30 (60 %), 19 (38 %) se jih je strinjalo, le 1 (2 %) posameznik se s trditvijo ni strinjal. Od 50 sodelujočih posameznikov romske populacije se jih je s trditvijo zelo strinjalo največ (27 oz. 54 %), 22 (44 %) se jih je s trditvijo strinjalo, le 1 (2 %) se ni opredelil.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.2 Potreba po obiskih patronažne službe v času zdravja

8.2.1 Trditev 2 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 2 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »V času dobrega počutja in zdravja posamezniki naših obiskov ne smatrajo za potrebne.«

Tabela 11: Rezultati vzorca PMS – Potreba po obiskih patronažne službe v času zdravja

2. V času dobrega počutja in zdravja posamezniki naših obiskov ne smatrajo za potrebne.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	2	8,33 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	4	16,67 %
SE STRINJAM	6	25 %
ZELO SE STRINJAM	1	4,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Največ PMS (11 oz. 45,83 %) od 24 se ni strinjalo s trditvijo, da posamezniki v času dobrega počutja in zdravja obiskov ne smatrajo za potrebne.

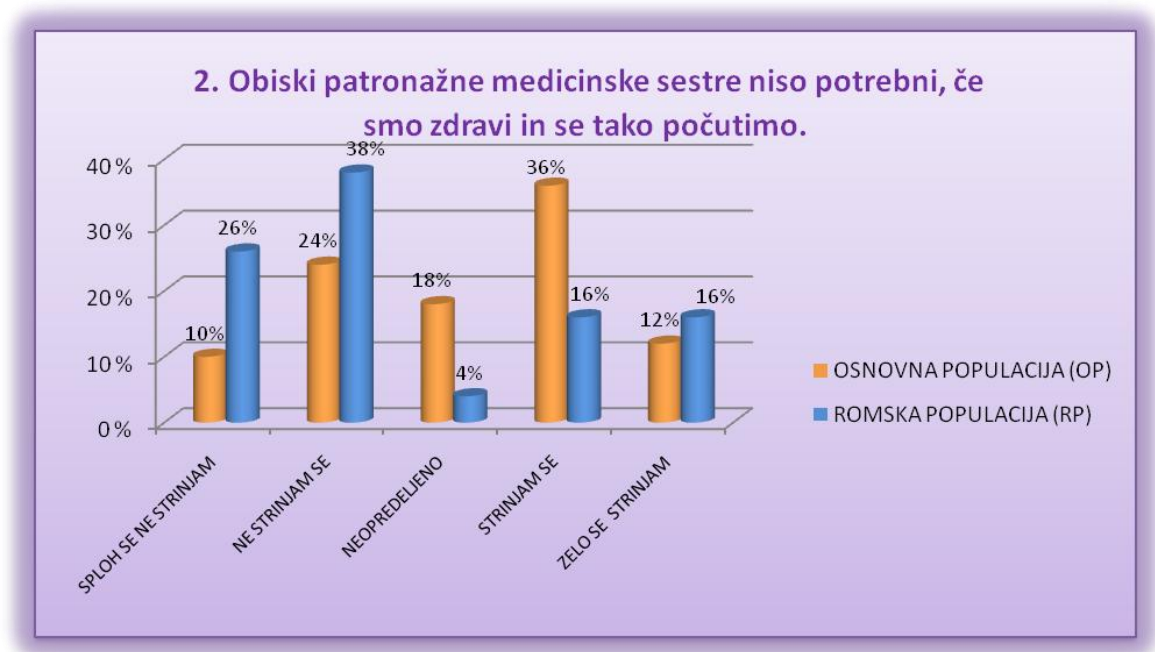
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.2.2 Trditev 2 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 2 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Obiski patronažne medicinske sestre niso potrebni, če smo zdravi in se tako počutimo.«

Graf 2: Rezultati vzorcev OP in RP – Potreba po obiskih patronažne službe v času zdravja



Da obiski patronažne medicinske sestre niso potrebni, če so ljudje zdravi, je z odgovorom, da se strinjajo, to potrdilo največ (18 oz. 36 %) od 50 sodelujočih posameznikov iz osnovne populacije. Od 50 posameznikov romske populacije pa se jih največ ni strinjalo s trditvijo 19 (38 %).

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.3 Organiziranost predavanj o zdravem načinu življenja v lokalni skupnosti

8.3.1 Trditev 3 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 3 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Na območju, kjer se vključujem v skrb za posameznika, družino in skupnost, še ni bilo organiziranih predavanj z vsebino o bolj zdravem načinu življenja.«

Tabela 12: Rezultati vzorca PMS – Organiziranost predavanj o zdravem načinu življenja v lokalni skupnosti

3. Na območju, kjer se vključujem v skrb za posameznika, družino in skupnost, še ni bilo organiziranih predavanj z vsebino o bolj zdravem načinu življenja.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	2	8,33 %
NE STRINJAM SE	7	29,17 %
NEOPREDELJENO	3	12,50 %
SE STRINJAM	11	45,83 %
ZELO SE STRINJAM	1	4,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

11 PMS (45,83 %) od 24 se je strinjalo s trditvijo, da na območju, kjer se vključujejo v skrb za posameznika, družino in skupnost, ni bilo organiziranih predavanj z vsebino o bolj zdravem načinu življenja.

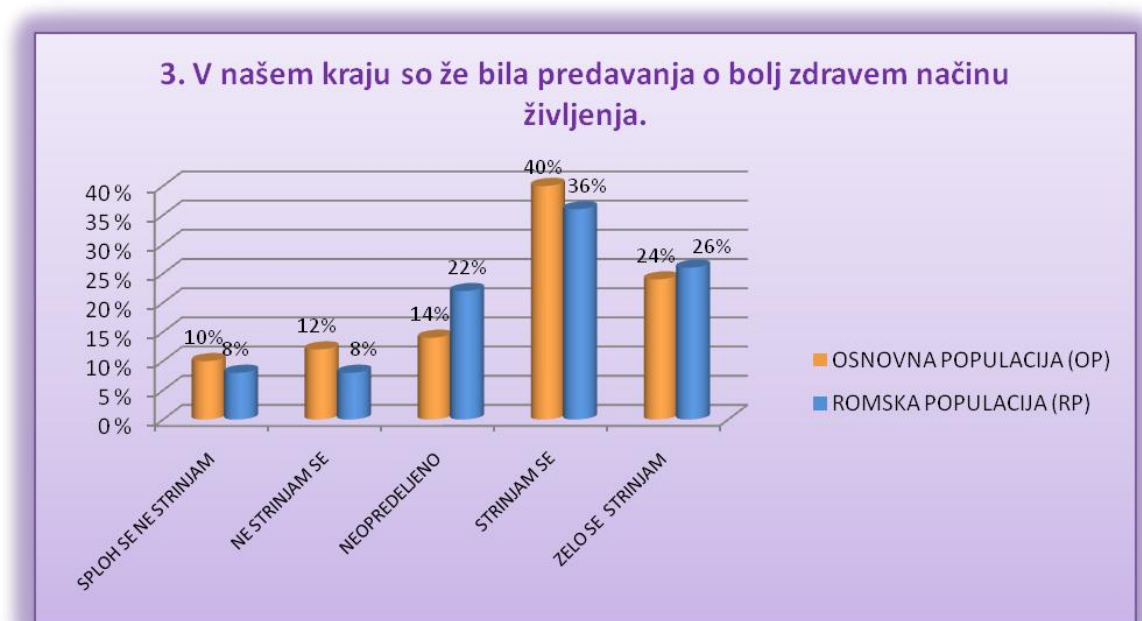
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.3.2 Trditev 3 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 3 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »V našem kraju so že bila predavanja o bolj zdravem načinu življenja.«

Graf 3: Rezultati vzorcev OP in RP – Organiziranost predavanj o zdravem načinu življenja v lokalni skupnosti



Od 50 anketiranih posameznikov iz osnovne populacije se je s trditvijo, da so v njihovem kraju že bila izvajana predavanja o bolj zdravem načinu življenja, strinjalo 20 (40 %). Pri romski populaciji se je od 50 udeleženih prav tako največ strinjalo s to trditvijo (18 oz. 36 %).

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.4 Udeležba na predavanjih v lokalni skupnosti

8.4.1 Trditev 4 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 4 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Če bi imeli možnost, da se predavanj udeležijo, se jih velika večina niti ne bi želela.«

Tabela 13: Rezultati vzorca PMS – Udeležba na predavanjih v lokalni skupnosti

4. Če bi imeli možnost, da se predavanj udeležijo, se jih velika večina niti ne bi želela.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	1	4,17 %
SE STRINJAM	12	50 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

S trditvijo, da če bi imeli posamezniki možnost, da se predavanj udeležijo, a se jih velika večina niti ne bi želela udeležiti, se je od 24 PMS močno strinjalo 12 PMS (50 %). Vendar jih je skoraj enako število, in sicer 11 PMS (45,83 %), bilo nasprotnega mnenja in se s tem niso strinjale.

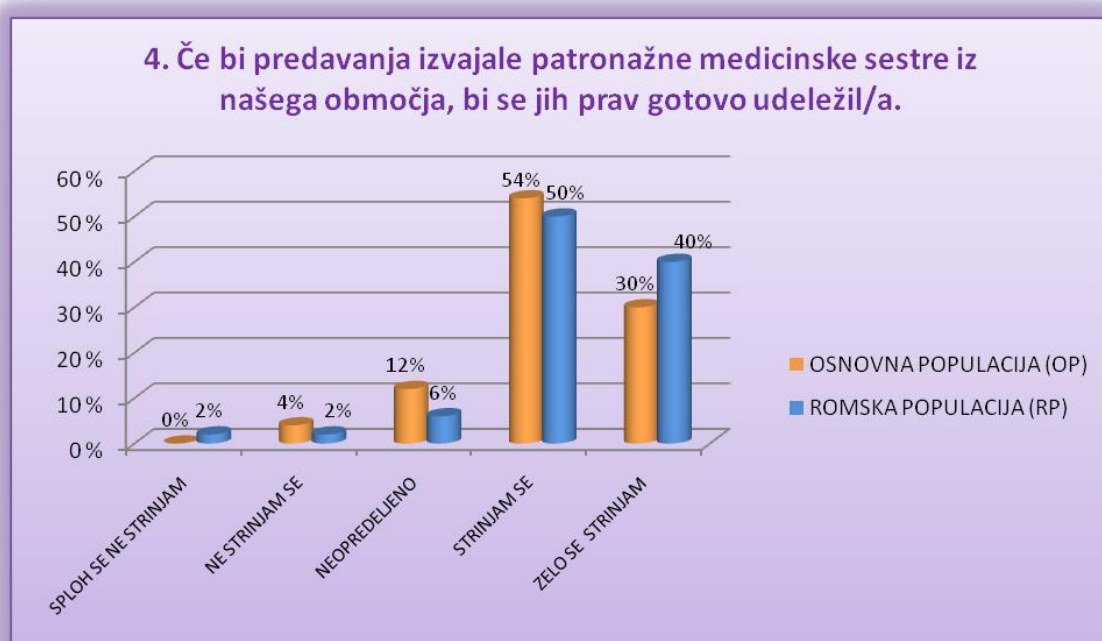
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.4.2 Trditev 4 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 4 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Če bi predavanja izvajale patronažne medicinske sestre z našega območja, bi se jih prav gotovo udeležil/-a.«

Graf 4: Rezultati vzorcev OP in RP – Udeležba na predavanjih v lokalni skupnosti



Od 50 sodelujočih iz osnovne populacije je na trditev, da bi se predavanja prav gotovo udeležili, če bi predavanja izvajale patronažne medicinske sestre, največ, tj. 27 (54 %), odgovorilo, da se s tem strinja. Med 50 sodelujočimi posamezniki iz romske populacije se jih je prav tako največ, tj. 25 (50 %), strinjalo s trditvijo, kar 20 (40 %) pa celo zelo strinjalo.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.5 Ocena znanja PMS

8.5.1 Trditev 5 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 5 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Moje znanje ni dovolj obsežno, da bi sama lahko izvajala predavanja, namenjena skupnosti, z vsebino o izboljšanju zdravja in skrbi zase.«

Tabela 14: Rezultati vzorca PMS – Ocena znanja PMS

5. Moje znanje ni dovolj obsežno, da bi sama lahko izvajala predavanja, namenjena skupnosti, z vsebino o izboljšanju zdravja in skrbi zase.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	4	16,67 %
NE STRINJAM SE	9	37,50 %
NEOPREDELJENO	9	37,50 %
SE STRINJAM	2	8,33 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Od vseh 24 PMS so trditev, da lastno znanje ni dovolj obsežno, da bi lahko posamezna PMS izvajala predavanja, namenjena skupnosti, z vsebino o izboljšanju zdravja in skrbi zase, popolnoma ovrgle 4 PMS (16,67 %) in se s tem sploh niso strinjale, 9 PMS (37,50 %) se jih prav tako ni strinjalo, enako število (37,50 %) pa je bilo neopredeljenih. Trditev sta potrdili z izjavo, da se strinjata, le 2 PMS (8,33 %).

Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.5.2 Trditev 5 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 5 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Patronažna medicinska sestra ima znanje o zdravju in o zdravem načinu življenja, zato bi lahko predavala.«

Graf 5: Rezultati vzorcev OP in RP – Ocena znanja PMS



Od 50 anketiranih iz osnovne populacije se jih je največ 27 (54 %) strinjalo s trditvijo, 19 (38 %) celo zelo strinjalo. Prav tako se jih je 27 (54 %) od 50 sodelujočih pri romski populaciji s trditvijo strinjalo, 20 (40 %) celo zelo strinjalo.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.6 Izvajanje vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre

8.6.1 Trditev 6 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 6 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Obiskov je načeloma v enem delavniku preveč, da bi lahko stekel pogovor na samem obisku tudi o ukrepih za izboljšanje zdravja.«

Tabela 15: Rezultati vzorca PMS – Izvajanje vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre

6. Obiskov je načeloma v enem delavniku preveč, da bi lahko stekel pogovor na samem obisku tudi o ukrepih za izboljšanje zdravja.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	6	25 %
NE STRINJAM SE	8	33,33 %
NEOPREDELJENO	2	8,33 %
SE STRINJAM	7	29,17 %
ZELO SE STRINJAM	1	4,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Med 24 PMS se jih 8 (33,33 %) ni strinjalo s trditvijo, 6 PMS (25 %) se s tem sploh ni strinjalo, kar 7 PMS (29,17 %) pa se jih je s trditvijo strinjalo, zelo strinjala se je le 1 PMS (4,17 %).

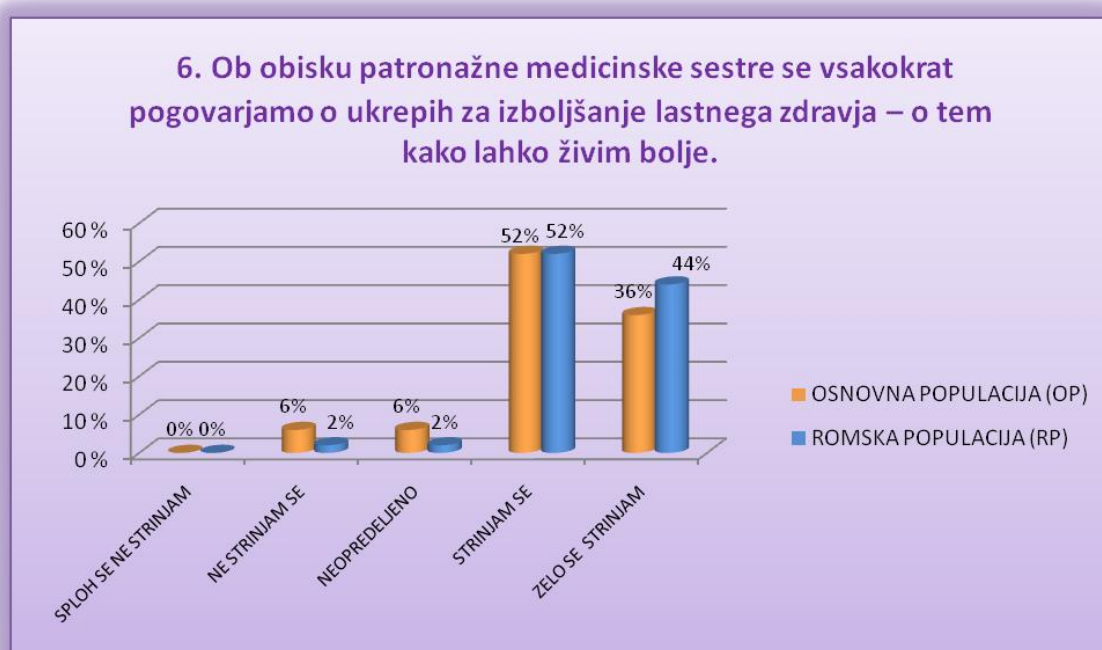
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.6.2 Trditev 6 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 6 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Ob obisku patronažne medicinske sestre se vsakokrat pogovarjamo o ukrepih za izboljšanje lastnega zdravja – o tem, kako lahko živim bolje.«

Graf 6: Rezultati vzorcev OP in RP – Izvajanje vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre



Izmed 50 sodelujočih posameznikov iz osnovne populacije je trditev o tem, da se posameznik ob obisku patronažne medicinske sestre vsakič pogovori o ukrepih za izboljšanje svojega zdravja, 26 anketirancev (52 %) potrdilo, s tem se jih je celo zelo strinjalo 18 (36 %). Prav tako se je med 50 posamezniki iz romske populacije največ vprašanih strinjalo s trditvijo, in sicer 26 (52 %), 22 (44 %) je bilo celo mnenja, da se zelo strinja.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.7 Zavračanje poučevanja in nepripravljenost na spremembe

8.7.1 Trditev 7 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 7 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Posamezniki (obeh skupin populacije) si ne želijo poučevanja – so odklonilni do sprememb, nanje niso dovolj pripravljeni.«

Tabela 16: Rezultati vzorca PMS – Zavračanje poučevanja in nepripravljenost na spremembe

7. Posamezniki (obeh skupin populacije) si ne želijo poučevanja – so odklonilni do sprememb, nanje niso dovolj pripravljeni.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	3	12,50 %
SE STRINJAM	10	41,67 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Od 24 PMS se jih s trditvijo, da si oboji posamezniki ne želijo poučevanja, da so do sprememb odklonilni ter nanje niso dovolj pripravljeni, največ ni strinjalo – 11 oz. 45,83 %), nasprotno pa se je kar 10 PMS (41,67 %) s trditvijo strinjalo.

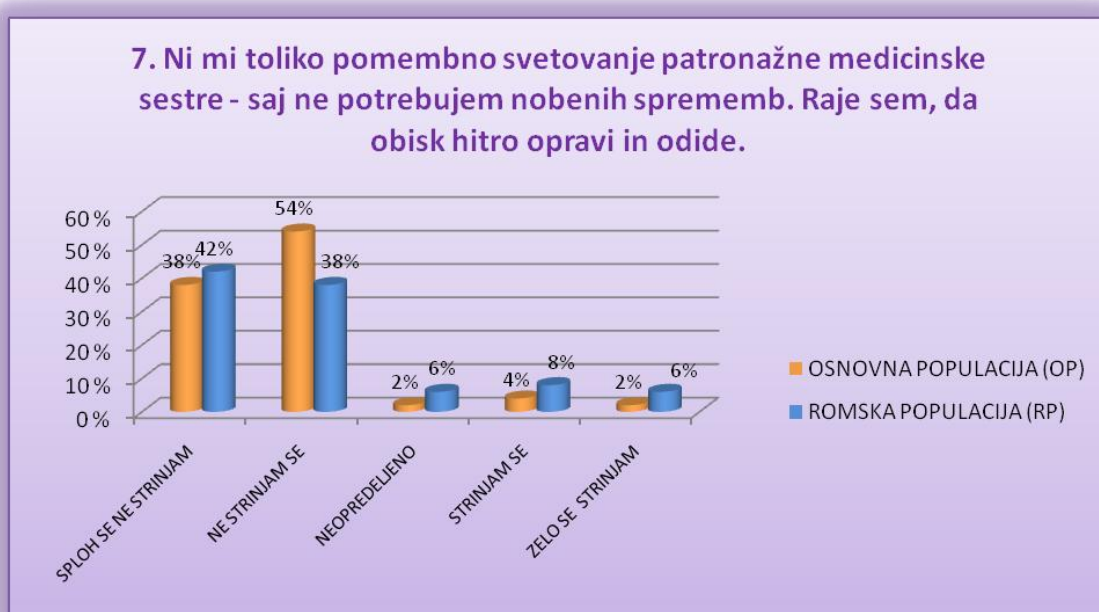
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.7.2 Trditev 7 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 7 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Ni mi toliko pomembno svetovanje patronažne medicinske sestre, saj ne potrebujem nobenih sprememb. Raje sem, da obisk hitro opravi in odide.«

Graf 7: Rezultati vzorcev OP in RP – Zavračanje poučevanja in nepripravljenost na spremembe



Od 50 sodelujočih iz osnovne populacije se jih 27 (54 %) ni strinjalo s trditvijo, kar 19 (38 %) se jih s tem sploh ni strinjalo. Pri romski populaciji se jih od 50 posameznikov 19 (38 %) ni strinjalo, kar 21 (42 %) se jih s tem sploh ni strinjalo.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.8 Koristnost nasvetov patronažne medicinske sestre

8.8.1 Trditev 8 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 8 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Ob vsakem obisku posameznika poskušam z nasveti o primernejšem načinu življenjskega sloga vplivati na spremembe, kjer je to potrebno.«

Tabela 17: Rezultati vzorca PMS – Koristnost nasvetov patronažne medicinske sestre

8. Ob vsakem obisku posameznika poskušam z nasveti o primernejšem načinu življenjskega sloga vplivati na spremembe, kjer je to potrebno.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	0	0 %
NEOPREDELJENO	0	0 %
SE STRINJAM	17	70,83 %
ZELO SE STRINJAM	7	29,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Od 24 PMS se jih je 17 (70,83 %) strinjalo s trditvijo, da ob vsakem obisku posameznika poskušajo z nasveti o primernejšem načinu življenjskega sloga vplivati na spremembe, kjer je to potrebno. 7 PMS (29,17 %) se je s trditvijo kar zelo strinjalo.

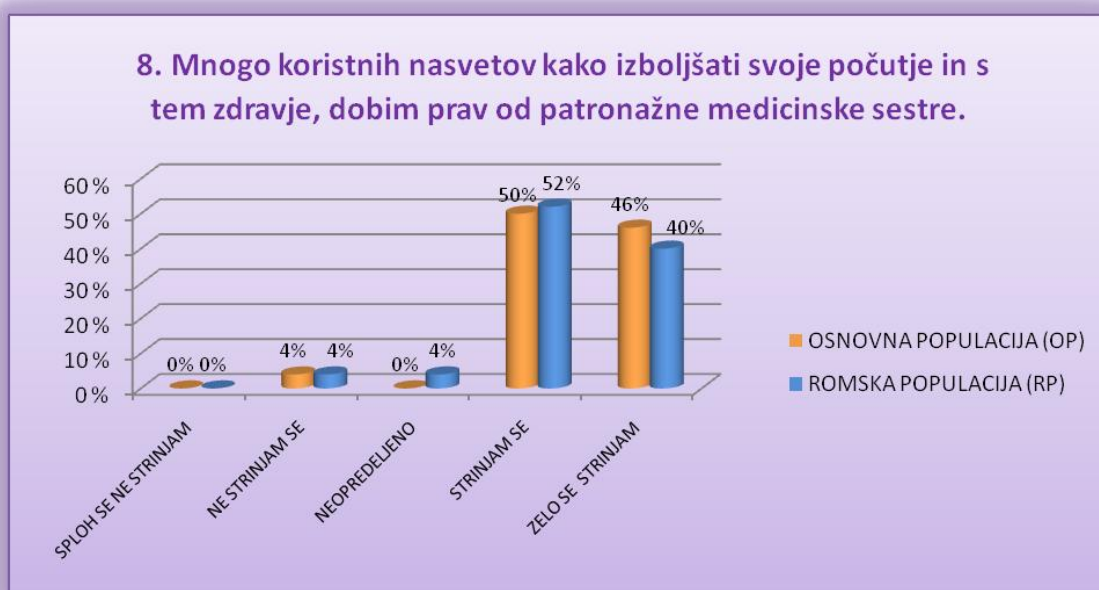
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.8.2 Trditev 8 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 8 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Mnogo koristnih nasvetov, kako izboljšati svoje počutje in s tem zdravje, dobim prav od patronažne medicinske sestre.«

Graf 8: Rezultati vzorcev OP in RP – Koristnost nasvetov patronažne medicinske sestre



Od 50 posameznikov iz osnovne populacije je bilo 25 (50 %) takih, ki so se strinjali s trditvijo, 23 (46 %) se jih je celo zelo strinjalo. Pri romski populaciji se je od 50 kar 26 (52 %) posameznikov strinjalo s to trditvijo, 20 (40 %) se jih je celo zelo strinjalo.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.9 Raznolikost v sprejemanju nasvetov

8.9.1 Trditev 9 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 9 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Posamezniki romske populacije so bolj odklonilni do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje v primerjavi z osnovno populacijo.«

Tabela 18: Rezultati vzorca PMS – Raznolikost v sprejemanju nasvetov

9. Posamezniki romske populacije so bolj odklonili do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje v primerjavi z osnovno populacijo.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	0	0 %
NE STRINJAM SE	11	45,83 %
NEOPREDELJENO	6	25 %
SE STRINJAM	6	25 %
ZELO SE STRINJAM	1	4,17 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Med 24 PMS se s trditvijo, da so posamezniki romske populacije bolj odklonilni do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje v primerjavi z osnovno populacijo, ni strinjalo 11 PMS (45,83 %), 6 PMS se je s trditvijo strinjalo (25 %).

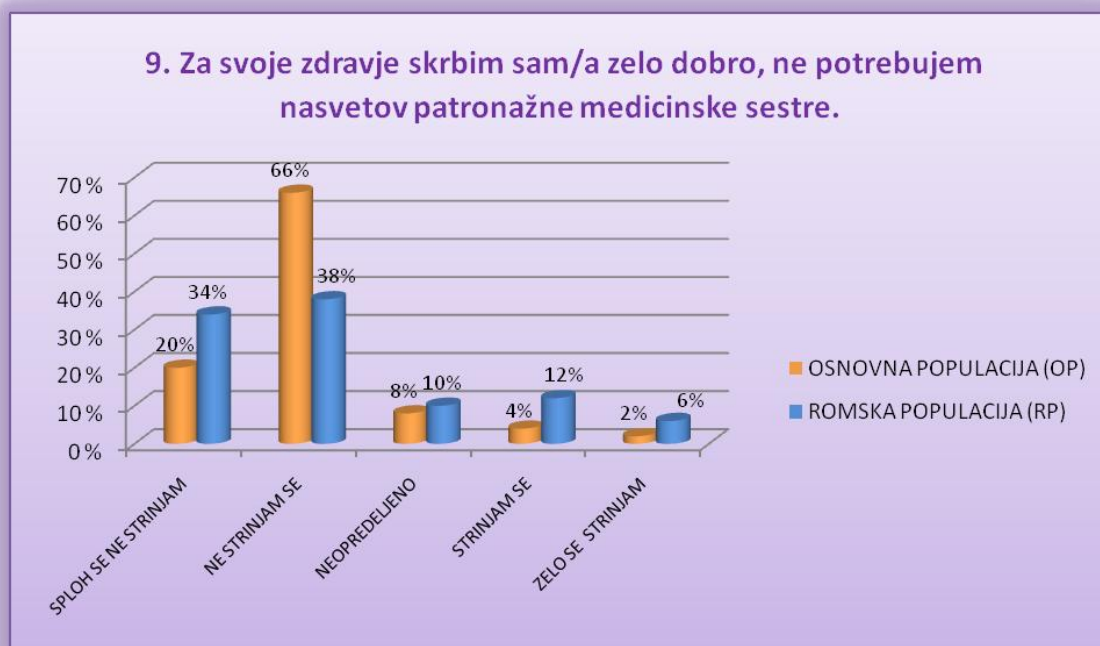
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.9.2 Trditev 9 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 9 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Za svoje zdravje skrbim sam/-a zelo dobro, ne potrebujem nasvetov patronažne medicinske sestre.«

Graf 9: Rezultati vzorcev OP in RP – Raznolikost v sprejemanju nasvetov



Kar 33 (66 %) od 50 sodelujočih iz osnovne populacije se ni strinjalo s tem, da bi za svoje zdravje skrbeli zelo dobro in tako ne bi potrebovali nasvetov patronažne medicinske sestre. 10 (20 %) se jih s trditvijo sploh ni strinjalo. Med 50 posamezniki iz romske populacije je bilo 19 (38 %) takih, ki se s trditvijo niso strinjali. Kar 17 (34 %) se jih s tem sploh ni strinjalo.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

8.10 Obravnava posameznika s strani patronažne medicinske sestre

8.10.1 Trditev 10 iz anketnega vprašalnika pri PMS

Trditev 10 iz anketnega vprašalnika pri PMS: »Svoje delovne naloge mi ni potrebno prilagoditi glede na različnost okolja, v katerega vstopam – (ozirajoč se na vključenost v osnovno ali pa romsko populacijo), saj so oboji enako dovzetni za nasvete.«

Tabela 19: Rezultati vzorca PMS – Obravnava posameznika s strani patronažne medicinske sestre

10.Svoje delovne naloge mi ni potrebno prilagoditi glede na različnost okolja, v katerega vstopam – (ozirajoč se na vključenost v osnovno ali pa romsko populacijo), saj so oboji enako dovzetni za nasvete.		
Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
SPLOH SE NE STRINJAM	5	20,83 %
NE STRINJAM SE	9	37,50 %
NEOPREDELJENO	4	16,67 %
SE STRINJAM	6	25 %
ZELO SE STRINJAM	0	0 %
Skupaj: (n = 24) (100 %)		

Med 24 PMS se jih 9 (37,50 %) ni strinjalo s trditvijo, 5 PMS (20,83 %) se s trditvijo sploh ni strinjalo.

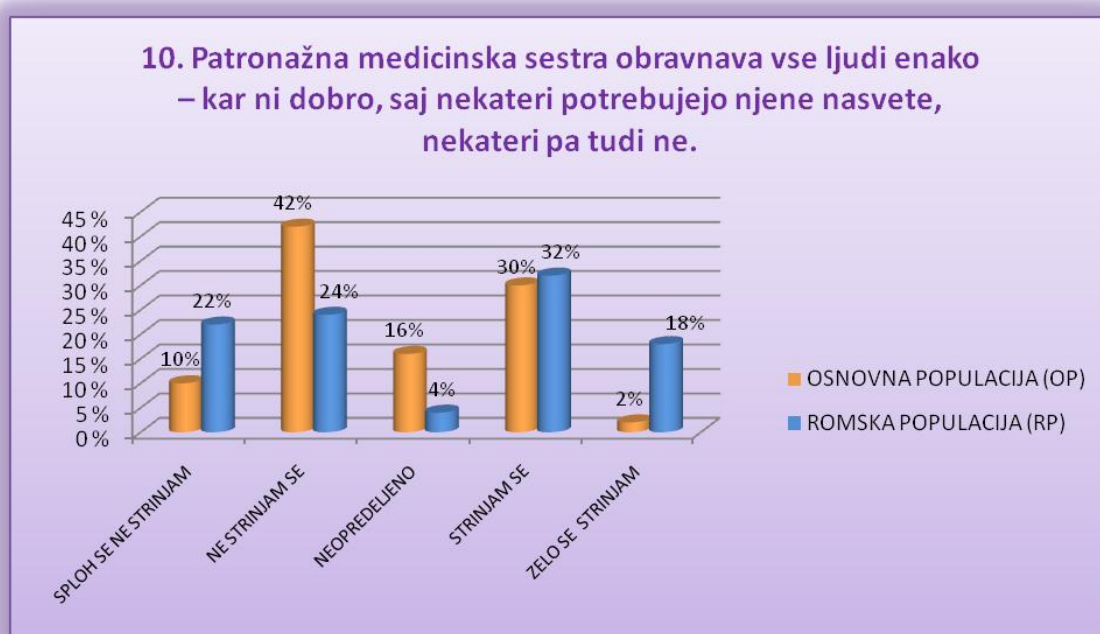
Razlaga kratice:

PMS – vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester

8.10.2 Trditev 10 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP

Trditev 10 iz anketnega vprašalnika pri OP in RP: »Patronažna medicinska sestra obravnava vse ljudi enako, kar ni dobro, saj nekateri potrebujejo njene nasvete, nekateri pa tudi ne.«

Graf 10: Rezultati vzorcev OP in RP – Obravnava posameznika s strani patronažne medicinske sestre



Največ (21 oz. 42 %) od 50 sodelujočih iz osnovne populacije se ni strinjalo s trditvijo, da bi patronažna medicinska sestra obravnavala vse ljudi enako, saj nekateri potrebujejo njene nasvete, drugi pa ne. 5 (10 %) se jih s tem sploh ni strinjalo. Največ (16 oz. 32 %) sodelujočih iz romske populacije se je strinjalo s to trditvijo, 9 (18 %) se jih je celo zelo strinjalo. 12 (24 %) je trditev označilo z nestrinjanjem in 11 (22 %) se jih s trditvijo sploh ni strinjalo.

Razlaga kratic:

OP – vzorec iz osnovne populacije

RP – vzorec iz romske populacije

Tabela 20: Rezultati vzorcev OP in RP – Število (n) in strukturni odstotki (%) anketiranih glede na populacijo

	ODGOVOR									
	SPLOH SE NE STRINJAM		NE STRINJAM SE		NEOPREDELJENO		STRINJAM SE		ZELO SE STRINJAM	
	ŠT.	%	ŠT.	%	ŠT.	%	ŠT.	%	ŠT.	%
TRDITEV 1: Patronažna medicinska sestra v našem okolju je družinska medicinska sestra in ji zaupamo.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	0	0 %	1	2 %	0	0 %	19	38 %	30	60 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	0	0 %	0	0 %	1	2 %	22	44 %	27	54 %
TRDITEV 2: Obiski patronažne medicinske sestre niso potrebni, če smo zdravi in se tako počutimo.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	5	10 %	12	24 %	9	18 %	18	36 %	6	12 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	13	26 %	19	38 %	2	4 %	8	16 %	8	16 %
TRDITEV 3: V našem kraju so že bila predavanja o bolj zdravem načinu življenja.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	5	10 %	6	12 %	7	14 %	20	40 %	12	24 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	4	8 %	4	8 %	11	22 %	18	36 %	13	26 %
TRDITEV 4: Če bi predavanja izvajale patronažne medicinske sestre iz našega območja, bi se jih prav gotovo udeležil/a.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	0	0 %	2	4 %	6	12 %	27	54 %	15	30 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	1	2 %	1	2 %	3	6 %	25	50 %	20	40 %
TRDITEV 5: Patronažna medicinska sestra ima znanje o zdravju in o zdravem načinu življenja, zato bi lahko predavala.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	0	0 %	1	2 %	3	6 %	27	54 %	19	38 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	0	0 %	0	0 %	3	6 %	27	54 %	20	40 %
TRDITEV 6: Ob obisku patronažne medicinske sestre se vsakokrat pogovarjamo o ukrepih za izboljšanje lastnega zdravja – o tem kako lahko živim bolje.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	0	0 %	3	6 %	3	6 %	26	52 %	18	36 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	0	0 %	1	2 %	1	2 %	26	52 %	22	44 %
TRDITEV 7: Ni mi toliko pomembno svetovanje patronažne medicinske sestre – saj ne potrebujem nobenih sprememb. Raje sem, da obisk hitro opravi in odide.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	19	38 %	27	54 %	1	2 %	2	4 %	1	2 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	21	42 %	19	38 %	3	6 %	4	8 %	3	6 %
TRDITEV 8: Mnogo koristnih nasvetov kako izboljšati svoje počutje in s tem zdravje, dobim prav od patronažne medicinske sestre.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	0	0 %	2	4 %	0	0 %	25	50 %	23	46 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	0	0 %	2	4 %	2	4 %	26	52 %	20	40 %
TRDITEV 9: Za svoje zdravje skrbim sam/a zelo dobro, ne potrebujem nasvetov patronažne medicinske sestre.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	10	20 %	33	66 %	4	8 %	2	4 %	1	2 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	17	34 %	19	38 %	5	10 %	6	12 %	3	6 %
TRDITEV 10: Patronažna medicinska sestra obravnava vse ljudi enako – kar ni dobro, saj nekateri potrebujejo njene nasvete, nekateri pa tudi ne.										
OSNOVNA POPULACIJA (OP)	5	10 %	21	42 %	8	16 %	15	30 %	1	2 %
ROMSKA POPULACIJA (RP)	11	22 %	12	24 %	2	4 %	16	32 %	9	18 %

8.11 Vrednotenje zastavljenih hipotez

Pred izpeljavo raziskave smo zastavili naslednje hipoteze:

- H 1: Vzorec iz osnovne populacije je bolj osveščen o skrbi za lastno zdravje kot vzorec romske populacije.
- H 2: Vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre.
- H 3: Vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji v skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo.

8.11.1 Vrednotenje hipoteze – H 1

Za vrednotenje zastavljene hipoteze se uporabi Chi-Square Test of Independence (Hi-kvadrat test). Izračuna se, da razlika ni statistično pomembna, saj je dobljena P-vrednost = 0,057.

Tabela 21: H 1: Vzorec iz osnovne populacije je bolj osveščen o skrbi za lastno zdravje kot vzorec romske populacije.

<u>TRDITEV:</u> Za svoje zdravje skrbim sam zelo dobro, ne potrebujem nasvetov patronažne medicinske sestre.			
Populacija	(SPLOH) SE NE STRINJAM	(ZELO) SE STRINJAM	<u>P = 0,057</u>
OSNOVNA (n=50)	43	3	
ROMSKA (n=50)	36	9	

8.11.2 Vrednotenje hipoteze – H 2

Za vrednotenje zastavljene hipoteze se uporabi Chi-Square Test of Independence (Hi-kvadrat test). Izračuna se, da razlika ni statistično pomembna, saj je dobljena P-vrednost = 0,064.

Tabela 22: H 2: Vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre.

<u>TRDITEV:</u> Ni mi toliko pomembno svetovanje patronažne medicinske sestre, saj ne potrebujem nobenih sprememb, obisk naj hitro opravi in odide.			
Populacija	(SPLOH) SE NE STRINJAM	(ZELO) SE STRINJAM	<u>P = 0,064</u>
OSNOVNA (n=50)	46	3	
ROMSKA (n=50)	40	7	

8.11.3 Vrednotenje hipoteze – H 3

Za vrednotenje zastavljene hipoteze se uporabi Chi-Square Test of Independence (Hi-kvadrat test). Izračuna se, da razlika ni statistično pomembna, saj je dobljena P-vrednost = 0,564.

Tabela 23: H 3: Vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji v skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo.

TRDITEV: (T1): Svoje delovne naloge mi ni potrebno prilagoditi glede na različnost okolja, v katerega vstopam – (glede na vključenost osnovne ali romske populacije), saj so oboji enako dovzetni za nasvete. (T2): Posamezniki romske populacije so bolj odklonilni do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje v primerjavi z osnovno populacijo.			
Vzorec PMS	(SPLOH) SE NE STRINJAM	(ZELO) SE STRINJAM	<u>P = 0,564</u>
T1 (n=24)	14	6	
T2 (n=24)	11	7	

9 RAZPRAVA

Glavni namen raziskovanja je bil preučiti specifiko dela patronažne medicinske sestre – njeno vlogo v smislu izvajanja vzgojne funkcije – ter pri tem ugotoviti posebnost, raznolikost pri obravnavi posameznikov v kulturno in socialno različnih okoljih.

Pri vseh udeležencih raziskave je v velikem odstotku prevladovalo mnenje, da so patronažne medicinske sestre na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavajo, t. i. družinske medicinske sestre in da jim ljudje zaupajo – tako se vidijo same in tako jih zaznavajo drugi (ne glede na vključenost v skrb za zdravje v okolja osnovne ali romske populacije).

V večini se patronažne medicinske sestre niso strinjale, da njihovih obiskov posamezniki v času dobrega počutja in zdravja ne bi ocenili kot potrebne. Tu pa je opaziti pri posameznikih obeh skupin različnost mnenj, in sicer osnovna populacija je izstopajoče potrdila trditev, romska pa se s tem ni strinjala. Iz tega bi lahko predvidevali, da prisotnost patronažnih medicinskih sester romski posamezniki ocenjujejo kot pozitivno. Morebiti je to eden od pokazateljev sprememb v miselnosti te populacije v nasprotju od osnovne, ki izkazuje potrebo po prisotnosti patronažne medicinske sestre le v času bolezni.

Rezultati, dobljeni s strani patronažnih medicinskih sester, nakazujejo tudi različne poglede na prisotnost organiziranih izobraževanj v lokalni skupnosti z vsebinami o zdravem načinu življenja. Prevladovalo je namreč mnenje, da tovrstnih predavanj še ni bilo na območju, kjer ti ljudje živijo. Pri obeh skupinah preostalih udeležencev (iz osnovne in romske skupnosti), pa je prevladovalo mnenje, da so tovrstna predavanja že bila izvajana. Pri tem se nam zastavlja vprašanje glede zadostne osveščenosti patronažnih

medicinskih sester o aktivnostih v prid zdravju po lokalnih skupnostih. Prav tako so deljena mnenja patronažnih medicinskih sester, da se posamezniki v večini predavanj niti ne bi udeležili, tudi če bi možnosti za to obstajale. Nasprotno so bili posamezniki tako osnovne kot tudi romske populacije mnenja, da bi se predavanj udeležili, romski so celo pri tem nekoliko »prednjačili«.

Pri patronažnih medicinskih sestrah, med katerimi se sicer več kot polovica ni strinjala, da njihovo znanje ne bi bilo dovolj obsežno za samostojno izvajanje predavanj, namenjenih lokalni skupnosti (z vsebino o izboljšanju zdravja in skrbi zase), nas je presenetil odstotek neopredeljenih (37,50 %). Prav nasprotno – skoraj v celoti – pa so posamezniki tako osnovne kot tudi romske populacije ocenili znanje patronažnih medicinskih sester kot pozitivno za zadovoljitev potreb po večjem znanju o zdravju, le manjši odstotek (skupno 6 %) je bil pri tej trditvi neopredeljen. Tu lahko razpravljamo o tem, kakšna je lastna samopodoba, kako se patronažne medicinske sestre vidijo in kako jih vidijo drugi. V tem primeru se je podoba patronažnih medicinskih sester kot izvajalk predavanj v očeh drugih izkazala kot odlična. Gre torej »le« za težavo samoocene? Iz niza razmišljanj lahko tu navedemo tudi ugotovitve Ramšak Pajkove (2002, str. 210), ki je v svoji raziskavi dinamičnega modela zadovoljstva pri delu patronažnih medicinskih sester ugotovila, da patronažne medicinske sestre rade opravljajo svoje delo, so z njim zadovoljne in ga ne bi zamenjale. Nadaljuje, da tiste, ki so z delom zadovoljne, čutijo tudi možnost kreativnega dela, ki v njih spodbuja ustvarjalnost, in da si želijo več strokovnega znanja, pogosto dajejo pobude za izboljšave ter reševanje problemov in menijo, da lahko vplivajo na način dela (prav tam, str. 211).

Večina patronažnih medicinskih sester ni bilo mnenja, da bi povečan obseg dela vplival na zmanjšane možnosti izvajanja vzgojne funkcije na

samih obiskih posameznikov. Prav tako so menili preostali udeleženci, saj so skoraj vsi potrdili, da se ob vsakokratnem obisku patronažne medicinske sestre pogovarjajo o ukrepih za izboljšanje lastnega zdravja. Približno polovica anketiranih patronažnih medicinskih sester je bila mnenja, da si oboji posamezniki ne želijo poučevanja, izkazujejo odklonilen odnos do sprememb in da nanje niso pripravljeni. Preostala polovica je menila, da to ne drži in si posamezniki predavanj in sprememb le želijo. Posamezniki osnovne in romske populacije so tu v veliki večini izkazali nestrinjanje s trditvijo. To si lahko razlagamo kot zavračanje ideje, da spremembe zanje niso potrebne.

Popolnoma vse patronažne medicinske sestre so potrdile, da ob vsakem obisku posameznika poskušajo vplivati na spremembe z nasveti o primernejšem življenjskem slogu, če ocenijo, da je to potrebno. Trditvev so potrdili tudi posamezniki obeh skupin v veliki večini.

Pri oceni odklonilnega odnosa do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje pri posameznikih romske populacije v primerjavi z osnovno, patronažne medicinske sestre v večjem odstotku tega niso potrdile. Le manjši odstotek se jih je strinjalo in kar precej je ostalo neopredeljenih (25 %). Iz tega je mogoče sklepati na deljenost mnenj med posamezniki osnovne in romske populacije, med katero je prevladovalo mnenje, da sami ne skrbijo za svoje zdravje dobro in so jim nasveti patronažne medicinske sestre koristni. Dobljeni rezultati razkrivajo tudi manjši odstotek tistih, ki so mnenja, da sami za svoje zdravje skrbijo dovolj dobro, tu so skrb zase kot dobro ocenili posamezniki romske populacije v večjem odstotku (OP = skupaj 6 %; RP = skupaj 18 %), sicer pa prevladuje mnenje, da ne skrbijo za svoje zdravje dovolj dobro, zato se tu izpostavi koristnost vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre.

Na osnovi raziskave lahko podamo naslednje odgovore na raziskovalna vprašanja.

RV 1: Ali je skupina posameznikov osnovne populacije osveščena in ali je skupina posameznikov romske populacije neosveščena v skrbi za zdravje in v tem smislu tudi delujeta?

Več kot polovica anketiranih posameznikov romske populacije je bila mnenja, da tudi v času dobrega počutja in zdravja potrebujejo prisotnost patronažne medicinske sestre v svojih okoljih, nasprotno so menili posamezniki osnovne populacije. Posamezniki obeh sodelujočih skupin so bili enotnega mnenja, da zase in svoje zdravje ne skrbijo dovolj dobro in da zato potrebujejo nasvete patronažne medicinske sestre. Obenem pa je tudi pri obojih iz rezultatov razvidno, da bi se večina predavanj na temo zdravja v njihovem kraju tudi udeležila. Iz tega se lahko sklepa, da v primerjavi z romsko osnovna populacija ni bolj osveščena v skrbi za zdravje, kot je bilo pričakovati.

RV 2: Ali so pričakovanja romske populacije v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre v vzgojni funkciji drugačna kot pri osnovni populaciji?

Na podlagi rezultatov ne moremo opredeliti, ali je delo patronažnih medicinskih sester v smislu vzgojne funkcije v skrbi za lastno zdravje posameznika zaradi boljše osveščenosti enostavnejše pri eni od populacij. Lahko pa iz rezultatov razberemo, ali so pričakovanja drugačna. Romski posamezniki namreč navajajo potrebo po vključenosti patronažne medicinske sestre tudi v času zdravja, posamezniki osnovne populacije pa ne. Sklepamo, da so tovrstna pričakovanja pri romski populaciji pozitivna, predvsem zaželena in tega ne razlagamo kot pričakovanja populacije, ki bi bila zahtevnejša – ravno nasprotno. Obenem rezultati nakazujejo, da patronažne medicinske sestre poskušajo vplivati na spremembe ne glede

na vključenost v raznoliko okolje in vzgojno funkcijo pri osnovni ali romski populaciji. Oboji anketirani si niso želeli, da bi patronažna medicinska sestra po opravljenem obisku hitro odšla, ne da bi vzgojno delovala. Prav tako so oboji ocenili, da se na obiskih s patronažno medicinsko sestro pogovarjajo o ukrepih za izboljšanje lastnega zdravja. Rezultati, dobljeni s strani patronažnih medicinskih sester, nakazujejo, da so vsi posamezniki – ne glede na raznolikost kulturnega in socialnega okolja iz katerega izhajajo – mnenja, da sprememb za izboljšanje zdravja ne potrebujejo. V manjšem odstotku so tudi potrdile odklonilen odnos do vzgojne funkcije na strani romskih posameznikov, več jih je menilo nasprotno. Kot nasprotna so se izkazala tudi mnenja preostalih skupin udeležencev raziskave, saj so oboji posamezniki v večini navedli, da bi se udeleževali predavanj na temo o izboljšanju zdravja, prav tako so oboji pozitivno ocenili znanje patronažnih medicinskih sester kot izvajalk tovrstnih predavanj. Pri tem pa lahko samo dodamo, da je tu vloga vzgojne funkcije več kot zaželena in jo je potrebno širše razvijati z zavestjo, da vzgajamo lahko samo s komunikacijo, ki pa je vedno dvosmerna, simetrična, če je le ustrezna seveda, kot to opredeljujeta Pšunder in Dečman Dobrnjič (2010, str. 65).

RV 3: Ali patronažne medicinske sestre svoje delovne naloge v zvezi z vzgojno funkcijo v skrbi za zdravje posameznika prilagajajo posebnostim in značilnostim populacije?

Patronažna medicinska sestra si s sodelavci prizadeva za doseganje in večanje pozitivnega zdravja posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševanje oziroma preprečevanje negativnega zdravja. Patronažna medicinska sestra načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego posameznika, družine in skupnosti v stanju zdravja in blaginje ter v stanju bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in nezaželenih stanj (Ramšak Pajk, 2002, str. 206). Rezultati raziskave razkrivajo, da med več kot polovico anketiranih, patronažne medicinske sestre ocenjujejo potrebo po različnih

pristopih v različnih okoljih. S strani posameznikov iz romske populacije rezultati nakazujejo deljenost mnenj in sicer malo manj kot polovica je menila, da niso vsi obravnavani enako s strani patronažne medicinske sestre, kar si mogoče lahko razlagamo tudi kot že »ukoreninjeno«
znavanje sebe kot drugačnih, neenakih v primerjavi z drugimi. Polovica romskih udeležencev pa je bila mnenja, da so obravnavani enako in s tem še podprli nadaljevanje trditve, da to naj ne bi bilo dobro, saj se potreba po nasvetih razlikuje med ljudmi. Prav tako so pri osnovni populaciji mnenja bila deljena. Pri teh rezultatih lahko tudi predpostavljamo, da je bilo prisotno nerazumevanje zastavljene trditve.

V raziskavi smo zastavili tri hipoteze:

- H 1: Vzorec iz osnovne populacije je bolj osveščen o skrbi za lastno zdravje kot vzorec romske populacije.
- H 2: Vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre.
- H 3: Vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji v skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo.

Prve hipoteze, ki pravi, da je vzorec osnovne populacije v primerjavi z romsko populacijo bolj osveščen o skrbi za svoje zdravje, ne moremo potrditi. Raziskava je namreč pokazala, da romski posamezniki ocenjujejo potrebo po prisotnosti patronažne medicinske sestre tudi v času zdravja za razliko od osnovne populacije, ki je v večini bila mnenja, da potem obiski niso potrebni. Prav tako si oboji želijo izobraževanj in nasvetov o boljšem načinu življenja in svojo skrb za zdravje ocenjujejo kot nezadostno. Tako ne

moremo potrditi hipoteze, da so posamezniki osnovne populacije bolj osveščeni kot romski posamezniki.

Druga hipoteza, ki pravi, da vzorec iz osnovne populacije in vzorec iz romske populacije izkazujeta različna pričakovanja v zvezi z delovnimi nalogami patronažne medicinske sestre, se le delno potrdi. Rezultati raziskave namreč razkrivajo, da oboji skoraj v večini zagotavljajo svojo udeležbo na predavanjih o bolj zdravem načinu življenja, če bi jih izvajale patronažne medicinske sestre, ter oboji menijo, da se že zdaj s patronažno medicinsko sestro ob obisku pogovarjajo o bolj zdravem načinu življenja. Nasploh oboji pozitivno ocenjujejo prisotnost patronažne medicinske sestre, oboji v večini menijo, da je patronažna medicinska sestra, ki jih obravnava, njihova družinska medicinska sestra in se ji zaupa. Razlika je opazna le v ocenitvi prisotnosti patronažne medicinske sestre v času zdravlja pri posameznikih iz romske populacije, saj osnovna vidi potrebo po prisotnosti le-te v času bolezni. S tem torej posamezniki iz osnovne populacije, izkazujejo različna pričakovanja.

Tretja hipoteza, ki omenja, da vzorec iz poklicne skupine patronažnih medicinskih sester izkazuje različne delovne pristope v vzgojni funkciji v skrbi za zdravje posameznika glede na osnovno in romsko populacijo, se potrdi. Rezultati so pokazali, da je bila večina mnenja, da morajo svoje delovne naloge prilagoditi različnosti okolij v katera vstopajo. Odgovori patronažnih medicinskih sester kažejo prevladujoče mnenje, da posamezniki romske populacije v primerjavi z osnovno populacijo niso odklonilni do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za svoje zdravje, torej je potrebno na tem področju nameniti večjo pozornost prav osnovni populaciji.

Aktivnosti promocije zdravja temeljijo na aktivni sodelovanju ljudi, ki so jim te aktivnosti namenjene. Izvajalec promocije zdravja zato svoje aktivnosti

izvaja z ljudmi in ne zgolj za ljudi. Takšen pristop omogoča ljudem, da prevzamejo večji nadzor nad stanji in okoliščinami, ki vplivajo na njihovo zdravje in tako udeležujejo ključne vrednote promocije zdravja (Zaletel - Kragelj et al., 2007, str. 293). Rezultati raziskave so torej pokazali, da je večji odstotek tistih patronažnih medicinskih sester, ki so bile mnenja, da morajo prilagajati svoje delovne naloge v zvezi z vzgojno funkcijo v skrbi za zdravje posameznika, tako da upoštevajo vključenost v različna okolja. Pri tej trditvi se opazijo odstopanja pri posameznikih romske populacije, saj so romski posamezniki v primerjavi z osnovno populacijo v mnogo večjem odstotku potrdili, da patronažna medicinska sestra obravnava vse ljudi enako, kar naj ne bi bilo dobro, saj nekateri posamezniki nasvete potrebujejo, spet drugi ne. Dobljeni rezultati na podlagi te trditve se potemtakem pri romski populaciji ne ujemajo z rezultati, da so obiski patronažne medicinske sestre potrebni tako v času bolezni kot tudi v času zdravja posameznika.

V odnosu patronažna medicinska sestra in posameznik v zagotavljanju skrbi za lastno zdravje se kot vzgojna funkcija najpogosteje uporablja svetovanje in poučevanje. Pri tem pa je potrebno upoštevati obstoj kulturnih razlik in razlik v spolu pri vzpostavljanju stikov, kot omenjata Ivanuša in Železnik (2008, str. 45), ki nadaljujeta, da so ovire za pogovor lahko razlika kulture, jezik, starost in spol. Prav tako je potrebno upoštevati izobrazbo in besede, ki jih posameznik razume uporabiti večkrat. Poučevanje naj poteka individualno, pri čemer je dobro upoštevati poprejšnje znanje in najustreznejšo metodo poučevanja (prav tam, 2008, str. 45).

Dobljeni rezultati kažejo na oceno stanja izbrane problematike v pomurski regiji, natančneje na širšem geografskem območju Upravne enote Murska Sobota. Zato bi z raziskovanjem bilo potrebno nadaljevati še v širšem obsegu po ostalih regijah z vključitvijo enakih skupin udeležencev. Smiselno bi bilo oblikovati model izvajanja aktivnosti in ukrepov v patronažni

zdravstveni negi z osrednjim ciljem izboljševanja odnosa do lastnega zdravja bodisi pri osnovni bodisi pri romski populaciji. Ta model bi patronažnim medicinskim sestram predstavljal orodje za učinkovitejše izvajanje vzgojne funkcije in priznavanje pomembnosti te vloge kot vodilne pri vsakodnevnem vključevanju v skrb za posameznika, družine in skupnosti.

10 SKLEP

Skozi zgodovino se je pogled ljudi na zdravje spreminjal hkrati z možnostmi medicine, ki je zdravila bolezen, ko se je ta že pojavila. V 20. stoletju se je začelo vse bolj širiti spoznanje, da je zdravje pomembno vprašanje vsake družbene skupnosti. Socialne razmere, organizirani preventivni ukrepi družbe in povečevanje ozaveščenosti prebivalstva so vplivali na spremembe v zdravstvu (Brumec, 2008, str. 120). In spremembe so in tudi bodo – vseskozi. Včasih se jih bojimo, spet včasih si želimo, da čim prej pride do njihove realizacije.

Zdravstvena in socialna sporna vprašanja, usmerjena v ciljne aktivnosti promocije zdravja, vsekakor vključujejo vedenjska tveganja zdravja, biološke in psiho-emocionalne dejavnike tveganja, revščino (bedo), izobrazbo in neenakost v dostopnosti in kvaliteti zdravstvene nege (Pender v: Rice in Wicks, 2006, str. 222).

Tudi pregovori pričajo o tem, da ljudje uvrščajo zdravje med najpomembnejše vrednote. Zaradi sodobnega življenjskega sloga, ki vključuje tudi vse bolj neugodne vplive okolja, potrebujejo tako posamezniki kot celotna družba pomoč pri ohranjanju in izboljšanju ravni zdravja. Promocija zdravja predstavlja široko področje dela, v katerega naj bi se aktivno vključevala celotna skupnost. Morda tudi finančne razmere niso zanemarljive in imajo svojo vlogo pri izpeljevanju večjih akcij z daljnosežnim ciljem. Vendar se tudi s postopnimi, manjšimi koraki lahko bližamo velikemu cilju.

Nekatere zbrane podatke smo delno pričakovali. Presenetil pa nas je podatek pri patronažnih medicinskih sestrah glede pridobivanja znanja posameznikov, saj jih je približno polovica bila mnenja, da si ga

posamezniki ne želijo in približno enak odstotek, da si ga žele. Večina udeleženi obeh populacij pa je ocenila zadostnost znanja patronažnih medicinskih sester v izobraževanju za zdravje in večina jih je pritrdila prisotnost udeležbe na predavanju, če bi bile izvajalke patronažne medicinske sestre.

Vključenost v skrb in vzgojna funkcija patronažne medicinske sestre pri povečanju skrbi za lastno zdravje posameznika (osnovne ali romske populacije), sta potrebna in zaželena tako pri osnovni kot pri romski populaciji. Posamezniki obeh skupin sodelujočih so bili enotnega mnenja, da zase in za svoje zdravje ne skrbijo dovolj dobro in potrebujejo nasvete. Želijo si predavanj na temo zdravja ter odlično ocenjujejo sposobnosti patronažnih medicinskih sester pri izvedbi le-teh.

Patronažne medicinske sestre so ocenile potrebo po različnih pristopih v delovnih okoljih in romskih posameznikov niso ocenile kot odklonilnih do sprejemanja nasvetov v primerjavi z osnovno populacijo.

S pomočjo rezultatov smo tako dobili oceno o pomembnosti vključenosti in s tem izvajanja vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre v skrbi za zdravje posameznika pri osnovni in romski populaciji – tako v smislu informiranja posameznikov in izvajanju aktivnosti za povečevanje skrbi za zdravje v okolju, kjer živijo, kot tudi o večji prisotnosti v njihovih družinah v času »zdravja«.

Z izpeljavo obsežnejše raziskave na izbrano temo in problem tudi po ostalih regijah Republike Slovenije in ne samo v Pomurju, bi zagotovo dobili drugačne rezultate. Na podlagi le-teh bi lažje zasnovali poenoten (vendar upoštevajoč regijske, kulturne in socialne raznolikosti) model izvajanja aktivnosti in ukrepov v patronažni zdravstveni negi z osrednjim ciljem

izboljšati odnos do lastnega zdravja bodisi pri osnovni bodisi romski populaciji.

Poklicno poslanstvo patronažnih medicinskih sester naj temelji na pridobivanju novih znanj, ki jih podpirajo rezultati raziskav, ukrepi in aktivnosti za izboljšave naj so podprte z dokazi, predvsem pa naj podpirajo izbiro v korist zdravja posameznika. Tako se posamezniku pomaga pri spreminjanju življenjskih navad, ki neugodno vplivajo na njegovo zdravje, ta jih potem lažje prenese na družino in spremembe nazadnje občuti tudi skupnost.

Ob upoštevanju vseh zakonskih podlag in programov, ki se ustvarjajo v namen povečanja pozitivnega odnosa do skrbi posameznika za svoje zdravje tako pri osnovni kot romski populaciji, sta torej vključenost in vzgojna funkcija patronažne medicinske sestre pri tem zaželeni in potrebni. In zakaj so prav patronažne medicinske sestre lahko pri tem uspešne? Ker vsakodnevno vstopajo v bivalna okolja posameznikov: v njihove domove, v del njihovega življenja, spoznavajo njih kulturo in odnos, ki ga imajo do zdravja. Prav to pa omogoča »pogled od blizu«. Prednosti se kažejo tudi v vzpostavitvi zaupanja in s tem vplivu na »prevzgojo«, saj kot navajajo Wilson in sodelavci (2005, str. 303): »Tisti, ki delujejo v kompleksnih okoljih, niso zmeraj učinkoviti.« Tako individualni pristop predstavlja možnost večjega učinka za doseganje zastavljenih ciljev pri posamezniku.

Družbo, takšno in drugačno, oblikujemo ljudje – takšni in drugačni. Tako posameznik kot družba se lahko spreminjata, preoblikujeta v številnih pogledih. In kdaj, če ne zdaj, je primeren čas za spremembe – v odnosu do sebe in do lastnega zdravja, s tem pa tudi do drugih in okolja, ki nas prav tako (pre)oblikuje.

11 LITERATURA IN VIRI

Literatura

Acceto, R, et al. (ur.). Preventiva v osnovnem zdravstvu: priporočila za prakso. [Dörössy, L. Prevention in primary care: recommendations for promoting good practice]. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI, 1998.

Brumec, V. Kratka zgodovina medicine. Maribor: Založba Pivec, 2008.

Carlson, GD, Warne, T. Do healthier nurses make better health promoters? A review of the literature. *Nurse Education Today* 2007; 27 (5): 506-513.

Courtney, R, Ballard, E, Fauver, S, Gariota, M, Holland, L. The partnership model: Working with individuals, families and communities toward a new vision of health. *Public Health Nursing* 1996; 13 (3): 177-186.

Dugar, B. Uporaba konceptualnih modelov in teorij zdravstvene nege za ocenjevanje potreb po zdravstveni negi družine. Diplomsko delo. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2004.

Dumić, D, Pajnkihar, M, Brumen, M. Humana obravnava in vzajemno sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom med prvim srečanjem. V: Filej, B, Kaučič, BM, Lahe, M, Pajnkihar, M (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov 2006: 65–8.

Green, A, Lynch, SA. Health of the world's Roma population. *The Lancet* 2006; 368 (9524): 575.

Hajdinjak, G, Meglič, R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana, Slovenija: Visoka šola za zdravstvo, 2006.

Hodgins, M, Millar, M, Barry, MM. "...it's all the same no matter how much fruit or vegetables or fresh air we get": Traveller women's perceptions of illness causation and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 2006; 62 (8): 1978-1990.

Hoyer, S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana, Slovenija: Visoka šola za zdravstvo, 2005.

Ivanuša, A, Železnik, D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor, Slovenija: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008.

Karoli, B. Pojavljanje medicinskih sester v javnih medijih. *Obzor Zdr N* 2007; 41 (1): 21-24.

Kaučič, BM, Lahe, M. Spirala znanja – nova paradigma prenosa znanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2005; 39 (3): 209-213.

Klopčič, V. Položaj Romov v Sloveniji: Romi in Gadže. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 2007.

Kolarcik, P, Madarasova Geckova, A, Orosova, O, Van Dijk, JP, Reijneveld, SA. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?. *Social Science & Medicine* 2009; 68 (7): 1279-1284.

Krajnc, S, Krajnc, M. Vpliv skupin starih za samopomoč na kakovost življenja v lokalni skupnosti. *Obzor Zdr N* 2005; 39 (3): 221-227.

Kristančič, A, Ostrman, A. Individualna in skupinska komunikacija. Ljubljana: Združenje svetovalnih delavcev Slovenije, 1999: 16-18.

Kvas, A, Seljak, J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004.

Luznar, N. Zdravstvena nega v izvajanju preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu. *Obzor Zdr N.* 2002; 36 (4): 219-223.

Morris, ZS, Clarkson, PJ. Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy* 2009; 91 (2): 135-141.

Nogueira, HG. Deprivation amplification and health promoting resources in the context of a poor country. *Social Science & Medicine* 2010; 70 (9): 1391-1395.

Parfitt, BA, Cornish, F. Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: From policy to practice in primary health care reform. *Social Science & Medicine* 2007; 65 (8): 1720-1729.

Piper, S. A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today* 2008; 28 (2): 186-193.

Pajnkihar, M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.

Pajnkihar, M. Pravice pacientov glede informiranja in vključevanja v proces obravnave. V: Kokol, P (ur.). *Pacientove pravice in dolžnosti*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2009: 23-28.

Payne, S, Walker, J. Psihologija v zdravstveni negi: humanistična znanost v zdravstveni negi. Ljubljana, Slovenija: Educy, 2002.

Pšunder, M. Knjižica za učitelje in starše. Maribor: Obzorja, 1994.

Pšunder, M. Kaj bi učitelji in starši še lahko vedeli. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 1998.

Pšunder, M, Dečman Dobrnjič, O. Alternativni vzgojni ukrepi med teorijo, zakonodajo in prakso. 1. izd. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 2010.

Radzyminski, S. The Concept of Population Health Within the Nursing Profession. Journal of Professional Nursing 2007; 23 (1): 37-46.

Rakovec Felser, Z. Zdravstvena psihologija. Maribor, Slovenija: Visoka zdravstvena šola, 2002.

Ramšak Pajk, J. Dinamični model zadovoljstva pri delu patronažnih medicinskih sester. Obzor Zdr N 2002; 36 (4): 205-212.

Samardžija, M, Sardelić, J. Modernost, identiteta, manjšine: evropske razsežnosti položaja romske skupnosti v Sloveniji. Diplomsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2008.

Saucier Lundy, K, Janes, S. Community Health Nursing. Caring for the Public's Health. 2009.

Sepkowitz, KA. Health of the world's Roma population. The Lancet 2006; 367 (9524): 1707-1708.

St. Pierre Schneider, B, Menzel, N, Clark, M, York, N, Candela, L, Xu, Y. Nursing's leadership in positioning human health at the core of urban sustainability. *Nursing Outlook* 2009; 57 (5): 281-288.

Sundeen, JS, Stuart, WG, Rankin, DEA, Cohen, AS. Nurse - client interaction – implementing the nursing process. St. Louis: Mosby 1998; (5): 107-108.

Škerbinek, AL, Kogovšek, B. Medicinske sestre v skrbi za družine. *Obzor Zdr N* 2002; 36 (3): 131-134.

Šlajmer Japelj, M. Patronažna zdravstvena nega je pomemben del javnega zdravstva. V: Geč, T (ur.). *Patronažna zdravstvena nega – včeraj, danes, jutri: zbornik predavanj*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007: 49-51.

Šmitek, J. Revščina, ženske in zdravstvena nega. *Obzor Zdr N* 2005; 39 (2): 103-110.

Šušteršič, O, Horvat, M, Cibic, D, Peternelj, A, Brložnik, M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanjem novim izzivom. *Obzor Zdr N* 2006; 40 (4): 247-252.

Tancer, M. Vzgoja in izobraževanje Romov na Slovenskem. Maribor: Obzorja, 1994.

Thiede, M. Information and access to health care: is there a role for trust?. *Social Science & Medicine* 2005; 61 (7):1452-1462.

Ule, M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2005.

Urbančič, K. Medicinske sestre in skrb za družine. *Obzor Zdr N* 2002; 36 (3): 125-127.

Wilson, KA, Burke, CS, Priest, HA, Salas, E. Promoting Health Care safety through training high reliability teams. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14 (4): 303-309.

Winters, L, Gordon, U, Atherton, J, Scott-Samuel, A. Developing public health nursing: barriers perceived by community nurses. *Public Health* 2007; 121 (8): 623-633.

Yoshioka-Maeda, K, Murashima, S, Asahara, K. Tacit knowledge of public health nurses in identifying community health problems and need for new services: A case study. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43 (7): 819-826.

Zadravec, J. Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju. Murska Sobota, Slovenija: Pomurska založba, 1989.

Zaletel - Kragelj, L, Eržen, I, Premik, M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2007.

Zavrl Džananović, D. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzor Zdr N* 2010; 44 (2): 117-125.

Žalar, A. Analiza zdravstvenovzgojne dejavnosti za opuščanje kajenja. *Obzor Zdr N* 2008; 42 (1): 13-20.

Viri

Dumić, D, Hercan, T, Pajnkihar, M. Partnerska vloga pacienta v procesu učinkovite obravnave bolečine. [The partnership role of the patient in the process of efficient pain treatment]. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2009. Dostopno na:

[http://www.zbornicazveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/312D.pdf].

[02.02.2010].

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije - 2005. Uradni list Republike Slovenije, št. 40/2010.

Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje 2010-2015 (NPUR, 2010-2015). Dostopno na:

[http://www.uvn.gov.si/fileadmin/uvn.gov.si/pageuploads/pdf_datoteke/Nacionalni_program_ukrepov_za_Rome_20.11..pdf]. [11. 11. 2010].

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007.

Regionalna razvojna agencija Mura. Spletno mesto za romske svetnike. Bivalne razmere Romov v posameznih občinah. Dostopno na:

[http://www.inv.si/romsvet/dobro_je_vedeti5c7e.html?p=4]. [11. 11. 2010].

Romsko društvo NARCISA. Sastipe. Življenjski slog Romov Goričkega. Dostopno na:

[<http://www.sastipe-zdravje.si/>]. [09. 05. 2011].

Statistični urad Republike Slovenije. Prebivalstvo po narodni pripadnosti, statistične regije, Slovenija, Popis, 2002. Dostopno na: [http://www.stat.si/popis2002/si/rezultati/rezultati_red.asp?ter=REG&st=5]. [11. 11. 2010].

Urad Vlade Republike Slovenije za narodnosti. Splošne informacije o romski etnični skupnosti v Republiki Sloveniji. 2006. Dostopno na: [<http://www.uem.gov.si/fileadmin/uem.gov.si/pageuploads/lzrednaGradivo3.pdf>]. [01. 03. 2010].

Urad Vlade Republike Slovenije za narodnosti. Romska skupnost. Dostopno na: [http://www.uvn.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/]. [22. 02. 2010].

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008.

Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji (ZRomS-1). Uradni list Republike Slovenije, št. 33/2007.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3). Uradni list Republike Slovenije, št. 72/2006-UPB3, 91/2007, 71/2008, 76/2008.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Uradni list Republike Slovenije, št. 23/2005-UPB2, 23/2008.

Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota. Letni program javne službe javnega zdravja za leto 2008. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/letni_plani_zzv_2008/ZZV_MS.doc]. [01. 03. 2010].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza). Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. Maribor, 2011.

PRILOGE

Priloga 1: Anketni vprašalnik za patronažne medicinske sestre

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovane kolegice!

Na podiplomskem magistrskem študijskem programu Zdravstvena nega, na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, pripravljam magistrsko delo z naslovom Primerjava vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre v skrbi za zdravje posameznika v različnih kulturnih in socialnih okoljih. Za uspešno dokončanje le-tega, pa potrebujem Vaše sodelovanje pri izpolnjevanju **anonimnega anketnega vprašalnika**. Trditve bodo uporabljene zgolj za izdelavo in predstavitev magistrskega dela. Prosim Vas, da trditve, ki se Vam zdi najprimernejša označite s križcem »X« ali jo obkrožite. Izpolnjen anketni vprašalnik potem oddajte v zaprti priloženi pisemski ovojnici.

Hvala za sodelovanje!

Sandra GABER FLEGAR

I. OSNOVNI PODATKI

1. STAROST V LETIH _____

2. DOKONČANA IZOBRAZBA

- SREDNJA STROKOVNA
- VIŠJA ALI VISOKA
- UNIVERZITETNA
- SPECIALIZACIJA; AKADEMSKA (magisterij, doktorat)

3. DELOVNA DOBA V PATRONAŽNEM VARSTVU

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11– 15 let
- 16 – 20 let
- 21– 25 let
- nad 25 let

II. TRDITVE

TRDITEV	ODGOVOR				
1. Na terenskem območju, ki ga najpogosteje obravnavam, veljam za družinsko medicinsko sestro in ljudje mi zaupajo.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
2. V času dobrega počutja in zdravja, posamezniki naših obiskov ne smatrajo za potrebne.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
3. Na območju, kjer se vključujem v skrb za posameznika, družino in skupnost, še ni bilo organiziranih predavanj z vsebino o bolj zdravem načinu življenja.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
4. Če bi imeli možnost, da se predavanj udeležijo, se jih velika večina niti ne bi želela.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
5. Moje znanje ni dovolj široko, da bi lahko skupnosti predavala.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
6. Obiskov je načeloma v enem delavniku preveč, da bi lahko stekel pogovor na samem obisku tudi o ukrepih za izboljšanje zdravja.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
7. Posamezniki (obeh skupin populacije) si ne želijo poučevanja – so odklonilni do sprememb, nanje niso dovolj pripravljeni.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
8. Ob vsakem obisku posameznika, poskušam z nasveti o primernejšem načinu življenjskega sloga, vplivati na spremembe kjer je to potrebno.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
9. Posamezniki romske populacije so bolj odklonilni do sprejemanja nasvetov za povečano skrb za lastno zdravje, v primerjavi z osnovno populacijo.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
10. Svoje delovne naloge mi ni potrebno prilagoditi glede na različnost okolja v katerega vstopam – (ozirajoč se na vključenost v osnovno ali pa romsko populacijo), saj so oboji enako dovzetni za nasvete.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM

Priloga 2: Anketni vprašalnik za osnovno in romsko populacijo

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem študentka podiplomskega magistrskega študijskega programa Zdravstvena nega, na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Za uspešno ustvarjanje magistrskega dela z naslovom Primerjava vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre v skrbi za zdravje posameznika v različnih kulturnih in socialnih okoljih, bi potrebovala Vaše sodelovanje pri izpolnjevanju **anonimnega anketnega vprašalnika**. Trditve bodo uporabljene zgolj za izdelavo in predstavitev magistrskega dela. Prosim Vas, da trditve, ki se Vam zdi najprimernejša označite s križcem »X« ali jo obkrožite. Izpolnjen anketni vprašalnik potem oddajte v zaprti priloženi pisemski ovojnici.

Hvala za sodelovanje!

Sandra GABER FLEGAR

I. OSNOVNI PODATKI

1. SPOL

- M
- Ž

2. STAROST V LETIH _____

3. DOKONČANA IZOBRAZBA

- NEDOKONČANA
- OSNOVNOŠOLSKA
- POKLICNA
- SREDNJA STROKOVNA
- VIŠJA ALI VISOKA
- UNIVERZITETNA
- SPECIALIZACIJA; AKADEMSKA (magisterij, doktorat)

II. TRDITVE

TRDITEV	ODGOVOR				
1. Patronažna medicinska sestra v našem okolju je družinska medicinska sestra in ji zaupamo.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
2. Obiski patronažne medicinske sestre niso potrebni, če smo zdravi in se tako počutimo.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
3. V našem kraju so že bila predavanja o bolj zdravem načinu življenja.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
4. Če bi predavanja izvajale patronažne medicinske sestre iz našega območja, bi se jih prav gotovo udeležil/a.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
5. Patronažna medicinska sestra ima znanje o zdravju in o zdravem načinu življenja, zato bi lahko predavala.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
6. Ob obisku patronažne medicinske sestre se vsakokrat pogovarjamo o ukrepih za izboljšanje lastnega zdravja – o tem kako lahko živim bolje.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
7. Ni mi toliko pomembno svetovanje patronažne medicinske sestre – saj ne potrebujem nobenih sprememb, kot da obisk hitro opravi in odide.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
8. Mnogo koristnih nasvetov kako izboljšati svoje počutje in s tem zdravje, dobim prav od patronažne medicinske sestre.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
9. Za svoje zdravje skrbim sam zelo dobro, ne potrebujem nasvetov patronažne medicinske sestre.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM
10. Patronažna medicinska sestra obravnava vse ljudi enako – kar ni dobro, saj nekateri potrebujejo njene nasvete, nekateri pa tudi ne.	SPLOH SE NE STRINJAM	NE STRINJAM SE	NEOPREDELJENO	SE STRINJAM	ZELO SE STRINJAM

ZAHVALA

Ob ustvarjanju »lastnih« del, naj ne gre v pozabo, da imamo zmeraj ob sebi ljudi, ki vsak po svoje prispevajo h končnemu delu. Nekateri nas spodbujajo in so srečni, da uspevamo ter sledimo svojim sprti zastavljenim in spreminjajočim se ciljem. Spet drugi nas poskušajo omejiti in kljub temu, so ti prav tako zaslužni za naš uspeh – da spoznavamo, utrdimo duha in povečamo svoje sposobnosti.

V zahvali namenjam posebno mesto ljudem, ki so pripomogli, da sem študij pripeljala do zaključka in ustvarila magistrsko delo ter tako postala v življenju bogatejša za še eno poglavje, obenem pa pripravljena na začetek novega.

V mentorstvo je privolila, me vodila ter bodrila spoštovana **red. prof. dr. Majda Pšunder**. V čast si štejem, da sem ustvarjala magistrsko delo pod njenim mentorstvom.

Na študijski poti sem venomer ob sebi imela vso podporo **moža Bošjana**. Verjamem, da je verjel vame. V veliko pomoč mi je bil tudi pri prevajanju uporabljenih tujih virov in v situacijah, ko so privihrale tehnične ovire.

Zahvaljujem se spoštovani prijateljici **Majši Škof**, da je ob meni in mi nesebično usmeri pogled v smer za zame boljše pot.

Posebna hvala prijatelju **Dušanu Dumiću** in **Tini Hercan** za izkazano podporo. Od njiju se človek lahko mnogo nauči – jaz se zagotovo sem.

Soglasje za želeno zbiranje podatkov na terenu in s tem nadaljevanje s pisanjem magistrskega dela, mi je bilo dano s strani pomočnice direktorja

za področje zdravstvene nege Zdravstvenega doma Murska Sobota – gospe **Vide Pirling**, za kar se ji iskreno zahvaljujem.

Zahvaljujem se cenjenim **kolegicam patronažne službe Zdravstvenega doma Murska Sobota (ZDMS)** in cenjenim **kolegicam patronažne službe ZDMS po zunanjih enotah – Beltinci, Grad, Gornji Petrovci in Rogašovci**, za sodelovanje v raziskavi, pomoč pri razdeljevanju anketnih vprašalnikov po terenu in podporo v času študija ter ob nastajanju magistrskega dela. Prav posebej izpostavljam zahvalo **vodji patronažne službe – gospe Martini Horvat**, za omogočeno lažje prepletanje službenih dolžnosti s študijskimi, **kolegici Mariji Mekiš**, ki mi je priskočila na pomoč na terenu ob moji odsotnosti ter **kolegicama Blanki Dugar in Ivani Jerebic** za izkazano graciozno kolegialno sodelovanje.

Iskrena hvala vsem **prostovoljnim udeležencem** v raziskavi – brez njih ne bi bilo rezultatov – temeljev magistrskega dela.

Zahvaljujem se tudi gospe **Danici Muhič, profesorici slovenščine in ruščine**, za lektoriranje magistrskega dela, ki je šele tako dobilo svojo piko na »i«.

In končno zahvala tudi vsem **sošolcem** (generacija vpisana v študijskem letu 2007/2008) ter **predavateljem** – domačim in tujim, ki so nas »oblikovali« v času podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru in nas vedno znova opominjali na vse to kar zmoremo postati.

Če kogar nisem navedla, naj bralec ne zameri – saj bo vsakomur, ki je kadarkoli in kjerkoli nekemu v pomoč, dobro prej ali slej tudi povrnjeno.

Sandra Gaber Flegar