

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Benjamin Penič

STARI LJUDJE IN MOTNJE HRANJENJA V INSTITUCIJI

Magistrsko delo

Ljubljana, 2018

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Benjamin Penič

STARI LJUDJE IN MOTNJE HRANJENJA V INSTITUCIJI

Magistrsko delo

Študijski program: Socialno delo s starimi ljudmi

Mentorica: izr. prof. dr. Jana Mali

Ljubljana, 2018

Podatki o magistrski nalogi

Ime in priimek:	Benjamin Penič
Kraj:	Zagorje ob Savi
Leto:	2018
Naslov naloge:	Stari ljudje in motnje hranjenja v instituciji
Število strani:	181
Število tabel:	3
Število prilog:	4
Mentorica:	izr. prof. dr. Jana Mali
Deskriptorji:	motnje hranjenja, stari ljudje, institucija, telo, samopodoba

Povzetek:

Magistrsko delo pozornost namenja motnjam hranjenja pri starih ljudeh v instituciji, domu starejših, ob tem pa telesu, posebej staremu telesu, samopodobi, hrani in njeni razsežnosti ter instituciji in njenim vplivom. Z namenom, da bi raziskal možnosti pojava motnje hranjenja pri starih ljudeh v instituciji, sem opravil kvalitativno raziskavo v treh domovih za starejše, ob tem pa opravil šest intervjujev s stanovalci in šest z zaposlenimi. S kvalitativno analizo podatkov sem ugotovil, da stanovalci in zaposleni dobro poznajo in prepoznavajo motnje hranjenja, odhod v institucijo je za stanovalce stresen, hrana pa ima v domu starejših velik pomen, saj vpliva na njihovo počutje, medtem ko čas obrokov mnogim strukturira dan. Vpliv odhoda v dom in institucionalno okolje je mogoče povezati z dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja, stanovalci in zaposleni pa že opažajo tvegana vedenja, povezana s hrano.

Title:	Older people and eating disorders in institution
Descriptors:	eating disorders, elderly people, institution, body, self-esteem
Abstract:	

This master's thesis devotes its attention to eating disorders among institutionalised elders and those in nursing homes, while at the same time drawing attention to the body, especially the body of an elder, self-esteem, food, its scale, and, of course, the institutions and their impacts. To explore and determine the possibility of eating disorder occurrence among institutionalised elders, I conducted a qualitative research in three nursing homes, interviewing a total of six employees and six residents. The qualitative analysis showed that the residents and employees are successful in recognising eating disorders, consider the transition and admission to a nursing home to be stressful, and find the food in nursing home extremely important because it affects the residents' well-being. Meal times structure the days of many. The impact of admission and transition to a nursing home can be associated with risk factors that contribute to the occurrence of eating disorders; as a result, nursing home residents and employees are already noticing disordered behaviour.

Zahvala

Zahvaljujem se vsem sogovornikom, ki so si vzeli čas in z menoj podelili svoje znanje, misli in občutke, prijateljem, ki so razumeli moj umik v delo, mojo neodzivnost in me na drugi strani bodrili na najrazličnejše načine. Zahvala gre tudi mentorici, izr. prof. dr. Jani Mali, ki je potrpežljivo spremljala nastanek pričujočega dela.

Moji, ki jo puščam v preteklosti.

Predgovor

Končno je napočil čas, ko se s ponosom in nasmehom oziram na končano delo. Na poti me je poleg splošnega in vsem znanega pomanjkanja časa spremljala še kopica nevšečnosti. Od neutrudnega in mukotrnega iskanja dostopne literature, ki ima sploh kaj opraviti z mojo temo, zatem popolnega razbitja USB-ključa z že zbrano relevantno literaturo, do nerodnosti in računalnikovega sprehoda po stopnicah, pri čemer je bil seveda posebej pozoren, da ni zgrešil niti ene, pa do migren in bolniških odsotnosti ter vseh drugih dram, ki si jih človek nakoplje v času, ko to res ni treba in se ob tem utaplja v mislih, da jih je deležen le on sam. Na drugi strani pa so me bodrile besede starejših sogovornikov, ki so z zanimanjem prisluhnili tudi mojim besedam, obravnavanim temam, mi želeli veliko sreče in se zanimali za točen datum zagovora magistrske naloge ter obenem neredko dodali, da bodo datum zapisali, tedaj pa mislili name, molili zame.

Tema je nadaljevanje motenj hranjenja pri starih ljudeh, ki sem jih obravnaval v diplomskem delu. Že tedaj so se odpirale teme institucije, možnost pojavljanja motenj hranjenja v tem specifičnem okolju, obenem pa sem opazal, da socialno delo v teoriji namenja telesu nekaj manj pozornosti. Da bi raziskal možnost pojavljanja motenj hranjenja pri starih ljudeh v instituciji, sem se moral poglobiti v značilnosti institucije, njen vpliv na starega človeka in doživljanje institucionalnega okolja vse od odhoda v dom dalje. Primerjati sem želel dejavnike tveganja za pojav motnje hranjenja z izkušnjo institucionalnega okolja ter življenja v njem, zato je bilo neizogibno raziskati vse morebitne manj ugodne, negativne vplive institucije. Iz tega razloga ne želim, da pričujoče pisanje deluje kot velika kritika institucij, njihovega organiziranja in delovanja, vpliva na stare ljudi, temveč kot analitičen pogled na institucije za stare ljudi, ob čemer moramo v mislih ohraniti, da gre pri konceptih in teoretskih opisih pogosto za skrajne primere pojavov. Takšne skrajnosti, denimo, opazamo pri opisu glavnih razmerij med poskusi vpliva stanovalcev in reprodukcijo institucionalnih rutin (Harnett, 2010) in pri obravnavi socializiranja telesa v institucionalno okolje na (inter)personalni in institucionalni ravni (Wiersma in Dupuis, 2010). Obravnavam tudi nekaj neugodnih posledic in učinkov staranja in starosti, kar morda nekoliko odzame vtis, da gre za pisanje socialnega delavca, pa vendar je bilo to nujno predvsem zaradi primerjave staranja in njene razsežnosti z dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja. Na staranje kot proces še vedno gledam kot na bogatenje, pri čemer starost kot stanje vsem ni dana in menim, da se je v njej mogoče usmeriti v obstoječe zmogljivosti in pogledati, kaj človek še zmore, to držo in miselnost pa ohranjam navkljub obravnavanim temam, ki morda vsebujejo manj pozitivističen pridih.

Navdušujejo me teme, kot so teorije o tem, da hrana ni spolno nevtralna, da se ženskam pripisujeta vino, solata, moškim pa pivo in meso, teorije o tem, kako hrana ustvarja in določa meje, saj pijačo ponudimo vsem gostom, hrano pa le nekaterim, teorije o vegetarijanstvu, ki zanikajo in nasprotujejo delitvi družbene moči, ki je povezana z mesom, teorije o tem, kako telo, ki ni po določenih idealih, nosi lastnika, ki ne premore nadzora in priča o neuspehu. Jasno je, da so mi poglobljanja v teme o hrani, telesu in samopodobi predstavljala izziv. Izognil se sem podrobnostim, kot so teorije apetita, njegov družben ter evolucijski konstrukt, konstrukt okusa in podobno, saj priznavam, da že tako na nekaterih mestih zaradi velikega zanimanja in vnetosti za obravnavane teme zaplujem globoko vanje. Motnje hranjenja in posebej motnje hranjenja pri starem človeku sem obravnaval le toliko, kolikor je potrebno za ustvarjanje tematskega konglomerata, medtem pa dokazovanje, da je pojav motnje hranjenja pri starem človeku mogoč, doživljam kot sramotno in več kot nepotrebno.

»Motnje hranjenja ne diskriminirajo,« je lahko refren, a brez trdnjega dokaza to ostaja le v

sferi razumevanja, v ideji. V Londonu so že pred tridesetimi leti zapisali primer 33 let starega moškega z Downovim sindromom, z obsežnejšo intelektualno oviro in tudi na njihovo presenečenje, anoreksijo nervozo. V bolnišnico je bil sprejet po mesecu dni neješčnosti, kjer je sprva začel jesti, zatem pa nehal govoriti, s kretnjami kazal v grlo, kot bi ga to bolelo, hrano pa povsem opustil. Preiskave grla niso pokazale nikakršnih zdravstvenih težav. Ker v bolnišnici niso vedeli, kako ravnati, antidepresivna terapija in elektrokonvulzivna terapija (z elektrošoki) pa nista delovali, so v posvetovanju s starši uvedli enteralno prehranjevanje, torej po cevki. Po 21 mesecih skupne obravnave se je končno vrnil domov, dve leti po odpustu v domače okolje pa je že kazal znake normalne ješčnosti in hranjenosti. Primer je zgovoren na področju izključevanja ljudi tudi na področju zdravstva in to le zaradi rigidnosti diagnoz. Ni kazal znakov popačene slike telesa, hrane ni skrival ali pa se določeni izogibal, pretirano telovadil ali pa izzval bruhanja in najverjetneje intelektualno ni zmozel ustvariti povezave med omenjenim in izgubo teže, pa vendar je imel anoreksijo nervozo (Holt, Bouras in Watson, 1988). Očitamo kognitivne (ne)zmožnosti človeku, ne da bi presodili o svoji lastni, medtem ko nas prav ta ovira, da bi razumeli resničnost drugega. Zaradi lastnega nerazumevanja ne dopuščamo možnosti, denimo, razvoja motnje hranjenja pri človeku z intelektualno oviro, podobno tudi staremu človeku, s tem pa odklanjamo možnost podpore in pomoči le zaradi rigidnosti diagnoz in konceptov, ki nas tako pogosto zaustavljajo in varujejo pred razumsko presojo, zaupanju sebi.

Dejstvo, da motnja hranjenja resnično ne izbira biološkega spola, starosti in se ne ozira na druge osebne okoliščine, potrjuje študija literature Cicmil in Eli (2014), ki raziskuje objavljene primere pojava motnje hranjenja pri osebah s senzorično, mobilno in intelektualno oviranostjo. Osebe z motnjo hranjenja, ki so hkrati imele okvaro vidne funkcije, so imele močno ukrivljeno podobo lastnega telesa, podobo, ki so jo lahko izoblikovale le prek tipa in medosebnih odnosov, velik strah pred prekomerno težo in izkrivljeno samopodobo. Osebe z gibavno oviranostjo so z motnjo hranjenja želele nadzirati telesno težo, da bi tako zmanjšale odvisnost pri mobilnosti. Motnja hranjenja je pri osebah z oviro predstavljala kompenzacijo za psihološke posledice oviranosti. Podoba lastnega telesa oseb z oviro je bila v preučenih primerih oblikovana v interakciji z drugimi, nanjo pa je vplivalo razumevanje percepcije drugih. Osebe z oviro se soočajo s specifičnimi in širšimi eksistencialnimi, medosebnimi ter telesnimi izkušnjami, ki oblikujejo koncept podobe lastnega telesa.

Za razumevanje besedila moram pojasniti še nekaj terminologije, kot jo uporabljam v svojem besedilu. Malnutricija na žalost nima univerzalne definicije, a splošno označuje premalo ali preveliko nutricijo (Saunders in Trevor, 2010), torej neustrezno hranjenje v povezavi s preveč ali premalo hrane, četudi je govora bolj o hranilni vrednosti hrane, o komponentah hrane. Pogosto se jo povezuje in neločljivo uporablja kot sopomenko prenizki nutriciji. Slednjo v svojem besedilu poimenujem nedohranjenost, če je ta izrazita in prisotna z nizko telesno težo, pa pišem o podhranjenosti. Na tem mestu to dodajam predvsem zaradi opazanja nepravilne rabe v slovenskih prevodih člankov, zaradi neupravičenih razpihovanj medijev, ki se temi posvetijo le površno in sklepajo, denimo, da je v slovenskih domovih velik odstotek oseb podhranjenih (z nizko telesno težo), medtem ko članek v izvirniku obravnava nedohranjenost v smislu neustrezne nutricije zaradi dejavnikov, povezanih s starostjo in ne institucionalno zlorabo starih ljudi. Prav tako se ne bom oziral na definicijo malnutricije in nedohranjenosti v mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM), ki malnutricijo v slovenskem prevodu določa kot nedohranjenost ravno zaradi rigidne definicije v velikem odnosu s telesno težo, natančneje le z nizko telesno težo, enako pa jo povezuje z beljakovinsko nedohranjenostjo.

Magistrsko delo služi kot opomnik na specifičnost institucionalnega okolja, njenega vpliva na človeka in z vidika stanovalcev ter zaposlenih razgrinja doživljanje odhoda v dom starejših in izkušnjo institucionalnega okolja. Posebna pozornost je namenjena globljemu pomenu hrane v domu starejših in seveda tveganeemu vedenju s hrano, motnjam hranjenja.

Kazalo vsebine

Teoretični uvod	1
1.1. Motnje hranjenja	1
1.2. Dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja	6
1.3. Stari ljudje in motnje hranjenja	9
1.4. Hrana in njene razsežnosti.....	10
1.5. Stari ljudje, hrana in hranjenje	14
1.6. Telo kot mesto moči.....	23
1.7. Staranje in staro telo.....	25
1.8. Samopodoba	34
1.9. Institucija, institucionalno življenje in njune razsežnosti.....	39
1.10. Prispevek socialnega dela v obravnavanih temah	51
2. Problem	53
3. Metodologija	55
3.1. Vrsta raziskave	55
3.2. Merski instrument in viri podatkov	55
3.3. Populacija in vzorčenje	56
3.4. Zbiranje podatkov	57
3.5. Obdelava in analiza podatkov	58
3.6. Definiranje kategorij.....	61
4. Rezultati	62
4.1. Definicija motnje hranjenja in njeno prepoznavanje.....	62
4.2. Opažanje tveganega vedenja	64
4.3. Ravnanje ob opažanju spremenjenega odnosa do hrane	65
4.4. Doživljanje tranzicije	66
4.5. Hrana in njen pomen v življenju stanovalcev	69
4.6. Hrana kot vir zadovoljstva	70
4.7. Institucionalno življenje, doživljanje in prilagajanje	71
4.8. Institucionalno življenje, odnosi med stanovalci in zaposlenimi.....	74
4.9. Institucionalno življenje, splošno in spremembe	76
4.10. Kaj vpliva na zadovoljstvo z življenjem v domu?	77
4.11. Samopodoba	78
4.12. Staranje.....	79
4.13. Odnos do telesa	81
5. Razprava.....	83
6. Sklepi.....	95

7. Predlogi	96
8. Viri	97
9. Priloge	107
Priloga 1: Teme za pogovor	107
Priloga 2: intervjuji.....	108
Intervju s stanovalcem A.....	108
Intervju s stanovalcem B	111
Intervju s stanovalcem C	114
Intervju s stanovalcem Č	117
Intervju s stanovalcem D.....	120
Intervju s stanovalcem E	123
Intervju z zaposlenim A	125
Intervju z zaposlenim B.....	127
Intervju z zaposlenim C.....	129
Intervju z zaposlenim Č.....	132
Intervju z zaposlenim D	134
Intervju z zaposlenim E.....	136
Priloga 3: Definiranje kategorij.....	138
Priloga 4: Osno kodiranje.....	141

Kazalo tabel

Tabela 1- Primer določanja enot kodiranja	59
Tabela 2 - Primer odprtega kodiranja.....	60
Tabela 3 - Primer odprtnega kodiranja.....	60

Teoretični uvod

1.1. Motnje hranjenja

Za razumevanje motenj hranjenja jih moramo pred tem ločiti od motenj prehranjevanja, pri katerih ne gre za duševne težave, temveč za neuravnovešeno prehranjevanje, uporabo različnih diet, manj ustrezne navade prehranjevanja, denimo en obrok dnevno in podobno (Serbec, 2010a). Ob prebiranju relevantne literature sem pogosto opazil enačenje motenj prehranjevanja in motenj hranjenja, kar lahko povzroča zmedo v njunem razlikovanju in zato razumevanju.

Na drugi strani pa Hesse-Bieber, Leavy, Quinn in Zoino (2006) opisujejo moteno hranjenje (angl. *disordered eating*) kot nekaj, kar je lahko podobno ravnanju oseb z motnjo hranjenja, vendar pa ne gre za duševno motnjo in nima takšnega razsežnega vpliva nad življenjem oseb. Sklepam, da je govora o motnjah prehranjevanja, ki jih opisuje Serbec (2010a), pa vendar ni nikjer zaslediti, ali so motnje prehranjevanja naš prevod omenjenega motenega hranjenja. Pri nekaterih avtorjih gre za uporabo izraza moteno hranjenje, dalje pa pišejo o znanih oblikah motenj hranjenja. Opaziti je, da motnje prehranjevanja nekateri konceptualizirajo od razmeroma običajnega vedenja, do uporabe uničujočega vedenja, zato se na tem mestu skušajmo zediniti in ohraniti razumevanje, da motnja prehranjevanja ni znak duševnih stisk, je lahko predstopnja motenj hranjenja, a nima razsežnega učinka na mišljenje in vedenje osebe.

Motnje prehranjevanja pri starih ljudeh prepoznavamo kot posledice staranja. Staranje povzroča poslabšanje okusne občutljivosti, povsem enaka hrana se zdi drugačnega okusa, vonjanje je oslabiljeno, slabšanje vida pa jo obenem naredi manj privlačno na pogled. Omenjenim težavam se pridružijo bolezni prebavil, ki vplivajo na izogibanje hrani ali pa zmanjšan apetit. Demenca, bolečine in učinek zdravil, ki posredno ali neposredno vplivajo na apetit, in nenadzorovani gibi, ki onemogočajo samostojno hranjenje, napovedujejo tveganje za nedohranjenost starih ljudi (Kobentar in Marinič, 2000).

Motnje hranjenja, njene oblike in njihove najpogostejše značilnosti dalje omenjam le za osnovno razumevanje pojava, razsežnosti njihovega vpliva na telo in življenje oseb pa sem podrobneje obravnaval v svojem diplomskem delu (Penič, 2014).

Deseta revizija mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (dalje ICD-10) uvršča motnje hranjenja med duševne in vedenjske motnje ter kot te loči anoreksijo nervozo, atipično anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in atipično bulimijo nervozo, prenašanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami, bruhanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami in druge motnje hranjenja, pri čemer našteva piko pri odraslih in psihogeno izgubo apetita ter nespecificirano motnjo hranjenja (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016). Omenjena klasifikacija med motnje hranjenja ne vključuje kompulzivnega prenašanja. Pri tem dodajam, da omenjeno klasifikacijo prevajam po svojem vedenju in po uporabi terminov v drugi literaturi, namesto uporabe slovenske različice klasifikacije, saj slovenski prevod motnje hranjenja prevaja kot motnje prehranjevanja, kar je po mojem mnenju moteče in nekorektno zaradi nujnega ločevanja teh dveh.

V Sloveniji uporabljamo avstralsko modifikacijo desete revizije mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (dalje MKB-10-AM), torej slovensko različico ICD-10 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2008).

Zadnji, peti Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (v nadaljevanju DSM-5) je kot motnjo hranjenja končno vključil kompulzivno prenašanje in opravil revizijo diagnostičnih kriterijev za določanje nekaterih oblik motenj hranjenja. Motnje hranjenja in prehranjevanja deli na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prenašanje, izogibno oziroma restriktivno hranjenje in drugače specificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja (American Psychiatric Association, 2013).

Po DSM-5 oseba z anoreksijo nervozo močno omejuje vnos hrane, ki vodi v nizko telesno težo, torej nižjo od sicer priporočene glede na spol, starost, fizično zdravje in podobno. To vedenje spremlja močan strah pred pridobitvijo telesne teže ali debelostjo. Omenjeni strah lahko spremlja vedenje, ki lahko navkljub že tako nizki telesni teži preprečuje njeno povečanje. Za anoreksijo nervozo je značilno izkrivljeno doživljanje telesne samopodobe, oblike in teže, osebe se samoocenjujejo na podlagi telesne oblike ali teže, pogosto pa ne prepoznajo resnosti težave (American Psychiatric Association, 2013). Peta različica priročnika ne vsebuje več kriterija odsotnosti menstruacije, saj izključuje moške, obenem pa pri vseh ženskah ta kriterij ni izpolnjen. ICD-10 dodaja, da atipična anoreksija nervosa označuje motnjo hranjenja z nekaterimi značilnostmi anoreksije nervoze, a niso prisotni popolnoma vsi značilni znaki (International Statistical Classification of Diseases and Related

Health Problems 10th Revision, 2016). Pri anoreksiji nervozi je značilen občutek krivde, lastne ali krivde drugih, kot krivde za njihovo težavo (Mrevlje, 2010). Kardiološke, pulmološke, gastroenterološke, hematološke, nevrološke in dermatološke posledice anoreksije nervoze niso trajne in so popravljive po pridobitvi telesne teže (Podfigurna-Stopa idr., 2015).

Za osebe z bulimijo nervozo je po DSM-5 značilno ponavljajoče se obdobje prenaždanja, v katerem sta značilna občutek izgube kontrole nad hranjenjem in konzumiranje velike količine hrane v relativno kratkem času, pri čemer je količina hrane znatno večja od količine, ki jo konzumira večina oseb v podobnih okoliščinah v tem času. Osebe z bulimijo nervozo se po epizodi prenaždanja posvečajo obredom čiščenja oziroma kompenzatornega vedenja, s katerim preprečujejo pridobitev kilogramov, denimo bruhanja, uporabo diuretikov, odvajal, drugih zdravil, pretirane telovadbe, postenja in podobno. Podobno kot pri osebah z anoreksijo nervozo je samoocenjevanje močno pod vplivom telesne teže in oblike (American Psychiatric Association, 2013). Peta različica priročnika ima kriterij kompenzacijskega vedenja enkrat tedensko, prejšnja različica pa je imela kriterij dvakrat tedensko. ICD-10 dodaja, da anoreksiji nervozi pogosto sledi bulimija nervoza. Atipična bulimija nervoza po ICD-10 pomeni motnjo hranjenja z nekaterimi značilnostmi bulimije nervoze, a ne vsemi (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016). Osebe z bulimijo nervozo najpogosteje občutijo občutek sramu (Mrevlje, 2010).

Bulimija nervoza ima purgativno in ne-purgativno obliko, odvisno od prisotnosti obredov čiščenja oziroma porabe zaužitih kalorij (Podfigurna-Stopa idr., 2015). Mond (2013) pojasnjuje, da je DSM-4 vseboval razlikovanje med purgativno in ne-purgativno obliko bulimije nervoze, v novem DSM-5 pa tega razlikovanja ni več. To delitev želim na tem mestu še vedno obdržati predvsem zaradi lažjega razumevanja vedenja, povezanega s to obliko motnje hranjenja. V purgativno obliko bulimije nervoze vključujemo epizode prenaždanja in zatem bruhanja, uporabo odvajal in diuretikov ali klistiranja, medtem ko so za ne-purgativno obliko značilni pretirana aktivnost, postenje, torej vedenja, ki ne vsebujejo, ali pa manjkrat vključujejo uporabo prej omenjenih načinov za telo invazivnega čiščenja.

Nekatere osebe z bulimijo nervozo čutijo poraz, neuspeh, da niso vzdržali brez hrane in so prepričani, da osebe s pravo anoreksijo nervozo umrejo od podhranjenosti, kar poglobi njihova ravnanja v še bolj škodljiva (Bulk in Kendler, 2000).

Po DSM-5 so za kompulzivno prenažedanje značilne epizode prenažedanja, v kateri v relativno kratkem času pojedjo večje količine hrane kot večina oseb v tako kratkem času v podobnih okoliščinah, to pa spremlja občutek izgube kontrole nad hranjenjem. V epizodah prenažedanja običajno jedo mnogo hitreje, vse dokler se ne počutijo nelagodno polne in navkljub odsotnosti lakote. Hranjenje skrivajo zaradi občutka sramu, po tem pa se gnusijo sami sebi, so depresivni ali pa doživljajo občutek krivde. Težave se zavedajo in jim povzroča stisko, pa vendar epizodam prenažedanja ne sledi kompenzatorno vedenje, ki preprečuje pridobitev kilogramov (American Psychiatric Association, 2013), kot je to značilno pri bulimiji nervozi. Od običajnega in občasnega prenažedanja se torej loči po resnejših fizičnih in psiholoških posledicah. Kot že omenjeno pa ICD-10 ne priznava te oblike motnje hranjenja, temveč le obliko, ki je morda celo motnja prehranjevanja, slovenska različica, torej MKB-10-AM pa jo prevaja kot preobžedanje, ki je povezano s stresnimi dogodki, denimo žalovanjem, nesrečo in podobno (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2008).

DSM-5 pri vsaki motnji hranjenja dodaja, da vedenje ni pri vseh osebah enako in se motnje lahko med seboj prepletajo (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016).

Druge specificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja so tiste, ki povzročajo stisko in puščajo posledice na različnih ravneh življenja, a vedenje in ravnanje osebe po kriterijih ne sodi v druge oblike motnje hranjenja. Mednje sodijo atipična anoreksija nervoza, pri kateri oseba izkuša vse kriterije, razen nizko telesno težo, bulimija nervoza, pri kateri stanje in ravnanje osebe odgovarja vsem kriterijem, a je trajanje omejeno ali pa oseba manjkrat izkuša epizodo prenažedanja in zatem čiščenja telesa. Dalje tudi kompulzivno prenažedanje, pri kateri stanje in ravnanje osebe odgovarja vsem kriterijem, a je trajanje omejeno ali pa se oseba manjkrat prenažeda. Mednje sodi tudi motnja bruhanja oziroma čiščenja telesa, pri kateri oseba uporablja podobna vedenja za vplivanje na telesno težo kot oseba z bulimijo nervozo v obredih čiščenja, vendar pred tem ni imela epizodo prenažedanja. Med druge specificirane motnje hranjenja pa sodi še sindrom nočnega hranjenja, pri katerem se oseba zbudi iz spanja, da bi zaužila hrano, vedenja pa se zaveda in ji povzroča stisko (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016).

DSM-5 je motnje hranjenja ali prehranjevanja, ki niso drugače specificirane, izključil in dodal kategoriji druge specificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja ter kategorijo nespecificirane motnje hranjenja ali prehranjevanja. DSM-5 je pod motnje hranjenja vključil

tudi nekatere motnje prehranjevanja, ki so bile prej dodeljene drugim kategorijam, denimo piko, pri kateri gre za uživanje neužitnih snovi in ruminacijo, pri kateri oseba že užito hrano izbljuva, jo ponovno prežveči in pogoltne ali pa dokončno izpljuni. DSM-5 je vključil še novo motnjo hranjenja in hkrati motnjo prehranjevanja, pri kateri se oseba izogiba hranjenju ali pa ga močno omejuje, četudi nima želje po nižji telesni teži in nima izkrivljene telesne samopodobe (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016).

Pojavljata se še dve novi obliki motnje hranjenja, ki jih zaenkrat ne priznava nobena klasifikacija, in sicer ortoreksija nervoza in bigoreksija nervoza, pri katerih gre za slabo samospoštovanje in nizko samopodobo, ki negativno delujeta iz ozadja. Pri ortoreksiji gre za omejevanje hrane na način prehranjevanja le z določeno hrano, za katero so prepričani, da je zdrava, pravilna in čista. Pri osebah s to obliko motnje hranjenja gre za potrebo po nadzoru, stremijo k popolnosti in potrebujejo potrditev okolice, pohvale, saj so tudi izjemno storilni. Osebe z bigoreksijo nervozo veliko časa namenjajo telesni aktivnosti, gradnji mišic, saj si jih želijo več in več, četudi so običajno že močno mišičasti, pa vendar njihove oči vidijo drugače. Pogosto uporabljajo tudi anabolne steroide, ki povzročajo vrsto drugih težav, ki motnjo hranjenja le poglobljajo (Serneck, 2010b). Kot novo obliko pa lahko dodamo še diabulimijo, ki jo imajo lahko le osebe s sladkorno boleznijo, ki z opuščanjem insulina oziroma skrbno premišljenim ravnanjem z njim vplivajo na izgubo telesne teže zaradi stremjenja k vitkemu telesu (Best-Boss, 2013, str. 13).

Motnja hranjenja je način reševanja težav. Z nadzorovanjem telesne teže skuša oseba z motnjo hranjenja obvladovati življenjski svet, rešiti svoje težave. Sprva takšen mehanizem daje vtis uspešnega reševanja težav, pridobivanja nadzora, a je nadzor varljiv in motnje hranjenja povzročijo več težav, kot jih rešijo (Middleton in Smith, 2012). Pri motnjah hranjenja gre za izraz bolečin in trpljenja, ki se na videz zdijo le kot težava s hrano in hranjenjem. Oseba z motnjo hranjenja oblikuje in išče svojo identiteto (Serneck, 2010a).

Dolgo trajajoča motnja hranjenja se preplete z identiteto in lahko postane bistveni del človekove identitete. Oseba lahko čuti, da je življenje brez motnje hranjenja življenje brez identitete (Bulk in Kendler, 2000).

Ob primerjanju z drugimi imajo lahko občutek, da gre za tekmovanje in morajo biti najboljši pri doseganju globine in razsežnosti motnje hranjenja. Motnja hranjenja lahko postane polje

tekmovanja. Terapija in osvobajanje od motnje hranjenja lahko postane grožnja. Pohvala za napredek lahko poglobi simptome (Bulk in Kendler, 2000).

Ni povsem zgrešeno, če spregovorimo o odvisnosti od hrane, saj hrana pri motnji hranjenja prevzame človekovo življenje, njegovo psiho in telo, mnogo misli in vedenj pa je povezanih prav s hrano (Jovanović, 2010). Sternad (2001) piše o ritualih omamljanja, saj rituali, povezani s hrano, osebi z motnjo hranjenja prinašajo učinek omame in človeka silijo k njihovemu ponavljanju.

Rogers (2017) v članku raziskuje podobnosti in razlike med odvisnostjo od hrane, pri čemer se osredotoča na prenajedanje, in odvisnostjo od drog. Gre za podobne procese motiviranja za pridobitev in konzumiranja tako hrane kot drog. Velika želja ali hrepenenje se lahko pojavi pri obeh, do hrane ali droge, pri obeh gre lahko za prekomerno uživanje in podobno. Izpostavljenost opomnikom oziroma signalom lahko povzroči apetit do hrane in gre za priložnost za hranjenje v odnosu do zmožnosti shraniti določeno količino hrane glede na sitost, kar omogoča tudi izpuščanje obrokov, medtem ko je uživanje drog precej omejeno pri toleranci, torej odmerjanju količine drog, pomanjkanje pa vodi v odtegnitvene znake. Droga ima kljub temu močnejši učinek, predvsem zaradi nevroadaptivnih učinkov na možgane, ki poglobljajo željo po uživanju.

1.2. Dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja

Braun, Park in Gorin (2016) so s študijem dostopne literature vključile 28 člankov in raziskav ter v njih našle podporo predvidevanju, da sočutje do sebe neposredno zmanjšuje dejavnike tveganja za nastanek tveganega vedenja, povezanega s hrano in hranjenjem, povečanje sočutja do sebe in učenje tega v procesu osvobajanja od motenj hranjenja pa napoveduje boljše izide. Ker je sočutje do sebe povezano še z drugimi zaščitnimi dejavniki, ki lahko preprečujejo pojav negativnih dejavnikov vpliva na nastanek motnje hranjenja, ima sočutje do sebe neposredno vlogo pri preprečevanju pojava dejavnikov tveganja. Prav tako lahko sočuten odnos do sebe preprečuje oziroma prekine učinke dejavnikov tveganja.

Pri nastanku gre za delovanje bioloških dejavnikov, ki so način reagiranja in kontrola nad odzivi ter dedni vplivi na razpoloženje, socio-kulturnih dejavnikov, pri katerih gre za pričakovanje drugih v povezavi z razmišljanjem in vedenjem, psiholoških teženj, ki vključujejo družinske vzorce, ki vplivajo na razvoj samospoštovanja, neodvisnosti in preobčutljivost, gre pa tudi za delovanje razvojnih procesov, torej prilagajanje novim vlogam

in zahtevam (Copak in Uzman, 2010). Sernec (2010a) podobno, a konkretnije, k biološkim dejavnikom tveganja šteje slabo samopodobo, nizko samospoštovanje, splošno nezadovoljstvo s seboj, ne le na dimenziji videza, osebne lastnosti, ki izvirajo iz nizkega samospoštovanja, denimo perfekcionizem in velika storilnost, pa tudi visoko porodno težo novorojenčka. Med socio-kulturne dejavnike tveganja vključuje vpliv medijev, stigmatizacijo debelosti, povečevanje vitkega telesa, med družinske pa nenehne diete staršev in njihovo nezadovoljstvo s seboj, nefunkcionalno partnerstvo in starševstvo, omejevanje hrane otroku, uporabe hrane kot sredstvo nagrajevanja, kaznovanja in nadzora, nasilje v družini in spolne zlorabe. Sernec (2010a) opominja, da na pojav motnje hranjenja skoraj vedno vpliva več dejavnikov tveganja, ki v nekem trenutku skupaj povzročijo kapljo čez rob.

Ghaderi in Scott (2001) sta v raziskavi med 1157 ženskami ugotovila, da so nizko samospoštovanje, preokupiranost s telesom, občutek slabe podpore družine in beg ali izogibanje, kot način spopadanja s težavami, glavni dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja.

Resnost motnje hranjenja in možnost njenega pojava kadarkoli v človekovem življenju, ne glede na njegovo starost, pa poudarjata tudi Read in Stedal (2015). S študijem dostopne literature sta obravnavali 16 primerov motnje hranjenja pri moških, starih med 40 in 81 let, pri katerih se je motnja hranjenja prvič pojavila že zgodaj v življenju. Dejavniki vpliva ponovnega pojava so vključevali smrt ljubljene osebe, ločitev, spremembe na finančnem ali stanovanjskem področju in zdravstvene težave. Avtorici prepoznavata pomanjkanje literature o pojavnosti motnje hranjenja med starejšimi moškimi. Presenečeni sta bili nad odkritjem, da je za večino primerov dokumentirana pretirana fizična aktivnost, kar sta ugotovili celo med petimi moškimi, starimi med 62 in 75 let.

Keel in Jean Forney (2013) sta s študijem literature ugotavljali, kateri so psihosocialni dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja. Kot največkrat prisoten dejavnik tveganja se je izpostavil ideal vitkega telesa, ki lahko vodi v pretirano nadziranje teže, značilno za anoreksijo nervozo ali bulimijo nervozo. Negativna čustvena naravnost, v katerega sodijo nezadovoljstvo, negativno samoocenjevanje, nizka samozavest in perfekcionizem, so osebne značilnosti, ki lahko vplivajo na dovzetnost za takšna družbena sporočila o idealni telesni teži in obliki. Vrtniki so lahko varovalni ali pa negativni dejavnik. Osebne značilnosti

vodijo v izbiro vrstnikov, ki imajo podobne značilnosti, kar pa ustvari mikro okolje, ki lahko nevarno spodbuja slab odnos do telesa in krepi dejavnike tveganja.

Raziskovanja dejavnikov tveganja in vzorce pojavnosti motnje hranjenja so se Hilbert idr. (2014) lotili z raziskavo med 297 osebami z motnjo hranjenja in 313 osebami brez psiholoških težav. Odkrili so, da na pojav določene oblike motnje hranjenja znatneje vplivajo točno določeni dejavniki tveganja, vendar za potrebe tega dela ni toliko pomembno razločevati, na pojav katere oblike motnje hranjenja vplivajo kateri dejavniki tveganja, zato slednje le naštevam in delim po njihovem vzorcu. Dejavniki tveganja, povezani z duševnim zdravjem, so negativno čustvovanje, perfekcionizem, uživanje drog in težave z vedenjem, kot dejavnik tveganja, povezan s telesnim zdravjem, pa se je najbolj izpostavil izrazita debelost v otroštvu.

Ustrahovanje, zbadanje, pomanjkanje, motnje v okolju oziroma travmatični dogodki so dejavniki tveganja, povezani z okoljem. Težave s težo in hranjenjem v družini, denimo hujšanje v družini, prenašanje ali pa motnja hranjenja v družini, kakovost starševstva, med njimi pa težave matere ali očeta v vlogi staršev, izkušnja težavnega starševstva, visoke zahteve staršev, družinski konflikti, ločenost od staršev, odsotnost ali smrt staršev, zgodovina uživanja drog staršev in razpoloženje staršev pa so dejavniki tveganja, povezani z družino. Opazna dejavnika tveganja za pojav motnje hranjenja sta bila še fizična in spolna zloraba (Hilbert idr., 2014).

Midlarsky in Nitzburg (2008) ugotavljata, da na ženske srednjih let delujejo podobni dejavniki tveganja za pojav motnje hranjenja, kot na mlajše.

Cartwright (2013) piše o tem, da stresorji vplivajo na pojav motnje hranjenja tudi pri starih ljudeh, a se stresorji čez leta spremenijo. Na tem mestu moramo opomniti, da na pojav motnje hranjenja vpliva več dejavnikov, ki tvorijo bremenilen konglomerat, kaplja čez rob pa vodi v določeno spremenjeno vedenje v povezavi s hrano. To pomeni, da na pojav motnje hranjenja pri staremu človeku lahko vplivajo dejavniki, ki so bili dejavni že v mladosti osebe in so pustili trajne posledice ter s tem tvorili omenjen skupek bremenilnih dejavnikov. Logično lahko sklepamo, da daljše življenje pomeni večjo izpostavljenost raznolikim dejavnikom tveganja.

1.3. Stari ljudje in motnje hranjenja

Pojavnost motenj hranjenja pri starih ljudeh ni treba več dokazovati, saj o tem priča več raziskav (Gange idr., 2012; Lapid, Prom, Burton in McAlpine, 2010; Mangweth-Matzek idr., 2006; Mangweth-Matzek idr., 2013; Hicks Patrick in Stahl, 2009).

Stari ljudje z motnjo hranjenja lahko enako kot mlajši doživljajo občutke nezadovoljstva s telesom, nizke samozavesti in se spopadajo s stresnimi dogodki, z omejevanjem hrane pa blažijo stres (Cartwright, 2013). Lewis in Cachelin (2001) nadalje pridruženo ugotavljajo, da imajo ženske srednjih let in starejše ženske iste preference glede telesne teže in so enako nezadovoljne. Strah pred staranjem vpliva na pojav tveganih vedenj s hrano in hranjenjem. Gnange idr. (2012) so ugotovili, da je med ženskami, starejšimi od 50 let, prenašanje najpogostejše tvegano vedenje, ki lahko vodi v pojavnost motnje hranjenja.

Del vpliva na telesno samopodobo in posledično na tvegano vedenje s hrano oziroma na pojav vedenja, značilnega za motnjo hranjenja, je morda menopavza (Mangweth-Matzek idr., 2013).

Stari ljudje so skozi življenje izpostavljeni že omenjenim dejavnikom tveganja za pojav motnje hranjenja, staranje in starost pa zaradi posebnih življenjskih okoliščin, ki jih prinašata, dodajata nove, posebne. Na pojav motnje hranjenja pri staremu človeku lahko negativno vplivajo stresni dogodki, bolezni, selitev, upokožitev, vdovstvo in z njim povezano žalovanje, ali pa težave z zakoncem ali otroki (Lapid, Prom, Burton in McAlpine, 2010). Kally in Cumella (2008) sta ugotavljala enako, kot dejavnik tveganja sta naštetim dodala še staranje in vpliv staranja na videz človeka. Na drugi strani pa so Main, Reddy, Lazarevic in Whelan (2011) mnenja, da se motnja hranjenja le izjemoma prvič pojavi v starosti, saj menijo, da bi dejavniki tveganja zagotovo delovali že prej.

Študija primera (Morgan in Marsh, 2006) moškega, starega 62 let, pri kateremu se je pri 59 letu starosti prvič pojavila bulimija nervoza, prikazuje presenečenje zdravnikov nad pojavom. Družinskega zdravnika je moški obiskoval pogosto in se zdravil zaradi bolečine v trebuhu, slabotnosti, občutka slabosti in bruhanja, vendar zdravnik ni bil obveščen o prenašanju in bruhanju oziroma obredih čiščenja telesa. Šele, ko je zdravnika o tem ravnanju obvestil družinski član, je ta moškega napotil dalje. Morgan in Marsh (2006) poudarjata izjemnost, da se je motnja hranjenja prvič pojavila šele v tako poznem odraslem

življenju. Poudarjata, da morajo biti zdravniki pozorni na simptome za prisotnost motnje hranjenja ne glede na spol ali starost človeka.

Podfigurna-Stopa idr. (2015) so prepričani, da gre pri večini odraslih in starih ljudeh z motnjo hranjenja za težavo, ki je nastala že v mlajših letih in se ohranila do starosti. Avtorji prepoznavajo porast pojavnosti motnje hranjenja pri starih ljudeh. Menijo, da so posebej ranljive ženske v času menopavze, predvsem zaradi hormonskih sprememb. Motnja hranjenja se pogosto spregleda prav zaradi vseh drugih težav in bolezni, ki pestijo stare ljudi. Najbolj ogrožajoče posledice motenj hranjenja sta zmanjšana gostota kosti in zmanjšana mobilnost.

Dudrick (2013) je eden redkih, ki opomni na možnost pojava motnje hranjenja pri starih ljudeh v instituciji in spodbuja k večji pozornosti, saj je motnja hranjenja lahko način pridobivanja dragocenega občutka nadzora nad življenjem, ki so ga izgubili ob nastanitvi v institucijo.

1.4. Hrana in njene razsežnosti

Hrana ni le nujna za obstoj in delovanje vseh telesnih funkcij, ampak so količina, vrsta hrane in prehranjevalne navade odločilne za ves telesni razvoj in zdravje, vplivajo na telesno zmogljivost in zunanji videz, prek tega pa tudi na človekovo zadovoljstvo s svojim telesom, svojo telesno podobo ter njegovo samopodobo v celoti. Ima globok psihološki pomen, ki se simbolično povezuje s čustveno zadoščenostjo in občutjem sprejetosti, prek prispodobe odvisnosti, dejanja in sprejemanja pa tudi z medosebnimi odnosi (Tomori, 1990, str. 124).

Antropologija in sociologija prehranske preference pojasnujeta s spominom otroka in prijetnimi občutki ter čustvi na določeno hrano, kar presega zgolj zadovoljevanje telesnih potreb, s čimer se ohranja vez z otroštvom v simbolnem in psihološkem pomenu (Aleksić, 2001).

Hrana človeku nudi občutek zadoščenja, zabriše neugodje, tolaži, pomirja in sprošča ter pravzaprav prinaša prvo izkušnjo ugodja v človekovem življenju. Že pri otroku hrana vliva občutek sprejetosti, pomembnosti in ljubljenosti, daje pa tudi občutek varnosti in zaščite, saj otroka povezuje s človekom, ki ga hrani, otrok pa je v obdobju sprejemanja izjemno dojemljiv za ravnanje z njim. Povezava med hrano in omenjenimi občutki ugodja ostanejo v

podzvesti tudi kasneje, hrana pa razvije simbolno vrednost (Tomori, 1990, str. 130). S hrano in hranjenjem otroka socializiramo v svet družbe (Kotnik, 2001).

Ker se v otroštvu vzpostavi povezava, da otroka navadno hrani človek, ki je otroku pomemben, lahko kasneje v življenju človek uporablja hrano kot nadomestilo za čustva, ki jih želi prejeti od drugih, a se to ne zgodi. Hrana na ta način pomaga zmanjševati občutek osamljenosti in tesnobe. Odklanjanje hrane lahko predstavlja odklanjanje čustev ali pa človeka, še posebej v primeru otroka, ki z odklanjanjem hrane simbolično odkloni človeka (Tomori, 1990, str. 130). Ali lahko odklanjanje hrane starih ljudi v instituciji razumemo kot odklanjanje neprijetne realnosti, gre za obliko tihega samomora ali pa je na ta pojav mogoče pogledati in ga reševati kot anoreksijo nervozo?

Hrana določa človekov vsakdan in oblikuje človekovo telo. Razumevanje hrane kot banalne je zmotno in pri hranjenju ne gre le za konzumiranje hrane, energije, njeno porabo in potešitev lakote, temveč določa, usmerja ter oblikuje mentaliteto in identiteto človeka kot razlikovanje med seboj in drugim ter je povezana z njegovim družbenim življenjem (Kotnik, 2001, str. 861–863). Hrana ima biološke, družbene, kulturne in politične razsežnosti ter je skupaj s hranjenjem multifunkcionalna in sociokulturno univerzalna (Aleksić, 2001, str. 325–326).

Je družbena vez, družina pa je prostor, v katerem se s hrano oblikuje emocionalno-socialno vzdušje, člane družine povezuje in osmisli skupne dogodke. Hrana ima pomen darila in ob obdarovanju s hrano podelimo intimen del sebe, v tem razumevanju pa s sprejemanjem hrane sprejmemo del bistva drugega. Ljudi zbližuje in deluje kot posrednik v komunikaciji, lahko pa je vir nesoglasij, preprirov in slabih izkušenj (Kotnik, 2001, str. 867–873).

Tomori (1990) piše, da so raziskave v preteklosti pokazale, da se tudi odrasli ljudje pretirano zatekajo k hrani, ne le zaradi telesnih, temveč tudi zaradi psiholoških potreb. Nekateri se k hrani zatečejo zaradi občutka pomanjkanja sposobnosti za dejavno in neposredno uveljavitev, nekateri pa to storijo, ko imajo zmanjšan občutek obvladovanja nekega položaja in ob drugih težkih preizkušnjah. Pri tem blažijo nezadovoljstvo ob občutku izgube kontrole in nadzora nad nekaterimi vidiki življenja ter izidi v njem. Gre za obvladovanje hranjenja in s tem telesa, s čimer na simbolični ravni znova pridobivajo del nadzora nad življenjem. Spet pri drugih odraslih ljudeh gre lahko le za iskanje tolažbe, blaženje razočaranja ali neugodja, morda pa s pretiranim hranjenjem nadomeščajo izbruh jeze, ki ga nočejo ali pa ne znajo drugače izraziti. Zdrav odnos do hrane pomeni, da zna človek v hrani uživati, da od nje ni

preveč odvisen, da ima življenjskemu slogu prilagojene prehranjevalne navade, da s hrano ne škodi svojemu telesnemu in duševnemu zdravju (Tomori, 1990).

Dom je prostor individualnega in kolektivnega, družinskega uživanja hrane. Identiteta ljudi se izoblikuje tudi prek konzumiranja hrane. S spreminjanjem načina prehranjevanja preoblikujemo ali na novo vzpostavimo individualno zgodbo in jo prepletamo z različnimi deli lastne identitete. Nekateri izberejo novo obliko identifikacije, se postavijo v zgodbo identitete, ki sicer prvotno ni njihova, in tako spremenijo način prehranjevanja, denimo postanejo vegetarijanci zaradi vpliva drugih. Nekateri družine si ne delijo istih prehranjevalnih navad in prav razlike oziroma različne želje dovoljujejo, da vsak družinski član konstruira svojo individualno zgodbo, pogajanje o hrani pa tvori njihov odnos, njihov dom. Zaradi partnerjev prevzamemo novo obliko identifikacije, prilagodimo način prehranjevanja in premestimo svojo zgodbo identitete. Nekateri partnerji imajo navado obedovati skupaj in prav ta obred ustvarja identiteto partnerstva, gostitev drugih pa spreminja zaprt prostor v odprtega. Fluidnost v sestavi gospodinjstva skozi čas, torej spreminjanje oseb v njem zaradi smrti, selitev, razvez ali razhoda in večje spremembe, lahko vodijo v (ponovno) pogajanje in (ponovno ali novo) vzpostavljanje praks konzumiranja hrane, vse od sprememb jedilnika, časa obrokov, odprtosti za goste in podobno. Določen način prehranjevanja nekatere spominja na dom, izvorno državo in jih povezuje z njihovimi starši, koreninami in predniki (Valentine, 1999). To lahko povežemo z vplivom hrane na oblikovanje identitete, v domu starejših pa tako druga hrana in pričakovane prehranjevalne navade vplivajo na ponovno izoblikovanje dela identitete.

Vartanian, Herman in Polivy (2016) so raziskovali koncept zadostne količine hrane med 228 intervjuvanci, živečimi v Avstraliji in ZDA. Rezultati so pokazali, da sodelujoči koncept povezujejo z normalnim vnosom hrane, torej enačijo koncepta zadostnosti in normalnosti. Zadosti hrane je zanje pomenilo zadosti v smislu prehranskih potreb, torej zdravo količino hrane, izogibanje prenajedanju in zadostno količino v smislu notranjih občutkov, kot je denimo občutek sitosti. V tej študiji ni bilo zaznanih zunanjih vplivov, torej socialnih navodil in namigov ter priporočil o velikosti porcije, kot vplivov na razumevanje tega, kaj pomeni zadostna količina hrane. Slednje je v nasprotju s preteklimi raziskavami, ki so potrdile tudi zunanje vplive na konceptualiziranje zadostne količine hrane. Na drugi strani pa priznavajo možnost, da si ljudje tega vpliva ne želijo in ga zato nočejo priznati. Povsem možno je tudi, da so zunanji vplivi vpeti že v percepcijo osebe, kolikšna količina je nutricionistično zadovoljiva in bo povzročila sitost.

Hrano pogosto povezujemo s tolažbo, pa vendar morda le ne ponuja pričakovanih občutkov. Hkrati se sprašujem, ali sta učinek tolažbe in poseganje po hrani v ta namen prisotna tudi pri starih ljudeh. Spence (2017) je pozornost usmeril v tolažilno hrano, njihov pomen in vpliv ter želel ugotoviti, ali ima takšna hrana zares učinek na naše razpoloženje. Po preučevanju literature je prišel do zaključkov, da tolažilna hrana nima dokazanih učinkov izboljšanja razpoloženja, navkljub razširjenosti prav takšnega prepričanja. Vseeno pa pomaga olajšati občutek osamljenosti na način asociiranja na pretekle pozitivne družabne dogodke. Na drugi strani pa je Macht (2008) ob preučitvi literature na temo vpliva čustev na ješčnost ugotovil, da so rezultati raziskav neskladni in nejasni. Zasledil je prepričanje, da neugodna čustva na čustvene jedce vplivajo tako, da pojedjo več sladke in mastne hrane, namen tega je zmanjšanje neugodnih občutij. Osebe, ki omejujejo vnos hrane, ob pojavu negativnih čustev prav tako pojedjo več, a najverjetneje zaradi zmanjšane kognitivne kontrole nad hranjenjem. Prepričan je, da bi več raziskav dalo boljše odgovore, saj je treba ugotoviti, ali se čustvenim jedcem z uživanjem večjih količin hrane resnično izboljša razpoloženje. Nadalje je treba ugotoviti, ali tisti, ki sicer omejujejo vnos hrane, zares ne čutijo sprememb v razpoloženju ali pa se ta celo poslabša zaradi strahu pred povečanjem teže. Neskladne so tudi ugotovitve pri vplivu neugodnih čustev na zmerne jedce, ki zaužijejo običajno količino hrane. Nekateri namreč poročajo o občasnem uživanju večjih količin hrane kot odgovor na neugodna občutja, spet drugi, teh naj bi bilo v večjem deležu, pa vnos hrane zmanjšajo.

V Ameriki so Wansink, Cheney in Chan (2003) opravili dve zaporedni in povezani študiji na temo tolažilne hrane. V prvi je sodelovalo 411 udeležencev, med katerimi so raziskovali, po kateri hrani posežejo kot tolažilni, v drugi pa je sodelovalo 1005 oseb, med katerimi so raziskovali, kako se razlikujejo želje po tolažilni hrani med moškimi in ženskami različnih starostnih skupin. Udeleženci prve študije so tolažilno hrano definirali kot hrano, ki ob konzumiranju nudi fiziološko in psihološko ugodje. Ugotovili so, da 60 odstotkov oseb kot tolažilno hrano navaja hrano, ki jo lahko uvrstimo med prigrizke in ima visok delež sladkorja ali soli. Zanimivo pa je, da je 40 odstotkov sodelujočih navajalo hrano, ki jo lahko uvrstimo v nutricionistično bogat obrok in ima tudi pozitivne učinke na zdravje. V drugi študiji so odkrili, da po tolažilni hrani v obliki prigrizka, denimo sladkarije, čokolada in podobno, največkrat posegajo ženske in ne glede na izbiro jim ta ne daje občutka zdrave izbire. Še več, daje jim celo občutek krivde. Moški pa kot tolažilno hrano opredeljujejo konkretnije obroke, kot so pica, testenine, zrezek in podobno, kar je morda razlog, zakaj so moški večkrat poročali o tem, da jim je tolažilna hrana vlila občutek zdravja. Ob pregledu, kako na

odločanje za tolažilno hrano vpliva starost, so opazili tudi razlike med starostnimi skupinami, saj so se mlajši pogosteje odločali za prigrizke, starejši pa za konkretnije obroke. Starost in biološki spol torej pogojujeta odločanje za tolažilno hrano (Wansink, Cheney in Chan, 2003).

Z raziskavo med 30 osebami sta Reed in de Castro (1992) raziskovala vpliv prisotnosti drugih ljudi na ješčnost. Ugotovila sta, da ljudje pojedjo več hrane, ko jedo v prisotnosti drugih. Ob tem je zanimivo, da sodelujoči v raziskavi ob prisotnosti drugih in posledični večji ješčnosti niso poročali tudi o večji lakoti. Prisotnost drugih ne vpliva le na večjo ješčnost, temveč tudi na sestavo obroka, še posebej so obroki ob prisotnosti drugih vsebovali večji delež maščob. V času, ko so sodelujoči v raziskavi jedli ne glede na raziskavo in so bili tako izpostavljeni povsem vsakdanjim ter običajnim dejavnikom, so v družbi drugih pojedli tudi do 60 odstotkov več hrane, kot takrat, ko so jedli sami. Ugotovitve, ki jih omenjata Reed in de Castro (1992), so za nas pomembne predvsem zaradi uporabe vpliva prisotnosti drugih na ješčnost v domu starejših.

1.5. Stari ljudje, hrana in hranjenje

S pregledom relevantne literature, natančneje 123 člankov in raziskav, so Nieuwenhuizen, Weenen, Rigby in Hetherington (2009) prepoznali več dejavnikov, ki vplivajo na ješčnost starih ljudi in lahko vodijo v nedohranjenost. Razdelili so jih na tri kategorije: povezane z okoljem, z osebo in s hrano. Osebni dejavniki so socialne, psihološke in fiziološke spremembe, počasnejše hranjenje, manjši vnos prigrizkov, hitrejši občutek sitosti, težave pri vonjanju in okušanju ter posledično manjša občutljivost za senzorične spodbude ješčnosti, fiziološko zmanjšana potreba po energijskem vnosu, zmanjšana lakota in žeja, pojav demence, depresija, težave z zobovjem, depresija, suha grlo in usta, zdravila in spremenjeno delovanje črevesja. Dejavniki hrane so zmanjšano okušanje, zmanjšanje vonjanja, videz in okus hrane, velikost porcije, pri čemer večja porcija za nekatere pomeni večji vnos, drugi pa ob tem doživljajo odpor. Dejavniki, povezani s hrano, je še razmerje med tekočo in trdo hrano. Dejavniki okolja so socialno okolje, atmosfera oziroma kontekst hranjenja, čas obroka, kultura in drugi prisotni, denimo zaposleni v domu starejših. Prehranski status starih ljudi oziroma njihov energijski vnos lahko povečamo s svetovanjem, pomočjo oskrbovalcev pri hranjenju, uporabo hrane, obogatene z mikrohranili, izboljšanjem konteksta oziroma okolja hranjenja ter z nutricistično bogatimi prigrizki med glavnimi obroki, ugotavljajo.

S starostjo se zmanjša tudi ješčnost in gre za povsem naraven, fiziološki proces staranja. Dejavnikov, ki vplivajo na fiziološko zmanjšano ješčnost, je mnogo, od sprememb pri okušanju, vonjanju, hormonskih sprememb, pri moških denimo s starostjo zmanjšana raven testosterona in povečana raven leptina, ki vpliva na zmanjšan vnos hrane, do signalov želodca in prebavnega trakta, ki možganom sporočajo hitrejšo sitost ter do zmanjšanja telesne aktivnosti (Morley, 2001). Nekateri bi to poimenovali fiziološka anoreksija staranja (angl. physiological anorexia of aging), vendar pa koncepta v tem delu ne obravnavam zaradi neskladnosti, saj vanj nekateri vključijo povsem običajne spremembe, ki jih prinaša staranje in jih pripisujejo vsem starim ljudem. Nekateri pojav obravnavajo kot resno tveganje za nedohranjenost, tretji pa ugotavljajo le delno razsežnost pojava, ki ni značilen za vse stare ljudi.

Kot prej omenjena Reed in de Castro (1992), ki sta v raziskavo vključila le mlajše osebe, je tudi Nakata in Kawai (2017) zanimalo, kako deluje večkrat potrjen pozitiven učinek prisotnosti drugih oseb med hranjenjem, ki napoveduje večjo ješčnost, saj naj bi hrana ob prisotnosti drugih imela boljši okus, ljudje pa naj bi pojedli več. Ugotovila sta, da vse pretekle študije ta učinek ugotavljajo ob fizični prisotnosti drugih oseb, zato sta se lotila novih eksperimentov. V prvem eksperimentu je sodelovalo 16 oseb, starih med 65 in 74 let. Ljudje, ki so bili v prostoru sami, a postavljeni pred ogledalo, so pojedli več pokovke in jim je bila bolj okusna, medtem ko so tisti, ki so bili prav tako sami, a so imeli pred seboj monitor, ki je prikazoval prazno steno, pojedli manj. Eksperiment so ponovili tudi z mlajšimi in rezultat je vodil do podobnih izsledkov. Ta eksperiment prikazuje, da učinek prisotnosti drugih na ješčnost ljudi ne zahteva fizične prisotnosti, temveč le vizualno informacijo nekoga, četudi je to ogledalo.

V drugem eksperimentu je sodelovalo 12 oseb, starih med 66 in 74 let. Tokrat so ob hranjenju sedeli pred svojo fotografijo med hranjenjem in so ponovno pojedli več pokovke in pričali o boljšem okusu, kot tisti, ki so med hranjenjem strmeli v sliko zidu. Ta eksperiment stopa korak dalje in prikazuje, da za pozitiven učinek na ješčnost ni nujna dinamična vizualna informacija, temveč povsem zadostuje statična, kot denimo fotografija (Nakata in Kawai, 2017). Z ugotovitvami dobimo predloge, kako povečati ješčnost starih ljudi v instituciji.

Vesnaver, Keller, Sutherland, Maitland in Locher (2015) so prepoznali, da prehod v vdovstvo med drugimi prinaša tudi spremembe pri hranjenju. Da bi odkrili ozadje teh sprememb, so opravili intervjuje s 15 ženskami, starimi med 71 in 86 let, ki so vdove od 6

mesecev pa do 15 let. Vdovstvo povzroči, da se vzpostavljen sistem v gospodinjstvu, povezan s hrano, preusmeri od zadovoljevanja potreb dveh k zadovoljevanju osebnih potreb le enega. Nastopi obdobje, ko se začnejo vzpostavljati novi vzorci vedenja, prejšnji so prekinjeni zaradi sprememb okoliščin, ki motijo siceršnje vsakdanje obrede, hrana ni več prioriteta. Hkrati se pojavita občutka žalosti in osamljenosti, kar skupno vpliva na spremenjena ravnanja, povezana s hrano. Na srečo je omenjeno obdobje le začasno in mu sledi obdobje prilagajanja novim okoliščinam, v katerem je hranjenje namenjeno osebnim potrebam, prinaša več zadovoljstva, povezano je z osebnimi vrednotami in željami ter se tako ponovno vzpostavi osebni sistem, povezan s hrano. Intervjuvanke so opisovale, da so se spremembe začele že pred moževo smrtjo, denimo že ob pojavu njegove bolezni, odhodu v bolnišnico ali dom starejših. Vse to je začelo spreminjati njihove vzorce vedenja, povezane s hrano, saj so morale skrbeti le za svoj obrok in jesti same. Opisovale so opuščanje obrokov zaradi skrbi za bolnega moža, nenehnega obiska zdravnikov, preutrujenost za pripravo nutricionistično zadovoljivih obrokov in kupovanje pred-pripravljene hrane. Nevarnost za nedohranjenost in tvegano vedenje, povezano s hrano, ki ga opisujejo Vesnaver, Keller, Sutherland, Maitland in Locher (2015), je v instituciji morda onemogočeno zaradi odsotnosti skrbi za pripravo hrane, osebje lahko starega človeka spodbudi k hranjenju, obenem pa prehranjevanje poteka v skupni jedilnici.

Že pred nekaj manj kot desetimi leti so Salihu, Bonnema in Alio (2009) s študijem literature ugotavljali razširjenost debelosti med starimi ljudmi, prepoznavali svetovno razsežnost težave, v raziskavo pa so vključili tudi študije, ki so se osredotočale na populacijo starejših od 50 let in ne le starejših od 60 let. Debelost pri starih ljudeh povzroča kopico zdravstvenih težav, od raka, sladkorne bolezni, osteoartritisa, kapi, srčnih bolezni, do depresije, različne oviranosti, celo alzheimerjeve demence ali drugih kognitivnih upadov in splošne slabše kakovosti življenja. Skrb vzbujajoče je tudi, da debelost napoveduje več stroškov in večjo obremenitev zdravstvene blagajne, hkrati pa tako bolnišnice kot tudi domovi za stare ljudi niso dobro pripravljeni na porast predebelih bolnikov ali stanovalcev.

Višji standard zdravstvene oskrbe, izboljšani življenjski pogoji, večja dostopnost energijsko bogate hrane in višanje pričakovane življenjske dobe prispevajo k večanju deleža prebivalcev s preveliko telesno težo. V preteklih stoletjih je bila velika telesna teža znak dobrega zdravja, debelost, ki je vse bolj prisotna, pa tokrat ne kaže dobrega zdravja (Apostolopoulou idr., 2012).

Kakšna pa je hrana v domu za starejše in kako pomembna je stanovalcem? Prehrana je eden od dejavnikov kakovosti življenja stanovalcev v domovih za starejše, so opazale Urh, Babnik, Rebec in Poklar Vatovec (2017), zato so želele preučiti prehransko stanje stanovalcev in tako opravile raziskavo med 48 starimi ljudmi. V študiji literature so večkrat našle omembo beljakovinske podhranjenosti, ali pa splošne podhranjenosti starih ljudi v instituciji, na drugi strani pa so zasledile raziskave, ki pričajo o prekomerni teži starih ljudi v instituciji. Pomembno je ohraniti misel, da ima človek lahko prekomerno težo, a je nedohranjen z določenimi mikrohranili, torej neprimerno hranjen. Ugotovile so, da po indeksu telesne mase sodeč, nihče od vključenih ni bil podhranjen. Še več, bili so prekomerno hranjeni, kar je po nekaterih ugibanjih pogostejše pri samostojnih in mlajših starih ljudeh, a zaradi vzorca, ki ni vključeval tudi tiste, ki potrebujejo več pomoči, tega v raziskavi niso mogle potrditi. Ko so opravile poglobljeno oceno prehranskega statusa, so ugotovile več tveganj za podhranjenost. Na tem mestu je nujno zapisati, da omenjeni testi temeljijo na vprašanjih, ki ocenjujejo telesno in duševno stanje ter samostojnost, hkrati pa vsebujejo vprašanja o vnosu živil in posameznih makrohranil ter določene meritve. Ugotavlja se torej potencialno možnost za pojav podhranjenosti. Ob pregledu jedilnikov so ugotovile, da tedenski jedilnik presega priporočeno količino energije, minerali in vitamini pa so presegali priporočeno vrednost. Opazile so še, da ja osebe prilagodljivo in določena živila zamenja ali pa prilagodi porcije na željo stanovalcev (Urh, Babnik, Rebec in Poklar Vatovec, 2017).

Kako s hrano povezane aktivnosti doživljajo stari ljudje razkrivajo Pettigrew, Worrall, Biagioni, Talati in Jongenelis (2017). V raziskavi, ki se je osredotočala na pomen nakupovanja hrane med starejšimi in v kateri je sodelovalo 75 oseb, starejših od 60 let, so odkrili, da intervjuvanci nakupovanje sicer razumejo kot nujno, a jim ta opravke ni v užitek in je zaznati splošno apatijo do nakupovanja. Navkljub temu so nekateri v tem prepoznali priložnost za fizično aktivnost. Intervjuvanci tega sicer niso takoj prepoznali in izpostavili, vendar je bilo opaziti, da je nakupovanje hrane predstavljalo tudi priložnost za ohranjanje stikov s prijatelji in povezanosti s skupnostjo, še posebej za tiste, ki se jim je socialna mreža v starosti močno okrnila. Le nekaj oseb je omenilo izbiranje zdrave hrane, četudi se je ob opisu nakupa odkrilo, da običajno kupujejo hrano, ki je na seznamu dnevno priporočenih živil. Intervjuvanci so opisovali izogibanje nezdravi hrani in razumevanje le te kot redko razvajanje, priboljšek (Pettigrew, Worrall, Biagioni, Talati in Jongenelis, 2017). Gre za rituale, aktivnosti, izbire in možnosti, ki jih stari ljudje visoko cenijo, navkljub težavnosti,

in s starostjo izginjajo, v instituciji pa so jim odvzeti. Apatijo do nakupovanja je mogoče povezati s posledicami staranja, saj napisi cen in deklaracije na izdelkih niso ustrezno veliki, hoja po trgovinah in že prevoz do njih pa lahko predstavlja težavo.

Kako pa na ješčnost vpliva sprememba okolja? V Brisbanu, v Avstraliji, so opravili raziskavo med 25 hospitaliziranimi starimi ljudmi. Intervjuvanci so bili prepričani, da je bil zmanjšan apetit pričakovan in se bo ta spremenil, ko se vrnejo domov. Kot razlog za neješčnost so navajali sprejem v bolnišnico ali pa dejstvo, da so bolni, vpliv zdravil in okolja, ki ne spodbuja aktivnosti. Nekateri so bili prepričani, da je hrana pomembna za okrevanje, spet drugi so večji pomen pripisovali zdravljenju. Opisovali so slabo voljo, pogrešanje domače kuhinje, prijateljev in družine, kar naj bi po njihovem mnenju vplivalo na zmanjšan apetit. Okolje niso opisovali kot spodbudno, mnogo je motenj zaradi zdravstvenega osebja, čutili so priganjanje, nekatere pa je bilo strah, da ne bodo pravočasno dosegli stranišča. Hranjenje namreč vpliva na pospešitev prebave in so zaradi izogibanja nevšečnostim jedli manj. Odločanje vnaprej o tem, kaj bi želeli jesti, jim ni ustrezalo, saj so pogosto ugotovili, da takšnega obroka niso zares želeli, porcije so bile prevelike, čas hranjenja jim tudi ni ustrezal, včasih pa med ponujenimi možnostmi niso našli obroka, ki bi ga z veseljem zaužili. K večji ješčnosti so mnogim pomagale spodbude ali pomoč prijateljev in družine, medtem ko osebje ni kazalo zanimanja za količino zaužite hrane, s čimer so dobili občutek, da to ni toliko pomembno (Hope, Ferguson, Reidlinger in Agarwal, 2017).

V Angliji so v študiji literature prek različnih spletnih portalov prepoznali izpostavljenost starih ljudi malnutriciji. Mnoge bolezni in stanja je mogoče preprečiti, spremeniti, omiliti s pravo nutricijo. Največ je morda mogoče narediti na področju povečanja apetita, kar je mogoče doseči s spodbujanjem priprave obrokov in prehranjevanjem v družbi, ob prisotnosti drugih. Beljakovine so znane kot najbolj hranilno, nasitno makrohranilo, vendar je ta učinek pri starih ljudeh manjši, kot pri mlajših, kar ponuja priložnost povečanja beljakovinske prehranjenosti brez večjega vpliva na energijski vnos oziroma ješčnost (Cleeg in Williams, 2018).

Omenjeno je potrdila avstralska raziskava med 16 starimi ljudmi, v kateri so ugotovili, da beljakovinski dodatki k prehrani ne vplivajo na ješčnost in posledično na energijski vnos. Z drugimi besedami to pomeni, da stari ljudje zaradi beljakovinskih dodatkov niso čutili manj lakote in posledično niso manj pojedli. Beljakovinski napitki jih niso znatno nasitili, kar je

ugodno z vidika, da lahko na ta način prispevamo k ohranjanju mišične mase brez učinka na siceršnji energijski vnos (Giezenaar idr., 2017).

Stari ljudje z demenco pozabljajo, da so že jedli, navkljub opominjanju, ne prepoznajo občutka sitosti, ne vedo, katera hrana je njihova ali pa ne vedo, kaj je užitno. Ustaljen red in bonton se ovržeta in hrano jedo prehitro, žvečijo glasno, morda celo le žvečijo brez goltanja hrane ali pa preprosto pograbijo hrano, ki jo želijo. Človeku z demenco se lahko bistveno spremenijo želje glede hrane, nekoč zelena pa jim ni več okusna. Nekateri s pomočjo hrane izražajo čustva, izražajo željo po pozornosti tako, da jo razsujejo po tleh ali po sebi ali pa želijo biti hranjeni. Ob napredovanju demence je opaziti tudi nezmožnost najti in vzeti si hrano ob pojavu lakote, nezmožnost uporabe pribora ali nadziranja svojih rok, da bi se nahranili, pa tudi nezmožnost izražanja občutka lakote (Hsiao, Chao in Wang, 2013).

Winter Falk, Bisogni in Sobal (1996) so opravili poglobljene intervjuje s 16 ljudmi, starejšimi od 65 let, da bi ugotovili, kateri dejavniki vplivajo na odločanje starih ljudi za določeno hrano. Proces izbire oziroma odločanje za hrano so prepoznali v odnosu do treh dejavnikov:

- a) življenjsko ozadje, ki vključuje človekove vloge, kulturno, socialno in fizično okolje,
- b) vplive, ki delujejo v tem življenjskem okolju oziroma ozadju in vključujejo ideale in prepričanja glede hrane, osebne dejavnike (psihološke in fiziološke potrebe ter preference), dostopnost (otipljivi in neotipljivi dejavniki), socialni kontekst (medosebni odnosi in s hrano povezane socialne vloge), kontekst hrane (fizični in kulturni kontekst izbire hrane), ti pa skupaj tvorijo
- c) osebni sistem izbire, pri katerem človek na podlagi vrednot, ki jih upošteva in med njimi tehta odločitve, se pogaja (čutno zaznavanje, finančni premislek, zdravje, priročnost, kvaliteta ipd.), ustvari strategije, ki izbiro oziroma odločitev za določeno hrano uokvirijo v ustaljen vzorec (Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996, str. 258).

Intervjuvanci so opisovali življenjske dogodke, ki so znatno oblikovali njihovo odločanje za določeno hrano in vplivali na prehranjevalne navade. Med njimi so največkrat navajali otroštvo ali dogodke, ki so spremenili njihovo vlogo. Ovdoveli moški so kuhanje videli kot novo odgovornost, nov izziv in so v tem uživali, za ženske pa je bila priprava obrokov breme in so si želele opustiti to odgovornost (Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996). Razumevanje

vpliva preteklosti in njeno upoštevanje je pomembno predvsem pri oblikovanju jedilnikov v domu starejših.

Ideale o obroku so oblikovali že v otroštvu, ti pa so vključevali mišljenje, denimo, da pravi obrok sestavlja jed s krompirjem in mesom, vidik, da je hrana dragocena, zato se je ne meče stran in se vedno poje vse postreženo na krožniku. Doma pripravljen obrok je ideal, še posebno obrok, ki ga je pripravljala mati. Vpliv socialnega konteksta je viden predvsem v tem, da so v družbi pojedli tudi hrano, ki je sicer ne bi, medtem pa je večina srečanj povezanih s hrano. Osební dejavniki, ki so vplivali na izbiro hrane, so psihološkega in fizičnega ozadja, pri slednjih pa je šlo najpogosteje za težave, povezane s starostjo, saj so zaradi slabše prebave opuščali določeno hrano, zaradi fizičnih omejitev opuščali kuhanje, zaradi težav z zobmi pa opuščali hrano, ki je težko žvečljiva. Med dejavnike, ki delujejo v življenjskem okolju, sodijo tudi dejavniki dostopnosti, predvsem finančna dostopnost na podlagi prihodkov in tudi sposobnost konzerviranja živil, med katerimi je prevladovalo zamrzovanje živil. Kontekst hrane oziroma fizično okolje ni bilo izpostavljeno kot posebej vplivno (Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996). Omenjen vpliv preteklosti in oblikovana jasna ideja o idealnem obroku sta nujna za razumevanje pri pripravi obrokov v domu starejših, znova se potrjuje vpliv prisotnosti drugih na ješčnost, obenem pa je izpostavljeno nujno prilagajanje konsistence hrane.

Pri osebni sistemu izbire hrane gre za tehtanje dejavnikov in odločanje na njihovi podlagi, pri tem pa je bilo najbolj izpostavljeno čutno zaznavanje, predvsem okus hrane, na drugem mestu pa je bil videz. Intervjuvancem so bili pomembni tudi finančni vidik, zahtevnost priprave, želje drugih prisotnih v gospodinjstvu in pogajanje z njimi ter prilagajanje željam drugega. Dobro fizično počutje je prav tako pomemben dejavnik vpliva na izbiro hrane, pa vendar ni bilo toliko prisotnega ozira na zdravo hrano in polnovrednost obrokov, temveč vpliv na telo, denimo prebavo. Intervjuvanci so namreč opisovali izogibanje hrani, v kateri so nekoč uživali, zdaj pa povzroča težave in bolečine. Opisani dejavniki sestavljajo strategije v osebni sistemu, katerih naloga je poenostaviti odločanje za določeno hrano in vključuje izločanje ter izogibanje določenim živilom, omejevanje vnosa živil, zamenjavo določene hrane z drugo in ustvarjanje rutine, denimo, z istim obrokom vsak dan, prehranjevanje v restavraciji in podobno (Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996). Omenjeni dejavniki so v instituciji v veliki meri onemogočeni, saj star človek ne sodeluje pri pripravi obrokov, ne presoja finančnih vidikov, saj je hrana všteta v ceno oskrbnega dne, in podobno. Starim

ljudem v domu starejših bolj ali manj ostane le odločanje o tem, ali bodo nekaj pojedli ali ne.

Skoraj vsi intervjuvanci so na prehranjevanje gledali kot na dogodek, namenjen tudi druženju, šele na drugem mestu je bila hrana. Želja po druženju je torej tista, ki je bolj pomembna od postrežene hrane in večina je pojedla, kar je prejela (Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996).

Podobno sta Edfors in Westergren (2012) z raziskavo med 12 osebami, starimi med 82 in 94 let, ugotovila, da so se vrednote in norme v povezavi s kulturo hrane, tradicijo, ter prehrambene navade izoblikovale že zelo zgodaj in se skozi življenje niso bistveno spremenile. Intervjuvanci so poročali o razlikah med vsakdanjo hrano in hrano ob posebnih priložnostih, kuhalo se je doma, sestavine so bile lokalne in odvisne od letnega časa, torej sezone. Nekateri so opisovali, da se ob jedi počutijo osamljene, spet drugim je to celo bolj ustrezalo. Na splošno so intervjuvanci imeli dober apetit. Zmanjšan apetit, preskakovanje obrokov in posledična izguba teže so bili povezani s splošnim neugodjem, boleznijo, žalovanjem ali pa zgolj s hrano, ki ni bila privlačnega videza ali dobrega okusa, je bila težko žvečljiva ali prebavljiva ali pa je vsebovala sestavine, ki starim ljudem niso všeč oziroma jih ne prenašajo dobro, kot denimo pekoča hrana. Tri četrtine intervjuvancev je prejemale prevoz hrane na dom, nezadovoljni pa so bili tedaj, ko hrana ni izgledalaokusna, je vsebovala nepoznane začimbe ali pa je bil obrok preveč moderen zanje, saj denimo pice niso bili navajeni. Želeli so si tradicionalne hrane, pripravljene na tradicionalen način, z začimbami, kot so sol, poper, lovor ali navadni koper. Kot težave pri hranjenju so najbolj izpostavili slabo dentalno stanje, zlomljene zobe ali slabo protezo ter prisotnost drugih simptomov, kot so glivično vnetje v ustni votlini in slabost zaradi težav s požiralnikom ali želodcem. V preteklosti uveljavljene navade in negativni življenjski dogodki so imeli vpliv na hrano in obroke v sedanjosti (Edfors in Westergren, 2012). To je ena izmed redkih potrditev o nespreminjanju odnosa do hrane v procesu staranja, ki jih najdemo v literaturi. Dognanje lahko prenesemo na stare ljudi, ki ohranijo odnos do hrane vse do vstopa v institucijo, dalje pa dognanje nanje ne moremo prenesti, saj so v instituciji soočeni z drugačno hrano, pripravljeno na drugačen način, z urnikom prehranjevanja, ki ga morda prej niso navajeni in podobno. Najmanj pa se lahko zavedamo stiske, ki jih spremembe morda povzročajo.

Simmons, Cleeton in Porchak (2009) so opazili, da večina študij pri ugotavljanju zadovoljstva stanovalcev s hrano oziroma postrežbo v domu starejših izključuje osebe s kognitivnim upadom. Opravili so intervjuje s 163 oskrbovanci in ugotovili, da je večina, natančneje 88 odstotkov, stanovalcev zmožnih zanesljivo podati odgovore o zadovoljstvu s hrano in postrežbo hrane, ne glede na njihov kognitivni status. Več kot polovica stanovalcev je izrazila vsaj eno pritožbo nad hrano ali njeno postrežbo, osebe s pritožbami pa so imele več znakov depresije, manjši kognitivni upad in so pojedle manj hrane, kot tisti stanovalci, ki pritožb niso podajali. Navkljub več omejitvam raziskave, ki onemogočajo posploševanje, nam raziskava daje nekaj uporabnih uvidov. Kakovost hrane je pomembna vsem stanovalcem, bolj ključna tistim, ki imajo manj kognitivnih težav. Hkrati pa se moramo zavedati, da je razlog za te rezultate morda le v njihovi večji zmožnosti ubesediti želje in pritožbe. Opazovanje ljudi s kognitivnim upadom, ki onemogoča komunikacijo, je denimo način, kako raziskati njihov odnos do hrane in postrežbe. Pomembno je zavedanje, da kognitivni upad ni enako razsežen pri vsakomur in je izključevanje iz raziskav nepotrebno, hkrati pa raziskavo osiromaši bogastva ugotovitev.

Večja izguba telesne teže, denimo pet kilogramov in več, lahko napove potrebo po institucionalizaciji, saj navadno vključuje krhkost, izgubo energije in upad mišične mase (Payette, Coulombe, Boutier in Gray-Donald, 2000). Slednje logično povežemo s splošno oslabeleostjo in večjimi možnostmi za padce, na kar se kot dogovor ponudi institucija.

Na ješčnost starih ljudi vplivajo enaki socialni, psihološki in okoljski dejavniki, kot na mlajše osebe. To pomeni, da lahko navkljub poplavi študij o fizioloških spremembah, ki imajo negativen učinek tudi na ješčnost, uporabimo vpliv drugih dejavnikov, da popravimo ali omilimo negativne fiziološke vplive oziroma dejavnike. Stari ljudje imajo šibkejši odnos med občuteno lakoto in količino zaužite hrane, kakor mlajši ljudje, manj poročajo o lakoti in po hranjenju ne čutijo velike sitosti. Vse to lahko pomeni, da imajo stari ljudje nekoliko otopele senzorje za lakoto. Ješčnost je ob prisotnosti drugih večja in četudi prisotnost drugih manj vpliva na stare ljudi, kot na mlajše, je to priložnost za povečanje ješčnosti starih ljudi (De Castro, 2002). Marken (2004) izpostavljenost tveganjem za pojav nedohranjenosti, kot rezultat omenjenih dejavnikov, prepozna tudi pri starih ljudeh v instituciji. S pozitivitvijo vzdušja v jedilnici je mogoče doseči pozitivno izkušnjo hranjenja, kar vodi v večjo ješčost oziroma povečan vnos hrane, ugotavlja avtor.

1.6. Telo kot mesto moči

Medicinski pogled je staro telo potisnilo v patologijo in nanj pripelo le vidike bolezni ter upada, fiziološke spremembe in organske funkcije pa so v središču fokusa. Takšen pogled loči biološko telo od kulture in ustvari mejo, telesu odvzame kontekstualno perspektivo, telo posplošuje na vse ljudi, v vseh socialnih kontekstih, in zanika intimno povezavo med kulturo in biologijo, medtem ko gre za neprestano dinamično interakcijo telesa z več ravni bivanja (Kontos, 1998).

Tangenberga in Kempa (2002) navajata, da navkljub intimni povezavi s telesom v mnogih in raznolikih situacijah, ki jih doživljajo uporabniki, in navkljub temu, da je telo bistveni del socialnega dela, zelo malo pozornosti namenimo telesu. Slednje se odraža pri našem delu, ki je večinoma usmerjeno v površinske lastnosti in urejanje stanj telesa ali posledic. Premalo je posvečanja telesu, ki presega fizična stanja, socialnim konstrukcijam telesa ter odnosu med umom in telesom. Manjka že razumevanje telesa kot fizičnega in sociokulturnega, da torej ne zajema le osebne, telesne izkušnje, ampak tudi kulturno in socialno konstruirane izkušnje ter je odraz večjih družbenih dogovorov. Pomanjkanje teorije o telesu v socialnem delu je zagotovo večplastno. Nekaterim se morda zdi odvečno, saj so telo in njegove potrebe nenehno v središču dela. Socialni delavci se pogosto srečujejo s stiskami, ki vključujejo telo brez nadzora ali pa mu je ta odvzet, denimo odvisnosti, zanemarjanje, zlorabe ali nasilje. Sklepa se, da bi razumski del moral delovati kot nadzorni center, pomagajoči poklici pa naj bi pri tem pomagali ponovno pridobiti izgubljeni nadzor s podporo in pomočjo, učenjem in treningom. Socialno delo se je nekoliko ločilo od telesa morda prav zaradi izogibanja medicinskemu modelu dela (Tangenberga in Kempa, 2002).

Prakse oziroma ravnanja skrbi in kontrole so z namenom varovanja posameznikov in v družbeno dobrobit. Socialno delo je v svojem delu pogosto vpeto v državne institucije, ki so odgovorne za določanje socialnih standardov za mnoge socialne težave (Tangenberga in Kempa, 2002), kar onemogoča individualni pristop k zadovoljevanju potreb.

Vsakodnevno življenje je prostor, v katerem so ljudje najbližje določanju svoje resničnosti, telesno znanje oziroma védenje pa je bistven del tega procesa. Vprašanje je, kako ceniti, potrditi in dostopati do izživetih izkušenj telesa (Tangenberga in Kempa, 2002).

Telo je posredno in neposredno primarni fokus mehanizmov moči, dominacij in zatiranja. Prepoznavanje marginalizacije in privilegiranja usmerjajo pozornost na telo. Telo je bistveno

povezano z mehanizmi dominacije in kontrole, prav tako je središčno v procesu odpora in upora. Socialno delo potrebuje razumevanje telesa tudi kot objekt in mesto moči ter kraj samoodločanja, truda in odpora. Pozornost je pomembno namenjati samoodločanju, saj spreminjanje socialnih pogojev in institucij temelji tudi na osebni motivaciji in skupni akciji. Pozorni moramo biti torej tudi na dialektično naravo odnosa med močjo in telesom. Slednje pomeni, da četudi se deluje na telesa, se nanje vpenja in so nadzirana, imajo ljudje veliko samoodločanja in izbire v teh zbirkah moči ter odnosov (Tangenberg in Kemp, 2002, str. 14).

Peile (1998) opaza, da se socialno delo ne posveča dovolj telesnemu in čustvenemu védenju, znanju, temveč le bolj racionalnemu in konceptualnemu, ki ga povezujemo z idejami in razmišljanjem. Na tem mestu se osredotočam na telesno védenje, ki je znanje, vpeto v telo, ne le v um in misli, temveč mišice in kosti ter ne vključuje zavednega, razumskega procesa. Telesno védenje in spomin telesa avtor ponazori z vožnjo kolesa, saj se je ne moremo naučiti prek branja priročnika. Zavedna uporaba vsega znanja in premiki mišic pa so preveč za zavedno in razumsko obdelavo takšne količine podatkov. Telesni spomin je morda najbolj očiten pri vedenjih, ki jih nadaljujemo tudi, ko so nevarna ali pa nam ne služijo. Primer tega je prav motnja hranjenja.

Za razumevanje doseganja sprememb moramo razumeti vpliv telesnega in čustvenega védenja v procesu nadvlade in upora, saj se sprememba ne zgodi preprosto z zavednim ravnanjem. Zatirani, ki v tem procesu čuti upor, lahko to uporabi kot nov vpogled, priložnost za učenje novega vedenja, vendar je učinek na ravnanje lahko zelo majhen prav zaradi telesnega in čustvenega védenja, ki še naprej vlada ravnanju (Piele, 1998, str. 53).

Um in misli usmerjajo vedenje, tako se telo nauči določenega ravnanja, torej um oblikuje telo, hkrati pa se telo uči povsem brez zavednih procesov pomnjenja. Nekatere potrebe in ravnanja so vpeta v naše telo že od spočetja in usmerjajo naša ravnanja, način razmišljanja, torej tudi telo oblikuje um ter misli. Telo, čustva in um so lahko neločljivo povezani, neločljivi, a neodvisni, lahko pa so si celo v nasprotju predvsem zaradi načina pomnjenja naučenega (Peile, 1998, str. 47). Telo in okolje, v katerega sodijo tudi telesa drugih ljudi, sta v nenehnem sooblikovanju. Tudi med njima gre za kompleksno razmerje, sta v osnovi neločljiva, a sta si lahko tudi v nasprotju. Zato spremembe enega morda ne vplivajo na drugega ali pa sprememba ni takojšnja (Peile, 1998, str. 49). Socialni ali materialni kontekst prav tako vsebujeta védenje oziroma spomin preteklosti, ki traja dalj časa in tako oblikuje

tudi druga telesa na podoben način. Način postavitve razreda ali predavalnice prek prostorskih domen postavi predavatelja in slušatelje v razmerja, ki napovedujejo določena pričakovanja in ravnanja (Piele, 1998). Omenjenega učinka se moramo zavedati tudi v domovih za starejše, saj je prej bolj uveljavljen medicinski način dela ustvaril kontekst, v njem pa meje odnosa in razmerja med stanovalci in zaposleni. Vpliv konteksta na pričakovano vedenje pa lahko ostaja navkljub socialnemu modelu skrbi.

Na Švedskem so Kling, Wängqvist in Frisén (2018) opravile raziskavo med 121 ženskami in moškimi s povprečno starostjo 33 let, v kateri so med drugimi raziskovali tudi povezavo med telesom in identiteto. Tretjina intervjuvancev je potrjevala tezo, da se ljudje identificiramo s telesom, petina, da sta telo in identiteta neločljiva, spet petina intervjuvancev pa, da s spremembami telesa ali na telesu spremenimo identiteto oziroma postanemo drugi človek. Kar tretjina je omenjala hvaležnost telesu, vrednotenje telesa in priznavanje v dobrem, da premore opravljati aktivnosti, ki jih definirajo in jim nadenjajo identiteto. Nekaj jih je omenilo zmanjšanje telesnih sposobnosti in zmožnosti ter s tem izgubo dela identitete. Več jih je telesni videz navajalo kot sredstvo za izraz identitete v socialnih interakcijah. Telo so opisovali kot zunanji izraz sebstva, tega, kdo so v odnosu do drugih in jim je videz telesa zato pomemben. Hkrati so nekateri omenjali, da so socialne interakcije, v katerih ima videz telesa vlogo, oblikovale njihovo identiteto. Večjih razlik med odgovori žensk in moških ni bilo, razen pri identificiranju s telesom, ki so ga večkrat omenjale ženske (Kling, Wängqvist in Frisén, 2018). Če zanemarimo dejstvo, da v študiji niso sodelovali stari ljudje, sklepamo, da sta identiteta in telo tesno povezana. Starost, ki prinaša ne le spremembe videza, temveč vpliva tudi na zmanjšano zmogljivost telesa, lahko torej posredno vpliva na doživljanje sebstva, lastne identitete. Spremembe telesa in posledično tudi identitete niso logično negativne, težava pa lahko nastane tedaj, ko posamezniki zaradi izgube sposobnosti telesa ne morejo sodelovati v aktivnostih, ki so hranile njihovo identiteto. Posledično doživljajo izgubo svoje identitete oziroma njenega dela.

1.7. Staranje in staro telo

Staranje telesa vpliva na človekovo vedenje in počutje, saj prinaša neposredne ovire, denimo upad zmogljivosti, ali pa posredne, denimo spremembe v videzu, ki mu človek pripisuje pomembnost, s tem pa zaradi psihološkega vpliva prav tako deluje na vedenje in počutje starega človeka. Staranje prinaša mnoge spremembe, od sprememb kože, las in lasišča,

kostne sestave, do obrabe sklepov, oslabiljenosti kit in mišic, pešanja notranjih organov ter drugih vsem znanih spremljevalcev staranja. V starosti se množijo tudi spremembe videza (Pečjak, 1998). Težave s srcem in ožiljem, dihalni, iztočili, prebavili, žlezami in spremembe možgansko živčnega sistema, med katerimi so najpogostejše spremembe v zaznavanju, ne le motnje vida in sluha, temveč tudi občutek za ravnotežje in kognitivni upad, so pogosto realnost starih ljudi (Hojnik-Zupanc, 1997). Stari ljudje so obenem podvrženi različnim boleznim, kronična obolenja so pogosta, neredko pa je prisotnih več bolezni hkrati (Russi Zagožen, 2001).

Na drugi strani pa nas Accetto (1968) opominja, da starosti ne smemo enačiti z boleznijo, saj proces staranja poteka že od rojstva dalje in je starost pri tem naraven pojav. Na tem mestu dodajam, da moj namen ni predstaviti staro telo kot krhko, ubogo, a moram za razumevanje težavnega prepoznavanja motenj hranjenja pri starih ljudeh izpostaviti tudi nekaj posledic staranja. Opisovanje vseh razsežnosti staranja in navajanje podrobnosti o učinku staranja na telo za to magistrsko delo ni relevantno, zato obravnavam le osnovne značilnosti in teme, ki so tesno povezane z vsemi drugimi v pričujočem delu.

Preden zaidem v bolj težavne teme, želim predstaviti zgodbo posebnega odnosa dveh žensk, ki z osebno zgodbo približa temo starega telesa. Mercado Thornton (2015) se je preselila v južno-vzhodni del Ohia in da bi se bolje vključila v okolje, se je odločila za prostovoljno delo. Tako je spoznala Joano, 82 let staro žensko, s katero sta razvili prav poseben odnos. Njenega vedenja včasih ni zmogla razumeti in ni vedela, ali gre za fazo ob koncu življenja ali pa se vse starejše ženske vedejo na ta način oziroma, za kaj gre. Opazila je, da ima tudi sama predsodke in stare ljudi razume kot manj sposobne. Nikakor ni znala vstopiti v realnost Joane, ki živi že več kot osem desetletij. S svojo zgodbo je želela podeliti svojo izkušnjo, kako je spremenila razumevanje starega telesa in ravnanje z njim, ter ponuditi priložnost uvida prek stereotipov. Ugotavlja, da starim ljudem največ pomeni obraz na telesu z ušesi, ki resnično prisluhnejo, in ustnicami, ki spregovorijo ter prinesejo občutek sreče. Ne gre za prav posebno osebo, temveč vsaj za nekoga, ki prepozna njihov obstoj, ga prizna in skuša spoštovati njihov obstoj, človečnost in utelešenje. Pri sebi je prepoznala, da ko pomisli na Joano, na dan privrejo stereotipi, zato je njun odnos tolmačila kot Joanino odvisnost od nje, Joanino korist od odnosa. Zavedala se je, da nikoli ne bo razumela, kaj vse se dogaja v starem telesu, saj nima te izkušnje, ne obuva si njenih čevljev in četudi bi jih, bi svet okrog sebe interpretirala drugače. Tako se zares nikoli ne more poistovetiti z njo, v tem pa niti empatija nikoli ni ključ do pravega razumevanja. Avtorica razmišlja o telesu, njegovih močeh in

vlogah, perspektivi telesa kot proizvajalca, katerega produkt telesu daje vrednost, a ugotavlja, da je staro telo, četudi je takšno za vse nas neizogibno, če le ga imamo srečo dočakati, pozabljeno, opuščeno, odrinjeno iz družbe. Spoznava, da ko telo ni več percipirano kot proizvajalec in ustvarjalec kapitala, to postane pogrešljivo in je za družbo že mrtvo ter le čaka na izginotje (Mercado Thornton, 2015).

Staranje povzroča fiziološke in morfološke spremembe v celicah ter dalje tkivih in organih. Največje spremembe pri sestavi, torej kompoziciji telesa, pa so povečanje maščobne mase in zmanjšanje puste telesne mase, največkrat prav zaradi zmanjšane mišične in kostne mase (Martín, de Mateo Silleras in Del Rio, 2018).

Lee idr. (2010) prepoznavajo, da stari ljudje ob spremembi telesne teže težje ohranjajo pusto telesno maso, torej vso preostalo, če odvezamemo maščobo, kakor pa telesno maščobo. S spremljanjem večjega števila starih ljudi, upoštevanjem ciklične izgube in pridobitve telesne teže ter opravljanjem meritev telesne teže in telesne maščobe so ugotovili, da v obdobju izgube telesne teže stari ljudje izgubijo več puste telesne mase. Slednje pa v naslednjem obdobju pridobivanja telesne teže ne pridobijo ponovno v celoti. Moški in ženske niso več pridobili takšne telesne teže, kot so jo imeli na začetku merjenja. Tisti stari ljudje, ki so nagnjeni k izgubi teže ali pa jo težje ponovno pridobivajo, so izpostavljeni večjim tveganjem za prekomerno izgubo puste telesne mase. Navkljub ugotovitvam je optimističen tudi rezultat, da je vendarle mogoče pridobiti zadovoljivo in precej podobno pusto telesno maso izvorni, pred ciklično izgubo in pridobitvijo.

Nekateri menijo, da je bolje imeti kakšen kilogram več kot premalo, kar morda le ni iz trte izvito. Z raziskavo so Veterano idr. (2018) želeli raziskati nekatere zdravstvene determinante in njihov vpliv na zdravje oziroma preživetje starih ljudi. Z raziskavo, v katero je bilo vključenih 57 domov za stare ljudi, iz sedmih držav članic Evropske unije in države nečlanice, so zajeli 3036 stanovalcev domov za stare ljudi. Skoraj polovica sodelujočih (41 odstotkov) je imela prekomerno težo ali pa je bila predebela. V tednu pred intervjujem jih je bilo podobno število (42 odstotkov) fizično aktivnih manj kot eno uro. Tisti, ki so imeli preveliko telesno težo ali pa so bili debeli, so bili manj izpostavljeni tveganjem za umrljivost. Stanovalci, ki so bili do ponovnega, kontrolnega merjenja že pokojni, so običajno imeli manjšo telesno težo, bili so manj fizično in socialno aktivni, pogosto niso bili cepljeni proti gripi in so imeli več obiskov družinskih članov. Fizična in socialna aktivnost je napovedovala manjšo stopnjo umrljivosti, presenetljivo pa je, da so pogostejši obiski

družinskih članov povezani z višjo stopnjo umrljivosti. Stanovalci s preveliko telesno težo so imeli za 20 odstotkov nižjo stopnjo umrljivosti, debeli pa za 30 odstotkov v primerjavi s sodelujočimi z normalno telesno težo. Slednje je vodilo v sklep, da višji indeks telesne mase pomeni boljši prehranski status oseb, možne vplive na srčno-žilne bolezni pa je v eno letni raziskavi težko zajeti.

Na tem mestu je smotrno dodati, da presenečenje o socialnih stikih in njihovo povezavo z umrljivostjo nekoliko omilijo Hodge, English, Giles in Flicker (2013), ki so raziskovali, kaj napoveduje uspešno staranje. V raziskavo so vključili podatke 5512 oseb, starejših od 70 let, rojenih v Avstraliji, Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske ter na Novi Zelandiji. Z uspešnim staranjem so bili povezani indeks telesne mase v zdravih mejah, nekadilstvo, fizična aktivnost, odsotnost artritisa, hipertenzije, astme in žolčnih kamnov, medtem ko niso našli dokaza o tem, da je socialna povezanost oziroma socialni kapital povezan z uspešnim staranjem (Hodge, English, Giles in Flicker, 2013).

Krpič (2011) piše o teoretski podhranjenosti področja sociologije telesa. Staremu telesu so se začele posvečati feministične sociologinje, ugotavlja, kar je razlog, da se večina teorije usmerja v žensko telo. Bolj vplivni sociologi telesa so moški, katerih staranje telesa ni problematično. Ker se ni dojemalo kot takšno, se ga tudi ni obravnavalo, razumeti pa je treba, da tudi sociologi niso odporni na vplive staromrznštva, starostne diskriminacije (Krpič, 2011, str. 110). Stare ljudi vidimo kot šibke, slabotne, krhke in aseksualne (Krpič, 2011).

Zaradi večanja populacije starih ljudi in družbenih pritiskov, ki lahko neugodno vplivajo na človeka in njegovo samovrednotenje ter raziskav, ki pričajo o vplivu telesne aktivnosti na izkustvo starega telesa, so Bennett, Hurd Clarke, Kowalski in Crocker (2017) v Kanadi opravili raziskavo med 21 ženskami, starimi med 65 in 94 let. Vse sodelujoče v raziskavi so izražale pomen priznanja in sprejetja omejitev lastnega telesa zaradi zdravstvenih sprememb in sprememb videza, a se z omejitvami niso preveč identificirale ter so navkljub vsemu izražale vrednotenje telesa, hvaležnost telesu in njegovim zmožnostim. Več kot dve tretjini žensk je navkljub hvaležnosti telesu priznalo, da videz in zmožnosti lastnega telesa tudi kritizirajo. Skoraj večina žensk je za namen soočanja s hvaležnostjo in sočasno samo-kritiko telesa usmerila pozornost od videza k ohranjanju dobrega zdravja in fizične kondicije. S starajočim se telesom so se spopadale na način premišljene izbire oblačil, z ličili in barvanjem las, s fizično aktivnostjo in dietami ter z uporabo krem, ki upočasnjujejo znake staranja. Primerjanje z drugimi ženskami je oblikovalo njihov pogled nase, izkušnjo svojega

telesa in vplivalo na soočanje s starajočim se telesom. Vse udeleženske raziskave so svoj videz, vzdržljivost telesa ter splošno in duševno zdravje primerjale z drugimi ženskami, da bi ocenile svoje stanje. Največkrat so ugotovile, da je njihovo telo enako ali pa celo boljše od drugih in so bile zato ponosne na svoje telo. Intervjuvanke, ki so imele manjše zdravstvene težave, so izražale sočutje do tistih, ki imajo večje težave, krepile so svojo mladostnejšo identiteto in se distancirale od svojih težav. Tiste z večjimi zdravstvenimi težavami so prav tako izražale sočutje do drugih z zdravstvenimi težavami in poudarjale pomen pozitivnega odziva na težave. Nekaj manj kot polovica intervjuvank je ob primerjanju z drugimi občasno čutila slabšo zmogljivost telesa. Skoraj vse so izražale težave pri sočutju do sebe, svojega telesa, nekaj pa jih je menilo, da je namesto sočutja bolj primerno sprejetje svojega starajočega se telesa in sprijaznjenje z njim. Več kot polovica žensk je opisovala fluidnost oziroma spremenljivost sočutja do svojega telesa skozi čas in v povezavi s situacijo. Sočutje do starajočega se telesa so opisovale kot težavno in preveč idealistično zaradi fizičnih sprememb, ki jih prinaša staranje, in niso v skladu z ideali lepote. Raziskava je osvetlila, da je zaradi primerjave z drugimi samovrednotenje morda odvisno od percepcije svojega telesa v odnosu z drugimi.

Whitaker (2010) je opazila, da staro telo ostaja predmet redkih raziskav, posebno pozornost pa je treba nameniti subjektivnim izkušnjam najstarejših v pozni starosti oziroma ob zadnjih stadijih življenja, ob zaključevanju le tega. Telo je osrednja entiteta, prek katerega stanovalci v domu starejših živijo vsakodnevno življenje, prek nege, bolečine, zmanjšane kognitivne in fizične zmogljivosti. Kot takšno tvori eksistencialno jedro njihovega obstoja. V Stocholmu je Whitaker (2010) opravila raziskavo, v kateri je sedem mesecev opazovala v raziskavi sodelujoče stare ljudi in vključila neformalne pogovore s stanovalci doma starejših ter njihovimi sorodniki. Razgrnilo se je pet tem o načinu govora stanovalcev o svojih telesih: nezmožno telo, telesne potrebe oziroma telesna odvisnost, telesne spremembe in odtujenost, neizogibna smrt telesa in telesne zgodbe.

Kot so ugotavljali že Bennett, Hurd Clarke, Kowalski in Crocker (2017) je Whitaker (2010, str. 100) opazila, da so stanovalci svoja telesa doživljali kot zelo predrugačena in v procesu nenehnega spreminjanja, včasih kot nenavadna in njim neznana. Opisovali so skrb za telo in videz telesa, kot boj proti prevladujoči sliki krhkega in umirajočega telesa v instituciji, boj proti procesu staranja, hkrati pa so na ta način ohranjali dostojanstvo, osebno identiteto in samospoštovanje. Opisovali so sprejetje in vdanost v pešanje telesa, a se navkljub temu niso vdali ter se z različnimi aktivnostmi in obredi ohranjali v dobrem počutju. Ženske so bile

nekoliko bolj zaskrbljene glede svojega telesnega videza, moške pa je bolj bremenilo opešanje telesnih zmogljivosti. Sodelujoči v raziskavi so poudarili, da telo samo ne predstavlja njihove identitete, jaza in osebnosti, temveč imajo telo in so telo. Nekateri stanovalci so o staranju in procesu umiranja govorili, kot da se ne želijo poistovetiti s telesom (Whitaker, 2010, str. 100).

Govor o smrti in umiranju je pogosta tema in pogosto povezana s telesnimi izkušnjami. Stanovalci se soočajo s koncem življenja. Omenjali so, da postajajo postopoma šibkejši, izgubljajo okus za hrano, čutijo veliko utrujenost in podobno. Nekateri so imeli pristno željo po smrti in so razumeli, da je čas za odhod, spet drugi pa so omenjali evtanazijo, saj gre po njihovem za telesno izkušnjo podaljšanega procesa razpadanja oziroma umiranja (Whitaker, 2010, str. 100–101).

Telo se je izkazalo kot orodje za komunikacijo. Poleg nebesedne komunikacije, ki je podpirala njihove pripovedi, je telo tisto, ki sooblikuje zgodbo, saj nosi svoje spomine. Telo je tisto, ki potrebuje komunikacijo, potrditev, toplino in seveda dotik (Whitaker, 2010).

Zakaj stari ljudje težje prosijo za pomoč ali pa ne prosijo zanjo, ko jo potrebujejo, kar dalje vpliva na njihovo blagostanje in neodvisnost? Je težava širša od le osebnih lastnosti? Ker se na stare ljudi pogosto pripenja stereotip odvisnosti od drugih, sta z raziskavo med 183 mlajšimi in starimi ljudmi Adams-Price in Morse (2009) želeli ugotoviti, kako gledamo na starega človeka, ko ta prejme pomoč in kako to vzbudi omenjeni stereotip. Starejšim prejemnikom pomoči se pripisuje večjo odvisnost in manjšo zmožnost, kot mlajšim. V primeru, da je osebi pomagal star človek, se je tej pripisovalo manjšo odvisnost in večjo zmožnost, kot če je osebi pomagal nekdo mlajši. Navkljub temu pa stari ljudje, ki so prejeli pomoč drugega starega človeka, niso bili percipirani kot bolj zmožni, kot stari ljudje, ki so jim pomagali mlajši. Na drugi strani pa se je na mlajše gledalo kot na bolj zmožne in manj odvisne od drugih, ko so jim pomagali stari ljudje, kot pa takrat, ko so pomoč prejeli od mlajših.

Starejše prejemnike pomoči se je torej videlo kot bolj odvisne in manj zmožne kot mlajše, četudi je bila prejeta pomoč enaka tako s strani mladih kot starih ljudi. Starost pomočnikov ni imela vpliva na percepcijo odvisnosti starih ljudi in se je nanje gledalo kot na enako odvisne in nezmožne, ne glede na to, ali so pomoč prejeli od starega ali mladega človeka. Na podlagi tega se sklepa, da je za ta stereotip bistvena starost prejemnika pomoči, pa tudi pomočnika. Nadalje se sklepa, da za stereotip prav tako niso toliko pomembne druge

okoliščine. Še več, mlajše se je dojemalo kot bolj obzirne, ko so pomagali starim ljudem in manj obzirne, ko so pomagali mlajšim. Videti je, kot da se pomoč starih ljudi ceni manj, prav tako pa to morda nakazuje, da se na stare ljudi gleda, kot da zajedajo vire pomoči. Tako so tisti, ki jim pomagajo, videti velikodušni in nesebični (Adams-Price in Morse, 2009).

Staranje ni vedno lepo in nekaterim lahko povzroča občutke trpljenja, zato moramo pozornost nameniti tudi tej realnosti. Tisto, kar najbolj razlikuje trenutke ugodja od trenutkov trpljenja, je njihova začasnost in občutek časa, saj so trenutki veselja bolj krhki, izmuzljivi. Želimo si, da trajajo večno, kar priča o zavedanju njihove minljivosti. Na drugi strani pa se občutke trpljenja čuti brez konca, so večni, človeka priklenejo in jih težje prenašamo prav zaradi občutka njihove večnosti (Gilleard, 2018).

Russi Zagožen (2001, str. 12–13) piše o življenjskem obračunu. V starosti namreč lahko človek zajame sliko življenja, na koncu pa oceni, ali mu je uspelo uresničiti svoj smisel. Nekateri stari ljudje doživljajo obžalovanje in občutek krivde, da življenja niso izkoristili pravilno. Smisla v starosti nekateri ne najdejo zaradi neprilagajanja življenjskim spremembam in visokega vrednotenja stvari, ki jih nimajo več ali ne zmorejo, medtem pa se premalo ozirajo na tisto, kar še imajo in bi lahko imeli.

Gilleard (2018) prepoznava pomanjkljivo namenjanje pozornosti trpljenja v starosti, odstranjen pogled na starost kot neželjeno stanje, zanikanje resničnosti in promoviranje preveč pozitivne podobe starosti, predvsem zaradi staromrzništva in pripisovanja večine težav neenakostim ter izključenosti, segregaciji. Meni, da staranje obudi teme, ki so vredne pozornosti, saj so v obdobju starosti mnogo bolj prisotne kakor v mlajših obdobjih življenja, predvsem bližanje smrti, stalna prisotnost mnogih zdravstvenih težav, nezmožnost uiti mnogim življenjskim stiskam in zmanjšanje življenjskih priložnosti. Omenjeno seveda ne velja za vse in starost za nekatere pomeni novo, boljše obdobje možnosti in priložnosti, pa vendar so ti največkrat izjeme. Gilleard (2018) opominja, da ne želi izpostavljati nasprotja uspešnemu staranju in zmanjševati uspeha tistih, ki starost doživljajo kot pozitivno, temveč želi le usmeriti pozornost na staranje kot trpljenje, ki je realnost nekaterih starih ljudi. Trpljenje se ne zmanjšuje z zatiskanjem oči in ignoriranjem, še več, to ga celo pogloblja. Vede, ki preučujejo staranje in starost, morajo pogledati preko refleksnega upiranja govoru o starosti in staranju kot slabih, kajti obstoječa realnost ostaja nepriznana in spregledana.

Staro telo lahko torej napoveduje kopico težav in potreb, ki jim domača oskrba ne more zadostiti, kar vodi v institucionalizacijo. Na tem mestu je tako pozornost nujno nameniti staremu telesu v instituciji.

Wiersma in Dupuis (2010) sta najprej opravili intervjuje med zaposlenimi v instituciji in na ta način dobili vpogled v organizacijski kontekst institucije, zatem pa več mesecev zapored intervjuvali stanovalce, da bi odkrili proces institucionaliziranja telesa v dom starejših. Socializacija v institucijo za stare ljudi se odvija na dveh ravneh: (inter)personalni in institucionalni. Procesi na institucionalni ravni so vključevali nameščanje telesa, definiranje telesa, osredotočenost na telo, skrb za telo in procese v povezavi s telesom. Procesi na (inter)personalni ravni so vključevali ponotranjanje telesa, prilagajanje telesa, sprejemanje in upor telesa ter poustvarjanje telesa. Vsi ti procesi skupaj so tvorili institucionalno telo. Institucionalno telo je bilo primarna identiteta v interakciji z osebjem in drugim v instituciji, vendar to seveda ni sestavljeno iz popolnega jaza, saj je bilo ustvarjeno v interakciji z drugimi v instituciji ter ni vsebovalo stanovalčeve percepcije jaza. Stanovalci so postali znani prek njihovih teles, s telesi, brez konteksta ali identitete in so bili na mnoge načine prisiljeni sprejeti to identiteto telesa. Institucionalno telo je umeščeno v strukturo in organiziranost, delovanje institucije in zaposlenih.

Wiersma (2007) (inter)personalne procese socializiranja telesa v institucijo opredeljuje kot procese stanovalčevega ponotranjanja tega dogajanja, pri čemer v enem procesu stanovalci ponotranjijo občutek, da so breme in številka, pri drugem pa gre za prilagajanje procesom socializiranja telesa. V procesih sprejemanja ali upora telesa gre za težave pri sprejemanju ali pa upiranju procesu postajanja telo ter njegove omejitve, in institucionalnemu življenju. Zadnji (inter)personalni proces pa vključuje način nadenjanja druge identitete in ponovne pridobitve svojega telesa.

Pri nameščanju telesa gre za izkušnjo nameščenosti: lokacijske, fizične in socialne. Stanovalci so se morali prilagoditi fizičnemu okolju in konceptualizirati nove pomene tega okolja. Intervjuvanci so opisovali, da prve dni niso dobro spali, bili so živčni, morali so se seznaniti z novim fizičnim okoljem, z zvoki v instituciji, se privaditi na sostanovalca in podobno. Ta proces je osvetlil pojmovanje institucije kot prostor, ki ni dom. Soba je prostor, ki je čutiti nekoliko bolj domač, v njem imajo osebne stvari, sprejemajo prijatelje in opravljajo vse aktivnosti, ki jih želijo početi na samem. Hkrati pa trčijo ob lastništvo zaposlenih, ki v domu opravljajo nego, svoje delo, kjer veljajo rutine in pravila, kjer se

izvajajo institucionalni procesi, ki ustvarijo institucionalno telo. Zasebnost je pogosto odvezeta in pri njej ne gre le za svojo sobo in kontrolo nad njo, temveč gre tudi za nadzor nad telesom in dostop do njega. Ker ima osebje dostop do telesa kadarkoli in kjerkoli to zahtevajo, morajo stanovalci redefinirati koncept zasebnosti, da ohranijo občutek, da jo imajo (Wiersma in Dupuis, 2010). Slednje ugotavlja tudi Mali (2006), še posebno pa je zasebnost odvezeta najranljivejšim uporabnikom.

Definiranje telesa se kot naslednji proces zgodi po namestitvi, saj mora osebje opraviti številne naloge, meritve, ocene tveganja in podobno. Gre za ocenjevanje in dokumentiranje, prek katerega se osvetli pomanjkljivosti telesa, njegove težave, torej je v fokusu telo in ne oseba, kar se stanovalcem da vedeti takoj ob sprejemu, ti pa to interpretirajo kot proces sprejema. Ko je telo enkrat definirano, to ostane glavni fokus. Gre za ohranjanje telesa. Stanovalci ob vprašanju počutja običajno odgovarjajo o tem, kako se počutijo telesno, kaj jih boli in kaj ne, torej razumejo, da se sprašuje le po telesu. Vprašanje razumejo kot bi nas zanimalo, kako gre na tisti dan njihovem telesu. Stanovalci govorijo o starajočem se telesu in posledicah staranja na telo ter o nepredvidljivem telesu, ki je zaradi starosti in bolezni en dan dobro, drugi dan ne, glede na nepredvidljivo telo pa se organizira dan, aktivnosti. Tretji proces je skrb za telo. To vključuje več tehnik, s katerimi osebje daje stanovalcu vedeti, kje je telesu mesto. To se v glavnem ustvarja z rutinami, čakanjem in ocenami tveganja ter skrbjo zanje. Z rutinami se skrbi za telo, se ga nadzira in vsakodnevno življenje je organizirano rutinsko v povezavi s skrbjo za telo. Sčasoma se stanovalci privadijo rutin in niso več moteče. Del življenja v instituciji postaneš tako, da postaneš del rutin. Upoštevanje rutine je včasih bolj pomembno kot stanovalčeve želje in prošnje. Čakanje je povsem običajno, zaradi usklajevanja vseh potreb in želj tolikšnega števila stanovalcev pa so to, četudi s težavo, morali sprejeti tudi zaposleni. S pretirano skrbjo za tveganja se stanovalce lahko preveč omejuje pri samostojnosti in pogosto ni usmerjeno na individualno, temveč kolektivno telo. Primer tega je izbruh bolezni v domu, denimo viroze, zaradi česar se omejijo obiski in aktivnosti v domu, s čimer se stanovalcem pove, kaj smejo in kaj ni dovoljeno z njihovimi telesi. Tako se jim daje vedeti, da so stari, krhki in se jih mora varovati, s tem pa se jim odvzame pravica do tveganja (Wiersma in Dupuis, 2010).

Zadnji so procesi v povezavi s telesom, ki vključujejo odnose in kontekste ter vpliv institucije in telesa na strukturiranje ter definiranje meje odnosa. Pri sprejemu zakoncev, denimo, ni mogoče v sobi združiti dveh oseb z različnima stopnjama oskrbe. Meje odnosov so določene s pravili, z institucijo in osebjem. Nekatere odnose zaposleni spodbujajo, druge

pa onemogočajo. Razmerje postane v domeni javnega in ne več zasebnega. Jasne so tudi meje med osebjem in stanovalci, kjer navkljub prijaznosti vedno obstaja napetost med ljubečim odnosom in nalogami, ki jih morajo opraviti. Osebje ima le toliko časa, da opravi svoje naloge, s tem pa so sprijaznjeni vsi. Osebje ne skrbi za čustveno plat človeka, temveč za telo (Wiersma in Dupuis, 2010).

1.8. Samopodoba

Utemeljiti samopodobo je vse prej kot lahko delo, ugotavlja Kobal (2001), a kljub temu dobro povzame, da gre pri samopodobi za organizirano celoto človekovih vsebin, od lastnosti, sposobnosti, stališč, do občutij in drugih vsebin, ki jih posameznik pripisuje sebi, z njimi usmerja in uravnava svoje ravnanje, vsebin, ki so povezane z vrednostnim sistemom človeka in njegovega okolja ter vsebin, ki so pod vplivom obrambnih mehanizmov, ki prepuščajo le tisto, kar je dopustno in sprejemljivo za človekov jaz (Kobal, 2001, str. 25).

Pa vendar se sprašujem, koliko je zares vredno konceptualiziranje samopodobe brez prispevka ljudi in njihove definicije, njihovega razumevanja samopodobe. Bailey, Gammage in van Ingen (2017) je zanimalo laično razumevanje pojma telesne samopodobe, zato so v Kanadi opravile raziskavo med 19 osebami, ki obiskujejo telovadni center. Skoraj dve tretjini sodelujočih je telesno samopodobo povezovalo s telesno težo in videzom telesa. Opisovali so jo kot negativno, v povezavi s težavami, obenem pa so lažje opisovali negativno telesno samopodobo kot pozitivno in jo razumeli kot domeno žensk. Nekateri so pozitivno telesno samopodobo razumeli kot popolno nasprotje negativne telesne samopodobe, pri čemer ima lahko oseba le eno ali drugo, spet drugi pa so jo opisovali kot med seboj različni, ločeni, a oseba lahko doživlja oba pola. Koncept telesne samopodobe so nekateri razumeli v povezavi s počutjem v telesu, drugi z videzom telesa, spet tretji pa kot kompleksen koncept, povezan z več dejavniki. Telesno samopodobo so razumeli tudi kot način, kako vidimo sebe in kako na nas gledajo drugi, kot splošno družbeno podobo, jo enačili s samozavestjo, nekateri pa so jasno izrazili nepoznavanje koncepta. Ta študija osvetli neskladno razumevanje konceptov raziskovalcev, strokovnjakov in laične publike, ki zaradi tega razloga težje ponotranji in uporabi izsledke ali pa ob promoviranju pozitivne telesne samopodobe oblikuje drugačne ideje o namenu njene promocije.

Kuhar (2003) je s kvalitativno in kvantitativno raziskavo med dijakinjami, starimi med 17 in 22 let, želela raziskati socio-kulturne in medosebne dejavnike, ki vplivajo na telesno

samopodobo in nadzorovanje teže. Na ideale, občutke in misli v povezavi z lastnim telesom močno vpliva moda, saj jih je skoraj polovica izpostavila njen močan vpliv na predstave o telesu. Skoraj tretjina pa je poudarila vpliv revij in enak odstotek deklet je vpliv pripisalo televiziji. Ne gre le za medijske podobe, temveč se ideal približuje s fizično prezentacijo ideala z izložbenimi lutkami in celo težje dostopnimi večjimi konfekcijskimi številkami oblačil. Skoraj polovica jih je kot pomemben dejavnik izpostavila nasprotni spol, ki mu želijo ugajati, za tretjino pa so pomemben dejavnik vpliva tudi prijateljice. Vendar pa pri zadnjih dveh vplivih ne gre nujno za pritisk, saj se med njimi počutijo dobro in so lahko pomemben vir dobrodošlih povratnih informacij o videzu in telesu. Vpliv družine je bil v tej raziskavi manj izpostavljen.

Med 158 ženskami, starimi med 18 in 75, sta Tiggemann in McCourt (2013) opravili raziskavo z željo ugotoviti, kako starost vpliva na telesno samopodobo in hvaležnost telesu, njegovo vrednotenje in priznavanje v dobrem skozi celotno življenje. Raziskati sta želeli tudi vpliv starosti na razmerje med pozitivno telesno samopodobo in zadovoljstvom s telesom. Z naraščanjem starosti je naraščala tudi hvaležnost telesu in v najstarejši starostni skupini je bila zabeležena največja raven hvaležnosti telesu, na drugi strani pa ni bilo opaziti pomembnejše povezave med starostjo in nezadovoljstvom ali zadovoljstvom s telesom. Hvaležnost telesu oziroma njegovo vrednotenje je razmeroma močan napovedovalec (ne)zadovoljstva s telesom v obdobju celega življenja. Intenzivnost povezave med hvaležnostjo telesu in telesnim (ne)zadovoljstvom se je z naraščanjem starosti zmanjšala, kar pomeni, da ženske lahko izmenično občutijo neko stopnjo nezadovoljstva s telesom, a so mu hkrati tudi hvaležne. To hkrati osvetljuje, da ne gre enačiti zadovoljstva s telesom in hvaležnosti telesu (Tiggemann in McCourt, 2013).

Gange idr. (2012) opažajo, da ženske, starejše od 50 let, poročajo o vplivu telesne teže in oblike na telesno samopodobo.

Ob pregledu literature sta Allen in Walter (2016) na podlagi 26 člankov ugotovila, da lahko osebnost pomembno negativno vpliva na telesno samopodobo. Z negativno samopodobo sta bili povezani visoka stopnja nevroticizma in nizka stopnja ekstravertnosti. Odprtost in sprejemljivost, kot faktorja osebnosti oziroma dimenzije osebnosti, se nista izkazala kot povezana s telesno samopodobo, medtem ko je dimenzija vestnosti v nekaterih študijah veljala za pozitiven, v drugih pa za negativen vpliv na telesno samopodobo.

Kako pa stari ljudje doživljajo prihodnost, jim je ta pomembna, se z njo ne obremenjujejo in sprejemajo vse, kar jim pride naproti? Smith in Freund (2002) je zanimalo, ali ljudje v starosti res nimajo več motivov, usmerjenih v prihodnost, nimajo želene podobe sebe v prihodnosti ali pa strahove, kako bo v prihodnosti, zato sta izvedli longitudinalno raziskavo med 206 osebami, starimi 70 let in več. Ko na tem mestu govorimo o podobi sebe, ne gre za dimenzijo videza, temveč za življenjsko situacijo in v tem osebne značilnosti, zdravje, aktivnosti, razmerja, življenjske dogodke, kognicijo in kakšno si zamislijo, da bo v prihodnosti videti. Raziskava je pokazala, da imajo ljudje tudi v starosti upe in želje za prihodnost in kako naj bo ta videti, seveda pa tudi strahove. Nekatere želene ali strah vzbujajoče podobe so stabilne in zasidrane skozi čas, medtem ko se druge spreminjajo, dodajajo nove. Želene podobe v prihodnosti niso vključevale le ohranjanje trenutne situacije ali izogibanje določenim, temveč so prevladovalle želje po nečem novem ali pa po ponovnem izkustvu že pretekle izkušnje. V starosti so možne želene in neželene podobe dinamični del koncepta sebe.

Vsi sodelujoči so izrazili vsaj eno možno podobo sebe v prihodnosti, le 9 jih ni imelo posebne želene podobe sebe v prihodnosti, le 5 pa jih ni imelo strahov glede tega, kako bo videti njihova prihodnost. Ob kasnejšem preverjanju so bili rezultati podobni. Številni sodelujoči so najprej dejali, da nimajo posebnih upanj pri svoji starosti, kasneje pa se je izkazalo, da imajo vsaj dve željeni podobi sebe, dve želji oziroma upanje za prihodnost. Manjši del jih je dejalo, da nima strahov glede prihodnosti, kasneje pa so v povprečju poročali o vsaj enem. Ob drugemu preverjanju, nekaj let kasneje, je 72 odstotkov sodelujočih dodalo nove upe in želje, 53 pa nove strahove (Smith in Freund, 2002).

V raziskavi med 183 odraslimi, starimi med 18 in 92 let, sta Kotter-Grühn in Hess (2012) udeležence raziskave z različnimi nalogami izpostavili stereotipom, da bi ugotovili, kako starostni stereotipi vplivajo na samozaznavanje starosti. Z naraščanjem starosti so udeleženci izražali željo, da želijo biti bistveno mlajši, se celo počutili precej mlajše ali pa zase dejali, da so videti mlajši. Osebe srednjih let, v raziskavi navedene kot stare med 36 in 60 let, ter stari ljudje, navedeni kot starejši od 61 let, so v povprečju želeli biti mlajši za 31 do 34 odstotkov svoje kronološke starosti. Starejši udeleženci so želeli biti v povprečju 25 let mlajši od svoje kronološke starosti. Zadovoljstvo s staranjem ni bilo povezano s starostjo. Stari ljudje niso izražali želje po tem, da bi bili bistveno mlajši, mladi, temveč so si želeli biti srednjih let. Na splošno so bile vse starostne skupine razmeroma zadovoljne s procesom staranja in tudi stari ljudje so imeli pozitiven odnos do svojega staranja, svoje starosti, kar

priča o stabilnosti zadovoljstva s procesom staranja in sposobnosti starih ljudi, da se prilagodijo morebitnim negativnim starostnim spremembam. Ugotovili sta, da z izpostavljanjem pozitivnim stereotipom oziroma usmerjanjem pozornosti v pozitivne plati staranja ne vzpodbudijo bolj pozitivnega zaznavanja lastnega staranja. Še več, stari ljudje so se ob tem počutili celo starejše. Sklepa se, da podoba veselega in zdravega starega človeka s pozitivnim opisom njihove starosti vpliva na primerjavo z lastnim doživljanjem starosti in se zato čutijo starejše. Osebe srednjih let in stari ljudje morda spoznavajo, da je sprejemljivo biti star toliko, kot so, kar se odraža v majhnem razhajanju med dejansko starostjo in starostjo, ki jo čutijo. Stari ljudje dobrega zdravja, ki so bili izpostavljeni negativnim starostnim stereotipom, so se počutili starejše in so želeli biti mlajši kot pred izpostavljenostjo. Glavni izsledek je, da izpostavljenost negativnim stereotipom v obliki negativnih podob starosti verjetno vplivajo negativno na zaznavanje lastne starosti in lastnega staranja.

S pregledom raziskav in literature je Tiggemann (2004) želela predstaviti raziskave na temo telesne samopodobe pri odraslih. Staranje je zaradi sprememb na telesu sočasno vplivalo na spremembe telesne samopodobe. Pomen teže, oblike telesa in videza z leti upada, ugotavlja avtorica. Nezadovoljstvo s telesom ostaja razmeroma stabilno skozi celotno življenje, torej ženske, ki so že od nekdaj nezadovoljne s telesom, s starostjo ne doživljajo večjih sprememb z nezadovoljstvom, saj je zanje postajalo manj pomembno. Slednje ne pomeni, da celotna telesna samopodoba ostaja enaka skozi celo življenje, saj je to le eden izmed njenih vidikov. Ženske in morda tudi moški v procesu staranja vse manj pozornosti namenjajo videzu. Slednji ni več njihov osrednji del kot oseb, kar olajša sprejetje vseh s starostjo povezanih sprememb. Ob vse večjem odstopanju od ideala so ženske očitno sposobne zavarovati svojo samozavest in koncept jaza. Moških v tem delu ne omenjamo zato, ker so iz takšnih raziskav pogosto izključeni. Večina raziskav se pri raziskovanju telesne samopodobe usmerja le na videz telesa, ugotavlja Tiggemann (2004), še posebej na telesno težo in obliko. Raven nezadovoljstva na omenjenih ravneh telesne samopodobe pa ostaja razmeroma stabilna skozi celo življenje, kar daje lažen občutek, da je stabilna tudi celotna telesna samopodoba.

Z več sto intervjuvanci so Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn in Smith (2008) v šestih letih na določen časovni interval opravile štiri merjenja, intervjuje, vsi sodelujoči pa so bili stari preko 70 let. Intervjuvanci so se večinoma počutili mlajše od njihove kronološke starosti in so bili zadovoljni s svojim staranjem. V večini so se počutili mlajše za trinajst let, ta občutek pa je skozi čas ostajal, kar priča o odpornosti in vitalnosti starejšega jaza. Hkrati

se je čez čas zmanjšala razlika med dejansko starostjo in starostjo, ki jo pripisujejo svojemu telesu ob pogledu v ogledalo, zmanjšalo pa se je tudi zadovoljstvo s staranjem.

Ryvicker (2009) je želela primerjati dva modela skrbi za človeka in njun vpliv na ohranjanje jaza, odraslo identiteto in samostojnost odločanja. Pretekle raziskave so se nagibale k ugotovitvi, da domovi starejših, ki so usmerjeni k uporabniku in dajejo večji občutek domačnosti pri negi in oskrbi, dajejo tudi več možnosti za ohranjanje identitete, medtem ko bolj institucionalen, medicinski pristop uporablja metode dela, ki človeka razosebljajo. V medicinsko usmerjeni instituciji so na eni strani spodbujali ohranjanje jaza s spodbujanjem udeleževanja interesnih dejavnosti, ubesedenjem biografij, povezovanjem stanovalcev v skupnost in povezovanjem z lokalno skupnostjo. Navkljub temu je veljala stroga meja med zaposlenimi in stanovalci, malo je bilo medosebne komunikacije, delo pa strogo ločeno in se denimo negovalno osebje ni ukvarjalo s psihosocialnimi potrebami stanovalcev. Na drugi strani je v manj formalni atmosferi, v človeka osredotočen pristop vodil v pootročenje, infantilizacijo stanovalcev, tako v komunikaciji kot v aktivnostih, ki niso bile primerne njihovi starosti. Drug pol ravnanja je vključeval ravnanje z biografijo človeka, njegovim zanimanjem, njegovimi željami in v primerjavi z medicinsko usmerjeno institucijo, ki se je posvečala vključenosti v skupnost, so se v tej bolj posvečali ohranjanju osebne življenjske zgodovine. Obe instituciji, vsaka s svojim načinom dela, sta ustvarjali močno mejo med osebjem in stanovalci ter slednje obravnavali kot druge, kot nepolnopravne člane družbe. Četudi v človeka osredotočena in individualizirana nega ter oskrba zvenita idealna, se tudi v tem pristopu pojavlja nevarnost ogrožanja stanovalčeve odrasle identitete, hkrati pa se medicinsko usmerjena institucija ni izkazala za tako togo, kot pogosto opisana in je omogočala dostop do aktivnosti za ohranjanje skupnostne identitete.

Človekov jaz je oblikovan prek socialnih interakcij. Oseba v instituciji nenehno ustvarja povezave med osebnim jazom in institucionalno identiteto, ki je lokalno umeščena predloga, slika, podoba, ki služi kot vir za konstruiranje lastne identitete. Stanovalci so ujeti med identiteto samostojne odrasle osebe in na drugi strani bolne ter odvisne osebe, s tem pa v neprestanem procesu oblikovanja identitete s pogajanjem med več prisotnimi v instituciji. Lastno identiteto stanovalci oblikujejo z vključevanjem svojih biografij v sprejete pomene odvisnosti in neodvisnosti, ki sta v različnih okoljih različna in predmet različnih vidikov ter interpretacij. Invazivnost fizične nege je lahko ogrožajoča, saj popredmetenje človeka omeji na telo, ki potrebuje čiščenje, oblačenje, vzdrževanje, ohranjanje in določeno ravnanje (Ryvicker, 2009, str. 13).

1.9. Institucija, institucionalno življenje in njune razsežnosti

Zelo pomembna vloga domov za stare ljudi je nemalokrat spregledana, prav tako je spregledan prispevek domov pri razvoju oskrbe starih ljudi. Oskrbe ne moremo preprosto deliti na institucionalno kot slabo in skupnostno kot dobro. Institucionalizacija je odgovor na težave, stiske in potrebe ljudi ter njihovih oskrbovalcev, institucija pa je del skupnosti, brez nje ne obstaja. S socialnim modelom skrbi za stare ljudi pa se institucija vse bolj odpira v skupnost. Ni pravično zanemariti tudi prilagajanja domov, oblikovanja fleksibilnih oskrb, denimo gospodinjskih skupnosti, skrbi za zagotavljanje celostne oskrbe, prevzemanje in vzpostavljanje storitev za stare ljudi v skupnosti ter s tem približevanje institucionalne in skupnostne skrbi za stare ljudi. Vedno lahko ostane odprto vprašanje, katera skrb se približuje kateri, katere značilnosti bolj prevladujejo in katere so boljše za uporabnike (Filipovič Hrast idr., 2014). Omenjeno moramo pri prebiranju naslednjega besedila ohraniti v mislih.

Človek vstopi v institucijo s svojimi navadami in svojim pojmovanjem sebe, vendar pa spremenjeno okolje onemogoča igranje običajnih vlog, saj mora prilagoditi svoje navade, s tem pa se spreminja njegovo ali njeno videnje sebe. Osebe institucije lahko deluje invazivno na človeka in prekorači njegove meje. Zaradi pravil, urnikov in sankcij, ki sledijo neupoštevanju pravilom, so ljudje potisnjeni v sledenje pravilom, kar usklajuje celotno skupino ljudi, da bi bilo z njo mogoče ravnati na čim hitrejši, čim bolj učinkovit in na najlažji način. Ta organizacijska značilnost zabriše edinstvenost, enkratnost in neponovljivost človeka. Ljudi v instituciji ne združujejo interesi ali zanimanje, temveč neugodne okoliščine. V instituciji preživijo (skoraj) ves svoj čas in tako zajema celotno življenjsko dogajanje na vseh področjih življenja. Prav vse se odvija na istem kraju, ob prisotnosti istih ljudi, po pravilih, urniku in cilju institucije (Flaker, 1998).

Pogosto so razlog za sprejem v dom starejših neustrezne socialne razmere, hkrati pa enako pogosto slišimo zgodbe o starih ljudeh, ki so opustili skrb zase. Drugačen vidik na fenomen ponuja naslednja raziskava. Band-Winterstein, Doron in Naim (2012) so želeli bolje razumeti fenomen opustitve skrbi zase oziroma zanemarjanja samega sebe in raziskati sive lise v fenomenu, njegov kontekst in naravo ter raziskati, kako stari ljudje doživljajo njihovo realnost. Opazili so, da redko katera raziskava na fenomen gleda s perspektive starega človeka, ki to doživlja. V raziskavi je sodelovalo 16 oseb, starih od 62 do 90 let, ki jih je socialna služba v izraelski skupnosti prepoznala kot opuščene skrbi zase. Vsem je bilo

skupno, da so v življenju doživeli veliko trpljenja in izgub ter bili prisiljeni zapustiti dom. Opisovali so izkušnjo migracije, izgubo doma in imetja, nezadostne življenjske pogoje, zgodnji odhod od doma, izgubo družinskega člana, pomanjkanje starševske figure, različne oblike nasilja in zgodovino začasnih del, v katerih so bili izkoriščeni. Običajno je dolg seznam travmatičnih dogodkov skozi celo življenje dosegel skrajnost v nekem dogodku in povzročil začetek opuščanja skrbi zase. Zapuščenost je tako prevzela njihov vsakdan, da je niso več opazili in je postala zanje povsem običajna.

Intervjuvanci so živeli v pomanjkanju sredstev, nehygieničnemu okolju, ki je pogosto vključeval prisotnost živali in na kupe odvečnih predmetov, slaba osebna higiena pa se je izražala v telesnem vonju, umazanih oblačilih in odklanjanju zdravstvene pomoči. Doživljali so neskladje pogleda družbe na njihov način življenja s percepcijo sebe. Da bi ohranjali takšen način življenja in omilili reakcijo drugih, so izumljali izgovore, ki skušajo premostiti prepad razlik med njihovo izkušnjo in izkušnjo drugih. Situacija, v kateri so, je intervjuvance vodila v izpostavljenost ali upiranju pomoči socialne države in socialnih storitev. V pomoči potrebno situacijo jih je vodilo staranje, to pa v prisiljeno interakcijo s socialnimi storitvami ali družinskimi člani. Pomoč, ki jo prejmejo, ne upošteva njihovega načina življenja, ga ne razume in ne upošteva njihovega doživljanja. Stari ljudje, ki opuščajo skrb zase, sebe percipirajo prek opuščene skrbi zase, prek zunanje lupine, v intervjujih pa so si pripisovali pozitivne lastnosti, vrline in prednosti, sposobnosti v nasprotju z realnostjo in omenjali tudi željo po drugačnem življenju. Videti je, da opuščanje skrbi zase ni nujno povezano s starostjo, temveč s človekovim življenjem, izkušnjami, travmatičnimi dogodki, občutkom izoliranosti in načinom preživetja. Prehod v drugačen, alternativen način življenja, ki ga drugi dojemamo kot opuščanje skrbi zase, je način soočanja, prilagoditve, ki ni nastal šele v sami starosti. Težava je, da se s starostjo človeka družba začne vmešavati v njihovo življenje in njihove izbire zaradi težave pri soočanju s starostjo. Stari ljudje so prejeli sporočili, da je njihovo telo staro in jim ne omogoča takšnega življenja še naprej ter sporočilo družbe, da so stari in ne morejo več skrbeti zase. Težava je tudi v tem, da ljudje in profesionalci skušajo popravljati in zdraviti, medtem ko ljudje te potrebe ne čutijo in le potrebujejo posluh, spoštovanje in razumevanje (Band-Winterstein, Doron in Naim, 2012). Avtorji nas opominjajo na strategije, ki jih razvije človek kot odgovor na stisko in držo, ki jo moramo ohraniti pri pridruževanju človeku v projektu reševanja stiske.

Razumevanje, da sprejem v dom starejših narekujejo raznolike potrebe in okoliščine starih ljudi, ne zahteva posebnega znanja. Pozornost pa moramo podrobneje nameniti procesom,

ki jih star človek izkuša ob odhodu v dom. Wilson (1997) ugotavlja, da začetni odzivi ob prihodu v dom starejših vključujejo fazo velike obremenjenosti, fazo prilagajanja in fazo sprejetja. V prvi fazi je novo sprejeti stanovalec osredotočen nase, izraža občutke osamljenosti, žalosti, strahu, izgube, jok je pogost odziv, ne glede na to, ali je star človek odhod v dom načrtoval ali ne. Enako pa se ne glede na omenjeno vsi težko privajajo manjšemu prostoru in pomanjkanju zasebnosti. Ljudje so bolj zadovoljni v enoposteljni sobi, v dvoposteljnih pa so težave pogoste. Stanovalci, ki so se za odhod v dom odločili sami, so to fazo izkušali manj časa, saj so že pred prihodom začeli s prilagajanjem na odhod. V drugi fazi novi stanovalec pričinja ponotranjiti odhod in se začne privajati na novo okolje. V tej fazi stanovalec vzpostavlja novo socialno mrežo, ob tem pa je nujna optimistična drža in zavedanje, da zanje obstaja prihodnost, saj omogočata lažje privajanje. Ne glede na pobudo za odhod v dom je stanovalcem težko sprejeti red in pravila, občutek izgube kontrole in neodvisnosti ter zmanjšan vpliv na odločanje oziroma sodelovanje v njem. Zadnjo fazo, fazo začetnega sprejemanja, pa so hitreje dosegli tisti, ki so načrtovali odhod v dom. V njej stanovalci pogledajo preko sebe, se zavedajo, da zmorejo premostiti ta izziv, prevzamejo nadzor, samozavest se zviša, pridobijo si nove prijatelje, sodelujejo v domskih aktivnostih, samopomilovanje pa izginja. Ta faza predstavlja težaško delo na strani stanovalca.

Odhod v dom starejših ima velik vpliv na stare ljudi in povsem spremeni njihove navade, njihovo fizično in socialno okolje, stari ljudje pa se morajo prilagoditi pravilom novega okolja. Poleg vseh drugih sprememb se morajo osebe podrediti sestavi menija, času hranjenja in prostoru, v katerem poteka, pogosto pa je določen tudi prostor ob mizi (Diver idr., 2015). Članek sicer prikazuje stanje v domovih v Franciji, vendar značilnosti prepoznavam tudi v slovenskih domovih. V raziskavi so sodelovali trije domovi starejših, v skupnem številu pa 42 stanovalcev. Ko so ponudili določeno količino hrane, so se stanovalci pritoževali, da je hrane preveč, ko pa so velikost porcije izbrali sami, so stanovalci izražali večje zadovoljstvo nad obrokom. Ko so sami izbirali velikost porcij, so izbirali znatno manjšo količino zelenjave, ob že določenih večjih porcijah pa so pojedli več zelenjave, torej večje kot so bile porcije, več so pojedli. V tej študiji spreminjanje okolja ni imelo nobenih pozitivnih učinkov na večjo ješčnost ali zadovoljstvo s hrano, nekateri pa so glasbo doživljali kot motečo za običajne pogovore ob mizi. Prav tako ni bilo vidnega učinka, ko so stanovalci sami izbrali dekoracijo mize. Dodatki jedem, ki presegajo le sol in poper, so imeli predvsem učinek na večje navdušenje nad obrokom in večjo količino konzumirane priloge, v njihovem primeru riža in ne denimo mesa ali zelenjave. Dodatki k jedem so se izkazali za ugodne iz

več razlogov, saj si stari ljudje lahko sami ojačajo okus, kolikor je to zanje in njim potrebno. Na ta način dobijo tudi izbiro in nadzor nad obrokom, ki močno vpliva na zadovoljstvo, hkrati pa so dodatki na mizi pogosto predstavljali iztočnico za pogovor o receptih, mnenjih o dodajanju enega ali drugega dodatka in podobno (Diver idr., 2015).

Da so hrana in čas obrokov stanovalcem v instituciji za stare ljudi zelo pomembni, se zavedajo tudi Bennet, Ward, Scarinci in Waite (2014), ki menijo, da le holistični in multidisciplinarni pristop k skrbi za stare ljudi lahko zagotovi, da hrana dobi svoje mesto v zavedanju pomembnosti. Tako odgovarja, ne samo zdravstvenim in nutricionističnim potrebam, temveč tudi psihosocialnim.

Na Norveškem so Bollig, Gjengedal in Rosland (2014) opravili raziskavo med 25 starimi ljudmi, ki so prihajali iz 9 različnih domov in intervjuje z 18 sorodniki iz treh različnih domov. Mnogo sodelujočih je dejalo, da nimajo pritožb in so z domom starejših zadovoljni. Odprla se je tema ohranjanja dostojanstva, sprejetja situacije in razumevanje smrti kot naravni del življenja. Intervjuvanci so opisovali težave pri navajanju na domsko okolje, a so se čez čas privadili, sorodniki pa so opisovali občutke krivde, da za svojca ne morejo več skrbeti. K splošnemu dobremu počutju sta vplivala sodelovanje pri dnevnih aktivnostih in socialni stik. Za nekatere je sodelovanje že opazovanje ljudi skozi okno. Ne gre le za okolico, temveč držo stanovalcev in njihovo ravnanje, pozitivno razmišljanje. Hrano so navajali kot zelo pomembno, čas obrokov je strukturiral dan in je lahko bil povod za izkušnjo dobrega ali slabega dne. Ohranjanje dostojanstva je bilo odvisno od tega, ali nanje gledajo kot na ljudi in ali so vključeni v socialne interakcije. Sorodnikom so največji pokazatelj dobrega počutja aktivnosti in sodelovanje. Stanovalci so dejali, da je dober odnos z negovalnim osebjem prav tako ključnega pomena za dobro počutje, enakega mnenja pa so bili tudi sorodniki. Nekateri stanovalci so avtonomijo in samoodločanje pojasnjevali v povezavi z odnosom z negovalnim osebjem. Nekateri so čutili, da imajo moč odločanja o sebi, večina pa je menila, da se lahko le malo odločajo o sebi in niso avtonomni. Motilo jih je, da niso smeli povabiti gostov, da se jim pridružijo ob obroku, ovire so doživljali pri kajenju, počutili so se nadzorovane, dnevne rutine pa so bile močno v nasprotju z njihovo željo po samoodločanju. Pomanjkanje spoštovanja je vplivalo na občutek dostojanstva, občutek spoštovanja pa je pomemben pri samoodločanju. Sorodnike so motile organizacijske zadeve in pomanjkanje sredstev, ki vplivajo na samoodločanje in so jih celo doživljali kot žaljive, kot denimo zgodnji odhod v posteljo zaradi pomanjkanja osebja v popoldanskem času. Sorodniki so se pogosto čutili dolžne, da se pritožijo, saj so se stanovalci bali posledic v

primeru, da se denimo pritožijo nad odnosom negovalnega osebja. Stanovalci so čutili, da prejemajo premalo pomoči osebja in imajo z njim le malo socialnega stika. Četudi se stanovalci običajno niso želeli pritoževati, se je v intervjujih izkazalo, da je pomanjkanje sredstev oziroma organizacija dela moteča tudi za njih, saj so opisovali, da morajo za vse zadeve čakati zelo dolgo. Mnogi so si želeli več aktivnosti, nekateri pa so si želeli več časa s fizioterapevti. Nekateri so želeli bolj zdravo hrano ali pa več možnosti obrokov. Sorodniki so pomanjkanje osebja navajali kot izvor nezadovoljstva oziroma omejevanja. Splošno se je ugotovilo, da je privajanje na domsko življenje vodilo v občutek, da je pritoževanje neprimerno (Bollig, Gjengedal in Rosland, 2014).

Za omenjeni vpliv osebja na nezadovoljstvo z življenjem v domu osebje morda ne nosi tako velikega deleža krivde. Habjanič, Saarnio, Elo, Mičetić Turk in Isola (2012) ugotavljajo, da se zaradi pomanjkanja osebja delo reorganizira vsak dan posebej, pomanjkanje pa vpliva na njihovo obremenjenost, pomanjkanje časa, včasih že za izmenjavo nekaj besed s stanovalci in delo raje opravijo v tišini, da bi se vse izšlo po tesnem urniku. Urejajo le tisto dokumentacijo, ki je najbolj nujna za primer inšpekcijskega nadzora.

Čas obrokov je ključen v domu starejših, ustvarja priložnosti za pogovore in družabništvo ter organizira dan, zato je smotno stremeti k izboljševanju izkušnje hranjenja. V študiji literature in ob pregledu 15 raziskav so Watkins idr. (2017) prišli do nekaterih pomembnih zaključkov. Času obrokov so zaposleni pripisovali velik vpliv na kakovost življenja. Več člankov je opisovalo pomanjkanje osebja in posledično časa ter težave, s katerimi se soočajo, saj mnogi potrebujejo veliko pomoči pri hranjenju. To zahteva svoj čas, nekateri stanovalci pa potrebujejo več spodbude. Osebje in stanovalce pogosto ovirajo varnostna in zdravstvena pravila doma. Četudi stanovalci sodelujejo pri odločanju glede obrokov, je nemogoče ustreči vsakemu posebej oziroma vsem in se bolj nagiba k mnenju večine. Stanovalcem je všeč, da jih zaposleni poznajo in vedo, kaj imajo radi, po drugi strani pa je prav to videti kot pokroviteljski odnos, drža védenja, ki ovira neodvisnost stanovalcev. Ustvarjanje vesele in tolerantne atmosfere je težavno, saj nekaterim niso všeč ljudje, s katerimi sedijo za mizo v času hranjenja, raje obedujejo v samoti, spet drugim je vseeno in se zlahka pogovarjajo z vsemi, četudi sedišče ni enostransko določeno s strani zaposlenih in se upošteva vedenje stanovalca in njegovo mnenje. Čas obrokov je bil priložnost za druženje, socialne interakcije, deljenje spominov in pomena hrane ter je strukturiralo celoten dan. Prehranjevanje ima velik socio-kulturen pomen, ki odgovarja na psihološke in socialne potrebe. Za nekatere je bil to opomnik na spremembe in izgubo običajnih vlog, še posebej, če so običajno skrbeli za

pripravo jedi v svojem primarnem domu. Kakovost hrane in hranljivost obrokov oziroma zdrava dieta niso vedno v skladu z željami stanovalcev, ki bi pogosto raje izbrali manj zdravo, a njim okusnejšo hrano. Pritožbe nad hrano so pogoste in običajno priključijo spomine na pripravo hrane v primarnem domu. Pogoste so težave s hrano s spremenjeno konsistenco, ki stanovalcem ni videti okusna, medtem ko zaradi težav s požiranjem ne morejo uživati trde hrane. Nekatere študije ugotavljajo pozitivne učinke okraševanja jedilnice, ustvarjanja atmosfere domačnosti.

Witaker (2010) je v sedem mesecev trajajoči raziskavi v domu starejših raziskovala vpliv institucije na telo, a obenem razgrnila nekaj značilnosti institucije. Dve pomembnejši značilnosti, vpeti v izkušnjo okolja, sta bili čakanje in vsenavzočnost smrti ter umiranja, saj so institucijo razumeli kot zadnje prebivališče v življenju, navkljub različnim poimenovanjem pa je dom za stare vsem pomenil kraj, kamor pridejo umreti stari in bolni. V časovnem in prostorskem redu doma starejših se je pojavljal vidik majhnega sveta, saj je bil njihov osebni prostor močno zmanjšan na majhen življenjski prostor, sestavljen iz postelje, posteljne omarice, okenske police z rožami in še nekaj prostora okrog teh. Nekaj stanovalcev je odhod v dom starejših doživelo kot zelo stresen dogodek, ki je zarezal v njihovo biografsko zgodbo, navkljub visoki starosti in pričakovanjem ter gledišču drugih, da je to nekaj neizogibnega. Bolezen, poškodbe, fizične in kognitivne omejitve so prevzele njihova življenja, zato so pogosto izražali jezo zaradi izgube nadzora in nezmožnosti telesa, staranje kot tako pa je vzbudilo občutke žalosti in obupa. Bolečina, šibkost, bolezen in nega so zapolnili večino njihovega dneva. Navkljub obsežne rabe protibolečinskih sredstev so stanovalci bolečino navajali kot večno spremljevalko, vseprisotni pa sta bili tudi oslabljenost in utrujenost. Stanovalci so potrebovali pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih, negi, neizogibnost potrebe pa je povezana z omejitvami in odvisnostjo, kar močno nasprotuje prej izkušeni neodvisnosti in samostojnosti. Upravljanje z dnevom in nadzor nad njim je zaradi upadlih zmogljivosti in institucionalnega reda močno zmanjšano. Omenjena odvisnost vsem ni bila težavna in je na drugi strani ustvarila občutke varnosti in udobja. V primerjavi z ranljivostjo in dejanskimi potrebami je bila odvisnost vseeno na drugem mestu, kar morda daje drug pogled na odvisnost od drugih (Whitaker, 2010, str. 99–100).

S študijem literature s končnim vzorcem 18 člankov so Lee, Yu in Kwong (2009) želele združiti in povezati ugotovitve raziskav na področju kakovosti oskrbe v institucijah za stare ljudi. Stanovalci neizogibno doživljajo upad zmogljivosti zaradi staranja, na drugi strani pa je otežkočeno tudi ohranjanje individualnosti, neodvisnosti, saj lahko institucija večinoma nudi

le rutinsko in strukturirano oskrbo, predvsem zaradi pomanjkanja zaposlenih in finančnih omejitev. Odhod v institucijo je stresna izkušnja, kot je ugotavljala že Witaker (2010), ki vpliva na fizično in psihično zdravje osebe. Ljubeč in spoštljiv odnos, usmerjen v sodelovanje in podporo, napoveduje občutek samostojnosti, neodvisnosti in individualnosti stanovalcev. Kakovost življenja v domu za stare ljudi je odvisna od številnih dejavnikov, zato je potrebno učinkovito sodelovanje negovalnega tima oziroma vseh zaposlenih v zagotavljanju celostnega pristopa. Slednji mora biti odraz individualnih potreb osebe in spodbujati samostojnost, neodvisnost in individualnost. Stopnjo samostojnosti, neodvisnosti in občutek individualnosti stari ljudje v instituciji pogosto navajajo kot glavne dejavnike, ki vplivajo na občutek kakovostnega življenja. Velik vpliv imajo še odnos med zaposlenimi in stanovalci, občutek individualnosti in zasebnosti pri negi ter v življenjskem okolju, omogočanje sodelovanja pri odločanju in odnos z družino (Lee, Yu in Kwong, 2009).

Harnett (2010) je z etnografsko raziskavo v enem izmed švedskih domov za starejše ljudi raziskoval vpliv stanovalcev na institucionalne rutine in njen red. Rezultati so pokazali tri glavna razmerja med poskusi vpliva stanovalcev in reprodukcijo institucionalnih rutin. To so prekinitve, situacije, kjer poskusi vpliva jasno trčijo v rutino institucije, motnje, kjer se poskus vpliva pozitivno ujame z eno rutino, z drugo pa se izključuje ter ujemanje, torej situacije, v katerih se poskus vpliva stanovalca ujema z rutino institucije. Harnett (2010) opozarja, naj se raziskavo bere kot skrajni primer rutinskega dela in ne posplošuje na vsako institucionalno okolje.

Pri prekinitvah skušajo stanovalci pridobiti nekaj neodvisnosti na način, da ravnaio drugače od pričakovanega zaposlenih, kljubujejo rutini, zaporedju, pravilom tega, kaj storiti zdaj ali pa, kaj sledi. Primer prekinitve rutin je denimo želja stanovalca po sprehodu tik pred kosilom, medtem ko je sprehod na drugem mestu v kulturi domske rutine, ali pa odklonitev hrane. V raziskovalnem okolju je osebje te prekinitve ignoriralo, pri odklonitvi ponudbe ali prošnje pa so zaposleni začeli s pogajanjem in prepričevanjem, da bi se ponovno vzpostavil rutinski red. V primeru odklonitve hrane je prišlo tudi do prisilnega hranjenja, kultura rutine je zaposlenim dajala prednost, nenapisana pravila pa so ta dejanja opravičevala. Na srečo je bilo takšnih prekinitev rutin in posledičnih ravnanj zaposlenih malo (Harnett, 2010).

Če stanovalci želijo ohraniti nekaj neodvisnosti in samoodločanja morajo poskuse vpliva uskladiti z več rutinami, ujeti pravi trenutek in pravega človeka, ki trenutno ne sodeluje v rutinskem delovanju. Mreža rutin je vir ravnanj in odgovor na motnje kulture rutin. Četudi

denimo stanovalci želi nekaj, kar je v skladu z eno rutino, želja morda ni skladna z drugo in se nanjo ne odgovori. V raziskavi je naveden primer jutranje nege, ki poteka po običajnem vrstnem redu in ga zmoti klic stanovalca, ki je pomočil posteljo, zaposlena pa je odgovorila, da se mu bo kasneje posvetila druga zaposlena. Na motnje zaposleni odgovarjajo z odložitvijo, preoblikovanjem prošelj, da bolje odgovarjajo siceršnjemu delu in se motnja preobrazi na način, da ta ustreza institucionalnemu redu in rutinam. Primer je želja stanovalke po sprehodu, ki pa jo zaposlena preobrazi v krajši sprehod po domu, le do vhoda, kar bo po njenem zagotovo zadostovalo, kajti želja ne ustreza urniku, po katerem običajno odidejo na sprehod. Rutine so ukoreninjene, močne, razsežne, prav tako je močna tudi zvestoba zaposlenih tem rutinam, četudi v neskladju z individualnimi željami stanovalcev (Harnett, 2010). Mali (2001) podobno prepoznava pravice stanovalcev, ki podpirajo njihovo avtonomijo, ali pa jo zavirajo, medtem ko slednje prevladujejo in utrujejo značilnosti institucije.

Ko stanovalci razumejo kulturo rutine in njen pomen za ohranjanje institucionalnega reda, se skladno z razumevanjem izboljšajo možnosti vpliva na dogajanje. Ko izrazijo želje, ki so v skladu s siceršnjo rutino, prejmejo želeni izid, hkrati pa prispevajo k ohranjanju rutine. Možna so lažja odstopanja in stanovalci lahko vplivajo na dogajanje, tudi če njihova želja ni povsem v skladu z rutino, a vse dokler te rutine ne zmoti preveč (Harnett, 2010).

Mali (2001, str. 102) ugotavlja, da navkljub socialnemu modelu, v katerem je poudarek na individualnem pristopu, timsko delo še vedno deluje bolj v smeri dobrega delovanja institucije in se premalo posveča učinkom na stanovalca.

Z antropološko raziskavo, ki je trajala eno leto, je Kontos (1998) raziskovala pomen prostora za skupino starih ljudi, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih. Prostorsko umeščanje starih ljudi pomeni prepoznavanje fizične, čustvene in izkustvene realnosti njihovega doma. Razumevanje, kako je njihov življenjski prostor konstruiran in dogovorjen, izpogajan in kako izraža pomen doma, obogati razumevanje doma tistim, ki jim je bistven za obstoj in občutek samostojnosti. Pravila in predpise krepijo zaposleni v poslopiju oskrbovanih stanovanj in jih stanovalci doživljajo ogrožajoče za njihovo identiteto, saj zanje ustvarjajo napetost med predstavo o domu in instituciji. Postopki, pravila, finančne omejitve, načrtovanje in podobno jim predstavljajo grožnjo spreminjanja doma v institucionalno okolje, zato so v nenehnem upiranju in boju proti pravilom. Slednje potrjuje kako pomemben jim je občutek domačega okolja za osebno identiteto, samopotrjevanje in pomenljiv obstoj.

Zaposlenim zamerijo izključevanje iz organiziranja aktivnosti, ki so sicer namenjene prav njim. Težavno za stanovalce je bilo tedaj, ko so zaposleni skušali uokviriti njihove težave v zgolj administrativne dileme. Dom je prostor, v katerem oseba lahko sledi svojim zanimanjem, prostor, v katerem se pričakovanja in izkustvo srečata, kjer ima oseba nadzor in je v njegovi edinstveni domeni, torej je dom ključen za osebno identiteto. Dom je socialni prostor, ki se ohranja z uporom, pogajanjem, dogovarjanjem in kolektivnim socialnim življenjem. Ni le funkcionalno in fizično okolje, temveč okolje, ki oblikuje in okrepi osebno identiteto s povečanjem občutka kompetentnosti in kontrole (Kontos, 1998). Na videz manj relevantna raziskava nas opomni na pomen prostora, ki ga pojmuje kot dom in njegov vpliv na identiteto. Zapisano zlahka prenesemo na dom starejših in pomen sobe, ki je individualno srce doma vsakega stanovalca.

In zakaj sta občutek doma in najmanj možnost urejanja sobe po svojih željah tako pomembna? Cristoforetti, Gennai in Rodeshini (2011) so intervjuvali 10 vdov, starih od 72 do 92 let, in se pri raziskovanju osredotočili na konstrukcijo prostora, saj ljudje vedno dajejo osebne pomene njihovem domu, predmetom v njem in vse skupaj se iz objektivnega prostora spremeni v subjektiven kraj, ki je prepojen s pomeni. Govorimo o prostorih v procesih, saj se kontinuirano rekonstruirajo, re-definirajo skupaj z njihovim pomenom, ki jim ga pripisujemo, in so povezani z odnosi med ljudmi v tem življenjskem prostoru. Ugotovili so, da intervjuvanke v svojem domu ustvarijo nekakšno reprezentacijo sebe v vitrini, ki je javni prostor. Predmeti v njej imajo močan simbolni pomen, predstavljajo predmete praznovanja, spoštovanja nečesa ali nekoga, družbene vloge in tako proces spominjanja ohranjajo živ na način, da predstavljajo pregled nad življenjem. Gre za utelešenje sebe v predmetih, ki so podaljški osebnosti, jo predstavljajo, ohranjajo in dopolnjujejo. Predmeti s simboličnim pomenom so nujni za ohranjanje občutka sebe, še posebej, ko je identiteta izpostavljena kriznim dogodkom, ki napovedujejo radikalne spremembe. Obenem so intervjuvanke spalnico pogosto dojemale kot zatočišče, gnezdo, najbolj oseben in zaseben prostor, kjer so se počutile varne in vse težave ter strahovi so ostali zunaj nje, če le niso imele težave z nespečnostjo. Pred spanjem so premišljevale o življenju, se spominjale drugih časov in hkrati močno občutile odsotnost partnerja. Pogosto je bila spalnica podaljšek vitrine, le da je to zasebni del in ne javni kot vitrina. Raziskava je osvetlila tudi pomen zunanjega prostora, ki so ga intervjuvanke doživljale kot del notranjega in način, kako z njim v dom vnesti zunanji svet. Skrb za rastline je nadomeščala skrb za v sedanosti odsotne ljudi, z rastlinami pa so vzpostavile posebno vez in do njih gojila posebna čustva.

Objektifikacija sprememb, ki jih doživljajo, jim pomaga pri ohranjanju psihofizične in socialne blaginje, stabilizirajo identiteto in ohranjajo občutek kontinuiranosti (Cristoforetti, Gennai in Rodeshini, 2011). Na drugi strani pa Mali (2001) ugotavlja, da opremljanje sobe stanovalcev v instituciji poteka pod skrbnim očesom zaposlenih, prilagoditve v sobi in umeščanje svojih predmetov v prostor pa poteka pod točno določenimi pravili, z jasnimi prepovedmi. Dom starejših, ki naj bi stanovalcem zagotavljal najvišjo stopnjo neodvisnega in svobodnega življenja, stanovalce zaradi rigidnih hišnih redov in pravil omejuje.

Bukovec (2015) je s stanovalci slovenskih domov opravila 10 intervjujev in z njimi skušala ugotoviti vpliv stanovalcev na kakovost storitev v domu. Kako stanovalci preživijo svoj dan je odvisno od čustvenega stanja in psihofizičnih zmožnosti. Stanovalci so imeli podobne obrede vstajanja, opravljanja osebne higiene in oblačenja, temu pa je sledil zajtrk in po njem sodelovanje pri organiziranih aktivnostih. Počutje stanovalcev je bilo odvisno od sprejetja doma starejših kot njihovega novega doma, tisti, ki so se v dom preselili po sili okoliščin, pa so se težje privadili, prilagodili, ali pa se do časa opravljanja intervjujev še niso privadili novega okolja. Domski red je tog, ustaljen in manj fleksibilno zadovoljuje potrebe posameznika, ki se v tem redu izgubi. Tudi Mali (2006) ugotavlja, da se mora stanovalec bolj prilagoditi domu starejših, kot se ta prilagodi njemu.

Samostojno odločanje se je po prihodu v dom zmanjšalo, pa vendar so stanovalci izražali možnost sodelovanja pri odločanju. Bolj bolni in negibljivi stanovalci imajo občutek, da o sebi in svojem življenju ne odločajo in so odvisni od osebja. Stanovalci so izražali, da čutijo spoštovanje, slišnost, mnenje smejo podati, spet drugi pa imajo občutek, da se njihovih odločitev ali želja ne upošteva. Nekateri so omenjali le togost domskega reda, nekateri pa so imeli občutek, da se mu morajo v celoti podrediti. Bukovec (2015) sklepa, da je občutek vpliva povezan s psihofizično zmožnostjo stanovalcev. Nekateri so imeli občutek, da imajo zelo malo vpliva na storitve, dejavnosti in aktivnosti v domu oziroma malo vpliva na odločanje. Posebej so izpostavili, da nimajo vpliva na prehrano. Zanimivo je, da so na drugi strani izražali možnosti podajanja pripomb, mnenj in tudi njihovo upoštevanje. Stanovalci so največkrat izražali, da osebje med njimi ne dela razlik, četudi so nekateri imeli občutek, da se jih ne spoštuje dovolj. Bolj pozitivno mnenje o vplivu na storitve v domu so imeli tisti, ki so čutili spoštovanje tako sostanovalcev kot zaposlenih. Raven neodvisnosti je sorazmerna s stanovalčevim sodelovanjem pri bivanju v domu. V domu starejših je življenje podrejeno hišnim pravilom in rutini institucije, na življenje v domu pa stanovalci nimajo veliko vpliva.

Birokracija socialne delavce v domovih oropa dragocenega časa za osebne odnose s stanovalci.

Vse več domov v Združenih državah Amerike doživlja spremembo kulture skrbi za stare ljudi, medtem ko se obenem soočajo s kopico možnosti za spremembe na bolje in hkratnim pomanjkanjem raziskav, ki potrjujejo ugodnost in pozitiven prispevek katerih izmed možnih sprememb. V namen ugotoviti, kaj vpliva na zadovoljstvo stanovalcev in ponuditi konkretne usmeritve za doseganje še večjega zadovoljstva, so Burrack, Weiner, Reinhardt in Annunziato (2012) opravili raziskavo v treh domovih za starejše v New Yorku in vanjo vključili 62 stanovalcev. Rezultati so pokazali, da je dostojanstvo vpeto v dnevne interakcije med zaposlenimi in stanovalci ter je odločilno pri občutenju zadovoljstva z zaposlenimi in tudi doma za starejše kot celoto. S splošnim zadovoljstvom sta bila znatno povezana tudi zadovoljstvo s hrano in zadovoljstvo z duhovnostjo, ki vključuje občutek, da je dom ugoden prostor za ljudi, da je v njem možnost duhovne rasti, duhovnega izražanja, izražanja pripadnosti kateri koli religiji in osveščenost o aktualnih duhovnih obredih. Pozitivna povezanost med splošnim zadovoljstvom z domom za starejše ter zadovoljstvom s hrano prikazujeta pomemben vpliv hrane na stanovalce in njihovo izkušnjo institucije.

Z raziskavo na Nizozemskem, v katero je bilo vključenih 686 stanovalcev v 36 domovih, sta De Veer in Kerkstra (2001) želeli odkriti, kateri dejavniki v instituciji pogojujejo občutek domačnosti in posebej občutek zasebnosti. Med domovi sta našli razliko pri osredotočenosti na stanovalca in njegove potrebe, pri metodi dela, ki obljublja večje zadovoljstvo. Omenjena osredotočenost se je izkazala za pomemben napovedovalec občutka domačnosti. V domovih za starejše je vse več oseb s kompleksnimi težavami, hkratno pomanjkanje osebja pa osebje obremeni do te mere, da imajo vse manj časa za pogovor s stanovalci, medtem ko odnos osebja vpliva na občutek domačnosti. Zanimivo je, da prilagodljivost rutinskega dela ni povezana z občutkom ugodja, saj nekatere rutine dajejo občutek časa in osmislijo dan, druge pa lahko delujejo negativno. Arhitekturne značilnosti doma se niso izkazale kot povezane z občutkom domačnosti, prav tako s tem občutkom niso bile povezane enopostelje sobe, temveč možnost biti sam, imeti prostor, kjer osebe nihče ne moti. Izkazalo se je, da je pomembno vzeti v obzir glavne težave stanovalca, saj so tisti s fizičnimi boleznimi poročali o odsotnosti občutka domačnosti, želeli so več zasebnosti, večjo fleksibilnost rutin in večjo osredotočenost na človeka ter njegove potrebe, v primerjavi z osebami s težavami v duševnem zdravju. Ugotovili so, da ima dom starejših 15-odstotni vpliv na zadovoljstvo

stanovalca. Torej ne gre le za individualne občutke, na katere dom ne bi imel vpliva, temveč je spremembe na boljše mogoče doseči z načinom organizacije dela.

Habjanič (2009) je v štirih domovih skupno opravila 48 intervjujev, prek katerih je ugotavljala zadovoljstvo starih ljudi z domovi starejših občanov ter nudeno nego in oskrbo. Hkrati je s 148 vprašalniki v štirih domovih v Mariboru in Ljubljani ugotavljala vidik zaposlenih in njihov prispevek pri zagotavljanju nege in oskrbe starejših oseb. Stanovalci so več pomena pripisovali psihosocialnim potrebam, čustvenemu odnosu, želeli več družabnih aktivnosti, da bi v njih uživali ali pa ohranjali samostojnost. Na splošno so izražali zadovoljstvo nad nudeno nego in oskrbo, čutili, da jim kaj drugega niti ne preostane, a dodali, da zaradi časovne stiske, hitenja, ki povzroča nelagodje in jemlje čas za pogovore, storitve niso popolne. Mali (2006, str. 26) navaja, da je izražanje zadovoljstva in nekritičnost do institucije morda vidik prilagoditve, izražen v skromni drži stanovalcev, ta omogoča dobro počutje in se prenaša na novo sprejete stanovalce.

Na drugi strani so sorodniki stanovalcev več pozornosti namenjali negi in oskrbi v povezavi s higieno, zdravili, kakovostno prehrano in komunikacijo. Več pozornosti so namenjali fizičnim potrebam in varnosti, nezadovoljstvo pa prav tako povezovali s fizičnim okoljem na dimenziji vidnega, denimo nezadovoljstvo z neurejenimi stanovalci, slabo očiščenim in neudobnim sobam z zastarelim in nezadostnim pohištvo. Izražali so nezadovoljstvo s hrano in hitrostjo hranjenja stanovalcev. Sorodniki so prav tako prepoznavali neustreznost ureditev, standardov in normativov v povezavi s številom zaposlenim, ki komaj shajajo s tolikšno količino dela. Zaposleni so kvaliteto dela povezovali z odgovarjanjem na fizične potrebe stanovalcev, četudi so prepoznavali nujno po odgovarjanju na psihosocialne potrebe za doseganje kvalitete nege in oskrbe, a za to preprosto ni dovolj časa zaradi nezadostnega števila zaposlenih na eni in velike količine dela na drugi strani. Želeli so nuditi celotno oskrbo in ustvariti vzdušje domačnosti, a izražali, da zadostne kvalitete ni mogoče nuditi znotraj obstoječe ureditve, s trenutnimi standardi in normativi, preobremenjenost pa jih fizično in čustveno ožema. Izražali so tudi vse več birokratskega dela, dela s papirji, ki jim jemlje dragoceni čas. Vsi intervjuvanci so posredno ali neposredno izražali nezadovoljstvo zaradi odlaganja obveznosti ali hitenja, kar je stanovalcem povzročalo nelagodje ter kršenje zasebnosti in intimnosti zaradi različnih razlogov (Habjanič, 2009).

1.10. Prispevek socialnega dela v obravnavanih temah

Socialno delo ni nikoli potrebovalo posebnega označevanja, določanja in etiketiranja uporabnikov. Ko oseb ne označujemo kot bolnikov, presežemo pasivno vlogo človeka, ki ni več le predmet obravnave, odvisni in pasivni prejemnik pomoči brez odgovornosti za svoje okoliščine, njegovega življenjskega konteksta pa ne zožimo le na eno težavo. Socialno delo ne raziskuje težav, vzrokov zanje, temveč mu zadošča le toliko informacij, da razišče vire in ovire, človekov način doživljanja sveta, njegove želje in potrebe (Kvaternik in Grebenc, 2008). Nepotrebnost sodb in diagnoz v socialnem delu zagovarja tudi Flaker (2012), obenem pa jezik socialnega dela ne obsoja, stigmatizira ali ocenjuje, temveč se človeku pridruži v njegovi realnosti (Čačinovič Vogrinčič, 2010). V tem vidim prispevek socialnega dela, ki lahko preseže diagnoze in se usmeri v reševanje stisk ljudi tukaj in zdaj, v njihovi resničnosti, brez vdora naših predpostavk o tem, kaj je mogoče in kaj ni.

Projekcije prebivalstva kažejo, da se bo prebivalstvo Slovenije še naprej staralo, kot se stara že nekaj desetletij (Šircelj, 2009). Na drugi strani pa je človekovo življenje vseskozi povezano z različnimi institucijami, še najbolj pa je zaradi izrazito institucionalne skrbi za stare ljudi pri nas vpeto v zadnje življenjsko obdobje (Mali, 2009, str. 95).

Višanje števila bolnih starih ljudi v domovih je v preteklosti krepilo medicinski koncept dela s starimi ljudmi (Mali, 2009), omenjen trend višanja stanovalcev, ki potrebujejo pomoč pri večini dnevnih aktivnosti pa opazamo znova. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2016, str. 7) je bilo v domovih za starejše leta 2008 skoraj 28 odstotkov oseb, ki imajo najzahtevnejše zdravstvene oziroma starostne težave in potrebujejo neposredno osebno pomoč, leta 2016 pa je takšnih stanovalcev blizu 45 odstotkov. V skupnem seštevku je bilo v začetku leta 2018 v javnih in zasebnih domovih s koncesijo starim ljudem namenjenih 18.491 mest (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2018). Omenjeno opozarja na nujnost ohranjanja socialnega modela skrbi in premeščanja pogleda prek le negovanega, čistega in nahranjenega telesa. Zaradi dela s telesom pa se moramo vrniti tudi v teme telesa, njegovega ravnanja, vedenja, védenja in ravnanja z njim.

Socialno delo proizvaja akcijo in premike tam, kjer so potrebne spremembe, ali pa je že začete spremembe treba podpreti (Flaker, 2012, str. 63), ob pridruženem védenju, da je vse več starih ljudi in da jih vse več potrebuje pomoč, ki jo iščejo v domovih za starejše, da ima že sam odhod v dom nekatere neželene učinke na človeka, dalje pa tudi proces prilagajanja na značilnosti novega okolja, smo postavljeni pred razsežnosti težav, ki potrebujejo premike.

Zavedamo se vpliva in učinka hrane, njenega pomena, pomena časa obrokov, obenem pa so motnje hranjenja pri starih ljudeh naša realnost, zato je pogled nujno usmeriti v institucijo in razmisliti o njenih značilnostih ter onesposobiti vsaj del njenega prispevka k tveganeemu ravnanju s hrano, ki lahko vodi v pojav motnje hranjenja.

Mali (2001, str. 105) opaza, da zaradi pravilnikov in zakonov resornega ministrstva, ki strogo narekujejo delo ter s tem birokratizacijo dela socialnih delavcev, v domovih za starejše ostaja le malo prostora za uveljavljanje strokovnih načel socialnega dela.

Pa vendar smo socialni delavci sopotniki starih ljudi vse od trenutka priprave na institucionalno življenje (Kornhauser in Mali, 2013). Torej smo tisti, ki moramo poskrbeti, da zgodba stanovalca dobi svoj glas in prostor, da zaživi. Obenem pa moramo biti v tej držbi pozorni na vse dejavnike, ki oblikujejo stanovalca in si prizadevati onemogočanje negativnih.

Motnje hranjenja pri starih ljudeh so predolgo prezrte. Socialni delavci lahko premostimo multiplo diskriminacijo (Kogovšek in Petković, 2007, str. 18), torej diskriminacijo starih ljudi, ki so diskriminirani na podlagi starosti in drugih pridruženih okoliščin. Prispevamo lahko k premagovanju tabujev v družbi in splošne neenakopravnosti v njej na način odpiranja nevidnih zgodb in tem, ki čakajo na možnost, da se ubesedijo. Nujno si moramo priznati znanje za ravnanje.

2. Problem

Tema magistrske naloge je logično nadaljevanje teme, obravnavane v diplomskem delu, v katerem sem opozoril na pojavnost motenj hranjenja pri starih ljudeh. Empirična raziskava je takrat razkrila, da sogovorniki dejavnike tveganja za pojav motnje hranjenja pripisujejo družbi, kulturi in okolju, občutkom osamljenosti, žalosti, drugim negativnim oziroma težavnim čustvom, duševnemu neugodju, stresu in stiskam, boleznim, težkim življenjskim preizkušnjam, še posebej smrti sorodnika ter želji po večji telesni moči. Nekateri so bili mnenja, da tveganje predstavljajo bolezni in priporočila oziroma prepovedi zdravnikov, ki vodijo v omejeno hranjenje, stari ljudje pa naj bi hrano tudi odklanjali zaradi doživljanja različnih stisk. Ena izmed sogovornic je menila, da stari ljudje v instituciji delno ali v deloti izgubijo vpliv na svoje življenje, kar lahko nadalje vpliva na spremenjen odnos do telesa in hrane (Penič, 2014). Ob zavedanju, da motnje hranjenja ne izbirajo le oseb z določenimi osebnimi značilnostmi ali okoliščinami, da je skrb za stare ljudi pri nas pretežno institucionalna, v domovih pa je v skupnem številu več tisoč starih ljudi, medtem ko že samo staranje in dalje tudi odhod v dom potencialno negativno vplivata na osebo, je obravnavanje teme nujno.

Namen raziskave je, poleg odstiranja tabuja, ki obkroža motnje hranjenja pri starih ljudeh, raziskati pojavnost le teh tudi v instituciji, okolju, v katerem hrana in obedovanje v veliki meri oblikujejo vsakdan stanovalcev. Namen je raziskati tudi vpliv institucije na samovrednotenje stanovalcev, njihovo samopodobo in odnos do hrane ter hranjenja.

Cilj raziskave je osvetliti možnost pojavnosti motenj hranjenja pri starih ljudeh v instituciji in z raziskovanjem doživljanja institucionalnega okolja ugotoviti njegov vpliv na pojavnost dejavnikov tveganja za nastanek motnje hranjenja, ugotovljenih v teoretičnem uvodu. Izvedeti želim, kako zaposleni v domu ali pa stari ljudje sami opažajo morebitne znake prisotnosti katere izmed motenj hranjenja oziroma ali sploh pomislijo na možnost njenega pojava tudi pri starih ljudeh. Odkriti želim, kakšen odnos imajo stanovalci do hrane in morebiti ugotoviti, kako stanovalci doživljajo spremembe v odnosu do hrane in hranjenja vse od prihoda v institucijo dalje ter kako jih zaznavajo tudi zaposleni v domu za stare ljudi. Izvedeti želim tudi to, kako stanovalci doživljajo staranje in starost, svoje telo in odkriti morebitne spremembe v odnosu do svojega telesa. Cilj je prav tako ugotoviti, kako omiliti morebitne negativne vplive institucije na stanovalčev odnos do hrane, hranjenja,

samopodobe, samovrednotenja in posledično ugotoviti, kako zmanjšati vpliv dejavnikov tveganja za pojav motnje hranjenja.

Raziskovalna vprašanja so naslednja:

1. Kako dobro zaposleni v instituciji za stare ljudi in stanovalci poznajo motnjo hranjenja in kako bi jo prepoznali?
2. Kako stanovalci doživljajo prehod v institucionalno življenje, kako ga doživljajo po namestitvi v institucijo?
3. Kaj bi stanovalcem olajšalo prehod v dom starejših ali izboljšalo življenje v njem?
4. Kakšne in katere so spremembe v odnosu do hrane in hranjenja starih ljudi po prihodu v institucijo? Kako omenjene spremembe opazajo zaposleni v instituciji za stare ljudi?
5. Kakšne in katere so spremembe v odnosu do lastnega telesa in samovrednotenja starih ljudi po prihodu v institucijo? Kako omenjene spremembe opazajo zaposleni v instituciji za stare ljudi?
6. Kako bi v instituciji za stare ljudi lahko aktivno pomagali starim ljudem z motnjo hranjenja in kdo bi bil za to primeren?
7. Kako zaposleni v instituciji za stare ljudi ravnaajo v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano?

3. Metodologija

3.1. Vrsta raziskave

Osnovno izkustveno gradivo predstavljajo besedni opisi, zbrani v raziskovalnem procesu. Gradivo je obdelano in analizirano na beseden način, s kvalitativno analizo podatkov. Gre torej za kvalitativno raziskavo (Mesec, 2007, str. 11), ki je za raziskovalno temo najprimernejša, saj gre za raziskovanje vsakdanjih težav in stisk ljudi, raznoliki podatki pa dajejo ugotovitve, ki jih skušamo umestiti v širše dogajanje (Mesec, 2007: 12–15).

Razsežnost pojava motnje hranjenja v instituciji me ne zanima v smislu številčne pojavnosti težav, temveč vpliv institucije na čustva, občutke in poglede ljudi ter morebitni vpliv na pojav motnje hranjenja. Zbiranje besednih podatkov oziroma pripovedi z neposrednim spraševanjem tako vselej ostaja najprimernejši način raziskovanja.

Zaradi načina zbiranja podatkov je raziskava empirična, saj je gradivo pridobljeno z neposrednim stikom z intervjuvanci, na način spraševanja in pripovedovanja po tematskih smernicah. Raziskava je hkrati eksplorativna, saj daje nadaljnje nastavke za poglobljeno raziskovanje, pri njej pa reprezentativni vzorec ni nujen in se lahko zadovoljimo že z manjšim (Mesec, 2009, str. 80).

3.2. Merski instrument in viri podatkov

Neposredno spraševanje je omogočilo osveščanje o obravnavani temi, dalo priložnost sprotnega preverjanja razumevanja v namen boljše obdelave podatkov in možnost postavljanja podvprašanj ter globljega raziskovanja v pripovedi omenjenih pojavov.

Merski instrument, ki sem ga uporabil zaradi najboljše ustreznosti, je polstandardiziran vprašalnik. To pomeni, da sem imel vnaprej zabeležene glavne teme in vprašanja, slednja pa po potrebi pojasnjeval in oblikoval sogovorniku prijazno. Ta merski instrument dopušča tudi najbolj raznolike pripovedi in postavljanje dodatnih vprašanj.

Teme se med seboj prepletajo, nekatere so celo neločljive in še pred pogovori sem se zavedal, da bodo odgovori na eno vprašanje hkrati posegali v drugo vprašanje ali v celo več tem. Kljub temu sem za lažji potek pogovora in nadaljnjo obdelavo podatkov skušal organizirati vprašanja v tri sklope.

V prvem me je zanimalo, kako sogovorniki razumejo motnje hranjenja, katere poznajo. V primeru nepoznavanja sem postopoma omenjal tri najpogostejše in običajno najbolj poznane oblike motnje hranjenja ter zatem znova povprašal, kaj vedo o omenjeni obliki motnje hranjenja. V primeru zaznanega vsaj delnega poznavanja motenj hranjenja sem dalje povprašal po značilnosti posamezne oblike. Zanimalo me je tudi, kako bi sogovorniki prepoznali prisotnost motnje hranjenja pri osebi in ali menijo, da je motnja hranjenja pri starem človeku mogoča.

Drugi sklop sem namenil vprašanjem o doživljanju prihoda v dom, dalje pa o razsežnosti vpliva institucionalnega okolja, o doživljanju življenja v domu starejših in načinu prilagajanja novemu okolju. Vprašanja sem namenil tudi raziskovanju okoliščin in vplivov, ki po mnenju ali opažanju sogovornikov napovedujejo večje zadovoljstvo z življenjem v domu.

Tretji in zadnji sklop sem namenil vprašanjem o tem, kaj stanovalcem pomeni hrana, kako pomembna jim je in kako razsežen je njen vpliv na doživljanje institucije. Zanimala me je njihova izkušnja staranja, doživljanje starosti in sprejemanje sprememb, ki jih staranje in starost prinašata. Izvedeti sem želel, kakšen odnos imajo stanovalci do svojega telesa in kako ocenjujejo svojo samopodobo, ne da bi podajal definicijo samopodobe. Zanimalo me je še, kako zaposleni ravnaajo ob opažanju spremenjenega vedenja v povezavi s hrano oziroma kako bi ravnali ob opažanju sprememb. Pri stanovalcih pa me je ob tem zanimalo tudi to, na koga bi se obrnili ob zaznavanju morebitno tveganega vedenja oziroma kaj bi storili.

Vprašanja so razvidna iz priloge 1.

3.3. Populacija in vzorčenje

Populacijo so sestavljali vsi negovalci, zdravstveni ter socialni delavci v domovih za stare ljudi, zaposleni v mesecu avgustu 2018. Populacijo so sestavljali tudi vsi stanovalci, starejši od 65 let, nastanjeni v domu za stare ljudi v Sloveniji v mesecu avgustu 2018, ki so bili zmožni izraziti svoje občutke, oblikovati misli, podeliti svoje izkušnje z institucijo in so bili v domu starejših nastanjeni najmanj tri mesece. Slednje je obdobje, v katerem so že dobili priložnost bolje izkusiti institucionalno okolje in njegovo organiziranost.

Domove za starejše, v katerih sem opravljal intervjuje, sem vključil po neslučajnostnem, priročnem vzorcu, saj sem najprej kontaktiral vodstvo domov, s katerim že zdaj sodelujem

profesionalno in je bila tako večja verjetnost za privolitev k sodelovanju v raziskavi. V vzorec so bili vključeni prvi trije domovi, ki so se odločili za sodelovanje in so dovolili opravljanje raziskave. Enote istega doma starejših na drugi lokaciji sem obravnaval kot ločene domove starejših, saj je bilo najbolj pomembno, da gre za ločeno stavbo in drugo lokacijo. Gre za to, da ima vsaka institucija svojo klimo, svoj način organiziranja, svoje značilnosti institucionalnega okolja, ki je neločljiv del stanovalcev in zaposlenih ter lahko znatno vpliva na perspektivo ali ravnanje intervjuvancev in njihove odgovore. V končni vzorec so bili vključeni dom starejših v gorenjski regiji in dve ločeni enoti istega doma v ljubljanski regiji. Pri omenjenih dveh enotah sem že med zaposlitvijo v obeh opazal, da je navkljub istemu vodstvu delo organizirano zelo drugače, da vodstvo nima tako znatnega vpliva in se mi zato vključitev dveh enot istega doma ni zdela problematična.

Tudi vzorec sogovornikov je bil neslučajnostni, natančneje priročen, saj sem intervjuval le zaposlene, ki so se odzvali vabilu k sodelovanju. Enako sem intervjuval le stanovalce, h katerim so me usmerili socialni delavci v institucijah za stare ljudi ter stanovalce, s katerimi sem se spoznal med zaposlitvijo v domu. V vzorec sem vključil vsaj po enega zaposlenega in dva stanovalca iz vsakega doma starejših, pri tem pa ohranil enako število enih in drugih. Tako sem opravil šest pogovorov z zaposlenimi in enako število pogovorov s stanovalci.

Tri pogovore sem opravil v domu starejših v gorenjski regiji, devet pa v dveh ločenih enotah istega doma starejših v ljubljanski regiji. Pogovor sem opravil s šestimi stanovalci in enakim številom zaposlenih, pri čemer sem intervjuval po dva stanovalca iz vsakega doma. V vzorec so bili vključeni stanovalec in pet stanovalk. Preostalih šest pogovorov sem opravil s socialnimi delavci ter vodji zdravstvene nege in oskrbe, pri tem pa je bila iz doma starejših v gorenjski regiji vključena socialna delavka, iz doma starejših v ljubljanski regiji socialni delavec, socialna delavka in vodja zdravstvene nege in oskrbe, iz druge enote slednjega doma pa socialna delavka in vodja zdravstvene nege in oskrbe.

3.4. Zbiranje podatkov

Raziskavo sem opravljal v prvi polovici meseca avgusta 2018. Zaposleni so bili o raziskovalni temi obveščeni, stanovalci pa so o njej izvedeli šele pred začetkom pogovora. Pred začetkom pogovora sem od vseh sogovornikov ponovno pridobil privolitev k sodelovanju, tako vodstvu doma kot sogovornikom pa sem zagotovil popolno anonimnost. Ker imajo nekateri domovi starejših le po enega zaposlenega na določenem delovnem mestu,

sem izključil tudi informacijo o nazivu doma in točni lokaciji, da bi tako zagotovil obljubljeno anonimnost.

Pogovore sem opravljal v domovih starejših v ljubljanski in gorenjski regiji, pri vključenemu domu starejših v ljubljanski regiji pa gre za dve ločeni enoti. Vse pogovore sem snemal, za kar sem od vseh najprej pridobil privolitev, obenem pa jih zapisoval za primer nepredvidljivih tehničnih težav, kar se je izkazalo za pametno ravnanje, saj so bili nekateri stanovalci zelo tihi, ozadje pa je bilo hrupno. Prosil sem jih, naj me opozorijo na željo, da česa ne posnamem ali ne zapišem. Pogovore sem zapisal v jeziku sogovornikov, saj po mojem mnenju izraža večjo iskrenost in neposrednost, moje poseganje v njihove besede pa bi to odvzelo. Pri tem sem opazil, da se je večina izražala precej knjižno, predvsem zaposleni, a tudi nekaj stanovalcev, ki so dodali, da razlog tiči v poklicu, ki so ga opravljali v življenju. Pogovor z zaposlenimi sem opravil v njihovih pisarnah, z večino stanovalcev pa sem se pogovarjal v njihovi sobi, le z enim stanovalcem sem pogovor opravil v oddelčni jedilnici, kjer sva bila sama. Pred pogovorom sem pri stanovalcih, ki jih prej nisem poznal, preveril, koliko časa so že v domu, da bi zagotovil ustreznost za vključitev v vzorec, pri intervjuvanih poznanih stanovalcih pa sem vedel, da v domu bivajo več kot eno leto. Vsi intervjuvani stanovalci so bili v domu starejših nastanjeni že več kot eno leto.

Opravljanje pogovorov sem uporabil kot edinstveno priložnost za osveščanje o motnjah hranjenja tudi pri starih ljudeh, pogosto že med pogovorom, največ priložnosti za to sem dobil po končanem snemanju in zapisovanju, ko je dialog že ustvaril varen in odprt prostor, ki s toplimi dlanmi sprejema nevednost, podpira radovednost in jo zadovolji z želenimi informacijami. Pogovori so trajali od pol ure do ure in pol.

3.5. Obdelava in analiza podatkov

Pridobljeno gradivo sem obdelal s kvalitativno analizo podatkov na besedni način po dalje opisanih korakih.

Intervjuje stanovalcev sem označil s črkami: UA, UB, UC, UČ, UD, UE, intervjuje z zaposlenimi pa s črkami: ZA, ZB, ZC, ZČ, ZD, ZE.

V prepisu intervjujev, ki so dodani kot priloga, se razvidno, da sem domove starejših ločil po oznakah: A, B in C. Doma starejših A in B sta ločeni enoti istega doma iz ljubljanske regije, dom starejših C pa je dom iz gorenjske regije.

Iz doma A so sogovorniki UA, UČ, ZC (socialna delavka) in ZE (vodja zdravstvene nege in oskrbe). Iz doma B so sogovorniki UB, UD, ZA (vodja zdravstvene nege in oskrbe), ZČ (socialni delavec) in ZD (socialna delavka). Iz doma C so sogovorniki UC, UE in ZC (socialna delavka). Za obdelavo podatkov ni toliko pomembno, na kakšnem delovnem mestu je kdo in iz katerega doma je sogovornik, a je ta informacija uporabna pri razlagi rezultatov.

a) Določitev enot kodiranja

Vsak pogovor tvori svojo tabelo.

Pomembne izjave sem iz gradiva prepisal v tabelo, v stolpec *enota kodiranja*. To je bila le beseda, besedna zveza, stavek ali vsebinsko povezani stavki. Enotam kodiranja sem v skrajno levem stolpiču pripisal črko U za pogovor s stanovalcem in črko Z za pogovor z zaposlenim, dodal zaporedno črko kodiranega intervjuja in zaporedno številko izjave.

Primer določanja enot kodiranja:

V pogovoru ZA sem vodjo zdravstvene nege in oskrbe prosil, naj poda svojo definicijo motnje hranjenja. Za primer navajam le del odgovora: "Motnja hranjenja je motnja na čustvenem področju. Oseba, ki ima motnjo hranjenja, ima spremenjen odnos do hrane in razvije določena vedenja pri hranjenju. Motnje hranjenja spadajo med duševno bolezen."

Tabela 1- Primer določanja enot kodiranja

Št. izjave	Enota kodiranja	Pojem	Kategorija
ZA1	Motnja hranjenja je motnja na čustvenem področju.		
ZA2	Oseba, ki ima motnjo hranjenja, ima spremenjen odnos do hrane in razvije določena vedenja pri hranjenju.		
ZA3	Motnje hranjenja spadajo med duševno bolezen.		

b) Odprto kodiranje, korak prostega pripisovanja pojmov

V tem koraku sem vsako enoto kodiranja ponovno prebral in v stolpec *pojem* zabeležil asociacijo nanjo oziroma izluščil informacijo, ki jo enota kodiranja podaja. Stolpiči *kategorija* so v tem koraku še nedotaknjeni in prazni, saj pojme še nisem dodeljeval

kategorijam in tako omogočil, da šele na podlagi pripisanih pojmov ugotovim, v katero sodijo.

Primer:

Tabela 2 - Primer odprtega kodiranja

Pt. izjave	Enota kodiranja	Pojem	Kategorija
ZA1	Motnja hranjenja je motnja na čustvenem področju.	čustvene težave	
ZA2	Oseba, ki ima motnjo hranjenja, ima spremenjen odnos do hrane in razvije določena vedenja pri hranjenju.	spremenjen odnos do hrane; spremenjeno vedenje pri hranjenju	
ZA3	Motnje hranjenja spadajo med duševno bolezen.	duševna bolezen	

c) Odprto kodiranje, korak združevanja sorodnih pojmov v kategorije

V prejšnjem koraku zabeleženim pojmom sem tokrat pripisal *kategorije* v skrajno desne stolpice. V navedenem primeru imajo vse enote kodiranja dodeljene pojme, ki sodijo v isto kategorijo, največkrat pa so sogovorniki z odgovori posegali v druge teme in s tem kategorije, s čimer si kategorije niso tako dosledno sledile. Tega dela obdelave podatkov nisem priložil zaradi preobsežnega gradiva, a ga hranim doma in je zainteresiranim na voljo.

Primer:

Tabela 3 - Primer odprtnega kodiranja

Št. izjave	Enota kodiranja	Pojem	Kategorija
ZA1	Motnja hranjenja je motnja na čustvenem področju.	čustvene težave	Definicija motnje hranjenja brez omembe katere izmed oblik.
ZA2	Oseba, ki ima motnjo hranjenja, ima spremenjen odnos do hrane in razvije določena vedenja pri hranjenju.	spremenjen odnos do hrane; spremenjeno vedenje pri hranjenju	Definicija motnje hranjenja brez omembe katere izmed oblik.
ZA3	Motnje hranjenja spadajo med duševno bolezen.	duševna bolezen	Definicija motnje hranjenja brez omembe katere izmed oblik.

č) Osnovno kodiranje

Ko sem se vsakemu intervjuju posvetil na opisan način, sem se lotil osnega kodiranja. V tem koraku sem izpisal kategorije, pod njimi pa zabeležil pojme, ki so se pojavili v izpisani kategoriji in dodal število izjave. V primeru, da se je pojavilo več istih pojmov v določeni kategoriji, sem v oklepaju dodajal ustrezne številke izjav.

Primer:

Pri vprašanju o doživljanju odhoda v dom sem stanovalce in zaposlene prosil, naj ubesedijo razloge za odhod. Nižje je del izpisanih pojmov v kategoriji *doživljanje institucije*, natančneje, podkategoriji *razlog za selitev*. Omenjeno podkategorijo sem za boljšo razvidnost in lažje podajanje rezultatov med seboj ločil z nadaljnjima podkategorijama *prostovoljna odločitev za selitev* in *po sili razmer*.

Doživljanje tranzicije

razlog za selitev:

nekateri podajo razlog selitve (ZC22)

nekateri ne izdajo razloga za selitev (ZC22)

prostovoljna odločitev za selitev:

prostovoljna odločitev za selitev (UA21)

prostovoljna odločitev (UA30, UA31)

večina se odloči sama (ZE12)

sprejemanje stanja (ZC17)

človek mora poskrbeti zase (UB11)

po sili razmer:

selitev po sili razmer (UA19, UA20, UČ8, UČ11, UČ13, UD19, ZA15, ZČ18)

večina po sili razmer (ZB12)

3.6. Definiranje kategorij

Definiranje kategorij prispeva k boljšemu tolmačenju kodiranja in podajanju rezultatov raziskave ter zaokrožijo proces kvalitativne analize podatkov. Relevantnejše kategorije sem izpisal in obrnil proces prejšnjih faz obdelave podatkov, tako sem z enotami kodiranja podal definicije izpisanih kategorij, ki so priložene v prilogi 3.

4. Rezultati

4.1. Definicija motnje hranjenja in njeno prepoznavanje

Nekaj stanovalcev domov starejših ne ve kaj natančno so motnje hranjenja in jih povezujejo s prebavnimi in želodčnimi težavami, neužitno hrano in nezmožnostjo hranjenja: *»Motnje hranjenja, hm. Tak, da ni užitno, da ne moreš jest tist kar bi lahko, zato ker ni dobr za jest in ne boš jedel. Aj prou?«* (UČ1). Ena stanovalka motnje hranjenja povezuje s psihološkimi motnjami, z delovanjem proti fiziološkim potrebam človeka. Gre za spremenjeno pojmovanje telesa in spremembe v samopodobi, saj meni: *»To je psihološka motnja, nanaša pa se na pojmovanje svojega telesa, samopodobe. Ne gre za fiziološko prepreko, pač pa za psihološko.«* (UC2).

Na drugi strani zaposleni v domu starejših motnje hranjenja tolmačijo kot duševno bolezen v povezavi s čustvenimi težavami. Gre za spremenjen odnos do hrane in hranjenja, pogosto stremenje k nizki teži, spremenjen odnos do okolice, drugačno zaznavo le te, zanimanje za druge stvari pa je v upadu, kar vpliva na slabenje socialne mreže, menijo: *»So spremenjeni v odnosih do okolice, pretirano natančni za hrano, vse se vrti samo okrog tega, ostale stvari pa so prizadete, omejene. Njihovo obnašanje jih zavira pri osebni rasti in pri socialnih stikih, prizadeta je njihova zaznava okolice.«* (ZB2).

Stanovalcem gre bolje poznavanje značilnega vedenja in ravnanja v primeru prisotnosti motnje hranjenja. Stanovalci že brez omembe anoreksije nervoze dobro poznavaajo to obliko motnje hranjenja in kot njene značilnosti omenjajo neješčnost in zavračanje hrane: *»Anoreksija je bolj huda, nagnjenost k temu, da ne jejo«* (UB2). Več zaposlenih pa izogibanju hrani in njenemu odklanjanju dodajajo tudi gnus do hrane zaradi strahu pred pridobitvijo kilogramov, stremjenja k nizki telesni teži in vitkemu telesu. *»Pri anoreksiji si osebe omejujejo hrano in stremijo k nizki telesni teži«* (ZA4), in *»Ja, osebe z anoreksijo se izogibajo hrani, nočejo jest, da se ne bi zredil«* (ZD2). Stanovalci so uspešni pri navajanju tveganega vedenja, ki morda priča o prisotnosti anoreksije nervoze, saj bi to obliko motnje hranjenja prepoznali po vitkem telesu, ki je rezultat odklanjanja hrane, četudi obenem stanovalka dodaja, da je prepoznavanje težavno: *»Suho telo, nič podkožnega maščevja. Laično se to težko vidi«* (UB6).

Enako gre tako zaposlenim kot stanovalcem dobro tudi poznavanje bulimije nervoze, saj več stanovalcev in vsi zaposleni navajajo bruhanje po jedi brez potrebe po omenjanju te oblike motnje hranjenja: »Bulimije, kjer bruhamo« (UC4) in: »Bulimija je to, da ješ, pa greš bruhat« (UA5), ena stanovalka pa celo pozna osebo s to obliko motnje hranjenja. Prisotnost bulimije nervoze pri osebi bi stanovalci prepoznali po bledici, nečimrnosti, bruhanju in prenašanju brez višanja telesne teže: »Če bi pri sostanovalcu zaznala prenašanje, potem pa bi videla, da se mu nikjer ne pozna, bi se vprašala oziroma bi mi bilo čudno« (UC12). Tudi pri tej obliki motnje hranjenja omenjajo težavnost prepoznavanja.

Zaposleni bolje poznajo značilnosti kompulzivnega prenašanja in omenjajo epizode prenašanja ter izgubo nadzora nad hranjenjem, kar posledično vodi v višjo telesno težo: »Kompulzivno prenašanje pa je nasprotje, saj se take osebe prenašajo s hrano« (ZA5) in: »Še tisti, ki se bašejo s hrano so« (ZD4). Po omembi te oblike motnje hranjenja svoje znanje razodenejo tudi stanovalci, saj omenjajo pretirano ješčnost, uporabo hrane kot blažilo: »Se zato prenašajo, da kompenzira« (UA14), ena stanovalka pa kot vpliv na njeno pojavnost dodaja dedne dejavnike in psihične težave, obenem pa tvegano vedenje opazja pri stanovalki doma v bližini njene sobe: »Ja, tudi poznam. Morda kle v domu vidim mogoče koga, tud ena tu zraven. Lahko je psihično, dedna nagnjenost, bašejo se, dobesedno bašejo se« (UB4). Ena stanovalka sicer meni, da prisotnost te oblike motnje hranjenja pri osebi ne bi opazila, nekaj pa jih meni, da bi opazili prenašanje, neprestano hranjenje, posledično debelost in pogost govor o hrani: »Pri prenašanju pa ja, tudi nagnjenost v pogovoru, govor o hrani in pa na splošno, vsak hip, vse se da v roko in v usta« (UB8).

Modernih oblik motenj hranjenja stanovalci domov starejših ne poznajo, na drugi strani pa zaposleni poznajo vsaj eno izmed bigoreksije nervoze, ortoreksije nervoze in diabolimije, ali pa so zanjo že vsaj slišali. Ortoreksijo nervozo navajajo kot obliko motnje hranjenja, ki je v porastu, osebe s to obliko motnje hranjenja pa stremijo k hranjenju z zdravo, izbrano hrano, k hranjenju, za katerega menijo, da je pravilno: »Zdi se mi, da je ortoreksija v porastu, ker jih vse več gleda na to kaj je zdravo, kaj ni, pretiravajo.« (ZČ11). Bigoreksijo nervozo pripisujejo moškim, ki imajo slabo samopodobo in na katere mediji močno vplivajo, saj stremijo k mišičastemu telesu, tudi če je za dosego tega treba uživati hormonska dopolnila: »Saj res ja. O tej bigoreksiji sem nekaj prebrala že, pa verjetno danes, ko so povsod slike teles, vsi lepi zaradi filtrov, kažejo mišice, še posebej moški, pa jih to bremeni.« (ZD6) in:

»[P]a bigoreksija, značilna za moške, ki želijo imeti popolno mišičasto telo, jemljejo testosteron, anabolike, hormonska dopolnila in imajo slabo samopodobo.« (ZE6).

4.2. Opažanje tveganega vedenja

Ena zaposlena je omenila prepoznavanje tveganega vedenja pri stanovalki doma: *»[J]e ena izmed pripravnic dejala, da v eni izmed stanovalk vidi znake motnje hranjenja, jaz pa na to nisem nikoli pomislila,« (ZC12).* Kasneje je v pogovoru pomislila še na drugo stanovalko, ki se čustveno prenajeda, zaposlena v drugem domu pa je omenila stanovalko z motnjo hranjenja, ugotovljeno že pred prihodom v dom. Zaposleni so mnenja, da je motnja hranjenja pri starih ljudeh mogoča: *»Tudi pri starem človeku je po mojem mnenju motnja hranjenja mogoča,« (ZB6),* medtem ko se ena stanovalka glede te možnosti ne more opredeliti, druga pa je celo mnenja, da je kompulzivno prenajedanje najbolj verjetna oblika motnje hranjenja, ki bi se lahko pojavila pri starih ljudeh oziroma, da se motnje hranjenja pri starih ljudeh pojavljajo v drugačni izraznosti.

Zaposleni so izražali neopažanje pojavnosti motnje hranjenja pri stanovalcih in posebej poudarili težavnost njenega prepoznavanja: *»Ni razloga, da to ne bi bilo mogoče, po mojem, a se verjetno res težko opazi.« (ZA13).* In kakšni so razlogi za omenjeno težavno prepoznavanje? Stare ljudi pesti mnogo drugih težav, motnjo hranjenja pa je težko razločiti od posledic staranja in vpliva zdravil, menijo. Bolezen lahko povzroča zmanjšan apetit in nižanje telesne teže: *»Starostniki imajo običajno velik kroničnih obolenj, zaradi katerih lahko pride do izgube apetita, zmanjšanje telesne teže, odklanjanje hrane in podobno,« (ZA11),* za stare ljudi pa je povsem običajno, da jedo manj, je prepričana zaposlena. Prepoznavanje onemogoča premalo stika s stanovalci in pridruženo pripisovanje motenj hranjenja le mlajšim oziroma odsotnost teme tudi pri starih ljudeh: *»Verjetno je gluh to mišljenje krivo, da težje prepoznamo motnje hranjenja pri starejših.« (ZČ13).*

Zaposleni ob tem poudarjajo nujnost razločevanja motenj hranjenja od drugih stanj in njihovega vpliva, denimo slabšega okušanja hrane, težav s požiranjem, neješčnosti in odklanjanje hrane pri demenci, ki lahko povzroči izgubo občutka za sitost ali nenadzorovano prenajedanje: *»Je pa potrebno ločit med motnjami hranjenja in bolezenskimi znaki, motnjami požiranja, prebave, izguba okusa, kognitivni upad, demenca.« (ZČ16).*

O prisotnosti motnje hranjenja bi zaposleni sklepali po spremembah telesa, pridobitvi ali izgubi teže, po spremenjenemu vedenju, denimo razdražljivosti ali po opažanju prekomerne uporabe odvajal in seveda po spremenjenemu vedenju v povezavi s hrano: »*Spremembe v vedenju, osamljenost, razdražljivost, telesni znaki, izguba, pridobitev teže, težave z zobmi, izpadanje las, želodčne težave, odklanjanje hrane, prenajedanje.*« (ZČ15). Zaposleni menijo, da bi prisotnost motnje hranjenja ali pa vsaj tvegano vedenje najprej opazilo osebje, bolničarke in medicinske sestre: »*V našem primeru bi prav zaradi mojega pomanjkanja stika s stanovalci to prej sestre ali bolničarke opazile,*« (ZC15), saj spremljajo prehranjevanje stanovalcev. Ena izmed zaposlenih v domu starejših pa meni, da bi omenjene spremembe opazili tudi stanovalci. Za dobro prepoznavanje prisotnosti motnje hranjenja je torej potreben reden stik, obenem pa poznavanje zdravstvenega stanja in življenjskega ozadja stanovalca: »*Potrebno je poznat zdravstveno stanje in tud življenjsko ozadje osebe,*« (ZČ17), menijo zaposleni, medtem ko stanovalka dodaja, da je pri tem pomembno sodelovanje zdravnika in njegovo mnenje.

Nekateri stanovalci menijo, da bi tvegano vedenje in s tem morebitno prisotnost motnje hranjenja opazili v jedilnici, ob hranjenju torej, ali pa o tem sklepali iz pogovorov: »*Ali pa če bi recimo sostanovalka v sobi rekla: 'Naša pa skoz jamra kako je debela, kako ji je kar naprej slabo ...' Sigurno bi pritegnila pozornost,*« (UC118), medtem ko drugi menijo, da ne bi opazili ničesar. Pozornost stanovalcev potrjujejo izjave o opaženem prenajedanju nekaterih stanovalcev, o zavračanju oziroma odklanjanju hrane oseb z demenco in njihovi izgubi občutka za sitost, ter zavračanje hrane negibljivih stanovalcev: »*So določeni in to so ti, k so dementni, nepokretni, ti najraj zavračajo hrano.*« (UD10).

4.3. Ravnanje ob opažanju spremenjenega odnosa do hrane

Stanovalci bi v primeru opažanja spremenjenega odnosa do hrane osebi izrazili svoja opažanja ali pa jim zaznave izrazili kako drugače, ponudili osebno pomoč, se z njo skušali pogovoriti, na drugi strani pa nekateri ne bi rekli ničesar, pri čimer stanovalka dodaja, da mora oseba sama poiskati pomoč: »*Je pa stvar jasna, da če ti rabiš in hočeš, poišči si sam pomoč.*« (UB88). Pozitivno je, da četudi stanovalka, ki pravi, da ne bi rekla ničesar, bi za pomoč vendarle prosila osebje, enako pa bi se tudi drugi obrnili na socialnega delavca, medicinsko sestro, zdravnico, ali pa svoja opažanja preverili pri bolničarki: »*Najprej bi*

mogoče vprašala bolničarko ali sestro, če je kaj pozorna na to, če kaj opazi, če se ji zdi kaj drugače.» (UC113).

Zaposleni menijo, da so pozorni na spremembe, da opažajo ješčnost oziroma neješčnost stanovalcev, opuščanje obrokov in splošno dinamiko prehranjevanja: *»V okviru zdravstveno negovalnega tima medicinsko osebje opazi neješčnost, slab apetit, motnje požiranja.« (ZB36).* Po potrebi posežejo po prehranskih dodatkih, opravijo zdravniške preiskave, ob prenašanju pa uvedejo nizkokalorično dieto. Zaposleni se zavedajo, da je pri vsakem ravnanju potrebno sodelovanje celotnega tima, sorodnikov in seveda osebe same: *»Ključno je sodelovanje s svojci, poznavanje življenjske zgodbe stanovalca, njegove želje, težave, preference.« (ZČ41).* Multidisciplinaren pristop pomeni sodelovanje vseh zaposlenih, torej zdravstvenega osebja, socialnih delavcev, psihiatra, ki obiskuje večino domov, tudi fizioterapevtov, delovnih terapevtov: *»Sicer se v takem primeru skliče timski sestanek, ki ga sestavljajo diplomirana sestra, glavna sestra, socialna delavka, po potrebi fizioterapevt, delovni terapevt, odvisno za kaj se gre, domska zdravnica, ambulantna sestra in to se potem prenese psihiatru,« (ZC96), in kuhinjskega osebja ter sorodnikov.*

4.4. Doživljanje tranzicije

Nekateri stanovalci zaupajo razlog prihoda v dom, nekateri pa ga ne izdajo, pove zaposlena v domu starejših. Stanovalci in zaposleni so navajali podobne razloge za odhod v dom. Več stanovalcev je omenilo odhod po sili razmer: *»Pri meni je bilo tako, da nisem mogel ostati doma,« (UA19)* in *»[T]akrat so me dal smle, ker nism mela kam it,« (UČ11),* dva pa sta sicer omenila prostovoljno odločitev za odhod v dom, vendar razlog tiči v potrebi po pomoči. Zaposlena meni, da večina odide v dom po sili razmer, druga zaposlena v istem domu starejših pa je mnenja, da se večina oseb za odhod v dom odloči sama, kar dodatno prikazuje, da si okoliščini odhoda v dom nista nasprotujoči.

Največ stanovalcev in zaposlenih je kot razlog odhoda v dom omenjalo potrebo po pomoči in zavedanje te potrebe zaradi zmanjšane zmogljivosti in opažanja težav: *»Prijavljena sem bila že par let prej, ko sem stegnenico zlomila, sicer sem še hodila, ampak je bilo vedno slabše. Potem sem še kolke mogla operirati, potem sem pa videla, da težko delam.« (UE10).* Stanovalci so kot razlog navajali tudi vpliv sorodnikov, denimo njihov pritisk na odhod v dom, konflikt z njimi ali pa njihovo samovoljno nameščanje v dom: *»[P]ol pa to razočaranje pride, 'otroc so me dal v dom, pa vse pobral', večinoma to naredijo, veš, da so pobral pa*

prodal,« (UA29), pritisku sorodnikov pa se pridružuje zaposlena, ki dodaja umik sorodnikom: *»Obstaja pa tudi delež ljudi, ki jih prisilijo, vendar tega ne bodo nikoli povedali, nikoli ne bodo tega rekli za svoje otroke, pa jaz opažam, da najtežje sprejmejo tisti, ki se umaknejo, zato da nekdo živi v njihovem stanovanju [...].«* (ZC21). Razlogi odhoda v dom so še slabše zdravstveno stanje, starost in z njo povezane težave, poškodbe, bolezni, nezadostnost skupnostnih oblik pomoči in neprimerne socialne razmere.

In kako stanovalci doživljajo odhod v dom? Več stanovalcev, pa tudi zaposlenih, je navajalo občutke žalosti, osamljenosti in stresa, medtem ko ena stanovalka odhoda v dom ni doživljala kot stresnega. Zaposlena v domu je izpostavila, da je odhod v dom lahko stresen ne glede na zdravstveno stanje osebe, torej je stresen tudi za samostojne stanovalce: *»Vsekakor je prihod v dom zelo stresen za vse stanovalce, tudi za tiste, ki pridejo, ko so še v dobri kondiciji in brez posebnih zdravstvenih težav.«* (ZB11). Stanovalci so omenjali potisnjenost v dom, celo potisnjenost v neizbrani dom. Nekateri stanovalci so ob prihodu v dom občutili strah, doživljanje pa jih je spravilo celo v jok, kar je opazila tudi ena izmed zaposlenih. Stanovalci so navajali še občutke razočaranja, nejevolje: *»Jaz sem bil od začetka kle dost tko, tečen,«* (UA32), dolgočasje ob prihodu in občutek upravljanja s telesom. Zaposleni so temu dodali še občutke nezadovoljstva in doživljanja doma kot zadnje postaje v življenju: *»Reakcije so različne, se zaprejo vase, so žalostni, jokavi, se jezijo, vsi pa se srečajo z vprašanjem ali je to zadnja postaja v njihovem življenju.«* (ZB13).

Odhod v dom je težaven in lahko izrazito negativno vpliva na osebo: *»Sem rekel sorodnikom, lejte, vi ste dal svoje starše v dom, tko je tko kot če mlado rožo presadiš, bo krasn delala, če pa staro rožo presadiš, bo pa shirala,«* (UA86), ena stanovalka pa je ubesedila težave zaradi zapuščanja znanega okolja in prigarane lastnine. Zaposlena opaža težave pri prilagajanju na novo okolje in vse spremembe, ki jih prinaša, enake težave pa ubesedi tudi stanovalka, ki pove: *»Meni je bilo sicer grozno sprejet ta režim,«* (UC16). Zaposleni opažajo sprejemanje novega okolja in privajanje nanj po enem mesecu.

Zaposleni opažajo, da se vsi stanovalci novega življenjskega okolja ne privadijo oziroma da se ga hitro privadijo le redki, prav tako se po njihovih opažanjih le redki stanovalci zavedajo, da je odhod v dom zanje bolj ugoden, ali pa navkljub sprejemanju situacije doživljajo čustvene stiske: *»[... T]ud če razumsko sprejmejo selitev v dom, se kmal lahko pojavijo čustvene stiske, ki se izražajo na različne načine.«* (ZČ18). Zaposlena povzame svoje misli o doživljanju odhoda v dom večine stanovalcev: *»Večina starostnikov ne želi bivat v domu,*

želijo bit doma in so tu zarad bolezni in težav povezanih s starostjo.» (ZD11). Da pa vse ni tako žalostno in slabo, kot morda zveni, pričajo izjave stanovalcev, ki so imeli veliko željo po odhodu v dom in so nanj že nestrpno čakali, bili veseli za to in zadovoljni: *»Jaz sem si tega zelo želela in sem težko čakala,*» (UC15) in: *»[S]icer mal težko, ampak vesela, da bom pršla.*» (UD22).

Doživljanje odhoda v dom je odvisno od zdravstvenega stanja osebe in razloga za odhod, meni stanovalec in dodaja, da je lažje tistim, ki obdržijo svoje imetje in imajo možnost zapuščanja doma starejših. Zaposleni in stanovalci se združujejo v mnenju, da je doživljanje odvisno od posameznika oziroma, da odhod v dom vsakdo doživlja po svoje: *»Stanovalci selitev v dom različno doživljajo,*» (ZE11), prav tako pa oboji prepoznavajo pomembnost in nujnost aktivnosti v domu. Zaposleni se zavedajo, da gre za občutljivo obdobje, v katerem je nujno vzpostavljjanje zaupanja, občutka varnosti, nudenje čustvene podpore in pomoči pri vzpostavljanju socialne mreže v domu. Zaposleni poudarjajo še pomen stika z zunanjim svetom in prinašanje novic iz domačega kraja: *»Pa tudi ko pridejo svojci na obisk ... Pridejo na obisk k mami pa še k petnajstim drugim zraven in to jim največ pomeni, da nekdo prinese novice.*» (ZC26). Na doživljanje odhoda v dom vplivajo tudi težke življenjske preizkušnje, ki lahko na drugi strani dodatno vplivajo na potrebo po institucionalnem varstvu, ubesedi stanovalka.

Večji delež stanovalcev je izražal dobro sprejemanje prihoda v dom, sprememb in situacije ter omenjal dobro in celo lahkotno prilagajanje novemu okolju: *»Jaz sem se takoj priključila grupi pri vhodnih vratih.*» (UB21). Zaposleni so temu dodali še, da k procesu prilagajanja pozitivno prispeva to, da so novi stanovalci domačini: *»Obenem pa je tukaj dobro, da so prebivalci istega mesta, da so ljudje iz okolja. Pridejo sem in vidijo ljudi, ki jih niso videli deset, dvajset let in jim je iz tega razloga fajn.*» (ZC25). Nekateri stanovalci so si doživljanje prihoda v dom olajšali s pomirjanjem, prej omenjenim priključevanjem skupini in učenjem, kako ravnati: *»Ko sem prišla v dom sem začela tukaj bruhati, [...] Sama sem se brihtala, spraševala kakšne z enakimi težavami, kaj so delali, kaj je pomagalo.*» (UE17).

Prihod v dom lahko vpliva tudi na vedenje osebe, kar potrjuje izjava stanovalke, ki je v začetku obroke raje prejemala v sobo, saj ji je bilo prehranjevanje z drugimi nelagodno: *»Ne, pa ne, pa ne. Vsi so me fehtal, pa nism mogla jest z drugimi.*» (UČ29) Prav ta stanovalka je ob prvemu prihodu v dom odšla domov oziroma pobegnila, kot temu pravi, kar priča o njeni stiski. Zaposleni prepoznavajo splošno odklanjanje stanovalcev in pritoževanje nad hrano

zaradi odhoda v dom. Stanovalci so ob prihodu v dom doživljali različne težave, od bruhanja, slabosti, izpadanja las: »[K]o sem prišla v dom lasje izpadali,« (UE48), do zmanjšane apetita in neješčnosti, zaposleni pa dodajajo svoja opazanja, in sicer izgubljenost, zavračanje hrane ali prenašanje in začetno poslabšanje zdravstvenega stanja: »Pogosto je tudi poslabšanje zdravstvenega stanja po prihodu v dom, na kar opozorimo svojce, saj sprememba okolja naredi svoje.« (ZD13). Na doživljanje prihoda v dom vplivajo tudi drugi prisotni, poročajo stanovalci, saj imata neskladnost s sostanovalcem in odsotnost pravega stika z njim neugoden vpliv, enako pa slaba podpora sorodnikov.

4.5. Hrana in njen pomen v življenju stanovalcev

Skoraj vsi stanovalci in zaposleni prepoznavajo hrano kot zelo pomemben del domskega življenja. Stanovalci opisujejo vpliv hrane, denimo na počutje, hrana ljudi povezuje: »Za druge stare ljudi ima tudi povezovalni vidik,« (UC68) in je vir zadovoljstva, kvalitetna hrana pa ima pozitiven vpliv, pravijo: »To pa ja, to pa verjetn na vsazga. Če maš ti dobro hrano, tud če mal, pa je kvaliteten, si takoj bolj vole.« (UD69).

Stanovalka pove, da čas obrokov nekaterim strukturira dan in se po njem ravna, kar opazajo tudi zaposleni: »Naši stanovalci živijo od zajtrka do kosila pa do večerje.« (ZC66), in »je pa res, da jim obroki kreirajo dan, se ravna po času obrokov, ker se bojijo, da bi ostali brez hrane.« (ZD26). Čas obrokov je za stanovalce družaben dogodek, pri katerem so v središču pozornosti, pravi stanovalka: »Vsi morajo biti že prej na poziciji, ne da bi česa zmanjkalo, ampak to je za njih bolj družaben dogodek,« (UC72), in »takrat se nekaj dogaja, oni so sredi tega dogajanja, to je pomembno.« (UC73). Stanovalci nestrpno čakajo na hrano, hitijo na obroke še pred časom, čakanje na obroke pa opaža tudi zaposlena.

Spremembe v odnosu do hrane zaposleni opazajo ob hkratni prisotnosti bolezni, torej je odnos do hrane odvisen od zdravstvenega stanja: »Odnos do hrane se bolj spremeni, ko je prisotna težja bolezen, slabše zdravstveno stanje,« (ZA30), spremembe pa opazajo tudi v povezavi s slabšim okušanjem. Stanovalci opazajo, da se čustveno nezadovoljstvo oziroma notranje stiske izražajo s hrano, ki torej postane sredstvo izraza, zaposleni pa zmanjšano ješčnost ali neješčnost opazajo pri stanovalcih, ki se vdajo v usodo, obupajo, ali pa si želijo smrti: »Govorili smo o tem, da nehalo jesti ker si želijo umreti [...].« (ZC10).

Na odnos do hrane pa po mnenju zaposlenih vpliva tudi preteklost. Trenutna generacija v domovih ima izkušnjo pomanjkanja, lakote, kar se zrcali v strahu, da ostanejo brez hrane, strahu pred lakoto in dalje v tem, da hrane ne zavržejo ter jo celo shranjujejo: *»[T]o so ljudje, ki so bili lačni, stanovalci tudi shranjujejo hrano, noben je ne bo stran vrgel. Predali so polni zrezkov, klobas, napihnenih jogurtov. Blazne težave imamo, ker odnašajo kruh iz jedilnice. Pa ne, da jim ga ne bi privoščil, ampak ta kruh postane star, plesniv. Ampak oni pravijo: »Kaj pa če bomo lačni?«* (ZC68). Vpliv preteklosti se kaže tudi v navadah oziroma pričakovanjih določenih jedi ob praznikih in želji po domačih jedeh, ki prinašajo spomine na mladost, opažajo zaposleni.

4.6. Hrana kot vir zadovoljstva

Večina stanovalcev je zadovoljnih s hrano in celo opaža zadovoljstvo drugih. Hrana je okusna, jedilniki so dobri, en stanovalec pa poudarja pomen skromnosti in je mnenja, da hrana v restavraciji ni nič kaj boljša: *»Če si skromno živel v življenju je dobro. Tud v restavraciji ne dobiš ne vem kva dobr,«* (UA72). Stanovalci menijo, da je hrana nutricionistično ustrezna, kvalitetna in zdrava. S hrano in pijačo so preskrbljeni, hrane je dovolj, obroki so veliki, vedno pa je mogoče dobiti več hrane: *»Hrana je zame tko, kr dobra, sem skromn človk. Če želiš še, dobiš še. Sam si moraš po svoje mal,«* (UA61), in: *»[O]broki so dost veliki, repete je pa še enkrat tolk,«* (UD17). Hrana postaja celo vse boljša, opažajo stanovalci, prav tako pa trud kuharjev ne ostane neopažen.

Navkljub splošnemu zadovoljstvu stanovalci vendarle izražajo nekaj nezadovoljstva ali pa ga opažajo pri drugih stanovalcih. Splošno nezadovoljstvo vpliva tudi na nezadovoljstvo s hrano, je izraz težav v odnosih ali pa zdravstvenih težav, menijo, za nekatere pa preprosto nič ni dobro: *»Eni vse kritizirajo, nobena stvar ni dobra, zato ker se zmišljujejo.«* (UA71). Nekaj stanovalcev omenja vaječnost drugačnih okusov, hrana v domu starejših pa je drugačna in ni takšna kot doma. Hrana ni kakovostna, zelenjava ni sveža, sadje je preveč zrelo ali pa nezrelo, potožijo nekateri stanovalci. Opažajo še poslabšanje kakovosti, zmanjšano količino obrokov: *»Zelo se je spremenil, ker prej je bla ena druga kuharca, ona je bla zlata mama. Slabša se, manj dajejo hrane, posebi pri zajtrku,«* (UČ58), izražajo, da je bila hrana včasih boljša, prav tako pa se jedilnik že ponavlja.

Pritožbe nad hrano so redne, opažajo stanovalci in zaposleni: *»Odkar sem tu, ni bilo enega sestanka po nadstropjih, kjer se ne bi vsaj en pritožil nad hrano.«* (UC32). Vsi zaposleni in

skoraj vsi stanovalci omenjajo možnost izražanja mnenja, bodisi na sestanku stanovalcev, neposredno osebu, bodisi pisno z oddajo mnenj, pritožb ali pohval v nabiralnik, ki je namenjen prav temu namenu. O možnosti konkretnega vpliva s predlogi spregovori več zaposlenih in le ena stanovalka, še dva stanovalca pa omenita upoštevanje mnenja in možnost prilagajanja željam: »*Lahko dobim več sadja, na primer zadnjič, ko sem imela hudo zaprtje sem se zmenila, da sem dobila več zelenjave, zmenila pa sem se tudi, da mi namešajo kakšno solato iz solatnega bara, samo z bučnim oljem.*« (UC77). Stanovalci opažajo, da vsem željam ni mogoče ugoditi, da imajo nekateri stanovalci prevelike zahteve, prav tako so opazne organizacijske prepreke in odvisnost od javnih razpisov.

Čas obrokov je ustrezen, menijo stanovalci, a z njim niso vsi zadovoljni. Povedo, da je neprimeren, zaposleni točnega časa obrokov vedno ne upoštevajo, zajtrk pa bi moral biti bolj zgodaj v dnevu, saj je sicer čas med zajtrkom in kosilom kratek: »*Določeni se pritožujejo, da zutri ni nikol ob uri zajtrka. Pol recimo se ob devetih naješ, čez tri ure maš pa kosilo,*« (UD70) in: »*Meni je od zajtrka do kosila kratka doba, sploh glede na to, da večerje ne jem, bi kosilo jedla ob dveh, pol treh.*« (UC43).

Na ješčnost vpliva več dejavnikov, postrežba, videz hrane: »*K vidiš, če je dobr skuhan, narjen, lepo postrežen, poješ,*« (UČ53), njen okus in počutje, povedo stanovalci, zaposlena pa dodaja, da modernih jedi ne sprejemajo dobro, jih zavračajo in imajo raje tradicionalne. Zaposlena opaza, da imajo stanovalci dober apetit, krožniki so vedno prazni, vsi pa po njenem mnenju pridobijo na teži. Ješčnost je odvisna od zdravstvenega stanja, starosti in dentalnega stanja, saj imajo nekateri stanovalci slabo zobovje in prevelike zobne proteze, kar onemogoča žvečenje hrane, omenjeno pa rešujejo s prilagajanjem konsistence hrane, povedo zaposleni: »*Večina starostnikov ima zelo slabo zobovje ali pa prevelike zobne proteze, že to je včasih vzrok, da težko žvečijo.*« (ZE27). Nekateri stanovalci pri sebi ne opažajo sprememb v ješčnosti. Zaposleni dodajajo, da si stanovalci želijo drugo hrano kot nekoč, več je omejitev pri prehrani, več individualnega prilagajanja, strah jih je zahtevnih želja, saj jedilniki niso prilagojeni denimo vegetarijancem ali veganom: »*Sej lahko je banalno, ampak nas je strah vegetarijancev, veganov, kako bomo.*« (ZC29).

4.7. Institucionalno življenje, doživljanje in prilagajanje

Več stanovalcev opisuje dobro prilagajanje institucionalnemu življenju, omenjajo celo hitro in lahkotno prilagajanje: »*Sem se prilagodila, ker sem hotla čutiti kako smo varovanci, kako*

smo stanovalci tle. In hitro sem spoznala to.» (UB24). Novo okolje sprejemajo, saj si vanj želijo biti vključeni, a je prilagajanje proces, ki traja. Z življenjem v domu so zadovoljni, omenjajo občutek sreče in odsotnost strahu ter osamljenosti. Zadovoljstvo opažajo tudi zaposleni, a pričakujejo spremembe, saj je prilagajanje značilnost le trenutne generacije v domovih: *»To so v bistvu ljudje, ki so še spodobni prilagajanja,«* (ZC27) in: *»[M]i se zavedamo, da bo tega vedno manj in to se je začelo kazati. Ljudje prihajajo, ki so vedno bolj individualisti.«* (ZC28). Stanovalka izpostavlja, da je za pravo prilagoditev potrebovala leto dni.

Stanovalci poudarjajo pomen aktivnosti v domu, od družabnih iger, branja, gledanja televizije, do ustvarjanja, ročnih del in družabništva, ki vplivajo na doživljanje doma: *»Jz sm se kr nekaj užvela. Jz mam tistale domine in to igramo vsak dan dol. Štirje smo in igramo.«* (UČ38). Razvijejo različne strategije za prilagajanje novemu načinu življenja, denimo postavljanje meja, organiziranje svojega časa, oblikovanje navad in ritualov, se učijo ohranjanja lastne volje, sebe: *»In res sem po slabem letu prišla z zavestjo tako daleč, da sem pokopčala stvari, da sem razumela pravila igre,«* (UC20) in *»[O]ziroma kako lahko navkljub vsemu ohranim svojo istovetnost, svojo voljo,«* (UC21), celo varnosti in zaščite, povedo, nekateri pa storitve prilagajajo svojim potrebam in željam: *»[Z]ato da lahko dlje spim, ker včasih spim tudi do devetih. Tudi zvečer sem se zmenila, da sem zadnja za nego.«* (UC46). Seveda, pa se vsi stanovalci ne prilagodijo novemu življenju enako dobro: *»Veš kaj, tuki so ljudje, ki so ostali sami in eni samo jamrajo kako jih vse boli, kako ne morejo živet, ampak taki najraš živijo, veš,«* (UA44). Občutijo osamljenost, pojavljata se vdanost v usodo in izguba vere v možnost doseganja sprememb, opazno je še odklanjanje hrane za doseganje smrti. O težavnemu prilagajanju in neprilagajanju vseh poročajo tudi zaposleni.

Nekaj stanovalcev je ubesedilo zadostno mero zasebnosti, ki jo dodatno dosegajo z zaklepanjem sobe, saj imajo željo po miru, zanimivo pa na drugi strani zaposlena v domu govori o pomanjkanju zasebnosti: *»[Z]asebnosti želijo veliko več, zasebnost je velik manjko domov.«* (ZC43).

Vsi stanovalci so združeni v mnenju, da pravila doma niso moteča, ne omejujejo, jih razumejo in sprejemajo: *»Oh, to še kar, kar sprejemem, ni nobene reči, da bi rekla, da me moti.«* (UE29), zaposleni pa dodajajo svoja opazanja o sprejemanju in upoštevanju pravil doma. Enako več stanovalcev pove, da red ne omejuje in ni moteč, zaposleni pa nadaljujejo, da stanovalci vzdržujejo in spoštujejo red ter se mu hitro prilagajajo. Še več, opažajo, da

imajo stanovalci radi red, rutine in urnike, saj jim daje občutek varnosti, medtem ko rutine nekatere stanovalce vseeno omejujejo: »*Stanovalci imajo radi red, da vedo ob kateri uri kaj sledi, kdaj so obroki, kdaj je telovadba.*« (ZA17) in: »*Različno. Določenim stanovalcem ustreza rutina, na primer točen čas obrokov, nekaterim pa to predstavlja težavo.*« (ZČ21). Ob vprašanju o tem, ali je v jedilnici sedežni red določen, je stanovalec simpatično pritrdil in potrdil njegovo ustreznost: »*Ja, seveda, sej veš, drugač bi, že tko so zmešan, pol bi bla pa sploh frka.*« (UA63). Dober prispevek vnaprej določenega sedežnega reda pa prepozna tudi zaposlena: »*V jedilnici je sicer sedežni red, ki jim je kar všeč, da ima vsakdo mesto, da ga ne iščejo.*« (ZA31).

Skoraj vsi zaposleni v domu opazajo, da si stanovalci največkrat želijo enoposteljne sobe, a zaposlena dodaja, da jih imajo v domu premalo, pogosto pa stanovalci želeno sobo dobijo prepozno: »*[Ž]al jih ljudje po navadi dobijo, ko ne morejo več v popolnosti koristiti luksuza enoposteljne sobe – zaradi čakalne vrste.*« (ZC41). V dvoposteljnih sobah se seveda lahko pojavijo težave med sostanovalci, pove zaposlena, vendar pa imajo nekateri stanovalci radi prav takšno sobo zaradi možnosti pogovora s sostanovalcem in občutka varnosti: »*[... S]o pa tud stanovalci, ki se boljše počutijo v dvoposteljni sobi zaradi družbe, možnosti pogovora, občutka varnosti,*« (ZČ22), še posebej ob prisotnem slabem zdravju.

Rezultati glede odnosov med stanovalci so si zaslužili svoje podpoglavje, pa vendar so tudi del prilagajanja in doživljanja doma starejših in zato na tem mestu primerni. Nekateri stanovalci so izpostavili odsotnost prave povezave z drugimi stanovalci, odsotnost ustreznih sogovornikov in zanimivih pogovorov: »*[Z]elo redko dobiš človeka, s katerim bi se povezal, kakšen pogovor tak, konstruktiven al zanimiv,*« (UA28), nekateri so nedružabni, ena stanovalka pa je v domu našla ljubezen. Stanovalka omenja lahkotno sprejemanje velike skupine ljudi, saj je tega že navajena: »*A veste kaj. Sm delala v gostinstvu in jz sm navajena bla ljudi, ogromn ljudi in vedno sm mogla z velikimi ljudmi delat.*« (ZČ25). Stanovalci potrebujejo čas, da sprejmejo novega stanovalca, prav tako pa nov stanovalec potrebuje čas, da sprejme druge, povzame stanovalka.

Pri prilagajanju na domsko življenje ugodno vplivajo sodelovanje sorodnikov stanovalcev, njihovi obiski, obiski nekdanjih sodelavcev in sodelavk ter stanovalčevo obiskovanje sorodnikov na njihovem domu: »*Pridejo sodelavke k meni na obisk, k sinu grem vsak teden, me odpelje domov. Vzamem pa tudi bergle, pa grem k sestri ali prijateljici pa malo poklepetamo.*« (UE28). Seveda pa vsi nimajo te sreče, otroci jih ne obiskujejo ali pa jih ne

obiskujejo tako pogosto, kot bi želeli stanovalci. Zaposleni dodajajo opažanje, da so obiski sorodnikov prekratki in redki.

Zaposleni so podelili opažanja o tem, kaj vpliva na doživljanje doma starejših. Menijo, da na prilagajanje in doživljanje doma vplivajo zmožnosti stanovalca in samostojnost, tako je lažje samostojnim stanovalcem, ki lahko izrazijo svojo voljo ali pa jo uveljavijo s prilagajanjem okolja. Lažje je tistim, ki se za odhod v dom odločijo sami, samostojni stanovalci pa tudi bolj sprejemajo red in pravila doma: *»Vpliv je odvisen od samostojnosti in zmožnosti stanovalca. Bolj samostojni se lažje prilagodijo in priredijo svoje aktivnosti na red in pravila v domu.«* (ZB15). Skladno s tem pa prepoznavajo vpliv zdravstvenega stanja, pri čimer stanovalci s slabšim težje sprejemajo domsko življenje, menijo. Zaposleni se po svojih zmožnosti stanovalcem trudijo olajšati proces prilagajanja in izboljšati doživljanje doma: *»[S]e trudimo tudi, da posameznikom omogočimo in ustrezemo po njihovi osebni želji, ki jo izrazijo.«* (ZE17). Kot pričakovano so stanovalci v pogovoru o doživljanju doma starejših omenjali smrti in umiranje, trpljenje ob smrti in bolezni.

Nekaj stanovalcev je v pogovorih posredno ali neposredno izražalo ločevanje doma kot institucije, v kateri bivajo trenutno, od doma, kot primarnega doma, v katerem so bivali pred prihodom v dom starejših: *»[T]o nisi doma,«* (UB57), *»Spremenil se je le, da nis tam doma, kakor si imel, kle se pa morš le mal prilagodit,«* (UČ69) in: *»Ampak ne vem, marbit sem bila jaz doma [...]«* (UE39).

4.8. Institucionalno življenje, odnosi med stanovalci in zaposlenimi

Skoraj vsi stanovalci so omenjali dobre odnose, ali pa vsaj sprejemljive odnose z drugimi stanovalci. Med seboj sodelujejo, si pomagajo: *»Med sabo si tud pomagamo, to mormo,«* (UD45), imajo skupne rituale, si izkazujejo hvaležnost: *»Sosedu vsak jutri skuham ta instant kufe, pa je hvaležn, zmer prav kva je dolžn, pa rečem, da nč, kva pa je to, ni drago, tko rd me ma,«* (UČ47), se pogovarjajo, eden stanovalec pa je izrazil manjšo navdušenost nad drugimi stanovalci v domu in svoj odnos ubesedil kot prenašanje drugih.

Tudi dobri odnosi občasno vsebujejo spore, kar je za tolikšno množico oseb povsem pričakovano, meni zaposlena: *»Sem in tja se stanovalci sprejo, kar je po mojem mnenju povsem običajno za toliko ljudi na enem mestu.«* (ZD19). Stanovalci omenjajo konflikte, spore, prepire, celo pretepe, včasih pa odnos ni najboljši, saj pogovor z vsemi ni mogoč,

meni stanovalka. Stanovalka ubesedi, da ji stanovalci preprosto niso po godu, kar rešuje z umikanjem v samoto. Zaposleni dodajajo, da so težave najbolj pogoste v dvoposteljnih sobah zaradi neskladnosti sstanovalcev, prav tako pa zaposlena med stanovalci opaža pomanjkanje potrpljenja: *»Toleranca do drugih je lahko zelo majhna, potrpljenje je mejno, drug za drugega znajo povedati, da ne sodi v to ustanovo.«* (ZB17). Zaposlena ubesedi tudi svoja opažanja o tem, da stanovalce motijo osebe z demenco: *»Prepiri med stanovalci so prisotni. Največ konfliktov opazamo, da tisti ki so še lucidni, ne razumejo dementnih. Doživljajo jih kot moteče in pogosto zahtevajo, da jih umaknemo iz njihovega okolja.«* (ZE19).

Odnos med stanovalci in zaposlenimi je dober in zadovoljiv oziroma najmanj sprejemljiv, v katerem vlada vljudnost, povedo stanovalci, zaposlena pa dodaja, da so nesoglasja redka. Stanovalka opisuje upoštevanje zasebnosti, možnost dogovarjanja, k dobremu odnosu pa prispevajo razumevanje zaposlenih, zaupanje v njihove kompetence in potrpežljivost z dodatkom dobre volje: *»Če punce vidijo, da znam počakat, da nikoli ne zvonim med njihovo malico ... Zmeraj pravim: 'Bom počakala, pozvonila sem, da veš, da rabim pomoč.'«* (UC53).

Konflikte pa na drugi strani opažajo tako stanovalci kot tudi zaposleni. Stanovalka meni, da zaposleni niso pravični do stanovalcev, da odnos ni ustrezen, osebje se je spremenilo, s tem pa se je odnos poslabšal, pravi. Zaposlena spregovori o prevelikih pričakovanjih stanovalcev in nerazumevanju dobronamernih besed: *»[V]časih je kakšna beseda, ki je izrečena, pa ni mišljena slabo, ampak je vzeta slabo.«* (ZC47). Stanovalci ubesedijo nespoštljiv odnos zaposlenih in preveliko živčnost osebja, a njihove napake prenašajo ter jih nanje opozorijo.

Stanovalci so mi zaupali še nekaj svojih drugih opažanj v povezavi z osebjem. Osebja je premalo, potrebi po več osebja pa so prikimali tudi zaposleni. Stanovalec pove, da so medicinske sestre in negovalke slabo plačane, diplomirane medicinske sestre so previsoko usposobljene in opravijo malo dela, opaža: *»Ene sestre so šle naprej delat šolo, pa so visoke, pa od tistih sester ni nič, sam špansirajo, roke na hrbtu, pa nadlegujejo. Sistemska brca v temo. Zdej mam pa pri nas tud take, pa tri računalnike, pa se spodi šetajo, pa vsaka svojo poličko, pa neki kao da delajo, pa take.«* (UA51). Stanovalci pri osebju opažajo izmikanje delu, neizpolnjevanje in opuščanje obveznosti. Stanovalka izrazi neizpolnjevanje obljub zaposlenih, delo v svoje dobro in prilagajanje dela svojim željam, ob tem pa tudi prepričevanje stanovalcev v želeno vedenje: *»Zdele za večerjo mi je prej tud trkala, da naj*

grem na večerjo. Pa bi loh šla kasnej, ampak mi je četrť ure prej trkala naj grem. Halo punca!» (UD72). Osebe se ne posveča posamezniku in delo opravlja rutinsko, ubesedi stanovalka. Pomanjkanje časa in hitenje osebja opažajo tako stanovalci kot tudi zaposleni: *»Nekateri pravijo, da si vzamejo premalo časa,«* (ZC46), a bi se to lahko spremenilo, če bi imeli na voljo več osebja: *»Ne gre za to, da za stanovalce sicer ni poskrbljeno, le več časa bi lahko namenili enemu, se pogovorili, kakšno stvar prilagodili.«* (ZD24).

4.9. Institucionalno življenje, splošno in spremembe

Bivanje v domu ima svoje ugodnosti. Strah pred bolečinami je zmanjšan, hrano pripravijo drugi in je te dovolj, prav tako drugi operejo oblačila: *»[V]se je narejeno, lačen nisi, oprano imaš,«* (UE22), poskrbljeno pa je tudi za nego in zdravnika, pravijo stanovalci, ki čutijo, da je domača oskrba težja, v domu pa je opravljeno vse potrebno in so obenem olajšani skrbi zase. Nekatere pa vendarle motita rutina in predvideno dogajanje ali pa ima dom starejših celo negativen vpliv nanje, saj se zapirajo vase in se bojijo navezati na druge: *»Se bojiš navezat, k pol pa umrejo, pa je.«* (UA98). Ne le v procesu odhoda v dom in začetnega privajanja na novo okolje, temveč tudi kasneje ostane občutek, da je dom zadnja postaja in občutek odrinjenosti na stranski tir: *»Če je kle človk na stranskem tiru, na zadnji postaji [...]«* (UA65).

Stanovalec pove, da je čedalje več storitev zaračunanih posebej in jih je treba doplačevati, včasih pa je bilo tega manj: *»Edin kar je problem klele, kar sem opazil z leti je, da se vse doplačuje.«* (UA75).

Več stanovalcev je ubesedilo občutek varnosti, četudi so bili žrtev kraje ali pa so slišali za to dogajanje v domu.

Zaposlena pove, da so večeri v domu tihi in mirni ter da je večina stanovalcev zelo zgodaj v postelji. Stanovalci konce tedna doživljajo kot dolgočasne, pogosto pa stanovalci sedijo v recepciji, pove stanovalka. V domu je veliko stanovalcev z demenco, opaža stanovalka, drugo stanovalko pa moti, da je v domu zelo malo domačinov: *»[J]az imam rada bolj domačine za sogovornike, da se pogovarjaš, da zveš kaj je novega, tukaj so pa eni s tujih koncev, enih nič ne briga.«* (UE26).

»Stanovalec prinese seboj v hišo svoje navade, želje,« (ZB29), pove zaposlena, kar napoveduje potrebo po individualnemu pristopu. Zaposleni pričakujejo, da bo vse manj

stanovalcev, ki se bodo želeli prilagajati, prihodnje generacije pa bodo želele več nadzora, zasebnosti in bodo imele več zahtev. Nujnih sprememb se zavedajo in že zdaj skušajo storitve prilagoditi posamezniku, njegovim željam in potrebam.

4.10. Kaj vpliva na zadovoljstvo z življenjem v domu?

Sogovorniki so navajali najrazličnejše dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo stanovalcev z bivanjem v domu. Na nekatere nima vpliva nihče, na nekatere lahko vplivajo le stanovalci sami, nekateri pa ostajajo v domeni institucije, najprej pa pozornost namenjam slednjim.

Tako stanovalci kot zaposleni se strinjajo, da imajo velik vpliv na zadovoljstvo aktivnosti v domu, delavnice, pikniki, kulturni dogodki in druge prireditve: *»Najbolj prireditve, da se nekaj dogaja in pa hrana.«* (ZC58). Kot že razvidno, svoj delež vpliva nosi hrana, izražajo oboji: *»Zelo pomembna pa jim je tudi prehrana.«* (ZA25).

Pomembno vpliva čas, namenjen stanovalcem, odsotnost hitenja, pogovor v miru, opažajo zaposleni, stanovalci pa dodajajo pomembnost posvečanju osebi. Že omenjeno pomanjkanje osebja nosi delež vpliva na zadovoljstvo, saj bi več osebja lahko ustreglo želji stanovalcev po pogovorih in hitrejši odzivnosti, menijo zaposleni: *»Za več zadovoljstva bi potrebovali več osebja, da se lahko odzovemo hitreje, več časa bi imeli za enega.«* (ZA23). Stanovalec ubesedi, da dom potrebuje bolj izkušeno osebje, saj je negovalno osebje premlado in nima potrebnega znanja: *»Pridejo študentke, k so te na dopustu pa tko, pa pol te boge revčke, k ne znajo, pa jih terajo, pa za nas je zoprno, ko dobiš sedemnajst letno punčko, a veš kok je to grozn, ko vnukinja.«* (UA59).

»Zadovoljstvo je odvisno tudi od zadovoljstva s sostanovalcem. Če je nezadovoljen in tega ne more razrešiti, potem je vse narobe,« (UC66), pove stanovalka, ki izpostavi vpliv sostanovalca, zaposleni pa dodajajo vpliv možnosti bivanja v enoposteljni sobi: *»Na večje zadovoljstvo vplivajo enoposteljne sobe z opremo hladilnikov.«* (ZE22). Zaposleni dodajajo še želje po pogostejšem tuširanju ali kopanju, vsakodnevni prisotnosti zdravnika, stanovalci pa si želijo, da dom ponuja več kot le nego in preskrbo s hrano.

Zaposlena meni, da bi za večje zadovoljstvo potrebovali manjše domove starejših: *»Za večje zadovoljstvo rabimo manjše domove, tja do 120 stanovalcev, ker je lažje in drugo vzdušje, stanovalci se med seboj bolj poznajo in povežejo.«* (ZD21).

Na zadovoljstvo z življenjem v domu vplivajo tudi okoliščine posameznika, življenjski slog pred odhodom v dom in njegova preteklost. Del vpliva nosi prilagajanje pravilom, redu, zmožnosti prilagajanja in vlaganje vanj: *»Zadovoljstvo je odvisno kolk vlaga, kolk prinese s sabo in potem kako kle vlaga, ker so spremenjene okoliščine,«* (UB52) in: *»Če osvojiš red, režim doma in se mu prilagodiš, imaš vse zagotovljeno.«* (UB42).

Na nekatere okoliščine pa človek nima neposrednega vpliva. Več stanovalcev in zaposlenih se sreča v mnenju, da zdravstveno stanje vpliva na zadovoljstvo z življenjem v domu in je slednje odvisno od samostojnosti, zmogljivosti človeka in njegove odvisnosti od pomoči: *»Na zadovoljstvo pa najbolj vpliva zdravje, če si zdrav, je vse dobro.«* (UE34).

Ker je dom stanovanjski objekt in prostor srečevanja mnogih, na zadovoljstvo po mnenju večine sogovornikov pričakovano vplivajo tudi odnosi med stanovalci samimi, odnosi med stanovalci in zaposlenimi ter odnosi med stanovalci in njihovimi sorodniki: *»Odnos. Zaposlenih in stanovalcev, to je največ, da si vzameš čas, da se usedeš dol z njimi,«* (ZC60), ubesedi zaposlena, druga pa se mnenju pridružuje: *»Pomemben je odnos, komunikacija med zaposlenimi in stanovalci, seveda tudi med njimi.«* (ZA24).

4.11. Samopodoba

Stanovalec samopodobo tolmači kot ohranjanje sebe in v odnosu z duševno rastjo, nanjo pa vplivajo aktivnosti, denimo hobiji, ki pomagajo ohranjati sposobnosti in prinašajo duševni mir. Nekateri stanovalci prepoznavajo vpliv drugih na doživljanje lastne samopodobe, v tem pa vpliv pohval in odnosa z drugimi: *»To je podoba, ki si jo ustvariš na podlagi odnosov z drugimi. Vem, da me imajo za družabno. V vseh izvidih zdaj piše, da sem pogovornljiva.«* (UC105). Stanovalka ubesedi vpliv videza, mnenju se pridružuje zaposlena v domu. Več zaposlenih prepozna, da na samopodobo vpliva zmogljivost telesa, pri čemer omejitve telesa povzročajo slabšo samopodobo, kar potrjuje tudi stanovalka: *»Še kr, loh bi blo mal boljš, noge, dab loh kam šla.«* (UČ71). Na samopodobo vplivajo še razpoloženje, dosežki, ki so lahko vir moči, in vera, ki lahko pomaga ohranjati dobro samopodobo, povedo stanovalci: *»Ni se velik spremenil, ker se ne dam, pa jz sm drugač verna. Tele podobe mam, pa zmolim za vse predn zaspim, pa mi je dobr.«* (UČ70).

Doživetja in izkušnje so lahko vir moči, ki prispevajo k dobri samopodobi, zaposleni pa dodajajo, da nekateri zelo cenijo dosedanje dosežke, zgodbe in spomini pa so vir veselja,

vendar pa na žalost vsi nimajo občutka, da so v življenju dosegli dovolj. Zdravstveno stanje ima svoj del vpliva na doživljanje samopodobe, menijo oboji: *»Več težav kot imajo, bolj kot so bolni, manj so zadovoljni s seboj in slabša je samopodoba.«* (ZD34). Tako stanovalci kot zaposleni ubesedijo stabilnost samopodobe, pri čemer čas in z njim povezana staranje ter starost nimata veliko vpliva.

In kakšna je samopodoba stanovalcev, me je zanimalo. Nekaj stanovalcev je izražalo slabšo samopodobo, nekoliko negativno, kar vpliva na zapiranje vase in zmanjšano komunikativnost, ena stanovalka pa je omenila skorajšnje spreminjanje samopodobe v očeh drugih: *»Samopodoba pa... Se je hotla, v očeh drugih, ampak moja samozavest je bila trdna, na podlagi, da nimam druge izbire.«* (UB80).

Večji del stanovalcev omenja dobro samopodobo, v tem pa zadovoljstvo s seboj, dobro počutje in občutek mlajših let. Izražajo jo v povezavi z zmogljivostjo telesa in samozvestjo: *»Sem še samozavestna, da zmorem,«* (UB76), ki se kaže v družabnosti in zgovornosti. Dobro samozavest dosegajo s prilagoditvami v okolju, usmerjenostjo v rešitve in vztrajanjem, slednje pa opažajo tudi zaposleni. Zavedanje svojih vrlin, dosežkov, sprejemanje življenjskih situacij in dober odnos do sebe, denimo zadovoljstvo, zmanjšano obremenjevanje in zaupanje sebi prav tako ugodno prispevajo, povedo stanovalci: *»Ni več samoobtožujoče drže, vem kje so moje vrline, vem, da moram zaupati sami sebi.«* (UC102).

4.12. Staranje

Da bi bolje razumel samopodobo stanovalcev in njihov odnos do telesa, sem vprašanje namenil tudi izkušnji staranja in starosti. Zaposleni opažajo, da stanovalci staranje doživljajo zelo različno. Staranje ni lahko niti lepo, ubesedijo stanovalci, zaposleni pa slednjemu pritrujejo po tem, kar slišijo od drugih stanovalcev in dodajajo, da je starost grda: *»Staranje sprejemajo, a vsak pove, da je starost grda.«* (ZE29). Staranje ni lepo, saj prinaša izgube, neprijetne spremembe, zaznave in izkušnje, po besedah stanovalcev izražajo zaposleni. Nadaljujejo, da staranje prinaša bolezni in druge zdravstvene težave, zmogljivost se zmanjšuje, soočanje z omejitvami pa je težavno: *»Prav vsi imajo zdravstvene težave povezane s starostjo, kar jih obremenjuje, težko prenašajo staranje, morda še najbolj omejitve, ki jih ta prinaša.«* (ZD31).

Zaposleni doživljanje starosti in staranja stanovalcev opisujejo kot neprijetno, prežeto z žalostjo, jezo, nezadovoljstvom, strahom pred bolečino in trpljenjem: »*Bojijo se bolečine, trpljenja, smrti pa običajno ne.*« (ZA34).

Ob pogovoru o staranju se je torej nemogoče izogniti teme smrti. Stanovalec smrt razume kot naravni, neizbežen del življenjskega kroga, življenje pa kot pogodbo s koncem: »*Starost moraš vzeti v zakup. Če se rodiš, veš, da boš tudi enkrat umrl.*« (UA84). Zaposleni poleg že omenjene odsotnosti strahu smrti pri stanovalcih opazajo tudi pričakovanje, da so naslednji v čakalni vrsti za smrt: »*Tisti, ki izgubijo večino prijateljev, znancev povejo, da so zdaj oni na vrsti.*« (ZE33). Smrt doživljajo kot odrešenje, nekateri nanjo čakajo ali pa si jo želijo: »*Večina prav, da je starost grda in marsikdo večkrat reče, da bi rad že umrl.*« (ZD29). Smrt sorodnikov, še posebej otrok, je težka življenjska preizkušnja, ki jo lahko prinese čas in s tem staranje, navajajo stanovalci in zaposleni.

Po mnenju stanovalcev zdravstveno stanje vpliva na izkušnjo staranja in starosti. Starost je lepa v zdravem telesu, ob odsotnosti bolečin in v primeru zdravega razuma, pravijo stanovalci: »*Bom rekla tako, starost je lepa, če je človek še dokaj brez bolečin, če je čil, da je njegov razum še prodoren.*« (UC93). Bolezni, ki nastopijo v starosti, stanovalcem prinašajo sveženj neprijetnosti, meni zaposlena: »*Bolj so bolezensko prizadeti, večja je žalost, depresija, nezadovoljstvo.*« (ZB32). Zadovoljstvo v starosti je odvisno tudi od stanovalca, njegovega počutja oziroma kot dodaja zaposlena, odvisno od njegove osebnosti, zadovoljstva s preteklostjo in pogledom na življenje: »*Veliko je odvisno od pogleda na življenje, karakterja, zadovoljstva s preteklostjo.*« (ZČ35). Stanovalka prepoznava dobre učinke ohranjanja hobijev, zmogljivosti, interesov in razvijanja novih v starosti: »*In če si prej že imel nagnjenost v neke smeri, pa če to skušaš uloviti, razviti ... Jaz sem imela rože, ker sem imela vrt, tudi zelenjavni vrt, pa kakšne rože sva imeli v upokojitvi s prijateljico. Kolegica kuha, vlaga, pa vrt ima.*« (UB70).

Nasproti stanovalcem, ki staranje doživljajo kot manj ugodno, pa nekateri stanovalci opisujejo dobro izkušnjo staranja in starosti. Starost je lepa, le najti je treba njeno lepo plat, prav tako pa starost ni obdobje izgub, pravi stanovalka: »*Ja, ne bi rekla, da gre za izgube. Si lahko zadovoln, če si najdeš.*« (UB71). Starost ne omejuje in vedno ne prinaša slabše zmogljivosti ter ni obdobje žalosti, potrjuje stanovalka, ki sprejema svojo starost: »*Nč, stara sm, morm, je treba. Ni mi hudo.*« (UČ63). Podobno opazajo zaposleni, ki pravijo, da stanovalci sprejemajo staranje in starost, morda prav zato, ker druge izbire nimajo: »*Po*

navadi rečejo, da nimajo izbire in besede pri tem, pri staranju,« (ZD32), proces pa sprejemajo kot del življenja: »Staranje stanovalci jemljejo kot nek običajni del življenja in se ne pritožujejo nad tem.« (ZA32).

4.13. Odnos do telesa

Zanimalo me je, kakšen odnos imajo stanovalci do svojega telesa in kakšne spremembe opažajo. Nekateri stanovalci sprememb ne opažajo, odločijo se za zadovoljstvo, sprejemajo svoj videz, svoje telo in sprejemajo celo omejitve ter se z njimi ne obremenjujejo: »Jah jaz sem se prilagodil, sej navadš se nikol, sam prilagodiš se,« (UA92) in: »Tko da iz tega si jaz ne delam problemov, sem raj zadovoln.« (UA92). Skrbijo za svoje telo, se z njim pogovarjajo in ga spodbujajo. Skrb za lep in urejen videz pri stanovalcih opažajo tudi zaposleni: »Videz zelo veliko ženskam še nekaj pomeni in skušajo bit urejene, obleka, frizura,« (ZE34), jim pri tem pomagajo in opažajo stalnost skrbi za videz: »Tiste, ki so bile prej urejene so še zdaj, dokler to lahko same urejajo,« (ZC80), opažajo pa tudi, da je skrb zanj odvisna od načina življenja oziroma preteklosti stanovalca. Stanovalka ubesedi, da jo prevelika teža ne moti, druga pa raje izbere gube, kot več kilogramov. Vsi stanovalci ne izražajo dobrega odnosa do svojega telesa, so nezadovoljni z njegovo obliko, preveliko težo, ali pa omenjajo občutek debelosti. Zaposleni prepoznavajo, da imajo več težav z odnosom do telesa tisti stanovalci, ki so v življenju veliko pozornost namenjali videzu ali telesni moči: »Zdi se mi, da imajo osebe, katerih življenje je v večji meri temeljilo na telesni moči ali izgledu, s tem soočanjem več težav,« (ZČ38), na slabši odnos do telesa pa vpliva še slabo zdravstveno stanje, bolečine in omejitve telesa, menijo.

Spremembe, ki jih prinaša staranje oziroma nastopijo v starosti, opažajo tako stanovalci kot zaposleni. Stanovalci omenjajo težave s telesom in poslabšanje zdravstvenega stanja. Konkretnije navajajo težave s prebavo, napredujočo demenco, srčni infarkt, aritmijo, zaposleni pa dodajajo še uhajanje urina, ob tem pa opažajo, da slabo zdravstveno stanje pri stanovalcih vzbudi neugodne občutke: »Opažam, da bolj so bolni oziroma z več zdravstvenimi težavami, bolj so nezadovoljni, slabe volje, žalostni.« (ZB34). Stanovalka ubesedi še strah pred bolečino: »Imam strah pred bolečino, to imam tako ali tako skoz.« (ZC99).

Več stanovalcev omenja slabšanje fizične zmogljivosti telesa, željo po večji zmogljivosti in pomembnost ohranjanja obstoječe. Zaposleni opažajo poudarjanje vrednosti zmogljivosti telesa: *»Mogoče se ne ravno pritožujejo, ampak, ko me na primer srečajo, ko tečem po stopnicah, pa rečejo: 'Ja, kar laufi, dokler še lahko, ti sploh ne veš kako je to vredno, jaz ne morem več.'«* (ZC76). Stanovalci poročajo o velikih spremembah, o slabšanju mišic, fizičnemu upadanju in pešanju telesa. Omenjajo slabšo gibljivost rok in nog, omejeno gibanje in željo po večji gibljivosti: *»Nisi več tok gibčen, ko bi rd kam šel, nisi več gibčen, pa mal pogrešaš to. Men tud če me kej boli ne jamram za vsako figo. Mam tiste maže in se mal namažem.«* (UČ66). Noge so oslABLJENE, hoja je počasna ali pa sploh ni mogoča, povedo stanovalci. Slabša zmogljivost telesa povzroča potrebo po pomoči pri umivanju, posedanju na invalidski voziček in prestavljanju v posteljo: *»Atrofija je prisotna, lejte roke (pokaže roki, ki sta slabo gibljivi), pa noge, k nimaš oživčenih pač nč, vedno več pomoči rabiš. Za umit, za na voziček, zvečer v posteljo.«* (UA91).

Na drugi strani pa več stanovalcev spregovori o zmogljivosti telesa, o zadovoljstvu z njim, o učinkovitih možganih in dobremu spominu. Navajajo vztrajanje, sprejemanje sprememb in staranje telesa. Spremembe videza ne ostajajo neopažene, a niso moteče, odsotnost pritoževanja nad spremembami videza in neobremenjenost z njim pa izražajo tudi zaposleni: *»Nič takšnega ne slišim, ne rečejo glede videza in se mi zdi, da se z videzom ne obremenjujejo preveč.«* (ZD35).

5. Razprava

Ob vprašanju, kaj so motnje hranjenja, nekateri stanovalci ne vedo, o čem je govora. Takšen odziv sem pričakoval, a je po mojem mnenju krivično takoj sklepati o nepoznavanju motenj hranjenja, o njihovem neznanju, ob omembi strokovnega termina, ki ga, kot že omenjeno, z drugimi težavami zamenjujejo tudi v strokovni literaturi. V ta namen sem začel z omembo anoreksije nervoze, ki je običajno bolj poznana, zatem pa nadaljeval z drugimi oblikami motenj hranjenja, da bi jim dal priložnost ubesediti svoje znanje.

Nekaj stanovalcev je motnje hranjenja opisovalo kot motnje prehranjevanja, kot jih navajata Kobentar in Marinič (2000). Ena stanovalka je dobro povzela, da gre pri motnjah hranjenja za psihološke težave in spremenjeno pojmovanje svojega telesa, večinoma pa so splošen opis, ki ustreza strokovnim definicijam (American Psychiatric Association, 2013), bolje navajali zaposleni, ki so govorili o čustvenih težavah, spremenjenemu odnosu do hrane, stremenju k nizki teži in preokupiranosti s hrano (Jovanović, 2010).

Seveda pa so nekateri stanovalci, brez moje pomoči z omenjanjem različnih oblik motenj hranjenja, te začeli opisovati že sami. Tako so navedli anoreksijo nervozo, pri njej pa neješčnost in odklanjanje hrane, podobne, torej pravilne opise (American Psychiatric Association, 2013) pa so podajali tudi zaposleni in dodajali občutke strahu pred pridobitvijo telesne teže. Stanovalci so kot najbolj viden znak, ki priča o prisotnosti tvegane vedenja, prepoznali tudi značilno vitko telo.

Tako zaposleni kot stanovalci so uspešni pri prepoznavanju bulimije nervoze, pogosto že brez mojega omenjanja te oblike motnje hranjenja. Bulimijo nervozo povezujejo z bruhanjem oziroma bruhanjem po jedi (American Psychiatric Association, 2013). Ena stanovalka je dobro ubesedila sumničavost, ki bi se pojavila ob opažanem prenažedanju, ki pri osebi ne vpliva na višanje telesne teže. To je bila redka omemba prenažedanja, saj je večina sogovornikov omenjala le bruhanje oziroma bruhanje po jedi, vendar je za bulimijo nervozo značilno prav prenažedanje pred obredom čiščenja, denimo bruhanjem. Osebe z bulimijo nervozo običajno nimajo izrazito nizke telesne teže, kar toliko bolj otežuje prepoznavanje te oblike motnje hranjenja, kot menijo stanovalci.

Kompulzivno prenažedanje bolje prepoznavajo zaposleni in omenjajo epizode prenažedanja, izgubo kontrole nad hranjenjem in posledično višanje telesne teže ter s tem dobro povzamejo značilnosti te oblike motnje hranjenja (American Psychiatric Association, 2013). Večina

stanovalcev pa to obliko ni navedlo brez moje pomoči, torej brez omembe, zatem pa so dobro opisovali pretirano ješčnost, uporabo hrane kot sredstvo za blaženje stisk in posledično debelost. Stanovalka je omenila še neprestano hranjenje, vendar gre pri kompulzivnemu prenažedanju za epizode prenažedanja in to ni ves čas prisotno. Pričakoval sem, da bodo to obliko motnje hranjenja dobro poznali vsi, saj že prenažedanje v imenu te oblike nakazuje značilnosti, prek katerih je mogoče sklepati o posledicah na telo.

Stanovalci niso poznali modernejših oblik motenj hranjenja, kot jih opisujeta Serneć (2010b) in Best-Boss (2013), zaposleni pa so najmanj že slišali zanje. Tako so ortoreksijo nervozo povezovali s hranjenjem s pretirano zdravo in izbrano hrano, za katero menijo, da je pravilna, obenem pa so prepoznavali porast te oblike motnje hranjenja. Enako dobro so opisovali bigoreksijo nervozo in navajali stremenje k mišičastemu telesu, uživanje dopolnil, ki vplivajo na mišično rast, obenem pa omenjali vpliv medijev na pojav te oblike motnje hranjenja. Omenjeno je bilo tudi, da se ta oblika motnje hranjenja pojavlja predvsem pri moških. Strokovnjaki so sicer istega mnenja in ta navedba ni napačna, pa vendar sem v svojem delu opustil omembe tega, katera motnja hranjenja je bolj pogosta pri določenem biološkem spolu, saj menim, da so takšni podatki morda uporabni le za statistične namene, če le bi z uporabo teh skušali osveščati in preprečiti pojav motnje hranjenja. Takšne delitve po spolu in starosti so razlog, da so motnje hranjenja pri starih ljudeh tako odmaknjene z našega polja misli.

Z obravnavanim sem dobil odgovor na raziskovalno vprašanje in ugotovil, da zaposleni in stari ljudje dobro poznajo motnje hranjenja ali pa najmanj zanje značilno vedenje. Nekateri so potrebovali le malo spodbude in omembo določene oblike motnje hranjenja in šele tedaj razgrnili svoje znanje. Ne le, da so sogovorniki izkazali znanje o motnjah hranjenja, temveč so dobro opisovali tudi vidne znake prisotnega tveganega vedenja s hrano in bi potencialno motnjo hranjenja pri starem človeku znali prepoznati.

Starejša sogovornica je omenila, da pri drugi stanovalki opaža znake tveganega vedenja, povezane s hrano in hranjenjem ter ob tem omenjala prenažedanje. Tudi zaposlena sogovornica je omenila, da očitne znake motnje hranjenja prepozna pri dveh stanovalkah, pri čemer se je tveganega vedenja pri eni zavedala šele ob najinem pogovoru, spet druga zaposlena pa je omenila, da so v domu že imeli stanovalko z motnjo hranjenja, prepoznano še pred sprejemom v dom starejših. Ni presenetljivo torej, da večina zaposlenih meni, da se motnja hranjenja lahko pojavi pri starem človeku, kot utemeljujejo mnoge raziskave (Gange

idr., 2012; Lapid, Prom, Burton in McAlpine, 2010; Mangweth-Matzek idr., 2006; Mangweth-Matzek idr., 2013; Hicks Patrick in Stahl, 2009). Ena stanovalka celo mneni, da je pogostejša oblika motnje hranjenja pri staremu človeku verjetno kompulzivno prenašanje, na kar namigujejo tudi strokovnjaki (Gnage idr., 2012).

Večina zaposlenih sicer pravi, da motenj hranjenja pri stanovalcih ne opazajo in posebej poudarjajo težavnost njenega prepoznavanja pri staremu človeku. Navajajo, da motnjo hranjenja težko razložijo od posledic staranja, posledic bolezni, ki zmanjšujejo apetit in vplivajo na izgubo telesne teže in zdravljen ter njihovih učinkov, kar je skladno z dejavniki, ki vplivajo na energijski vnos starih ljudi, kot jih prepoznavajo Nieuwenhuizen, Weenen, Rigby in Hetherington (2009). Posledice staranja (Pečjak, 1998; Hojnik-Zupanc, 1997; Russi Zagožen, 2001), ki se pri starih ljudeh izražajo kot motnje prehranjevanja (Kobentar in Marinič, 2000), je resnično težko ločiti od motenj hranjenja in njenih izraznosti (American Psychiatric Association, 2013). Podfigurna-Stopa idr. (2015) spregovorijo prav o težavnem prepoznavanju, ki ga omenjajo zaposleni. Zaposleni hkrati prepoznavajo nujnost razločevanja motenj hranjenja od drugih stanj in menijo, da bi motnjo hranjenja pri starem človeku prepoznali po spremenjenem vedenju, povezanim s hrano in telesnih spremembah (American Psychiatric Association, 2013). Najverjetneje bi to prepoznale bolničarke in medicinske sestre, ki so v rednem stiku z ljudmi. Stanovalci pa menijo, da bi tvegano vedenje opazili v jedilnici. Pozornost stanovalcev potrjujejo opažanja o zavračanju hrane negibljivih stanovalcev in o izgubi občutka za sitost pri osebah z demenco oziroma drugih motnjah prehranjevanja (Kobentar in Marinič, 2000). Zaposleni dodajajo še odsotnost teme kot razlog za neprepoznavanje motenj hranjenja tudi pri starih ljudeh in pripisovanje teh težav le mlajšim.

Odgovori o težavnem prepoznavanju motenj hranjenja pri starih ljudeh so bili pričakovani, hkrati pa pričajo o iskrenosti besed zaposlenih, ki se ne postavijo v držo vsevednega, ki je lahko pri delu z uporabniki celo nevarna.

Zaposleni menijo, da je zmanjšana ješčnost pri starih ljudeh pogosta in običajna (Morley, 2001), kar dodatno onemogoča opažanje prisotnosti motnje hranjenja. Ne smemo pozabiti, da je za zmanjšano ješčnost lahko odgovorna tudi sprememba okolja (Hope, Ferguson, Reidlinger in Agarwal, 2017). Na drugi strani pa je nedohranjenost mogoče preprečiti z beljakovinskimi dodatki, ki ne povzročajo občutka sitosti in tako ne zmanjšujejo ješčnosti za drugo hrano (Cleeg in Williams, 2018; Giezenaar idr., 2017). Na ješčnost pozitivno vpliva

tudi prisotnost drugih, torej je stanovalce treba spodbuditi k hranjenju v skupni jedilnici, a ugibam, da samostojno gibljivi stanovalci tako ali drugače niti nimajo druge izbire, razen seveda ob posebni želji in doplačevanju postrežbe v sobo. Morda je ta vpliv najbolj smiselno uporabiti v dobrem pri negibljivih stanovalcih, pri katerih bi ješčnost povečali na način, da osebje pomaga pri hranjenju več prisotnim stanovalcem v sobi hkrati.

Ob opazanju morebitnih znakov prisotnosti motnje hranjenja bi se stanovalci z osebo pogovorili, iskali pomoč pri osebju, nekateri pa ne bi storili ničesar, saj si more človek pomagati sam. Zaposleni pa na drugi strani delujejo multidisciplinarno in v reševanje težav s hranjenjem vključujejo osebo, več zaposlenih oziroma več različnih služb doma ter sorodnike osebe. Uporabljajo že omenjene prehranske dodatke, ki izboljšujejo ješčnost osebe in njegovo prehransko sliko (Nieuwenhuizen, Weenen, Rigby in Hetherington, 2009).

V tem delu sem prejel odgovor na raziskovalno vprašanje o tem, kako zaposleni ravnaajo v primeru opaženega spremenjenega vedenja, povezanega s hrano in o tem, kako bi lahko pomagali starim ljudem z motnjo hranjenja, saj bi k reševanju stiske pristopil celoten tim. Slednje priča o razumevanju razsežnosti motnje hranjenja na človekovo življenje in potrebo po večplastnem pristopu.

Tako stanovalci kot zaposleni so podajali podobne razloge za odhod v dom, več stanovalcev pa je omenjalo odhod v dom po sili razmer. Omenjena je bila tudi samostojna odločitev za odhod v dom, nanjo pa so vplivale posledice staranja (Pečjak, 1998; Hojnik-Zupanc, 1997; Russi Zagožen, 2001) oziroma potrebe, ki jih sami niso mogli več zadovoljevati. Oboji so kot razlog navajali poslabšano zdravstveno stanje, poškodbe in bolezni, zaposleni so dodali še neprimerne socialne razmere (Band-Winterstein, Doron in Naim, 2012), stanovalci pa ubesedili nezadostnost skupnostnih oblik pomoči. Zaposleni v istem domu sta imeli navidez nasprotujoče si mnenje, saj je ena menila, da se večina stanovalcev v dom preseli po sili razmer, druga pa, da se za to odločijo samostojno. Šele ob prepisu pogovorov sem opazil, da ne gre za nasprotje, saj se, logično, človek lahko po sili razmer samostojno odloči za odhod v dom. Stanovalci so omenjali še pritisk sorodnikov na odhod v dom, kar ne ostaja neopaženo tudi pri zaposlenih.

Odhod v dom je po besedah stanovalcev in zaposlenih največkrat povezan z občutki žalosti, osamljenosti in stresa, pri čimer zaposlena dodaja, da je odhod v dom stresen za vse stanovalce, druga pa dodaja, da je poslabšanje zdravstvenega stanja po prihodu pogosto.

Witaker (2010) piše o stresu ob odhodu v dom, saj ta zareže globoko v biografsko zgodbo človeka. Stanovalci dodajajo občutke strahu, razočaranja, nejevolje in celo jok. Zaposlena omenja, da se stanovalci srečujejo z vprašanjem, ali je dom starejših njihova zadnja postaja v življenju, Witaker (2010) pa omenja prav ta pogled na dom starejših. Opisovali so fazo, ki jo Wilson (1997) poimenuje faza velike obremenjenosti, za katero so značilni opisani občutki. Stanovalci opisujejo težavno sprejemanje odhoda v dom, enako tudi zaposleni, ki pravijo, da se novega življenjskega okolja hitro privadijo le redki, kar opisujejo že Diver idr. (2015), ki pišejo o velikih spremembah, ki jih prinaša institucionalno življenje. Wilson (1997) piše, da fazo velike obremenjenosti hitreje prebrodijo tisti, ki so se za odhod v dom odločili sami, kar se v mojem raziskovanju ni povsem potrdilo, saj je stanovalka, ki je omenjala željo po odhodu v dom, po prihodu preizkusila negativne fizične posledice. Zaposleni so omenjali splošno odklanjanje stanovalcev in njihovo pritoževanje. Harnett (2010) slednje prepozna kot poskuse vpliva stanovalcev, ki trčijo v rutino institucije.

Doživljanje odhoda v dom je odvisno od razloga za odhod in zdravstvenega stanja, celo od sostanovalcev, menijo stanovalci ter pridružene druge težke življenjske preizkušnje, zaposleni pa se zavedajo, da po prihodu v dom sledi občutljivo obdobje (Wilson, 1997).

Read in Stedal (2015) kot dejavnik tveganja med drugimi omenjata spremembe na finančnem in stanovanjskem področju, zdravstvene težave, Lapid, Prom, Burton in McAlpine (2010) pa k njim dodajajo še stresne dogodke in selitev. Če omenjeno povežemo s težavami, ki pestijo stare ljudi ob odhodu v dom, opazimo, da ob prihodu v institucijo deluje vrsta dejavnikov tveganja za pojav motnje hranjenja, poleg drugih seveda. Morda pa Dudrick (2013) le ni bil tako daleč od realnosti starih ljudi, ko je pisal, da je posebno pozornost treba nameniti starim ljudem v instituciji.

Večji delež stanovalcev je kljub temu opisoval dobro sprejemanje odhoda v dom in lahkotno prilagajanje okolju. Nekateri stanovalci pa so si odhod v dom olajšali s priključevanjem skupini, širjenjem socialne mreže v domu, kar Wilson (1997) poimenuje fazo prilagajanja, v katero so stanovalci očitno vstopili razmeroma hitro.

S tem sem pridobil odgovor na eno izmed raziskovalnih vprašanj o doživljanju prihoda v institucijo, ki je lahko vse prej kot dobro. Na drugi strani pa so se ponudili odgovori o tem, da bi prihod v dom lahko olajšala priprava starega človeka na prihod, še pred odhodom vanj. Če se zavedamo pomena socialne mreže v domu in njenega prispevka k ugodnemu

doživljanju prihoda v dom, lahko stare ljudi denimo povabimo v dom, da sodelujejo pri domskih aktivnostih in že pred prihodom dobijo priložnost ustvariti dobro socialno mrežo v domu.

Skoraj vsi sogovorniki so hrano omenjali kot pomemben del življenja v domu starejših. Stanovalci so opisovali vpliv hrane na njihovo počutje, hrana pa je vir zadovoljstva. Opisan učinek in vpliv hrane na človeka opisuje Kotnik (2001), hkrati pa je hrana v domu eden od dejavnikov kakovosti življenja stanovalcev (Urh, Babnik, Rebec in Poklar Vatovec, 2017; Bollig, Gjengedal in Rosland, 2014). Hrana stanovalce povezuje, čas obrokov pa je zanje družaben dogodek (Watkins idr., 2017; Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996), priznavajo stanovalci. Čas obrokov mnogim prav tako strukturira dan (Bollig, Gjengedal in Rosland, 2014), prisotno je hitenje v jedilnico in nestrpno čakanje na hrano še pred časom strežbe, slednje pa opažajo tudi zaposleni. Nekateri stanovalci so z njim zadovoljni, za nekatere pa so časi obrokov neprimerno razporejeni v dnevu. Bennet, Ward, Scarinci in Waite (2014) poudarjajo, kako pomembni so hrana in časi obrokov stanovalcem v domu starejših ter opominjajo, da moramo z njimi odgovarjati tudi na psihosocialne potrebe, ne le zdravstvene in nutricisionistične. Wiersma in Dupuis 2010 pišeta o nameščanju telesa v institucionalno okolje, v katerem osebje izvaja svoje rutine, ki s pridruženimi drugimi institucionalnimi procesi ustvarjajo institucionalno telo. Rutine so lahko celo bolj pomembne kot želje stanovalcev. Izguba nadzora nad tako pomembnim vidikom življenja lahko predstavlja nevarnost za tvegano vedenje, povezano s hrano, motnja hranjenja pa strategija ponovnega pridobivanja nadzora nad življenjem (Dudrick, 2013).

Odnos do hrane se spremeni ob pojavu bolezni in je odvisen od zdravstvenega stanja, ugotavljajo zaposleni. Na odnos do hrane vplivajo tudi preteklost, življenjske izkušnje, pričakovanja in spomini, povezani s hrano, opažajo, kar močno sovпада z ugotovitvami Winter Falk, Bisogni in Sobal (1996) ter Edfors in Westergren (2012). Stanovalci na drugi strani opažajo, da se nezadovoljstvo oziroma stiske izražajo s hrano, v hranjenju, kar zveni opozorilno na pojav tvegane vedenja, povezanega s hrano oziroma motnje hranjenja (Middleton in Smith, 2012; Sernec, 2010a).

Stanovalci v veliki meri izražajo zadovoljstvo s hrano in njenim okusom, menijo, da je zdrava in nutricisionistično ustrezna. Opaziti je skromno držo, kot jo opisuje Mali (2006), saj spregovorijo o preskrbljenosti s hrano in pijačo, domsko hrano zagovarjajo in enačijo s hrano v restavraciji, ki ni nič boljša, hkrati pa neposredno ubesedijo nujnost skromnosti.

Na drugi strani pa stanovalci izražajo tudi nezadovoljstvo s hrano, prepoznajo, da na nezadovoljstvo s hrano vpliva splošno nezadovoljstvo z življenjem v domu (Burrack, Weiner, Reinhardt in Annunziato, 2012). Nezadovoljstvo s hrano je izraz težav v odnosih ali pa zdravstvenih težav, menijo. Izražanje nezadovoljstva prek vedenja, povezanega s hrano, lahko vodi v resnejše tvegano vedenje (Middleton in Smith, 2012; Sernec, 2010a). Zaposleni in stanovalci opažajo, da so pritožbe nad hrano redne, možnost izražanja mnenja pa je zagotovljena na mesečnem sestanku stanovalcev, izražanje pritožb neposredno osebu ali pa pisno, z oddajo mnenja v nabiralnik, namenjen prav temu. Nekateri stanovalci razumejo organizacijske prepreke institucije in nemožnost ugajanja vsem, pa vendar je to moteče (Bollig, Gjengedal in Rosland, 2014).

Na ješčnost vplivajo postrežba, videz in okus hrane (Winter Falk, Bisogni in Sobal, 1996) ter počutje, pravijo stanovalci, pri sebi pa ne opažajo sprememb v ješčnosti. Zaposlena opazi, da stanovalci niso navdušeni nad modernimi jedmi in imajo raje tradicionalne (Edfors in Westergren, 2012). Stanovalci so ješči in z odhodom v dom starejših običajno pridobijo na telesni teži, opažajo zaposleni in dodajajo, da je ješčnost odvisna o zdravstvenega stanja, dentalnega stanja in starosti (Rigby in Hetherington, 2009).

Eno izmed raziskovalnih vprašanj je vsebovalo zanimanje o spremenjenem odnosu do hrane po prihodu v institucijo, v tem delu pa sem dobil odgovor o tem, da ima hrana v domu velik pomen za mnoge stanovalce. Sprememb v odnosu do hrane po prihodu v institucijo ni bilo zaznati, omenjalo pa se je spremembe v odnosu zaradi spremenjenega zdravstvenega stanja. Stanovalci opisujejo stabilno ješčnost, torej ni zaznati posebnih sprememb, medtem ko zaposlena omenja pridobitev teže večine stanovalcev. Omenjeno lahko pomeni, da stanovalci ne opazijo sprememb v odnosu do hrane ali pa si jih ne priznajo.

Stanovalci spregovorijo, da so se institucionalnemu življenju dobro prilagodili, sprejeli novo okolje, z življenjem v domu so zadovoljni in navajajo občutke sreče ter odsotnost strahu in osamljenosti. Wilson (1997) to imenuje faza sprejetja, v kateri stanovalci presežejo občutke nezadovoljstva in žalosti, se uzrejo v prihodnost, v domu pridobijo nove prijatelje.

K dobremu sprejemanju in doživljanju novega okolja vplivajo domske aktivnosti, opisujejo stanovalci, sodelovanje pri teh pa Wilson (1997) opisuje kot del sprejemanja institucije, Bollig, Gjengedal in Rosland (2014) pa ugotavljajo, da sodelovanje pri dnevnih aktivnostih in socialni stik ugodno vplivajo na dobro počutje stanovalcev. Stanovalci oblikujejo svoj

dan, navade in rituale, ohranjajo lastno voljo, postavljajo meje in storitve prilagajajo svojim željam in potrebam, kar potrjuje, da institucionalno okolje ni tako strogo rutinsko in neizprosno, kot to opisuje Harnett (2010). K dobremu sprejemanju in doživljanju doma starejših prispevajo tudi dobri odnosi z drugimi stanovalci, sorodniki in drugimi znanci. Zaposleni opažajo premajhen prispevek sorodnikov, saj so obiski prekratki in redki.

Zaposleni menijo, da na doživljanje doma vplivajo zdravstveno stanje, samostojnost in zmožnosti stanovalca, s tem pa institucionalno okolje bolje doživljajo samostojnejši stanovalci, najverjetneje, ker lahko izrazijo in uveljavijo svojo voljo (Bukovec, 2015).

Stanovalci izražajo zadostno mero zasebnosti, na drugi strani pa zaposlena spregovori o tem, da je stanovalci želijo več. Občutek pomanjkanja zasebnosti v domu starejših ni nič novega (Habjanič, 2009; Wiersma in Dupuis, 2010; Mali, 2006), a ga stanovalci niso omenjali, zaposlena pa o zasebnosti morda presoja po svojih občutkih o tem, kaj je premalo. Zadovoljstvo z zasebnostjo je zaradi vzorca stanovalcev pričakovan rezultat, saj so prav vsi stanovali v enoposteljni sobi.

Vsi stanovalci so izražali sprejemanje pravil doma, ki za njih niso bila moteča in jih niso omejevala, zaposleni pa potrdijo spoštovanje domskega reda. Sprejemanje okolja, vključno z njegovimi pravili, že presega fazo sprejetja (Wilson, 1997). Watkins idr. (2017) ugotavljajo, da stanovalce najbolj omejujejo varnostna in zdravstvena pravila doma, ki pa jih intervjuvanci morda niso občutili. Bukovec (2015) piše o togosti reda in občutku stanovalcev, da se mu morajo podrediti, medtem ko skromna drža (Mali, 2006) to dovoljuje in omogoča. Stanovalci so na drugi strani ubesedili ločevanja doma starejših in primarnega doma, v katerem so stanovali pred odhodom v dom, kar morda priča o nepopolnem sprejetju novega okolja in ponotranjenju prostora kot doma.

Večina stanovalcev je omenjala dobre odnose z drugimi, občasni pa so tudi konflikti, ki so bolj pogosti v dvoposteljnih sobah (Wilson, 1997). Enako stanovalci izražajo dober in zadovoljiv odnos med njimi in zaposlenimi, zaupajo njihovim kompetencam in se z njimi lahko dogovarjajo o storitvah, občasni pa so tudi konflikti, saj stanovalci doživljajo nepravilen in nespoštljiv odnos, osebje pa je živčno, pravijo. Opuščajo obveznosti, izmikajo se delu, ne izpolnjujejo obljub in delo prilagajajo v svoje dobro, osebje opišejo stanovalci. Stanovalci opažajo, da je zaposlenih premalo, to pa povzroča pomanjkanje časa in hitenja, s čimer se strinjajo tudi zaposleni. De Veer in Kerkstra (2001) ugotavljata, da vse več oseb v

domovih potrebuje veliko pomoči, osebja pa je premalo, kar jih močno bremeni, časa nimajo niti za pogovor, odnos do stanovalcev pa pomembno vpliva na občutek domačnosti.

Stanovalci prepoznavajo dobre pogoje življenja v domu. Hrane je dovolj, za gospodinjstva opravila je poskrbljeno, enako za nego in zdravnika, strah pred bolečino pa je zmanjšan.

Na doživljanje institucionalnega okolja imajo velik vpliv domske aktivnosti in široka paleta le teh (Gjengedal in Rosland, 2014), že omenjena hrana (Urh, Babnik, Rebec in Poklar Vatovec, 2017; Bollig, Gjengedal in Rosland, 2014) ter osebje in njihova številčnost (De Veer in Kerkstra, 2001), izražajo stanovalci in zaposleni. Stanovalci priznavajo tudi svoj vpliv na zadovoljstvo. Na doživljanje doma vpliva tudi prilagajanje pravilom in redu, sledenje tem (Flaker, 1998), četudi za ceno izgubljanja osebnostnih edinstvenosti v množici ljudi. Del vpliva ima zdravstveno stanje, prepoznavajo zaposleni in stanovalci, po mnenju večine pa tudi medosebni odnosi vseh prisotnih, tudi sorodnikov.

Videti je, da večina stanovalcev dobro sprejema domsko življenje, kar je verjetno rezultat tega, da druge izbire niti nimajo. Del raziskovalnega vprašanja se je nanašal na možnosti za boljše izkušnje institucionalnega okolja. Ob zavedanju pomena hrane moramo tej nameniti veliko več pozornosti, kot jo namenjamo zdaj. Doživljanje doma je olajšano s pomočjo domskih aktivnosti, omenjajo stanovalci, zato moramo stremeti k temu, da jih dom ponuja čim več ter da imajo stanovalci po želji vedno na voljo neko dogajanje. Na izkušnjo doma vplivajo tudi odnosi med stanovalci in zaposlenimi, zato je smiselno pogled usmeriti tudi v možnost izboljšav na tem področju in zaposlene, denimo, s pomočjo izobraževanj naučiti ustrezne besedne in nebesedne komunikacije s starimi ljudmi ter jih naučiti ustreznega reševanja morebitnih konfliktov. Izkušnjo institucionalnega okolja pa oblikuje tudi hitenje zaposlenih, njihovo pomanjkanje časa zaradi premajhne številčnosti, kar pa posega v finančne zmožnosti doma in zahtevo ureditve na ravni državi.

Na samopodobo imajo velik vpliv aktivnosti, ki ohranjajo telesno zmogljivost, druge osebe in odnos z njimi, videz, razpoloženje, preteklost, dosežki in življenjske izkušnje, ubesedijo stanovalci, zaposleni pa izpostavijo predvsem vpliv zmogljivosti telesa. Russi Zagožen (2001) piše o pomenu občutka življenjskih dosežkov, saj ima človek šele v starosti možnost pred seboj razgrniti vso svojo preteklost in ocenjevati življenjske uspehe. Oboji se strinjajo, da na samopodobo vpliva zdravstveno stanje osebe. Stanovalci in zaposleni spregovorijo o stabilnosti samopodobe, na katero staranje nima vpliva, kar je v nasprotju z ugotovitvami

Tiggemann (2004), ki prepoznava stabilnost telesne samopodobe le na nekaterih ravneh, ne pa stabilnost celotne samopodobe.

Nekateri stanovalci so izražali slabo samopodobo, večji del stanovalcev pa je opisoval dobro samopodobo s pridruženim zadovoljstvom s seboj, z občutkom mlajših let (Kleinspehn-Ammerlahn Kotter-Grühn in Smith, 2008; Kotter-Grühn in Hess, 2012) in občutkom zmogljivosti. Občutek hvaležnosti telesu za njegovo zmogljivost je pri starih ljudeh pogost (Tiggemann in McCourt, 2013). Stanovalci so dobro samozavest dosegali z zavedanjem svojih vrlin in dosežkov, sprejemanjem življenjskega stanja in z dobim odnosom do sebe.

Staranje ni lepo in ni lahko, zaposleni pa povedo, da stanovalci staranje opisujejo kot neprijetno, žalostno, polno izgub in omejitev (Pečjak, 1998; Hojnik-Zupanc, 1997; Russi Zagožen, 2001), prežeto z bolečino in trpljenjem (Gilleard, 2018). Tema smrti je vseprisotna (Witaker, 2010). Starost je lepa v zdravem telesu, ubesedijo stanovalci. Sklepamo lahko, da na izkušnjo staranja in starosti vpliva zdravstveno stanje. Zaposleni menijo, da na izkušnjo staranja vpliva tudi zadovoljstvo osebe z njegovo preteklostjo (Russi Zagožen, 2001), stanovalci pa izražajo pomen zmogljivega telesa, najverjetneje iz razloga, da aktivno telo omogoča opravljanje aktivnosti, ki jih oseba razume kot del njegove identitete (Kling, Wängqvist in Frisén, 2018). Na drugi strani pa nekateri sprejemajo starost kot naravni del življenja.

Doživljanje staranja in starosti so stanovalci največkrat opisovali prek telesa (Wiersma in Dupuis 2010) in ob tem naštevati že omenjene posledice in slabšanje zmogljivosti, na drugi strani pa jih je več omenjalo zadovoljstvo z zmogljivostjo telesa. Stanovalci opazijo spremembe videza, a jim te niso moteče, kar morda pojasnjujejo Bennett, Hurd Clarke, Kowalski in Crocker (2017), ki pri starih ljudeh opisujejo preusmeritev pozornosti od videza in upadanja zmožnosti k ohranjanju zdravja in zmogljivosti.

Omenjene posledice staranja, slab odnos do staranja in nesprejemanje le te lahko dajejo občutek izgube nadzora nad življenjem, sklepam, motnja hranjenja pa se lahko prikrade kot eden izmed poskusov ponovnega pridobivanja nadzora (Middleton in Smith, 2012).

Nekateri stanovalci ne opažajo sprememb v odnosu do svojega telesa, sprejemajo svoje telo in njegove omejitve. Skrbijo za telo in njegov videz. Na drugi strani pa jih nekaj govori o slabem odnosu do telesa in nezadovoljstvu z njim. Zaposleni menijo, da na slabšanje odnosa do telesa vplivajo omejitve telesa, bolečine in slabo zdravstveno stanje.

Tako sem dobil odgovor na še eno raziskovalno vprašanje, v katerem me je zanimal odnos starih ljudi do svojega telesa in morebitne spremembe odnosa po odhodu v dom. Sogovorniki niso opazali spremenjene samopodobe ali sprememb v odnosu do svojega telesa in videti je, da sta omenjena razmeroma stabilna, navkljub vsem spremembam, ki jih prinaša staranje. Na drugi strani pa je večkrat izpostavljeno povečevanje zmogljivosti telesa, ki je očitno vpeto v identiteto in odnos do telesa, medtem ko staranje prinaša omejitve, ki lahko zmanjšajo zmogljivost telesa, s tem pa negativno vplivajo na odnos do lastnega telesa. Iz tega sledi, da se moramo stanovalcem pridružiti v njihovi realnosti in obenem omogočiti pogled na tisto, kar njihovo telo še zmore, hkrati pa jim pomagati ohranjati obstoječo zmogljivost.

Videti je, da institucija lahko negativno deluje na človeka, omenjeni vpliv pa se začne že ob odhodu v dom, ki je najpogostejše stresen. Četudi sogovorniki omenjajo sprejemanje rutine in pravil doma, gre pri tem lahko le za skromno držo, medtem ko so izgubili nadzor nad lastnim življenjem, vpliv na odločanje o njem, izgube nadzora pa si morda niti nočejo priznati. Točno določen čas hranjenja, ki po njihovem mnenju pogosto ni ustrezen, lahko doživljajo kot nadzor nad hrano in hranjenjem, obenem pa čas obrokov nekaterim strukturira dan, hrana vpliva na njihovo počutje in ima velik pomen v domskem življenju. Na podlagi omenjenega sklepam, da se institucionalno okolje in način organiziranja življenja v njem v nekaterih ozirih približuje dejavnikom tveganja za pojav motenj hranjenja ali pa najmanj drugih tveganjih ravnanj, povezanih s hrano in hranjenjem.

Ob pisanju teoretičnega uvoda sem še vedno opazal podhranjenost literature na področju motenj hranjenja pri starih ljudeh, enako pa pomanjkanje literature o telesu v socialnem delu. Malo je dostopnih raziskav, ki ugotavljajo morebitne spremembe v samopodobi skozi celotno življenje, a ugibam, da težava nastane že zaradi samega koncepta samopodobe, ki ga je vse prej kot lahko povzeti, kaj šele raziskati njegove značilnosti. O staranju in njegovih posledicah je na voljo dovolj strokovne literature, vendar pa kljub temu opažam premalo posvečanja pozornosti doživljanju staranja in starosti z vidika starih ljudi in pa morebitnih sprememb v odnosu do telesa.

Zaradi majhnega vzorca raziskave ni mogoče posplošiti na vso populacijo starih ljudi v instituciji, prav tako pa je bil vzorec slučajnostni, priročen, kar onemogoča posploševanje. Obenem to ni bil namen, temveč sem želel raziskati obstoječo realnost sogovornikov, starih ljudi v instituciji. Opazil sem, da nekateri zaposleni o motnjah hranjenja govorijo z veliko

vednostjo, kasneje pa pomislil, da so bili o raziskovani temi obveščeni, s tem pa so dobili možnost, da si o motnjah hranjenja kaj preberejo pred mojim prihodom. Tega ne morem trditi, a moram upoštevati tudi to možnost.

6. Sklepi

- O motnjah hranjenja ali pa vsaj značilnemu vedenju ob njihovem pojavu so stanovalci in zaposleni v domovih v splošnem dobro obveščeni, prepoznajo več oblik motenj hranjenja in opisujejo tvegano vedenje, četudi občasno ne poznajo strokovnega poimenovanja za opisano vedenje.
- Motnje hranjenja pri starih ljudeh so še vedno tabu. Tema ni prisotna, stanovalci in predvsem zaposleni v domovih za starejše pa o možnosti pojavnosti motnje hranjenja tudi pri starem človeku niso dobro obveščeni, kar onemogoča njeno prepoznavanje, opazanje.
- Hrana je v domu starejših zelo pomembna, njen vpliv na stanovalce pa razsežen. Hrana vpliva na počutje stanovalcev, časi obrokov pa mnogim strukturirajo dan.
- Samopodoba, odnos do telesa in ješčnost so pri starejših sogovornikih razmeroma stabilni in institucionalno okolje ter staranje nanje morda nimata vpliva.
- Odhod v institucijo lahko vzbudi neželene občutke, prav tako pa je institucija specifično okolje, ki lahko negativno vpliva na človeka in njegovo psihično stanje. Institucionalno okolje in način organiziranja življenja v njem se približuje dejavnikom tveganja za pojav motenj hranjenja oziroma tveganih ravnanj, povezanih s hrano in hranjenjem.
- Zaposleni v instituciji opazajo spremembe v ješčnosti in bi opazili tvegano vedenje, povezano s hrano, še posebej osebje, ki je v pogostem stiku s stanovalci v domu. Prav tako so zaposleni dovolj kompetentni, da multidisciplinarno pristopijo k morebitni motnji hranjenja, obenem pa domove obiskuje psihiater, ki lahko po potrebi nudi dodatno podporo.
- Tvegano vedenje, povezano s hrano in hranjenjem, že opazajo tako stanovalci kot zaposleni in pri stanovalcih opazajo nekatere znake, ki so običajni ob prisotnosti motnje hranjenja. Slednje je opozorilno in nas opominja na realnost ter možnost pojavljanja motnje hranjenja tudi pri starih ljudeh in dalje starih ljudeh v instituciji. Večina sogovornikov prav tako priznava možnost pojava motnje hranjenja pri staremu človeku.

7. Predlogi

- Socialno delo mora nameniti več pozornosti telesu, še posebej staremu telesu. Predlagam raziskovanje sprememb v odnosu do telesa v procesu staranja in vpliv institucije na omenjeni odnos.
- Ob govoru o motnjah hranjenja moramo prenehati omenjati, katera oblika motnje hranjenja je bolj pogosta pri določenem biološkem spolu in v katerem starostnem obdobju. Ustvarjamo razlikovanje, ki stare ljudi izključuje iz vidnega polja in jim motnje hranjenja sicer ne pripisujemo, s tem pa resničnost nekaterih starih ljudi potiskamo ob stan.
- Domovi za starejše morajo prepoznati velik pomen hrane in njen vpliv na stanovalce. Z večjo fleksibilnostjo časa obrokov in možnostjo izbire obroka bi stari ljudje verjetno pridobili del občutka nadzora nad svojim življenjem.
- Predlagam raziskovanje odklanjanja hrane stanovalcev, da bi raziskali, kako ta pojav nastane in kako ga preprečiti ter ga reševati na človeku bolj prijazen način, ki presega invazivne zdravstvene postopke.
- Raziskati je vredno tudi tvegano vedenje, povezano s hrano in hranjenjem, pri osebah z demenco in možnost pojava motnje hranjenja tudi pri njih.

8. Viri

1. Accetto, B. (1968). *Staranje, starost in starostno varstvo*. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije.
2. Adams-Price, C. E., Morse, L. W. (2009). Dependency Stereotypes and Aging: The Implications for Getting and Giving Help in Later Life. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2967–2984.
3. Aleksić, J. (2001). Ideologija hrane: karnivorstvo vs. vegetarijanstvo. *Teorija in praksa*, 38(2), 307–327.
4. Allen, M. S., Walter, E. E. (2016). Personality and body image: A systematic review. *Body Image*, 19, 79–88.
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
6. Apostolopoulou, M., Savopoulos, C., Michalakis, K., Coppack, S., Dardavessis, T., Hatzitolios, A. (2012). Age, weight and obesity. *Maturitas*, 71(2), 115–119.
7. Bailey, K. A., Gammage, K. L., van Ingen, C. (2017). How do you define body image? Exploring conceptual gaps in understandings of body image at an exercise facility. *Body Image*, 23, 69–79.
8. Band-Winterstein T., Doron, I., Naim, S., (2012). Elder self neglect: A geriatric syndrome or a life course story?. *Journal of Aging Studies*, 26, 109–118.
9. Bennet, M. K., Ward, E., Scarinci, N., Waite, M. (2014). Perspectives on mealtime management in residential aged care: insights from a cross-disciplinary investigation. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 33(4), 325–339.
10. Bennett, E. V., Hurd Clarke, L., Kowalski, K. C., Crocker, P. R. E. (2017). “I’ll do anything to maintain my health”: How women aged 65-94 perceive, experience, and cope with their aging bodies. *Body Image*, 21, 71–80.
11. Best-Boss, A. (2012). *The Everything Parent's Guide to Eating Disorders: The information plan you need to see the warning signs, help promote positive body image, and develop a recovery plan for your child*. Avon, Massachusetts, USA: Adams Media.
12. Bollig, G., Gjengedal, E., Rosland, J. H. (2014). Nothing to complain about? Residents’ and relatives’ views on a ‘good life’ and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(2), 142–153.

13. Braun, T. D., Park, C. L., Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17,117–131.
14. Bukovec, M. (2015). Ugotavljanje vpliva stanovalcev na kakovost storitev v domu starejših občanov. *Socialno delo*, 54 (1), 21–30.
15. Bulk, C. M., Kendler, K. S. (2000). "I Am What I (Don't) Eat": Establishing an Identity Independent of an Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1755–1760.
16. Burrack, O. R., Weiner, A. S., Reinhardt, J. P., Annunziato, R. A. (2012). What Matters Most to Nursing Home Elders: Quality of Life in the Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 48–53.
17. Čačinovič Vogrinčič, G. (2010). Soustvarjanje pomoči v jeziku socialnega dela. *Socialno delo*, 49(4), 239–245.
18. Cartwright, M. M. (2013). *Does Grandma have an Eating Disorder? Older anorexics and bulimics are on the rise*. Pridobljeno 20. 8. 2018 s <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/food-thought/201310/does-grandma-have-eating-disorder>
19. Cicmil, N., Eli, K. (2014). Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies. *Body image*, 11(3), 266–274
20. Clegg, M. E., Williams, E. A. (2018). Optimizing nutrition in older people. *Maturitas*, 112, 34–38.
21. Copak, M., Uzman, S. (2010). Nefarmakološki pristop pri zdravljenju motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik*, 61(2),113–116.
22. Cristoforetti, A., Gennai, F., Rodeshini, G. (2011). Home sweet home: The emotional construction of places. *Journal of Aging Studies*, 25, 225–232.
23. De Castro, J. M. (2002). Age-Related Changes in the Social, Psychological, and Temporal Influences on Food Intake in Free-Living, Healthy, Adult Humans. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A(6), 368–377.
24. De Veer, A. J. E., Kerkstra, A. (2001). Feeling at home in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 427–434.
25. Divert, C., Laghmaoui, R., Crema, C., Issanchou, S., Wymelbeke, V. V., Sulmont-Rossé, C. (2015). Improving meal context in nursing homes. Impact of four strategies on food intake and meal context. *Appetite*, 84,139–147.
26. Dudrick, S. J. (2013). Older Clients and Eating Disorders. Pridobljeno 20. 8. 2018. s <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/110413p44.shtml>

27. Edfors, E., Westergren, A. (2012). Home-Living Elderly People's Views on Food and Meal. *Journal of aging research*. Pridobljeno 20. 8. 2018 s <http://downloads.hindawi.com/journals/jar/2012/761291.pdf>
28. Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc Krašovec, S., Kump, S., Mali, J. (2014). *Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave*. Fakulteta za družbene vede: Založba FDV.
29. Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti*. Ljubljana: Založba / *cf
30. Flaker, V. @Boj za (2012). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba /*Cf.
31. Fleming, A., Kydd, A., Stewart, S. (2017). Care homes: The developing ideology of a homelike place to live. *Maturitas*, 99, 92–97.
32. Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 832–844.
33. Ghaderi, A., Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122–130.
34. Giezenaar, C., Trahair, L. G., Luscombe-Marsh, N. D., Hausken, T., Standfield, S., Jones, K. L., Lange, K., Horowitz, M., Chapman, I., Soenen, S. (2017). Effects of randomized whey-protein loads on energy intake, appetite, gastric emptying, and plasma gut-hormone concentrations in older men and women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(3), 865–877.
35. Gilleard, C. (2018). Suffering: The darker side of ageing. *Journal of Aging Studies*, 44, 28–33.
36. Habjanič, A. (2009). *Quality of institutional elderly care in Slovenia* (Doktorsko delo). Pridobljeno 20. 8. 2018 s <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514291869.pdf>
37. Habjanič, A., Saarnio, R., Elo, S., Mičetić Turk, D., Isola, A. (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2579–2589.
38. Harnett, T. (2010). Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 292–301.

39. Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E., Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29(2), 208–224.
40. Hicks Patrick, J., Stahl, S. T. (2009), Understanding Disordered Eating at Midlife and Late Life. *The Journal of General Psychology*, 136(1), 5–20.
41. Hilbert, A., Pike, K.M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 500–506.
42. Hodge, A. M., English, D. R., Giles, G. G., Flicker, L. (2013). Social connectedness and predictors of successful ageing. *Maturitas*, 75(4), 361–366.
43. Hojnik-Zupanc, VI (1997). *Dodajno življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije
44. , G. M., Bouras, N., Watson, J. P., (1988). Down's syndrome and eating disorders. A case study. *The british Journal of Psychiatry*, 152, 847–848.
45. Hope, K., Ferguson, M., Riedlinger, D. P., Agarwal, E. (2017). I don't eat when I'm sick: Older people's food and mealtime experiences in hospital. *Maturitas*, 97, 6–13.
46. Hsiao, HC., Chao, HC., Wang, JJ. (2013). Features of problematic eating behaviours among community-dwelling older adults with dementia: Family caregivers' experience. *Geriatric Nursing*, 34(5), 361–365.
47. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. (2016). Pridobljeno 20. 8. 2018 s <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
48. Jovanović, K. (2010). *Izgubljeni v iskanju sebe: Knjiga o bulimiji nervozi, kompulzivnem prenejanju in avtoagesiji*. Šmarje-Sap: Buča.
49. Kally, Z., Cumella, E. J. (2008). 100 Midlife Women With Eating Disorders: A phenomenological Analysis of Etiology. *The Journal of General Psychology*, 135(4), 359–377.
50. Keel, P. K., Jean Forney, K. (2003). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders issue*, 46(5), 433–439.
51. Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., Smith, J. (2008). Self-Perceptions and Aging: Do Subjective Age and Satisfaction With Aging Change During Old Age?. *Journal of Gerontology*, 63B(6), 377–385.
52. Kling, J., Wängqvist, M., Frisén, A.(2018). “This body is me”: Discovering the ways in which the body is salient in people's identity. *Body Image*, 24, 102–110.

53. Kobentar, R., Marinič, M. (2000). Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 34(5–6), 209–214.
54. Kogovšek, N., Petković, B., (2007). *O diskriminaciji : priročnik za novinarke in novinarje*. Ljubljana : Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
55. Kontos, P. C. (1998). Resisting institutionalization: Constructing Old Age and Negotiating Home. *Journal of Aging Studies*, 12(2), 167–184.
56. Kornhauser, A., Mali, J. (2013). Priprava starega človeka na življenje v domu. *Socialno delo*, 52(5), 321-350.
57. Kotnik, V. (2001). Utelešenje sebstva in izgradnja identitete ob spominu na hrano: O telesu, identiteti in spominu kot socialnih produktih hrane. *Teorija in praksa*, 38(5), 861–880.
58. Kotter-Grühn, D., Hess, T. M. (2012). The Impact of Age stereotypes on Self-perceptions of Aging Across the Adult Lifespan. *The Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563–571.
59. Krpič, T. (2011). Staro telo v sociološki teoriji. *Teorija in praksa*, 48(1), 108–124.
60. Kuhar, M. (203). Zakaj dekleta pazijo na svojo težo? Družbeno-kulturni in medosebni vplivi na telesno smpodobo in na nadzorovanje teže. *Psihološka obzorja*, 12(2), 113–127.
61. Kvaternik, I., Grebenc, V. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer “dvojnih diagnoz”. *Teorija in praksa*, 45(1-2), 129–143.
62. Lapid, I. M., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E. (2010). Eating disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 523–536.
63. Lee, D. T. F., Yu, D. S. F., Kwong, A. N. L. (2009). Quality of life of older people in residential care home: a literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(2), 116–125.
64. Lee, J. S., Visser, M., Tylavsky, F. A., Kritchevsky, S. B., Schwartz, A. V., Sahyoun, N., Harris, T. B., Newman, A. B. (2010). Weight Loss and Regain and Effects on Body Composition: The Health, Aging, and Body Composition Study. *The journals of gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 65A(1), 78–83.
65. Lewis, D. M., Cachelin, F. M. (2001). Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. *Eating Disorders*, 9(1), 29–39.
66. Macht, M., (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11.

67. Main, J., Reddy, L., Lazarevic, M., Whelan, P. J. (2011). Are late-onset eating disorders in the elderly really the more common variant? Concerns around publication bias. *International Psychogeriatrics*, 23(4), 670–676.
68. Mali, J. (2001). Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V V. Hlebec (ur.), *Starejši v družbi sprememb* (str. 95–107). Maribor: Založba Aristej in avtorice.
69. Mali, J. (2006). Koncept totalne ustanove in domovi za stare. *Socialno delo*, 45(1/2), 17–27.
70. Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp C. I., Kemmler, G., Pope Jr, H. G., Kinzl, J. (2013). The menopausal transition—A possible window of vulnerability for eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6) 609–616.
71. Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Assmayr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., Whitworth, A. B. (2006). Never Too Old for Eating Disorders or Body Dissatisfaction: A Community Study of Elderly Women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 583–586.
72. Marken, D. (2004). Enhancing the Dining Experience in Long-Term Care. *Journal of nutrition for the elderly*, 23(3), 99–109.
73. Martín, M. A. C., de Mateo Silleras, B., del Río, M. P. R. (2018). Body Composition in Older Adults. V J. L. Ram, (ur.), P. M. Conn (ur.), *Conn's Handbook of Models for Human Aging, Second edition* (str. 69–78). Cambridge, Massachusetts: Academic Press.
74. Mercado Thornton, R. (2015). Speaking an Elderly Body Into a Visible Space: Defining Moments. *Qualitative Inquiry*, 21(1), 66–76.
75. Mesec, B. (2007). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II : študijsko gradivo*, 2. izdaja. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
76. Mesec, B. (2009). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: Načrtovanje raziskave, študijsko gradivo za interno uporabo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
77. Middleton, K., Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja: prvi koraki na poti do ozdravitve*. Koper: Ognjišče.
78. Midlarsky, E., Nitzburg, G. (2008). Eating disorders in Middle-Aged Women. *The Journal of General Psychology*, 135(4), 393–407.
79. Mond, J. M. (2013). *Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5*. Pridobljeno 20. 8. 2018 s <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/2050-2974-1-33>

80. Morgan, C. D., Marsh, C. (2006). Bulimia Nervosa in an Elderly Male: A Case Report. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 170–171.
81. Morley, J. E. (2001). Decreased Food Intake With Aging. *Journals of Gerontology: Series A*, 56(Special Issue II), 81–88.
82. Mrevlje, G. B. (2010). Motnje hranjenja in avtoagresivnost. *Farmacevtski vestnik*, 61(2), 110–112.
83. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2008). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM), Verzija 6*. Pridobljeno 20.8.2018 s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf
84. Nakata, R., Kawai, N. (2017). The “social” facilitation of eating without the presence of others: Self-reflection on eating makes food taste better and people eat more. *Physiology & Behaviour*, 179, 23–29.
85. Nieuwenhuizen, W. F., Weenen H., Rigby, P., Hetherington, M.M. (2009). Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition*, 29(2), 160–169.
86. Payette, H., Coulombe, C., Boutier, V., Gray-Donald, K. (2000). Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(6), 579–587.
87. Pečjak, V. (1998). *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete
88. Peile, C. (1998). Emotional and Embodied Knowledge: Implications for Critical Practice. *The Journal of Sociology and Social Welfare*, 25(4), 39–59.
89. Penič, B. (2014). *Stari ljudje in motnje hranjenja* (Diplomsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
90. Pettigrew, S., Worrall, C., Biagioni, N., Talati, Z., Jongenelis, M. (2017). The role of food shopping in later life. *Appetite*, 111, 71–78.
91. Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M., Meczekalski, B. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas*, 82(2), 146–152.
92. Read, B. L., Stedal, K. (2015). Eating disorders in men aged midlife and beyond. *Maturitas*, 81, 248–255.

93. Reed, M., de Castro, J. M. (1992). Social Facilitation of Eating: Effects of Social Instruction on Food Intake. *Physiology & Behaviour*, 52(4), 749–754.
94. Rogers, P. J. (2017). Food and drug addictions: Similarities and differences. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 153, 182–190.
95. Russi Zagožen, I. (2001). *Priročnik za voditelje skupin starih za samopomoč*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
96. Ryvicker, M. (2009). Preservation of self in the nursing home: Contradictory practices within two models of care. *Journal of aging Studies*, 23(1), 12–23.
97. Salihu, H. M., Bonnema, S. M., Alio, A. P. (2009). Obesity: What is an elderly population growing into?. *Maturitas*, 63(1), 7–12.
98. Saunders, J., Smith, T. (2010). Malnutrition: causes and consequences. *Clinical Medicine*, 10(6), 624–627.
99. Sernec, K. (2010a), Hrana ne sme biti sredstvo nagrajevanja, kaznovanja in nadzora. Pridobljeno 20. 8. 2018 s http://www.nasa-lekarna.si/uploads/media/Nasa_lekarna_stevilka45.pdf
100. Sernec, K. (2010b), Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik*, 61(2), 106–109.
101. Simmons, S. F., Cleeton, P., Porchak, T. (2009). Resident complaints About the Nursing Home Food Service: Relationship to Cognitive Status. *Journal of Gerontology: psychological Sciences*, 64B(3), 324–327.
102. Šircelj, M. (2001). Staranje prebivalstva v Sloveniji. V V. Hlebec (ur.), *Starejši v družbi sprememb* (str. 15-43). Maribor: Založba Aristej in avtorice.
103. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2016). *Poudarki iz analiz*. Pridobljeno 20. 8. 2018 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Poudarki-iz-kumulativnega-staticnega-porocila-za-leto-2016.pdf>
104. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2018). *Kapacitete - domovi za starejše in posebni socialnovarstveni zavodi*. Pridobljeno 20. 8. 2018 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Pregled-kapacitet-institucionalnega-varstva-starejsih-in-posebnih-skupin-odraslih-1.1.2018.pdf>
105. Smith, J., Freund, A. M. (2002). The Dynamics of Possible Selves in Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(6), 492–500.
106. Spence, C. (2017). Comfort food: A review. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 9, 105–109.

107. Sternad, D. M. (2001). *Motnje hranjenja: Od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*. Ljubljana: Samozaložba.
108. Tangenberg, K. M., Kemp, S. (2002). Embodied Practice: Claiming The Body's Experience, Agency, and Knowledge for Social Work. *Social Work*, 47(1), 9–18.
109. Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41.
110. Tiggemann, M., McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationship with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624–627.
111. Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
112. Urh, N., Babnik, K., Rebec, D., Poklar Vatovec, T., (2017). Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), 207–218.
113. Valentine, G. (1999). Eating in: home, consumption and identity. *The Sociological Review*, 47(3), 491–524.
114. Vartanian, L. R., Herman, C. P., Polivy, J. (2016). What does it mean to eat an appropriate amount of food?. *Eating behaviours*, 23, 24–27.
115. Vesnaver, E., Keller, H. H., Sutherland, O., Maitland, S. B., Locher, J.L. (2015). Food behaviour change in late-life widowhood: A two-stage process. *Appetite*, 95, 399–407.
116. Vetrano, D. L., Collamati, A., Magnavita, N., Sowa, A., Topinkova, E., Finne-Soveri, H., Van der Roest, H. G., Tobiasz-Adamczyk, B., Giovannini, S., Ricciardi, W., Bernabei, R., Onder, G., Poscia, A. (2018). Health determinants and survival in nursing home residents in Europe: Results from the SHELTER study. *Maturitas*, 107, 19–25.
117. Wansink, B., Cheney, M. M., Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & Behaviour*, 79(4-5), 739–747.
118. Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Backhouse, A., Moore, D., Tarran, M. (2017). Attitudes, perceptions and experiences of mealtimes among residents and staff in care homes for older adults: A systematic review of the qualitative literature. *Geriatric Nursing*, 38(4), 325–333.
119. Whitaker, A., (2010). The body as existential midpoint - the aging and dying body of nursing home residents. *Journal of Aging Studies*, 24(2), 96–104.
120. Wiersma, E. C. (2007). *Making Institutional Bodies: Socialization into the Nursing Home* (Doktorsko delo). Pridobljeno 20. 8. 2018 s <https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/3146/PDF%20Final%20Dissertation.pdf;sequence=1>

121. Wiersma, E., Dupuis, S. L. (2010). Becoming elderly bodies: Socialization into a long-term care home. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 278–291.
122. Wilson, S. A. (1997). The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 846–871.
123. Winter Falk, L., Bisogni, C. A., Sobal, J. (1996). Food Choice Processes of Older Adults: A qualitative Investigation. *Journal of Nutrition Education*, 28(5), 257–265.

9. Priloge

Priloga 1: Teme za pogovor

Teme za pogovor z zaposlenimi (Z) in uporabniki (U)

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1)

Z in U: Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

2)

Z: Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

U: Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3)

Z: Kako se stanovalci soočajo s selitvijo v dom starejših, kako jo doživljajo?

U: Kako ste se soočali s selitvijo v dom starejših, kako ste jo doživljali?

4)

Z: Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

U: Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

5)

Z: Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

U: Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

C) Hrana, hranjenje in telo

6)

Z: Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

U: Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

7)

Z: Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

U: Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

8)

Z: Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

U: Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

9)

Z: Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

U: Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Priloga 2: intervjuji

Intervju s stanovalcem A (Oznaka UA), moški spol, dom A

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Jaz ne vem, sladkorne nimam. *(Kaj pa menite, da pomeni motnja hranjenja?)* Jaz, ko sem paraplegik, imam probleme z odvajanjem, pa kateter imam. *(Vam kaj pove, če denimo omenim anoreksijo?)* Ja vem. To se pravi anoreksija pa bulimija. Bulimija je to, da ješ, pa greš bruhat, anoreksija pa je tisto, ko zavračaš hrano. *(Kaj pa kompulzivno prenaždanje mogoče?)* To pa preveč ješ, jaz nimam problemov, jaz se moram bremzat, ne smem zaradi teže, ker sem na električnem vozičku, sicer pa sem bil prej na navadnem vozičku, na ročni pogon. *(Pa ste morda slišali še za ortoreksijo, diabulimijo, bigoreksijo?)* To pa ne vem. *(Diabulimija je oblika motnje hranjenja, ki jo imajo ljudje s sladkorno boleznijo, ki z opuščanjem injekcije inzulina dosežajo nizko telesno težo, bigoreksija je oblika motnje hranjenja, pri kateri ljudje stremijo k mišičastemu telesu, zelo mišičastemu telesu in običajno sebe vidijo kot, da niso dovolj mišičasti, četudi v naših očeh najbrž so, pri ortoreksiji pa osebe stremijo k neoporečni hrani, za katero mislijo, da je zdrava, pravilna, pripravljena na pravi način.)* Ja, jaz to ne, samo mesa ne jem veliko.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Ja, po obsegu, po telesu. *(Kakšen pa bi bil obseg, za katero motnjo hranjenja bi potem šlo?)* Ja takšen ima duševne motnje, se zato prenažda, da kompenzira, al je to manjvrednosti kompleks, al zarad debelosti in se še bolj najeda. *(Kako pa bi opazili anoreksijo nervozo?)* Saj veš, potem to samo prazna oblačila okol letajo. *(Bi lahko morda kako prepoznali, da ima kdo bulimijo nervozo?)* Po mojem ne, razen mogoče, da ima bledico. To so predvsem ženske, mlade punce, da so blede k stena.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako ste sprejeli selitev v dom starejših, kako ste jo doživljali?

Pri meni je bilo tako, da nisem mogel ostati doma. Sta bila dva majhna otroka in žena, pa ni mogla pol še zame skrbet. Paraplegik, na začetku sem bil še bolj nebogljen, to rab ogromno. *(Koliko časa pa ste potem že v domu?)* Čez 30 let, ponesrečil sem se pa ... *(Pove točen datum in letnico prihoda in nesreče.)* *(Kako pa ste sprejeli selitev?)* Jaz sem se prostovoljno odločil, ker se nisem mogel špilat ane. Imel sem še enega kolega, ki je isto imel nesrečo, ki je zavračal hranjene, ampak on je umrl, je pil viski, pa tko, pa tablete je jedel in umrl od zastrupitve. *(In če se vrneva na selitev v dom, ste bili zadovoljni ali ne oziroma kako vam je bilo takrat?)* Veš kaj, vidiš, da druge alternative ni, kakšne invalidske skupnosti morda, ampak takrat nisem nič mogel sam. Recimo v Kanadi imajo zelo razvite invalidske skupnosti, rabijo dva zaposlena, deset invalidov je, pa si med seboj pomagajo, pa velik cenejš pride, pri nas pa nas porinejo v dom, po enga ali pa dva, da ne bi blo problemov, če bi se skup dobil. Je drugač, če si noter zarad demence al pa starosti, drugo pa je če si zaradi invalidnosti težke, tu pa je dela in pol problem pride. *(Pa se vam zdi, da je kako drugače, če človek pride po svoji odločitvi, ali pa po sili razmer?)* Je, je. To vidm, ko jih potomci dajo v dom, pa kako goljufajo, pa sociala pa to, pa jih vozijo kle. Pri vsej kopici ljudi so potem osamljeni. Če nimaš človeka, zelo redko dobiš človeka, s katerim bi se povezal, kakšen pogovor tak, konstruktiven al zanimiv, uglavnem so tukaj eni, seveda, pol pa to razočaranje pride. "Otroc so me dal v dom, pa vse pobral." Večinoma to naredijo, veš, da so pobral pa prodal. Tist, ki gre pa sam, pa ima stanovanje al pa kej, pa ga oddaja, pa tist kar dobi ima za plačilo in mu pomaga. Taki dost laži živijo, k se sami odločjo, pa grejo še dostkrat ven, pa tko. *(Kako pa ste se vi privadili drugih ljudi?)* Jaz sem bil od začetka kle dost tko, tečen. Vedno sem vse pri drugih iskal, nikol pri seb, pol sem pa začel mal literaturo študirat, tao, budizem, pa te zadevce. In pol ti mal odpred. Prej pa sem bil naročen 30 let na revijo, Tehnika, pa sem delal in je bila zakon, pa sej je še zdej, sam jaz zdaj ne spremljam več. En mi je rekel, lej, ko si mlad nalivaš v kozarec, pa nalivaš, pa gre noter, enkrat pa gre vse čez in to je tist. Na začetku so vidli, da mi je bil dolgčas, pa so rekli naj grem za predsednika domskega odbora, pa so me izvolil, pa sem rekel, da hočem zdej videt kaj ste delal te štir leta, mal mi zapisnike pokažite, pa so rekl: "Kakšne zapisnike." Ja sm reku,

kva ste delal ane, pa so rekl, da jih nimajo, mi smo se pogovarjal, so rekl. Pa sem reku, to niso sestanki, to je debatni krožek. Pol so imel predstavnike iz vsazga štuka, razen tam spod, na negovalnem, tam niso pustl iz njihovga razloga, da ne bi kej preveč, sej veš. Pol smo mel pa skos na štrnajst dni sestanke, pa enkrat na mesec glavne sestanke, pa smo začel delat. Tam smo opozarjal na napake, pa so rekli bomo izboljšal, bomo izboljšal, pa to je trajal tri, štiri, pet let. Včasih smo prišli do tazga konflikta, da so se drli, ena zaposlena se je tud drla kot zmešana. En dan pa sem rekel, da te funkcije več ne bom opravljal. Jaz mam veselje do modelarstva, pa sem rekel dejte mi eno luknjo, pa bom delal v miru, vi bote mene rešen, jaz bom pa vas in so mi dal in majo mir, jaz pa tud.

4) Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

Nič me to ni motilo prej, tud zdaj ne. *(Kaj pa prisotnost drugih ljudi, tolikih ljudi?)* Smo že že navadli en družga, prilagodil. Veš kaj, tuki so ljudje, ki so ostali sami in eni samo jamrajo kako jih vse boli, kako ne morejo živet, ampak taki najraš živijo, veš. Pol maš pa drugo kasto, ki govorijo "kaj sem jaz vse, kaj sem bil jaz", pa borci pa uni pa tretji. *(Kako pa na vas vpliva sama organizacija dela v domu?)* Se je ogromno spremenilo, vse nahitr, zdej si le številka. Se je vse spremenil, ta zdravstven sistem, to je absolutno zgrešen, tole zdravstvo, sestre pa tole, sej veš kaj se dogaja. Ker eni k so podkupljen pa vse, dobr zaslužjo, sestre pa te, pa imajo ogromno dela, ogromno nrdijo, pa so najslabš plačane, pa negovalke. In kaj se dogaja, živčne so vse, premal jih je, to je standard, če pa manjka sedem taužnt sester najmanj, po domovih pa zdravstvenih domovih pa tko. A veš kaj je problem ratal. Ene sestre so šle naprej delat šolo, pa so visoke, pa od tistih sester ni nč, sam špancirajo, roke na hrbtu, pa nadlegujejo. Sistemska brca v temo. Zdej mam pa pri nas tud take, pa tri računalnike, pa se spodi šetajo, pa vsaka svojo poličko, pa neki kao da delajo, pa take. *(Ste sicer v enoposteljni sobi, ali dvoposteljni...?)* V enoposteljni. Jaz sem mal čez sedemdeset, še relativno mlad, bom reku, ampak... pa tale odvajanje me moti. Ko sem bil na rehabilitaciji, v koloniji, so me posadil na stranišče, sem dobil svečko, sem se spraznu, vse naenkrat, pa kopalke gor pa na plažo, zdej mam pa take probleme. Močna odvajala, pa te zavijajo, pa tist, pa smrdi ... *(Pa opažate, da so med stanovalci prepiri pogosti, ali pa z zaposlenimi?)* O ja, o ja. Se klele sprickamo pred liftom, ker hočjo bit ene ženske taprve, pa nč ne gledajo na vrstni red, pol pa jaz en čas prenašam, pol jim pa kakšno spustim, pa so grozn užaljene. Isto je pri zaposlenih, prenašam, gledam, pol pa enkrat povem. Kakšna razume, kakšna pa kar obramba, napad je najboljš obramba in pol me naskakujejo.

5) Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Hja, pomanjkanje zaposlenih je. Vse se dela na brzino, kot da bi se lukne mašile in kle mam polet grozne probleme. Pridejo študentke, k so te na dopustu pa tko, pa pol te boge revčke, k ne znajo, pa jih terajo, pa za nas je zoprno, ko dobiš sedemnajst letno punčko, a veš kok je to grozn, ko vnukinja. Zdej v glavnem grejo v invalidsko penzijo, pa penzijo, zarad hrbtenice, ker imajo uničeno hrbtenico, tko da je kr kriza.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

Hrana je zame tko, kr dobra, sem skromn človk. Če želiš še, dobiš še. Sam si moraš po svoje mal. *(Pa jeste v jedilnici?)* Ja eni kle jejo, jaz hodm v jedilnico. *(Pa je sedežni red določen?)* Ja, seveda, sej veš, drugač bi, že tko so zmešan, pol bi bla pa sploh frka. Sicer zdej je nov kuhar, pa ima svoj sistem, ves meso je bolj narezan, pa čorbe, pa enolončnice. Zrezkov ni več tolk, kot je bilo včasih. Predvsem sadja in solate. Zdej polet smo dobival rdečo peso iz konzerve *(nezadovoljen izraz)*. *(Pa je vam hrana pomembna? Se vam zdi, da vpliva na ljudi?)* Če je kle človk na stranskem tiru, na zadnji postaji, je tud hrana pomembna, je ena stran zadovoljstva, vsaj hrana. Sej, količinsko dobimo preveč, ampak take izbrane hrane, kvalitetne je premalo. Sicer imajo pa vse tabele, te diete, kaj ima kdo, žolčna, sladkorna dieta, pa to. *(Pa čas obrokov, vam ustreza?)* Ja, me ne omejuje, mi je vreu. *(Pa bi lahko rekli, da ste pri selitvi v dom bili bolj ješčji?)* Na začetku je zmeram boljš, potem se pa jedilnik ponavlja vsake štirinajst dni in veš kaj bo, že vohaš vnaprej kaj bo. Sicer imam jaz na mizi bučno olje, olivno olje, kis, ketchup, paradajz, pa si lepo dam omakice zraven, parmezan, pa je magnifico. *(Pa imate možnost izraziti mnenje glede obrokov, kaj želite, kako bi kaj radi imeli pripravljeno in to funkcionira?)* Imamo to ja, se upošteva. Greš do organizatorke dela, do šefa kuhne, pa rečeš. Eni vse kritizirajo, nobena stvar ni dobra, zato ker se zmišljujejo. Če si skromno živel v življenju je dobro. Tud v restavraciji ne dobiš ne vem kva

dobr. Lahko tud na mesečnem sestanku poveš, pa nabiralnik za pritožbe je. Jaz včasih že rečem, da je kaj slabo, ker rad kuham, še zdej, ampak, ko je dobro, tud povem, da je, pa pohvalim. Edin kar je problem klele, kar sem opazil z leti je, da se vse doplačuje, tud pri hrani, če imaš dieto, pa če ti prinesejo v sobo.

7) Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

Staranja se je treba zavedat. Po nesreči sem rabil pet let, da sem prišel mal k sebi, pa smo hodili na morje ... Po petdesetemu letu čutim, da počas slabim, zdaj po sedemdesetih pa sem že kar slabši. Fizično nisem več toliko zmogljiv. Včasih sem delal precejšnje razdalje z vozičkom, pa sem šel zjutri tja čez, pa popoldne nazaj, z vozičkom, na roke, zdaj pa se peljem s tem elektronskim. *(Kako pa bi opisali staranje, kaj prinaša?)* Prinaša globlji razmislek o smislu življenja, ker se zavedaš, da se bo enkrat čas iztekel. Je kar težko. S hčerkami je problem, komaj kaj pridejo na obisk. Ko sem podedoval nekaj denarja, so še prihajale, ko sem pa rekel, da je kup pošel, jih pa ni. Z ženo se zdaj razumeva, sva ločena, prej se nisva razumela. Starost moraš vzet v zakup. Če se rodiš, veš, da boš tud enkrat umrl. Bom pa dal eno prispodobo, ko sva govorila o teh ljudeh, k jih otroci porinejo v dom in ti ljudje so pol osamljeni med vsemi. Sem rekel sorodnikom, lejte, vi ste dal svoje starše v dom, tko je tko kot če mlado rožo presadiš, bo krasn delala, če pa staro rožo presadiš, bo pa shirala. Pa kle se med sabo kdaj kregajo babe, se kolejo, tud stepl so se, pred liftom. Sem jim rekel lejte, vi ste lih tko kot za meso, konji stari, k niso ne za furat, ne za jahat, za nč ane, pa ne morjo vse naenkrat zaklat, pa jih majo tam za ograjo, sm reku, ampak grizejo pa brcajo se pa še loh med sabo, sm reku, to ste pa vi.

8) Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

To jz razumem kot duševno rast, da se ne zgubiš. Če ne bi imel modelarstva, bi verjetno v pijačo zapadel in potem bi bil zopr in pol si sam sebi odveč in drugim, to ni uredu. To k se ukvarjam mi je mal za dušni mir. Sej, tud bo enkrat tista ura prišla. *(Kako pa se soočate s spremembami videza?)* Atrofija je prisotna, lejte roke *(pokaže roki, ki sta slabo gibljivi)*, pa noge, k nimaš oživčenih pač nč, vedno več pomoči rabiš. Za umit, za na voziček, zvečer v posteljo. *(In kako se ob tem počutite, kakšni so občutki?)* Jah jz sm se prilagodil, sej navadš se nikol, sam prilagodiš se. Tko da iz tega si jaz ne delam problemov, sem raj zadovoln. *(Pa vam dosedanje dosežki, življenje pomagajo ohranjati stabilno sliko sebe, dobro samopodobo, pozitivno sliko sebe?)* Premalo sem dosegel. S to nesreče se mi je vse podrlo. To pol tud včas začnem razmišljat. Sicer jz sm trdn, vztrajam, ampak ... Tko ko sem se ponesrečil, se je žena začela dret name, "si mene zajebu, si mene zajebu," pa sm reku, ja sm, sebe, tebe, otroke, vse kar sva gradila, svojo kariero. In pač tko se je naredl, poti nazaj ni. To se prav nosiš križ življenja. Včasih sem bil bolj vesel, zdej pa sm manj komunikativn. Se bojiš navezat, k pol pa umrejo, pa je. *(Pa občutek samozavesti, da še zmorete?)* Ja mal še bo ane. Avto še vozm, mam prilagojenga, pa grem na kak tekmovanje pa tko.

9) Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Mal bi se probal pogovort z njim, pa zakaj je izgubil voljo. Ker to je volja do življenja. Pa če jaz vztrajam, k mam tak življenje, k je totaln krah, zakva neb še ti, k maš vse, vse potenciale. Sam jih nočjo izkoristit. Ne morjo iz svojga. *(Pa menite, da osebje opaža kakšne spremembe v zvezi s hranjenjem?)* Ja osebje, ja. Tam moj sosed je vsazga nahrulu, men je reku, da sem zajedalc družbe, pa mi je pol s palco tolku, pa sm reku, da hočm sam mir. Pa veš kva je naredu. Nehu je jest, je reku, da ma dost. *(In kako so ukrepali glede tega?)* Nč, dal so mu vodo za pit, pa dejte sadne juhice pa tak. Ampak pol je dosegel s svojim, da so se ga vsi ljudje v loku izogibal in pol je videl, da nima smisla. *(Psihiater pride kaj v dom, kaj veste, pa bi lahko on pomagal osebi z motnjo hranjenja?)* Ja en cajt je hodila, sej mislim, da hodi v ambulanto k tem trem sestram k mal hodjo okrog.

Intervju s stanovalcem B (Oznaka UB), ženski spol, dom B

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Medicinska sestra sem bila, veste. Ja, pri otroku so zelo pogoste, no, pogoste. So prisotne in se lahko potegnejo v kasnej. So pa kasnej v adolescenci bolj pogoste. (*Katere oblike pa poznate?*) Anoreksija je bolj huda, nagnjenost k temu, da ne jejo, uni drugi, kaj so že oh ... (*Osebe z bulimijo nervozo?*) Ja, ti pa bruhajo po jedi, vse kar pojejo izbruhajo. Moja vnukinja je imela to. (*Pa vam je znano še kompulzivno prenažedanje?*) Ja, tudi poznam. Morda kle v domu vidim mogoče koga, tud ena tu zraven. Lahko je psihično, dedna nagnjenost, bašejo se, dobesedno bašejo se.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Najprej videz, potem govor. Veste to je tako, vtis in potem seveda klinično je dokazano, ampak vtis je pa laičen. (*Seveda, pa se vam zdi, da bi lahko preko česa sklepali o tej težavi pri kom?*) Suho telo, nič podkožnega maščevja. Laično se to težko vidi, pri bulimiji sploh. Pri prenažedanju pa ja, tudi nagnjenost v pogovoru, govor o hrani in pa na splošno, vsak hip, vse se da v roko in v usta.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako ste sprejeli selitev v dom starejših, kako ste jo doživljali?

Moja preselitev je bila, kako bi rekla, v socialno medicinskem pogledu specifična. Mož je bil že prej bolan, potem je padel. Na srečo sva bila prijavljena v dom par let, tko da je bil sprejem lažji. Jaz rada rečem, da je ves postopek pri sprejemu v socialni službi kot vhodna vrata, vrata v dom. V socialni službi vse urediš, vse poveš, oni tebe spoznajo. In to je prav. (*Pa vam je bila selitev lahkotna, vam je bilo stresno?*) Ne, ni bilo stresno. Stresno je bilo že prej, ker je bil mož alzhajmer, pa je blo to bolj stresno že nekej let, potem pa ta občutek, da bova uresničila oba to, za kar sva bila prijavljena. Doma hčerke ni, vnukinje ni, hčerka ima raka, živi sama in je rada ponavljala, da v življenju je pač tko, da vsak mora skrbeti zase in pri nas ker nas ni velik, je pač to res prišlo v poštev. In sem pač sprejela. Vnukinja je pa druga osebnost, ravno prej sva govorile, živi že več let v tujini, je šla delat tja. (*Pa samo privajanje novemu okolju, je bilo kako posebej težko?*) Ne, ne. Veste jaz sem po poklicu delala trideset let v zdravstveno socialni instituciji, zdaj so spremenili ime. In tam sem se srečala s socialno službo. Poznam dve medicinski sestri, ki so se vpisale v šolo za socialne delavce, ker so mislile, da bodo delale bolj samostojno, ne pa le pri zdravniku. (*Pa vas je bilo pri sami selitvi česa strah, vas je kaj skrbelo, ste bili pozitivni?*) Ne, ne, veste kaj. Režim, jaz vem, da program dela, režim, pravila institucije je, pa me ni motilo. Prijetno sem bila presenečena nad tako razdelanem režimu, da so te službe, fizioterapija, delovna terapija, taka organizacija me je pa prevzela. Sem dvajset let v penziji, pa me je vsa organizacija prijetno presenetla, čeprav je za stanovalca, ki pride v dom stresno. Eno je napisan program, drugo pa so okoliščine, v katerih se moraš adaptirati. Prilagodit se kamor prideš. Ko sem prišla je bila ena gospa, ki ima avto. Sem se ji predstavila, se je odzvala, potem ni blo kontakta, ni bil mogoč. Sem čutla eno zaveso. Ona je rekla, da rada rešuje križanke, jaz pa rada čitam. Se prijetno pozdraviva, ko se vidiva. Vsaka je imela svoje. Hočem rečt, vsak ima svoj način adaptacije, vključitve v dom. Jaz sem se takoj priključila grupi pri vhodnih vratih.

4) Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

Jaz sem se dobr prilagodila, preveč sem se prilagodila. Sem hotla preveč bit varovanka, stanovalka. Sem se prilagodila, ker sem hotla čutit kako smo varovanci, kako smo stanovalci tle. In hitro sem spoznala to. Je bilo dobro zame, da sem zopet kot medicinska sestra dozirala, tolk ja, tolk pa ne. Naredila mejo. Sama sem se pri tem učila. Sem vidila eno gospo, ki je v vročini bla brez krila, pa sem ji dala svoje s pripombo, da če šivilje ne bodo prikrojile krilo, prosim vrnite mi krilo, ker ga imam rada, sama sem ga sešila. Po enem tednu sem vidla, da ne nosi, sem ji rekla če mi ga bo prinesla, pa je rekla kakšno krilo, ni nič vedla o tem. Ali je to res bilo malo

demenca ali ne. *(Prej ste bili torej v dvoposteljni sobi, zdaj pa v enoposteljni in imate občutek, da imate dovolj zasebnosti?)* Absolutno, ker sem sama tu, pa moje potrebe to narekujejo, veliko zasebnosti. Ko je mož umrl je prišlo obvestilo o zapuščinski razpravi na stalni naslov, pa so poslali, da ni dedičev in se par mesecev zdaj o tem. Hočem reči, da so to osebne zadeve. V ritmu doma sem se mal zgubila, pa sem šla domov, decembra, pa je bila v nabiralniku pošta, tak ogromen kup, pa sem sortirala. Lahko je bilo vmes tudi obvestilo, da moram na pošti sprejeti priporočeno pismo, lahko, ampak ne vem. Ko se po dveh mescih osvestim, da nimam ne mrliškega lista za moža, da nimam ne tega, ne unega... In zdaj bijem to plat. Rekli so zdaj, da je sodnica dobila primer in da bo avgusta in da če ne bo, naj kličem konec avgusta, mož je pa umrl septembra. Od takrat plačujem stanovanje ves ta čas. Vsi prihranki so šli. To so te okoliščine, ki narekujejo kvaliteto življenja posameznika. *(Pa imate občutek, da vas dom kako ovira pri čem, omejuje?)* Ne, ne, samo do kraja moraš spoznat, da so domače stvari zelo lepo organizirane. Se vključujem v dejavnosti posameznih služb, recimo sem redno hodila k telovadbi. Pa sem se vključevala in zamudila svoje stvari, pa sem rekla nič, nikamor, nobeno sodelovanje znotraj doma ne, dokler svojih stvari ne uredim. *(Se v domu počutite varno?)* Ne, me je ukladla pred kratkim. Sem bila opozorjena. Velik se stanovalci med sabo, pa seveda nisi takoj njihov. To si po določenem času njihov, pa oni tvoji. Pa sem že slišala o tem, da ena krađe, pa sem tko za rezervo vzela, pa me je tko prefinjeno ukradla. Sem reagirala. Je prišel tudi miličnik, smo imeli predavanje o varnosti in zaščiti. Bi morala imeti taško tko pri sebi, ne zaupljivo na hojci. Drugače, to je režim doma. Če osvojiš red, režim doma in se mu prilagodiš, imaš vse zagotovljeno. *(Pa se vam zdi, da je vredno, da se nekdo tako zelo prilagodi, ali morda izrazi kako bi rad drugače?)* Ne, prav je da se prilagodiš, kritiko pa imaš možnost povedati. Z ozirom na to, da je struktura posameznikov znotraj tega kolektiva tako pestra, kar je nujno v taki instituciji, da je nujna, da je pestra, sicer bi sli na razrede, pa si šli taki s takimi penzijami tja, z manjšimi tja, pa si se vse vidlo o vseh. Veste kako, tudi inteligenca prihaja do izraza in nekdo, ki se prilagodi se ima super, ker vse pogrunta, uno, tretje, četrto. Malo se potegneš nazaj, se spomniš, da si v domu in da ne rabiš takoj pomagat drugemu, prijet za voziček, pa se moraš včasih tudi spomnit, da bodo že uredili, da ne rabiš takoj, ker na začetku sem hotla takoj vse zgrabiti, pa se moraš malo držati.

5) Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Odvisno kako je stanovalec, ki pride v dom zdravstveno presvetljen. Kakšen odnos ima do svojega osebnega zdravja, pa tudi vidiš kako živi, od osebne higiene. Pa imate hipertrofirane, pa pomanjkljivo ... Zadovoljstvo je odvisno kolk vlaga, kolk prinese s sabo in potem kako kle vlaga, ker so spremenjene okoliščine. Od posameznikov je čist odvisno kakšen je v dom prišel in kakšno življenje je prej imel. *(Pa je odnos kako posebej pomemben?)* Seveda, je pomemben, med seboj, z zaposlenimi, a seveda prihaja do človeških okoliščin.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

Veste kako, hrana je po jedilniku izredno, izredno kvalitetna. Za kolektiv govorim, to nisi doma, to ni tko, ni restavracija. Za dom, izjemno. Samo razumljivo, o živilih bi se pa težko govorilo kot doma. Doma, ti lahko prineseš iz trga svežo zelenjavo. Tko da važna so živila. Prehrana, jedilniki, tudi mešana prehrana, imamo vredno prehrano, pa vsi so zadovoljni kakor jaz gledam. So sestanki vsak mesec, jedilnik lahko tudi priporočite dol *(v nabiralniku)*. Tudi ko zdravstveno stanje, imate sestro vsako jutro, pa lahko poveste če kej manjka, al pa greste tja do ambulant. Možnosti so v vseh ozirih zagotovljene. *(Pa se vam zdi, da hrana zelo oblikuje dan?)* Ja, ja, tudi kle, je zagotovljeno, da lahko greš ven, samo poveš, da te ne bo na kosilu. Moraš bit discipliniran, da poveš. *(Pa opažate, da hrana vpliva na vaše počutje, počutje drugih?)* Ha, ja, ja. Nekdo, ki je skos doma, le čaka kdaj je večerja, jaz pa berem in me včasih prav preseneti, da je že čas, po večerji pa grem še malo hoditi.

7) Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

To je zelo individualno, družinsko tudi. Vemo, da na to vpliva okolje, okoliščine in genska zasnova, včasih pa so bili bolj mnenja, da je dednost tista. Starost je kar... Je kar lepa, če poiščeš. In če si prej že imel nagnjenost v neke smeri, pa če to skušaš uloviti, razviti ... Jaz sem imela rože, ker sem imela vrt, tudi zelenjavni vrt, pa kakšne rože sva imeli v upokojitvi s prijateljico. Kolegica kuha, vlaga, pa vrt ima. *(Ne bi rekli, da gre za obdobje izgub, ampak ste lahko v tem obdobju zadovoljni?)* Ja, ne bi rekla, da gre za izgube. Si lahko zadovoln, če si najdeš.

8) Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

Opazam spremembe. Jaz sem zgodaj imela gube in me zanimivo to ni motilo, nasprotno, celo ob različnih prilikah sem izrazila, da ima rajš gube kot pa kile. In še vedno verjamem to. *(Pa bi lahko rekli, da se je odnos, do vašega telesa, vaš lasten odnos spremenil s prihodom v dom?)* To je toliko sprememb, da je težko opaziti še to. Sem še samozavestna, da zmorem. Tamle čez hodim na sprehod, dva pa pol kilometra stran, pa grem počas, tam sem rada, imam kontakt z ljudmi. Me potrjuje, da lahko grem. Hočem rečt, ta kontakt dobiš, če se sprehajaš, če greš. Samopodoba pa... Se je hotla, v očeh drugih, ampak moja samozavest je bila trdna, na podlagi, da nimam druge izbire. Sem zadovoljna sicer s sabo, težo tudi. *(Pa spremembe videza?)* Mene to nič ne moti. Dokaz. Pred štirinajstimi dnevi sem opazila, da je potekla osebna izkaznica, pa sem naročila taksi, šla takoj uredit, prijazen taksist je pripeljal blizu tja. Pa je izkaznica prišla na osebni naslov. Pa sem takrat sosedi rekla, če lahko pogleda pošto. Pa moram rečt, da so sosedi tko prestrašeni za svoje probleme, da dvignejo roke, pa jim ne zamerim. Nič nisem dobila zastonj, vse plačala, vse sem prigarala sama v življenju. Sosedje so se potem začeli zanimat, ko sem bila sama, pa to, imate hišo, kaj boste z njo...

9) Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Rekla ne bi, bi pa kazala, dala vedet, da opazim. Imam tu eno preko, pa po moje je tud mal to, ker tolk je, se baše. *(Prosi, da dalje ne zapišem opis sosede v domu.)* Osebj e pa opaža, ampak ne registrirajo, ker imajo, da razdelijo, poberejo in njihov program dela je tak, da se ne morejo z vsebino ukvarjat. Je pa stvar jasna, da če ti rabiš in hočeš, poišči si sam pomoč.

Intervju s stanovalcem C (Oznaka UC), ženski spol, dom C

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja

To je v bistvu stanje, kjer človek deluje proti svojim fiziološkim potrebam. To je psihološka motnja, nanaša pa se na pojmovanje svojega telesa, samopodobe. Ne gre za fiziološko prepreko, pač pa za psihološko. Od anoreksije, kjer zavračajo hrano, bulimije, kjer bruhamo, prenašanje, ko nimajo kontrole in se prenašajo in razne variacije. (Poznate morda tudi ortoreksijo, diabulimijo, bigoreksijo?) Ne, tega pa ne poznam. (Pri ortoreksiji so osebe nagnjene k temu, da se prehranjujejo s hrano, ki je po njihovem prava, pravilna, neoporečna, pri bigoreksiji gre za to, da stremijo k čim bolj mišičastemu telesu, četudi že najbrž so, pri diabulimiji pa gre za motnjo hranjenja, ki jo ima lahko le nekdo s sladkorno boleznijo in z opuščanjem injekcije insulina vpliva na nizko telesno težo).

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Pri sebi ... V bistvu zase bi vedla. Bruhala ne bi, ker težko bruham, za anoreksijo se ne bi odločla, ker imam preveč rada hrano. Kvečjemu imam kompulzivno prenašanje s sladkarijami (smeh). Za prepoznavanje bulimije, anoreksije pri drugem človeku bi morala biti s človekom kar dlje časa skupaj, da bi lahko prepoznala. Če bi pri stanovalcu zaznala prenašanje, potem pa bi videla, da se mu nikjer ne pozna, bi se vprašala oziroma bi mi bilo čudno. (Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?) Ne vem, če pomislim ob vstopu v dom na nekaj stanovalcev ... Na primer, ko pridejo v dom, ko imajo probleme s svojci, bodisi navidezne ali prave, ko zavračajo hrano, ko nimajo apetita ... Za bulimijo ne verjamem, da bi jo imeli stari, za kompulzivno prenašanje pa bi rekla, da bi znalo biti prisotno tudi pri starih. Motnje hranjenja, v prvotni obliki oziroma v taki obliki, kot se pojavlja pri mladih ali odraslih, v tej obliki bi rekla, da niso prisotne. V neki variaciji ja, ne pa tako prisotno kot sicer. Seveda pa v povezavi s čustvenimi zadevami.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako ste sprejeli selitev v dom starejših, kako ste jo doživljali?

Jaz sem si tega zelo želela in sem težko čakala. Meni je bilo sicer grozno sprejet ta režim. Tudi doma sem sicer potrebovala pomoč, a tu sem imela občutek, da drugi želijo upravljati z mano. In vem, da sem nekje tretji teden jokala, nakar me je prišla pogledat socialna delavka in mi dejala, da vsi potrebujejo eno leto, da se doma navadijo. In res sem po slabem letu prišla z zavestjo tako daleč, da sem pokopčala stvari, da sem razumela pravila igre oziroma kako lahko navkljub vsemu ohranim svojo istovetnost, svojo voljo. Še danes nadgrajujem odnose z zaposlenimi, še danes najdem marsikaj, kar bi se dalo izboljšati. Jaz sem bila že od otroštva veliko v bolnicah in sem preslikala situacijo bolnice sem. In sem dolgo časa delovala po principu: "Kakor je v bolnici, tako je tu," dokler si nisem naredila po svoje, presedlala, da je to moj dom. Zdaj me prizadeva ta napredujoča demenca in si rečem kaj je zdaj okoli mene to vse. Moj najljubši čas je, ko sem s svojim novim partnerjem, stanovalcem v sobi. To je vsak večer od devetih do enajstih in takrat sem sestram prepovedala hoditi v sobo, ne glede na to kaj počneva, tudi če kaj leživa, razen če ne pozvonim, če ni kaj nujnega. (Je po vašem mnenju zadovoljstvo odvisno od zdravstvenega stanja in ali gre za prihod po sili razmer ali pa je prostovoljen?) Seveda, seveda, sigurno, tudi od psihičnega zdravstvenega stanja. Odkar sem tu, ni bilo enega sestanka po nadstropjih, kjer se ne bi vsaj en pritožil nad hrano. In sem rekla glavni kuharici: "Karkoli boste ponudili človeku, ki je nezadovoljen, bo vse slabo. Pa če mu stokrat bolje skuhate, kot je bilo doma, pa ne bo dobro." Največ čustvenega nezadovoljstva se kaže v hrani – to je ena točka, kjer bodo rekli: "To ni dobro, to ni dobro." Trenutno imam tudi jaz probleme s sadjem, ali je preveč zrel ali pa premalo dozorel. Ker kupujejo take količine, ne morejo imeti nadzora nad vsako melono, breskvijo ... Bi rekla, da največ nezadovoljstva je skozi hrano, včasih je upravičeno, ker je človek navajen drugačnega okusa, največkrat pa je odraz težav z odnosi oziroma zdravstvenim stanjem.

4) Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih,

odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

Meni je socialna delavka že ob vstopu v dom dejala, da če sem pametna, da bom počakala pol ure, štirideset minut po kosilu, da grem na kosilo. Zato, da je jedilnica že precej prazna, saj imam občutek, da sva s partnerjem bolj povezana, sicer pa jaz hodim dol samo na kosilo, zajtrk dobim v sobo zaradi zdravil, saj bi z vozičkom težko hodila v tabletarno, večerje pa večinsko ne jem. Če pa jo jem, grem štirideset minut po ostalih. Meni je od zajtrka do kosila kratka doba, sploh glede na to, da večerje ne jem, bi kosilo jedla ob dveh, pol treh. Ampak ok, to sem se navadila, zmenila sem se, da sem zjutraj za nego zadnja, zato da lahko dlje spim, ker včasih spim tudi do devetih. Tudi zvečer sem se zmenila, da sem zadnja za nego. Če grem, greva zvečer ven, lahko pa pokličem tudi nočno, da me kasneje uredi. Ker ni to vsak dan, pa četudi bi bilo vsak dan, mislim, da ne bi veliko jamrale, ker ne zahtevam tako veliko od nege zvečer. Vem pa, da če je kaj urgentnega zvečer, bom počakala, pa mi ni problem. Zvečer me je tudi že kakšna pozabila uredit, pa smo rešili z dobro voljo, me je potem nočna uredila. Če punce vidijo, da znam počakat, da nikoli ne zvonim med njihovo malico ... Zmeraj pravim: "Bom počakala, pozvonila sem, da veš, da rabim pomoč." (*Vam dom kaj posebej omogoča, vas kje ovira?*) Tukaj zate poskrbijo za vse, kaj boš jedel, kaj boš pil ... Vse bolj me omejuje rutina. Ko pridejo sem v sobo, pa sem že toliko let v domu, tudi negovalka. In se točno ve, da je treba meni majico obleč najprej čez glavo, ne najprej roke pokazati, ali pa ... Ko me zjutraj umiva kot ostale, ko mi hoče še roke umiti in obraz... Pa pravim, da to ni kdo drug, da sem to jaz, še vedno zmorem to. To me velikokrat malo pojezi, rečem: "Ok, da ne boš jutri pozabila."

5) Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

V prvi vrsti prostočasne aktivnosti, to da se v domu nekaj dogaja, da niso samo obroki in nega. To je osnova, jaz pravim: "Z usrano ritjo ne moreš na koncert." To kar je hranjenja, nege, čiščenja, to je osnova. Zatem pridejo družabne aktivnosti, na primer vaje za spomin. Uživajo tudi v druženju s svojci, v raznih kulturnih nastopih. Zadovoljstvo je odvisno tudi od zadovoljstva s sostanovalcem. Če je nezadovoljen in tega ne more razrešiti, potem je vse narobe.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

Hrana je kar pomemben dejavnik v mojem življenju (*smeh*). Za druge stare ljudi ima tudi povezovalni vidik. Jaz sem raje sama, z mojim, mi to paše. Vsi ostali pa so dol, pred jedilnico že petnajst čez sedem, ob pol osmih se začne zajtrk. Pa pri zajtrku še ne tako, ampak sploh pri kosilu, da ne bo kdo od pol enih šele dol prišel. Vsi morajo biti že prej na poziciji, ne da bi česa zmanjkalo, ampak to je za njih bolj družaben dogodek. Takrat se nekaj dogaja, oni so sredi tega dogajanja, to je pomembno. Prav tako kot sedenje v recepciji. Kar se tiče hrane, jaz lahko rečem, dam predlog, ampak odvisno kaj je drugim všeč. Lahko dobim več sadja, na primer zadnjič, ko sem imela hudo zaprtje sem se zmenila, da sem dobila več zelenjave, zmenila pa sem se tudi, da mi namešajo kakšno solato iz solatnega bara, samo z bučnim oljem. Pri tem mi vodja kuhinje ne usporava. Ker ne maram pohanja, vprašam če imajo kaj dietnega, dobim, ni problema, sploh ker pridem po kosilu. Jem približno enako, v vsem času, odkar sem tukaj. Kar se tiče zadovoljstva s hrano je pa tako ... Žal smo odvisni od javnih razpisov. Jaz pogrešam domačo hrano. (*Mislite jedi, ki ste si jih pripravljali doma?*) Ne, pogrešam lokalno hrano od kmetov. Se mi pa zdi, da je hrana boljša, da ni več toliko moke za zgoščevanje hrane. Zdi se mi, da se vodja kuhinje trudi, da bi bila hrana bolj telesu zdrava. Je pa tako, jaz bi si želela bolj pirin kruh, zelenjavo na sopari skuhan, ampak vem, da je v takih količinah to nemogoče skuhati.

7) Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

Ta proces mi ni lep, vendar ga moram sprejeti. Ni mi lep, ker imam preveč bolečin in težav s telesom. Ampak poizkušam delati z ljubeznijo, svojim nogam rečem: "O moje nogice, vi ste moje dojenčice, jaz vas moram mal pomigat, pobožati, vi ste najbolj uboge." Pravim: "Kaj čmo, bomo zdržali." Gledam pa očeta, ki je star čez devetdeset let in še vozi, obdeluje vrtiček, je družaben, stvari ga zanimajo. Bom rekla tako, starost je lepa, če je človek še dokaj brez bolečin, če je čil, da je njegov razum še prodoren. Če pa tega ni, če je prisotna demenca, če odpoveduje telo, potem je pa druga zgodba.

8) Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

Jaz jim zaupam, da bodo poskrbeli zame, tudi takrat, ko ne bom sposobna sama, kar bi bilo doma bistveno težje, doma sem morala vedno poskrbeti sama, se dogovoriti za nego, klicati zdravnika. V bistvu si bolj v krču, bolj v strahu. Imam strah pred bolečino, to imam tako ali tako skoz. Tukaj imam občutek varnosti. Kar se tiče samopodobe, lastnega telesa, samovrednotenja pa lahko rečem, da me je najbolj spremenil odnos s partnerjem, on me je prizemljal. Mi reče: "Pa ne obremenjuj se, še vedno se je našla rešitev, pa če ne bo danes, bo pa jutri." Vem, da se moram čim manj obremenjevati tudi z mislimi: "O, kdaj smo že vse to dali skozi." Kdo mi kdaj reče: "Kako dobro zgledaš," ko me vidi na vozu sredi mesta, pa pravim: "Ja, saj me samo takrat vidiš, ko zgledam dobro." Svojo samopodobo imam še vedno rahlo negativno oziroma podvrženo razpoloženju, drugače pa... To je podoba, ki si jo ustvariš na podlagi odnosov z drugimi. Vem, da me imajo za družabno. V vseh izvidih zdaj piše, da sem pogovornljiva (*smeh*). Ni več samoobtožujoče drže, vem kje so moje vrline, vem, da moram zaupati sami sebi. (*Vam dosedanji dosežki, vaša zgodba, dosedanje življenje pomagajo pri tem, da se cenite, da imate dobro samopodobo?*) Predvsem prijatelji mi velikokrat rečejo: "Bodi ponosna nase, naredila si faks, vozila si avto, marsikje si bila v življenju, navkljub invalidnosti, marsikaj si premagala ..." In potem začneš sam razmišljati, saj je res. Definitivno sem ponosna na to kar sem dosegla, iz tega črpam moč, tudi iz svojih izkušenj, doživetij. Samozavestna sem zato, ker imam partnerja za sabo. Ker vem, da me bo podprl, da mi bo pomagal. (*Ste zadovoljni s svojo težo, obliko telesa?*) Ne, bi mogla shujšat (*smeh*). Ampak pravim, zakaj pa v domu vsak teden kaj tako dobrega skuhamo (*smeh*).

9) Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Najbrž bi šla k socialni službi in vprašala, če vedo. Najprej bi mogoče vprašala bolničarko ali sestro, če je kaj pozorna na to, če kaj opazi, če se ji zdi kaj drugače. Potem bi šla pa k socialni ali pa k vodji zdravstvene nege. Te dve se mi zdita ključni pri vsem tem. Najbrž bi tudi socialna služba obvestila zdravstvene nege, če se kaj dogaja. Najbrž bi tudi svojci povedali, če nosijo hrano od doma in zaradi tega ne je ali pa se prenažira. Verjetno bi tudi v jedilnici zaznali. Ali pa če bi recimo sestanovalka v sobi rekla: "Naša pa skoz jamra kako je debela, kako ji je kar naprej slabo ..." Sigurno bi pritegnila pozornost.

Intervju s stanovalcem Č (Oznaka UČ), ženski spol, dom A

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Motnje hranjenja, hm. Tak, da ni užitno, da ne moreš jest tist kar bi lahko, zato ker ni dobr za jest in ne boš jedel. Aj prou? *(Ni toliko pomembno, zanima me le kaj si vi predstavljate pod temi besedami. Vam je mogoče znana anoreksija nervoza, bulimija nervoza... ?)* Anoreksija, ne, bulimija, to pa sem že slišala. Kaj je že to? *(Anoreksija nervoza je odklanjanje hrane, izogibanje hrani, strah pred pridobitvijo teže, ki se razvije iz psihološke stiske, pri bulimiji nervozi pa imajo epizode prenašanja in takrat običajno to hrano izbruha, lahko pa tudi telovadijo toliko, da porabijo kalorije recimo.)* Aha, za bruhanje sem slišala, ja. *(Potem pa je med temi bolj znanimi še kompulzivno prenašanje, pri kateri pa se ljudje prenašajo, imajo tudi epizode tega, a zatem te hrane ne izbruha in imajo običajno večjo telesno težo.)*

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Hja. Bolj tak shiran bi bil, pa bled, če ne bi jedl. Če bruhal bi bli tud tak bolj bled, pa siten, pa bi verjetn opazla. *(Pa če bi se kdo prenašal?)* To pa ... ne vem.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako ste sprejeli selitev v dom starejših, kako ste jo doživljali?

Jaz sem pa padla doma, pa že prej sm bla na berglah. Vse sem spucala, sem rekla, da se bom zdej pa v miru usedla, si kavico skuhala, pa tkole sem imela emulzijo, sem jo dala tko na tla zraven štedilnika, pa pozabla zapret, brcnla, se je razlila, pa sem padla. Niso me smel nč v gips dat, ker je bil kolk že prej zacementiran, pa sem ležala v bolnici več kot tri tedne. Pol so pa tuhtal kam nej me dajo, pa bi šla skor v negovalno, tam k je bla otroška bolnica, tja sm hotla, pa ni blo placa. V drugem domu sm mela vlogo, pa sm hotla tja. In so mi rekl, če grem v ta dom, pa sm rekla, da neb šla rada, pa je sin dal že neki let nazaj prošnjo, k sem mela že takrt medenico zlomljeno, pa sm mela gips do smle gor *(pokaže od medenice do prsi)* in takrat so me dal smle, ker nism mela kam it. Kosti so ble take, da so se kr lomile. Za tri mesce so mi rekl, da morm bit v gipsu in da me bodo dal v en dom. To mi je dohtar reku. Pa ker tam ni blo placa, so me smle porinl. *(Kako pa ste se počutili ob tem? Zveni, kot da niste bili najbolj zadovoljni s tem.)* Ja, sm bla zelo žalostna, zelo. Takrt bi mogla ustati v domu, pa sm ušla. Sm rekla, da bom doma, pa sm šla. Sam problem je bil, k sem v četrtem štuku mela stanovanje, pa je blo treba gor peš, pa dol peš, pa na berglah. Doma sem bla pol ves čas dokler nism padla. *(Aaa, zdaj pa razumem, sva sklenila zgodbo kako ste sedaj že drugič tu, razumem zdaj. Kako pa ste se takrat počutili potem, ko pa ste vedeli, da ne bo šlo drugače, da boste morali biti tu, že drugič?)* Žalost, zelo. Ampak so mi ponudili, da če mi tuki ne bo pasal, da grem lahko v drug dom. Ampak pol nism hotla. Kaj se čem selit sm pa ke neki. *(Ste se počutili osamljeno, vas je bilo strah? Kaj ste še čutili poleg žalosti, kot ste omenili?)* Zelo me je blo strah, pa tud osamljena sm bla. Bala sm se it vn. Bla sm prej v drugi sobi, v apartmaju, z eno, k je bla prej z možem, pa je umrl. Pol je pa klele umrla ena v tej sobi, pa je prišel upravnik, pa socialna delavka vprašat, če bi šla sm, pa sm rekla, da ja. Pa so zrihtal lepo. Sm zadovoljna zdej. *(Prej ste bili torej v dvoposteljni sobi? Vas je to kaj motilo?)* Vsaka je bla na svojem koncu, pa sva mele skup stranišče. Kaj jz vem, ona je bla taka. Ne vem kako naj se izrazm, ni bla slaba, sam je bla pozabljiva, ključje je zgublala pa sm ji pomagala pa tko.

4) Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

A veste kaj. Sm delala v gostinstvu in jz sm navajena bla ljudi, ogromn ljudi in vedno sm mogla z velikimi ljudmi delat. *(Kako pa ste sprejeli določene urnike, čas vstajanja, obrokov? Ste imeli kaj težav s tem?)* Nč, mi je blo čist normaln. Samo dol me niso spravl. Sem hotla kle gor jest. Ne, pa ne, pa ne. Vsi so me fehtal, pa nism mogla jest z drugimi. Ne vem, nism mogla, da bi šla dol. Pol pa enkrat pride sin, pa je reku, da je dost in me je prjel in sva šla dol in pol ni blo nč. Sm sprejela, pa je blo dobr. *(Pa sicer sama organizacija dela, kako vam*

ustreza, se je bilo težko navaditi na to?) Ne, uredu mi je. (*Kaj pa odnos z ostalimi stanovalci?*) Nimam nobenih problemov, se razumemo. (*Kaj pa z zaposlenimi?*) To pa sploh ne, sem zadovoljna, ker se zelo razumemo. Jz tud vse sama rihtam, razn ko pridejo enkrat na teden al pa na štrnajst dni pomit potleh, drugač pa sama. (*Kako pa ste se prilagodili domskemu življenju?*) Jz sm se kr nekaj užvela. Jz mam tistale domine in to igramo vsak dan dol. Štirje smo in igramo. (*Kaj pa denimo zasebnost, jo imate dovolj, upoštevajo zaposleni, stanovalci?*) Ja to pa ja, vsi, to pa ja. (*Pa občutek varnosti, se počutite varno?*) Ja, se, pa se tud zaklepam. Prej, k sm pršla so kradl, ampak tisti so že umrl. (*Pa vas kaj omejuje v domu?*) Ja, ena ženska. Smo se skregale, vse sm bla sam človek ne. (*Dalje opiše kaj se je zgodilo, zaupa vzrok konflikta in prosi, da tega ne zabeleži.*) Nadaljujem z vprašanjem kaj ji je v domu všeč?) Vse, men je fajn. Z vsem se tud razumem, tud s to sm se, zdej je pa ne pogledam. Drugač pa mam domine, za vikend je pa mal težko, pa tole delam (*pokaže na pobarvanke*). Sosedu vsak jutru skuham ta instant kufe, pa je hvaležn, zmer prav kva je dolžn, pa rečem, da nč, kva pa je to, ni drago, tko rd me ma.

5) Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

To, da vid, da je res lepo. Da vid, da smo nasmejani, da se družmo, da se dogaja, da so delavnice. Odnos z zaposlenimi tudi. (*Je morda hrana pomembna pri zadovoljstvu?*) Tudi, tudi, seveda. Drugač mamo druženje, vsak teden ena skupina, mamo piknike in to je velik, s tem se družmo, pojemo, petje mam.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

Velik, ja, velik. (*Vam je hrana pomembna torej?*) Ja, zelo. K vidiš, če je dobr skuhan, narjen, lepo postrežen, poješ. Če pa ni, pa spet pustiš, pa greš. Mal pojem, pa grem, če ni dobr. Jz ne kritiziram. (*Pa čas obrokov vpliva na vaš dan?*) Ja, več jih je že rekl, da bi zajtrk lahk bil prej, ker je med zajtrkom in kosilom mal mal časa. Jz na večerjo ne hodm, razn če je kej dobrega. (*Pa imate možnost povedati kaj bi želeli drugače?*) Ja, na sestanku stanovalcev in tam se pove kaj se lahko izboljša, kaj jejo radi, kaj ne jejo radi. Večina je zadovoljnih, enpar je pa tehni bab, pa pravm kva so pa doma jedle. (*Pa ste bili na začetku bolj ješčji? Se je kaj spremenilo?*) Zelo se je spremenil, ker prej je bla ena druga kuharica, ona je bla zlata mama. Slabša se, manj dajejo hrane, posebi pri zajtrku. Če mi paše pojem, če mi ne, pa ne, pa tud če prosm, dobim še. Nč kej manj al več ne pojem kot prej.

7) Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

Jz iskren povem, da se sploh ne počutm staro, čeprav sm stara. Jz sm stara osemnosedeset in se ne počutm staro, razn kar hodt ne morm. Sm skos na vozičku. (*Pa samo staranje telesa?*) To pa velik. Zdej me neki mišice, kuku bi rekla, da so šle, da so se poslabšale. Kukr sm bla osminosedeset let se je to spremenil in gre kr neki dol. (*Kako pa doživljate te spremembe?*) Nč, stara sm, morm, je treba. Ni mi hudo. (*Pa lahko rečete, da je starost lepa, staranje?*) Še kr. Veste kuga, rada bi, da bi moji fantje večkrat prišli. Nisi več tok gibčn, ko bi rd kam šel, nisi več gibčn, pa mal pogrešaš to. Men tud če me kej boli ne jamram za vsako figo. Mam tiste maže in se mal namažem. Nism žalostna zaradi tega.

8) Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

Nisem opazla nč tazga. Spremenil se je le, da nis tam doma, kakor si imel, kle se pa morš le mal prilagodit. Ni se velik spremenil, ker se ne dam, pa jz sm drugač verna. Tele podobe mam, pa zmolim za vse predn zaspim, pa mi je dobr. (*Ste zadovoljni s svojimi zmognostmi, se zavedate kaj še zmorete?*) Še kr, loh bi blo mal boljš, noge, dab loh kam šla. (*Pa se vam zdi, da dosedanje življenje, dosežki pomagajo pri tem, da se cenite, ste samozavestni?*) Pomaga, pomaga, ja. Jz mislm, da sm mela lep živlene. Čeprav me je dedec pustu, pa sm sama ostala, a se nism dala, kr sm se čutla samozavestno, da tko mora bit in to je ostal u men. (*Kako pa opazate spremembe videza, vas kaj motijo, jih cenite, kakšen odnos imate do tega?*) Me nč ne mot. Sam to, k hodt ne morm. Sm se velik spremenila, to vidno v parih mescih zdej. Preveč sm debela, sam ne morm pomagat, rada jem, me nč ne mot. Sm samozavestna, loh velik še sama.

9) Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Nikomur ne bi nič rekla. Se ne maram vtikat v druge. *(Kaj, pa če bi sami imeli to težavo?)* Jaz pa bi prosila za pomoč, te naše punce, ker so prijazne. *(Psihiater obišče dom, kaj veste, da bi lahko pomagal osebi z motnjo hranjenja?)* Ja, ja pride.

Intervju s stanovalcem D (Oznaka UD), ženski spol, dom B

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Da ti v želodcu ne paše, kar se največ dogaja tuki, riž trd in sem ga enkrat jedla in sem misla, da bom umrla in ga ne bom več. Tko če stvari niso primerne za starejše ljudi, tko, kar se tega tiče, čeprav pravijo, da mam odlično hrano. *(Same motnje hranjenja so izraz psiholoških težav. Ste morda slišali že za anoreksijo nervozo?)* Ne, nisem še slišala. *(Kaj pa za bulimijo nervozo?)* Ja to je pa tist, k bruháš po jedi. *(Evo, tako, osebe z anoreksijo nervozo pa se izogibajo hrani, skušajo jesti čisto malo, običajno še telovadijo, se bojijo pridobitve teže, nimajo občutka in se ne vidijo kot res vitke... Vam je morda kaj znano kompulzivno prenajedanje?)* Ja, je. To je tist, ko sam žreš. Tko kot sem je jaz nažrla zdele *(smeh)*. *(Poznate še kakšno obliko motnje hranjenja?)* Ja to, da si velik na stranišču. To se zlo dogaja pr ns, sploh k so tele epidemije. Jz recimo si roke vedno umijem, k grem na wc, klele pa so mal dementni, pa so mal taki, mal pa nemarni. Ker če si ti cel živlene naučen si roke umivat, si jih boš skos. Kle je pa demence velik, ker ta del je bil narejen, da bodo bolj zdravi, pa pametni pa to, dons se pa dogaja, da je na stanovanskem delu dost demence.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

So določeni in to so ti, k so dementni, nepokretni, ti najraj zavračajo hrano. Je pa kriza sester na oddelku, k se zgodi, da bi ga mogl dat na voziček za dve ure na dan. Mam primer, je bla ena, k je odklanjala, pa je mela demenco, pa sm jo pol jz prepričala, da mal, pol pa kr golta in se bojim da bi začela bruhat, k ma probleme s požiranjem, če hočm mal umaknt, pa kr k seb potegne. So določeni, da se prenažirajo, toj pa tist, obroki so dost veliki, repete je pa še enkrat tolk in to je prenažiranje. Sej tud men če neki paše, se bom prenažrla.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako ste sprejeli selitev v dom starejših, kako ste jo doživljali?

To je blo pa zlo težko, sam sm mogla. Jz sm stanvane kupila. Ko sm ga splačala, na kredit vzela, ko je bil splačan sm bla pa jz odveč. Novembra sm splačala, pol sm zbolela, vmes je sin naredu samomor, sm bla v bolnici, pa sm rekla socialni delavki, da ne vem kako bom, ker trenutno ne morm skrbet zase, da sm slaba. Ko sm kle klicala socialnega delavca, mi je reku, da vidi, da imam izvide zlo slabe, ampak da slišat sm pa uredu in je reku, če lahko dobim nov zdravniški, pa sm rekla seveda. Pa sm zrihtala, pa sm prišla pol pogledat v dom, sicer mal težko, ampak vesela, da bom pršla. Je socialni delavc pogledu mal izvid, pa reku, da več ni tko hudo in da mi tud ni vidt. Prav: "A veste, jz mam pa sobo za vas, če vam je prav gremo pogledat, ampak je dvoposteljna." Pa sm rekla: "Prav, gremo." Pa je bla notr ena mal dementna gospa notr, so se prtožval nad njo, sam ko sm jz prišla, je bla ona pomoje osamljena. Ampak midve smo se pogovarjale in njej je to dobr del. In tud hčerke so rekle, da se na nje zlo pozna, da je boljš. Štir dni sem bla notr, pa sm vidla, da enga seljo po hodniku, pa mi ni na misu pršlo, so jo pa selil na dementnga, pa zdej lih tok, da še žvi. Men se je fržmagal. Dva otroka sm gor spravlja, dva nezakonska sm financirala, vse honorarno delala, tri pa pol sobno stanovanje odplačala, prenovila vse, okna zamenala, pol pa odplačaš, pa pejd. Ampak tko je, nism edina na tem svet, sm pa sama napako nrdila, da ko sm ga odkupvala, da sm ga napisala direkt na hčero. Še misla nism, da lahko lastn otrok kej tazga nrdi. Žou, tko je. Zdej sm prjavljena kle, pa je. *(Se vam je bilo težko privaditi tolikim ljudem?)* Ne, ker sem bla tud v taki službi, da sm mela skos opravlka z ljudmi, v gostinstvu. Sem pa bla žalostna, ko sm pršla, ker sm mogla vse pustit, vse za kar sm garala cel živlene.

4) Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

Mene čist nč ne mot. Sm srečna, presrečna. Svojo sobo mam. Ko ptička na meji. *(Pa čas obrokov denimo, kako vam je to?)* Mal me moti zajtrk, ko je pol devetih, tud četrt na deveto, ker morjo dame it na čik, pa na kavico, pa čvekat, pa ovo, pa ovo, pol se gre šele po zajtrk, sej vi tastari loh pa čakate, ker ni nobenga spoštovanja do

starih, sam noben pa ne vid, da grejo za nam. Mi smo te leta že dožvel. Jz sm drugač zlo velik sama v sob. Sosed pride zutri, pa popijeva kapučinčka, pa klepetava, jz pa ne maram gor hodt, ker ma vroče gor, jz mam pa kle senco. *(Pa se počutite varno?)* Ja, jz se varno počutm, sem vedno zaklenena. Sej kle je ena zavn, k krade, pa sm se navadla zaklepat, pa se počutm varno. Sam veš kuga mi pa ni jasn. Je blo rečen, da smo globoko v rdečih številkah. Tega pa jz ne razumem. Vsak varovanc more plačat, če ne gre pa ven. In od vseh dobijo plačan. In kako je potem lahko v rdečih številkah, Tolk pa poznam matematko in je nemogoče, to se prav, da se mal deli. Tud kdo regresa ne dobi. *(Pa odnos z zaposlenimi?)* Jz se razumem z vsemi na tistem nivoju, k je pač treba da je. Med sabo si tud pomagamo, to mormo.

5) Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Ja, kakšn je čloun, k pride. *(Osebnost, ali zdravstveno stanje?)* Zdravstveno stanje mislim, ja. Drugač pa mičkn več pozornosti na ns. Tud direktorica bi loh večkrat pršla pa pozdravla. *(Se vam zdi, da je odnos med stanovalci tudi pomemben?)* Ja, tud, ampak z določenimi se lahko pogovarjaš, z določenimi se pa ne moreš a veš. Kle je cel del dementen, čeprav so kao samostojni. Z osebjem pa se je poslabšal. Je v enmu letu padu odnos za šetdeset procentov. Žou, povem resnico. Spremenl so se. Odnos medicinskih sestr tud. Recimo kle, k eno grem pogledat večkrat, je tud demenca, pa rečem medicinski sestri zakaj ni bla na vozičku, kva je to, pa je rekla ja ne vem. Sem rekla, dobr, hvala lepa. Popoldne prašam spet eno kle, pa ni bla, pa je rekla naj vprašam medicinko zakva ni bla, pa sm ji rekla kva za vraga, sej si ti negovalka. Dons je dobila pomirjevalo, pa je do petih ležala z glavo tko gor v strop, pol se je pa zbrihtala mal. Me je blo kr strah, cel dopoldne je spala, po kosilu tud. Mogl bi mejčkn drugač delat. Čist drugačn odnos uslužbencev bi mogu bit. Sej jih vidm. Ampak dokler mam še take možgane, nam tih, ker mam vse u glav, vse rojstve dneve.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

Nujno zlo, nč družga. *(Nič kaj zelo ne vpliva na vas?)* Name ne, na druge pa ja. Opazi se najbolj pri dementnih, k nimajo občutka, da so siti, pa kr bi jedl, pa jedl, pa jedl, pa jedl, nimajo občutka pa so kr skos lačni. Noben ni zadovoln drugač s hrano. Leta nazaj je bila res dobra. Zdej je v podnu. Jaz pojem sam tist kar men paše, kar je dobr. *(Pa bi lahko rekli, da ima hrana kakšen vpliv na vas?)* To pa ja, to pa verjetn na vsazga. Če maš ti dobro hrano, tud če mal, pa je kvaliteten, si takoj bolš vole. Določeni se pritožujejo, da zutri ni nikol ob uri zajtrka. Pol recimo se ob devetih naješ, čez tri ure maš pa kosilo. Pol se jim mudi domov, pa je včas še pred dvanajsto, pa hitijo da pospravjo. To ne gre skupi in se bi mogl držat ure. Zdele za večerjo mi je prej tud trkala, da naj grem na večerjo. Pa bi loh šla kasnej, ampak mi je četrt ure prej trkala naj grem. Halo punca! Ja, čim je pred konc šihta, pa se jim mudi, ampak to ni fer, to ni noben taprav odnos. *(Pa imate možnost povedati kaj glede hrane, dati predlog?)* Eh. Sej sem socialni povedala, da naj dajo kartončke gor za čas obrokov, ker se noben ne drži. Sej neki pol majo, da upoštevajo kej, ko so sestanki, pa loh napišeš kej v pritožbe pa oddaš, sam to ni neki učinka.

7) Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

Jz čist uredi. Kokr se počutš, tolk pa si. Jz sm osmnajst let, z neki podlage, ampak jz se počutm osmnajst let. *(Potem nimate občutka, da vas starost kako omejuje, kakšne spremembe telesa?)* Ne, razn bolezniski izbruhi, ko sm mela srčni infarkt. Ko je sin umrl, pa dve let pa pol zatem tadrug. Sam to so težke preizkušnje, se vsak dan spomnim na njih, ampak ko se uležem jih mam v mislih, sam tak je živlene, tko je. V srcu rana ni zaceljene, ostane kle notr, ne moreš preko tega, pa tud če se režiš. Stara sm, svoje sm dala v življenju skos. Sam boga prosm, da se uležem, pa je to to. Marsikdo se pol matra, pa hira. Tud tko sm bla včas zavn ene, ko je ležala, pa je prosila za pit, pa je rekla ena, da prec pride, pa je pol ni blo, a veš, to ni odnos, to ne morš, če človk leži. Ta odnos me zlo mot, to, vi ste stari, svoje ste že, pejmo. Kir je še tko dobr v glav, to občuti, tist dementni, pa itak ne vejo, ne vidjo.

8) Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

Jz čist normalno gledam nase. Z leti naprej. Dokler bo, bo. Nič nima vpliva name. Dobr se počutm. Mela sm vmes aritmijo, hudo, pa me je matral, sem bla čist hin, pa sm bla čist, mrtvaški pod, pa so me dal na postlo, pa

mal viši vzglavje, pa je šlo pol. Če se ti razburš, ne bo takrat, pa loh pride za tabo čez štrnajst dni, pa je pol rukar, ko notr meješ pa to. (*Pa spremembe videza, vas to kaj moti, sprejemate?*) Sem dala v živlenu dost skos, sm kr samozavestna. Če bi me noge držale, bi bla kot dvejst, trideset letnca.

9) Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Bi kr direkt rekla mu. Pa pomagala. Ena ni hotla kej velik jest, pa sm jz kak krompir skuhala, pa nrdila pire, pa je bla vsa srečna. Tud na konc, ko je bla, je rekla, da bi rada, pa preden sm prišla, vse nrdila, je rekla, da ji več ne paše, pa nism zamerla. Tko je pri bolnikih, da jih hitr mine, če ne dobijo to prec. Pa vodo sem ji nosila, je mela rada to frišno iz avtomata. (*Pa osebje, kdo bi lahko pomagal, bi kdo lahko, bi se na koga obrnili?*) Na sestro, dohtarco tud. (*Dom morda obišče tudi psihiater?*) Ja, ja, tud.

Intervju s stanovalcem E (Oznaka UE), ženski spol, dom C

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Dokler sem bila zdrava je bilo vse prav, zdaj se pa počutiš, da nisi dober. Jaz imam prebavne motnje, to je zoprno, bi lahko kdaj kam šla, pa ne veš kakšno bo razmerje, a bo treba kam leteti ... To je zoprno. *(Pa poznate anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prenažedanje?)* Kaj pa je že to? *(Ko se nekateri ljudje izogibajo hrane, imajo anoreksijo nervozo, jedo zelo malo, pri bulimiji nervozi imajo obdobja, ko pojedjo ogromno in potem izbruhaajo recimo, spet tretji pa se samo prenažedajo in ne počnejo ničesar, da bi se znebili kalorij).* Ja, slišala sem že, sama nisem teh problemov nikoli imela, potem pa ne veš toliko o tem.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Ko sediš za mizo marsikaj vidiš. Pri sosednji mizi je enkrat en jedel, pa potem bruhal, potem te mine, da bi še sam naprej jedel. Saj potem je umrl. Ne vem kakšne težave so to bile, saj ne vem. Ne, sama ne bi prepoznala, ne bi videla. *(Pa mislite, da so take motnje hranjenja, kot sva govorila prej sploh možne pri starih ljudeh?)* Kaj pa jaz vem, stari imamo tako ali tako drugačne probleme, en ima to, drug ima to.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako ste sprejeli selitev v dom starejših, kako ste jo doživljali?

Nič kaj dobro. Prijavljena sem bila že par let prej, ko sem stegenico zlomila, sicer sem še hodila, ampak je bilo vedno slabše. Potem sem še kolke mogla operirati, potem sem pa videla, da težko delam. Saj pravim, nekaj let nazaj sem se prijavila skupaj s kolegico, da bova skupaj prišli, saj sva bili prej prijateljici, planirali sva, da bova imeli skupno sobo, ona je ta čas umrla, jaz sem pa še ostala in sem videla, da res ne morem sama z berglami. Je že res, da so tamladi vse nabavljali, ampak meni se je fletno zdelo, da greš sam v trgovino, pa kupiš kar hočeš. Potem sem prišla, aktivirala vlogo. Štirinajst dni, pa sem pošto dobila, da sem sprejeta. Ooo, kako sem se jaz ustrašila, o groza, zdaj pa a naj grem, a naj odpovem. Če odpovem, bom lahko, če bom res rabila, čakala, potem sem pa šla skozi to. Ampak sem bila zelo žalostna, še zdaj sem. Mi je rekel sin: "Noben te ni silil, kar si skuhala, to boš pa pojedla." Če takole pride, je sam težko biti. Ko sem prišla v dom sem začela tukaj bruhati, nazaj, naprej je vse šlo. Sem šla k zdravnici, zdelo se mi je, da se je premalo zavzela. Sama sem se brihtala, spraševala kakšne z enakimi težavami, kaj so delali, kaj je pomagalo. Jaz vem, če bi bila zdrava, če ne bi imela prebavnih težav, jaz bi rekla: "Na dopustu sem, sem zdrava, dajmo uživati!" Če si zdrav se popolnoma drugače počutiš, kot če te nekaj skrbi, žre, kaj še bo. Sicer me strah ni, osamljena nisem, berem, gledam televizijo, ustvarjam kaj takega, kar delamo zdaj *(pokaže na obeske za ključe)*, štrikam ... Če bi bil zdrav, bi tu lahko užival, vse je narejeno, lačen nisi, oprano imaš, nimam pa take družčine, da bi meni odgovarjala. Ta kolegica je umrla, jaz sem potem sama prišla. Tukaj so različni ljudje, jaz imam rada bolj domačine za sogovornike, da se pogovarjaš, da zveš kaj je novega, tukaj so pa eni s tujih koncev, enih nič ne briga. Osamljena nisem, če sem, sem po svoji krivdi. Pridejo sodelavke k meni na obisk, k sinu grem vsak teden, me odpelje domov. Vzamem pa tudi bergle, pa grem k sestri ali prijateljici pa malo poklepetamo.

4) Kako na vas vpliva institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako doživljate dom starejših? Kako ste se prilagodili novemu življenju, na kakšen način?

Oh, to še kar, kar sprejemem, ni nobene reči, da bi rekla, da me moti. *(Kaj pa odnosi z drugimi, kako vpliva na vas?)* Jaz sem veliko sama tu notri, pa berem, pa šivam, pa štrikam, niti ne iščem ne vem koliko, so pa tudi taki, s katerimi nimam nič govoriti, pa grem sem, pa se umaknem. Kakšne dekline, ki so venomer delale na njivi, pridejo sem, se počutijo, kot da so gospe. Ne, tu z nobenim nimam problemov, če mi ni vseč, ga pri miru pustim.

5) Kaj je za vas najbolj pomembno, kaj bi izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva ali pa bi vplivalo na vaše zadovoljstvo z življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Na zadovoljstvo pa najbolj vpliva zdravje, če si zdrav, je vse dobro. Ja, bilo bi fletno, da bi bila tukaj še kakšna ženska, s katero bi se lahko več pogovarjala, ampak sem sama v sobi, pa je že to dovolj.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kaj za vas pomeni hrana, kakšen pomen ji pripisujete, kako vpliva na življenje v domu starejših?

Hrana je tukaj dobra, se potrudijo, da dobro skuhajo. Ampak ne vem, marbit sem bila jaz doma navajena drugače kuhati, sem kar zaprta. No, če bi hotela bi lahko dala predloge, ampak je v redu, kakor je. Jem enako kot sem na začetku, ni nekih sprememb, vidim pa, da tudi drugi kar radi pojejo.

7) Kako doživljate staranje, staranje telesa in kako se soočate s spremembami, ki jih prinaša starost?

Staranje bi bilo fletno, če bi bili zdravi. Da bi lahko še hodila v hribe, tako kot sem včasih. Pa da bi bil mož še živ. Veste, sva skupaj hodila, pa ne zato, ker bi bil on hribolazec, ampak zato, da je meni ugodil. Je bil strašno dober mož. Danes mi je edino žal, da mu tega nisem bolj pokazala. Staranje, če bi bila zdrava bi bilo super, tako so pa težave, me noge ne držijo, me prebava daje, so mi, ko sem prišla v dom lasje izpadali. Nič kaj fletno.

8) Kako pri sebi opazate spremembe v odnosu do lastnega telesa po selitvi v dom starejših? Kako bi opisali vašo samopodobo? Sta se vaša samopodoba in samovrednotenje kako spremenila po selitvi v dom?

Ja, tukaj sem se zredila. Se počutim kot sod. Pravijo, če ne daš ven iz telesa, to nekam gre. Pa imam občutek, da se mi nabira tu okoli trebuha. No, ampak ni tako grozno, še vedno so mi prav oblačila. Če kam grem se še vedno uredim, ne morem hoditi razcapana okoli, operejo pa tako ali tako tukaj. *(Kaj pa se kdaj ustavite, pa si rečete, da ste kaj dobro opravili v življenju, dosegla to in to?)* Ne gledam na to tako, tu je bil tudi mož zelo zaslužen. Zdaj pa je, kakor je. *(Čutite, da še zmorete veliko?)* Ja, s temi berglami ne morem toliko, kot bi želela, vseeno pa še grem na sprehod, še lahko pridem kam, to je pa v redu.

9) Kako bi ravnali v primeru stiske, zaznavanju motnje hranjenja pri sebi ali drugi osebi v domu starejših? Kdo bi po vašem mnenju znal pomagati oziroma na koga bi se obrnili?

Ne vem. Ne bi to opazila, se bolj zase držim. Tudi če bi, se ne bi vtikala, bi pustila, da sami uredijo.

Intervju z zaposlenim A (oznaka ZA), vodja zdravstvene nege in oskrbe, dom B

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Motnja hranjenja je motnja na čustvenem področju. Oseba, ki ima motnjo hranjenja ima spremenjen odnos do hrane in razvije določena vedenja pri hranjenju. Motnje hranjenja spadajo med duševno bolezen. Pri anoreksiji si osebe omejujejo hrano in stremijo k nizki telesni teži. Kompulzivno prenašanje pa je nasprotje, saj se take osebe prenašajo s hrano, a ne bruhaajo, kot pa je značilno pri bulimiji. *(So vam sicer znane tudi modernejšie motnje hranjenja, ortoreksija, diabulimija, bigoreksija?)* Tudi, pri ortoreksiji jedo samo tisto, kar imajo za zdravo, bigoreksija je tist, ko želijo imeti zelo mišičasto telo, diabulimija pa ne vem, če mi je znana. *(Diabulimija pa je motnja hranjenja, ki so imajo lahko le sladkorni bolniki, saj gre za zlorabo inzulina, če lahko tako rečeva, saj z opuščanjem dosegajo nizko težo.)*

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Pri starostnikih se težje prepozna motnje hranjenja. Starostniki imajo običajno velik kroničnih obolenj, zaradi katerih lahko pride do izgube apetita, zmanjšanje telesne teže, odklanjanje hrane in podobno. Na drugi strani pa tud kakšna zdravila povečajo apetit in nekako tihi, morda opazni znaki izginejo med vsemi ostalimi posledicami starosti, bolezni, zdravil. *(Torej menite, da star človek lahko ima motnjo hranjenja?)* Ni razloga, da to ne bi bilo mogoče, po mojem, a se verjetno res težko opazi. V primeru, da so res očitne spremembe pri samem vedenju s hrano, bi zagotovo kdo izpostavil na sestanku zaposlenih, a bi težko sodili ali gre prav za motnjo hranjenja.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako stanovalci sprejemajo selitev v dom starejših, kako jo doživljajo?

Najbolj pogosto so starostniki naseljeni v dom starejših po sili razmer, ker drugače ne gre, zaradi njihovega slabega zdravstvenega stanja ali zaradi neprimernih socialnih razmer. Približno en mesec traja doba prilagoditve na novo okolje. V tem času je prisotna žalost, jeza in splošno odklanjanje, nezadovoljstvo, potem pa jim je lažje, sprejmejo

4) Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

Stanovalci imajo radi red, da vedo ob kateri uri kaj sledi, kdaj so obroki, kdaj je telovadba... Pri stanovalcih, ki so dokaj samostojni in še sposobni odločanja ter so s kom v sobi, pogosto prihaja do konfliktov. Če se res ne razumejo, se prepirajo, se le pritožujejo nad sostanovalcem, se to potem rešuje s selitvami, če se strinjajo, ko se jim ponudi postelja v drugi sobi. Dostikrat omenjajo željo po enoposteljni sobi. *(Menite, da zdravstveno stanje vpliva na zadovoljstvo?)* Verjetno življenje v domu lažje doživljajo samostojnejši, ker si lahko marsikaj prilagodijo, olajšajo, naredijo po svoje, izrazijo voljo.

5) Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Najbolj izpostavljajo varnost, da je osebje vedno dosegljivo. Za več zadovoljstva bi potrebovali več osebja, da se lahko odzovemo hitreje, več časa bi imeli za enega. Pomemben je odnos, komunikacija med zaposlenimi in stanovalci, seveda tudi med njimi. Zelo pomembna pa jim je tudi prehrana.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

Stanovalcem je prehrana zelo pomembna. Pozitivno je to, da imajo možnost dati predloge, kaj si želijo jesti.

Imajo tudi zajtrk po izbiri. Predvsem imajo radi tradicionalno prehrano. Moderne hrane, na primer pico, ne sprejemajo, jo zavračajo. Nekaj je takšnih, ki imajo več pripomb, povedo kako bi morali biti kaj pripravljeno, splošno pa ni nekih posebnih, večjih konfliktov. *(Pa opažate kakšne spremembe pri odnosu do hrane?)* Odnos do hrane se bolj spremeni, ko je prisotna težja bolezen, slabše zdravstveno stanje. V jedilnici je sicer sedežni red, ki jim je kar všeč, da ima vsakdo mesto, da ga ne iščejo.

7) Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

Staranje stanovalci jemljejo kot nek običajni del življenja in se ne pritožujejo nad tem, tudi nad videzom ni slišati pritoževanja. Bojijo se bolečine, trpljenja, smrti pa običajno ne. Ko pridejo v dom se običajno težko navadijo na novo okolje in na vse spremembe, ki jih dom prinaša.

8) Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

Nad lastnim videzom se ne pritožujejo. Nekateri stanovalci pa težko sprejemajo svojo bolezen, omejitev, ki jih prinaša. Imajo velika pričakovanja, ko pa vidijo, da niso zmožni po svojih pričakovanjih so žalostni, jezni, odklonilni, ker ne zmorejo več. *(Kakšna pa menite, da je njihova samopodoba?)* Verjetno je samopodoba slabša predvsem zaradi nezmožnosti, a na drugi strani radi in z veseljem pripovedujejo zgodbe o življenju, kako je bilo, kaj so doživeli, kar jih drži pokonci.

9) Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

Če pride do težav s prehranjevanjem najprej opravimo posvet z domsko zdravnico, ki opravi določene preiskave. Sočasno vključimo tudi svojce, se z njimi posvetujemo. Najbolj pogosto se dogovorimo za kakšne prehranske dodatke v primeru hujšanja. Tudi ne tehtamo vseh stanovalcev, bolj le tiste s hudim srčim popuščanjem in se jim nabira voda v telesu, pa tiste, ki so kahektični. *(Ali pride v dom tudi psihiater in bi on lahko predstavljal osebo, ki pomaga nekemu z motnjo hranjenja?)* Dom obiskuje tudi psihiatrinja, ja, ki bi morda znala bolje ukrepati v primeru dejanske motnje hranjenja.

Intervju z zaposlenim B (oznaka ZB), socialna delavka, dom A

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Poznam anoreksijo in bulimijo ... So spremenjeni v odnosih do okolice, pretirano natančni za hrano, vse se vrti samo okrog tega, ostale stvari pa so prizadete, omejene. Njihovo obnašanje jih zavira pri osebni rasti in pri socialnih stikih, prizadeta je njihova zaznava okolice. *(Pa lahko morda natančneje poveste kar veste o anoreksiji nervozi in bulimiji nervozi?)* Tisti, ki imajo anoreksijo se izogibajo hrane, jedo zelo malo, tisti z bulimijo pa bruhamo po jedi. *(Ostala nama je le še ena motnja hranjenja, kompulzivno prenažedanje, pri kateri pa osebe doživljajo epizode prenažedanja, a po njej hrane ne izbruhamo, ali pa ne telovadijo oziroma ne počnejo ničesar, kar bi vodilo v porabo kalorij. Poleg tega so še nekatere modernejšie, bigoreksija, pri kateri so ljudje usmerjeni v doseganje mišičastega telesa in ne zaznavajo, da so verjetno že zelo mišičasti, ortoreksija, pri kateri stremijo k hrani, ki je neoporečna, stremijo k hranjenju, ki se jim zdi pravilno, pa še diabulimija, ki jo imajo lahko le sladkorni bolniki, ki z manipuliranjem inzulina ohranjajo nizko težo, navkljub posledicam na telesu.)* Saj res, to pa se spomnim nekaj, predvsem to bigoreksijo in ortoreksijo, ja.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Tudi pri starem človeku je po mojem mnenju motnja hranjenja mogoča. *(Kako pa bi jo prepoznali, nanjo posumili?)* Bi se opazilo po vedenju, telesni teži ... Pri stanovalcih gre po mojem bolj za motnje hranjenja povezane z drugimi bolezenskimi znaki, demenca, kap, rak ... Veliko je tudi to, ker se starostniku spremeni okus in je hrana vsa podobnega okusa in potem nima več takega učinka kot nekoč. Menim, da imamo še vedno hrano za tolažbo, ljubezen in ne samo kot zgolj vir energije.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako stanovalci sprejemajo selitev v dom starejših, kako jo doživljajo?

Vsekakor je prihod v dom zelo stresen za vse stanovalce, tudi za tiste, ki pridejo, ko so še v dobri kondiciji in brez posebnih zdravstvenih težav. Večina jih pride v dom zaradi potrebe, po sili razmer, bolezni, izguba sorodnika, socialne razmere. *(Kako pa doživljajo selitev?)* Reakcije so različne, se zaprejo vase, so žalostni, jokavi, se jezijo, vsi pa se srečajo z vprašanjem ali je to zadnja postaja v njihovem življenju. *(Imajo kakšne želje, kako se prilagajajo okolju, prisotnosti tolikih ljudi?)* Starostniki se težje prilagajajo, zato je več težav v dvoposteljnih sobah. Veliko želja je za enoposteljne sobe s kopalnico.

4) Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

Vpliv je odvisen od samostojnosti in zmožnosti stanovalca. Bolj samostojni se lažje prilagodijo in priredijo svoje aktivnosti na red in pravila v domu. *(So kakšni konflikti?)* Konflikti med stanovalci so. Toleranca do drugih je lahko zelo majhna, potrpljenje je mejno, drug za drugega znajo povedati, da ne sodi v to ustanovo. Potrebujemo veliko pozornosti in nekateri si jo pridobijo na malo bolj vsiljiv način. Tudi v dvoposteljnih sobah so stanovalci, ki si med seboj zelo pomagajo in se navežejo. Je res zelo različno.

5) Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Velik vpliv na zadovoljstvo ima zdravstveno stanje. Bolj so prizadeti, bolj odvisno od pomoči, težje jim je. Zelo veliko ljudem pomeni, da ko si z njimi ne hitiš, se usedeš in v miru poklepetaš z njimi, da upoštevaš njihove posebnosti. Tudi hrana ima velik vpliv na počutje, so pa okusi zelo različni, enemu je nekaj všeč, drugemu ne.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

Ja, hrana je zelo pomembna in je na zboru stanovalcev vedno prva točka dnevnega reda. Tu lahko izrazijo svoje želje, pobude, predloge, graje. Imajo pa možnost dati anonimne kritike, predloge v skrinjico pritožb in pohval. *(Kakšen odnos pa imajo do hrane, opažate kakšne spremembe pri odnosu?)* Odnos do hrane stanovalcev je zelo povezan z odnosi na sploh v življenju. Stanovalec prinese seboj v hišo svoje navade, želje. Če pomislim, lahko v zadnjih desetih letih morda res opazim manjše odstopanje, določene omejitve pri prihrani, recimo brez mleka, izdelki brez laktoze, več je individualnega prilagajanja.

7) Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

Izkušnje so različne, veliko jih je zaradi omejitev, izgub žalostnih, depresivnih, nekateri izražajo naveličanost in pravijo, da bi radi umrli. Bolj so bolezensko prizadeti, večja je žalost, depresija, nezadovoljstvo. Nekateri se zelo jasno brez zadržkov pogovarjajo o smrti bližnjih, o umiranju.

8) Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

Opažam, da bolj so bolni oziroma z več zdravstvenimi težavami, bolj so nezadovoljni, slabe volje, žalostni. *(Kaj pa videz, oblika telesa, teža in spremembe povezane s starostjo?)* Bolj je govora le o omejitvah telesa in imajo morda slabšo samopodobo zaradi tega.

9) Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

V okviru zdravstveno negovalnega tima medicinsko osebje opazi neješčnost, slab apetit, motnje požiranja. Pri nekaterih stanovalcih se potem uvede evidence zaužite hrane, se beleži koliko stanovalec poje. Občasno se vključi socialna služba, da naprosi svojce, da prinesejo kakšne jogurte, pudinge, sokove, kaj kar so od nekdaj imeli radi. *(Je morda na voljo psihiater, ki bi lahko pomagal osebi, se z njo pogovoril o težavah?)* V hišo prihaja psihiatrinja in če je potrebno se jo vključi v obravnavo, da poda svoje mnenje.

Intervju z zaposlenim C (oznaka ZC), socialna delavka, dom C

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Do tega pride zelo kmalu. Kakršnokoli ali prenašanje ali premala ješčnost, oziroma pri določeni stopnji nezadovoljstva s telesom. Poznam vse tri najbolj pogoste oblike, prenašanje, bulimijo, bruhanje po jedi, imam tudi sestro, ki je 'diplomirala' iz anoreksije. *(Poznate morda tudi ortoreksijo, diabulimijo, bigoreksijo?)* No tega pa ne poznam, razen bigoreksije, to so bilderji. *(Diabulimijo imajo lahko le osebe s sladkorno boleznijo, ko z opuščanjem injekcije insulina vplivajo na nizko telesno težo, pri ortoreksiji pa so prepričani, da je določena hrana zdrava, prava in mora biti pripravljena na določen način, da je zanje dobra in jedo le neoporečno.)*

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Ne vem če bi. Zdaj jaz kot socialni delavec, žal, nimam toliko stika z ljudmi, da bi sploh opazila. Čez nekaj drugega bi se najbrž moralo odkriti. Ker v vsem času odkar delam v domu še nismo govorili o motnjah hranjenja pri starih ljudeh. Govorili smo o tem, da nehajo jesti ker si želijo umreti, da rabijo manj hrane, ker to sami definirajo, saj pravijo da nič ne delajo, ampak da bi jaz prepoznala, videla, nekoga, to pa ne. Pa sem se danes pogovarjala s pripravnicama, ker sem povedala, da prideš, pa je ena izmed pripravnic dejala, da v eni izmed stanovalk vidi znake motnje hranjenja, jaz pa na to nisem nikoli pomislila. *(Po čem pa je sklepala?)* Po njenem izgledu, po njeni suhosti in zaradi njenega načina. Ona je vsak dan pri meni bodisi zaradi srečke, jih kupuje, da pride pozdraviti ... In s tem je ona povezala. *(Se ti zdi, da so motnje hranjenja pri starem človeku sploh mogoče?)* Ja, definitivno je pojavnost motnje hranjenja pri starem človeku mogoča. Če pogledam z vidika moje sestre, če bo živela naslednjih 20 let bo stara oseba z anoreksijo. V našem primeru bi prav zaradi mojega pomanjkanja stika s stanovalci to prej sestre ali bolničarke opazile.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako stanovalci sprejemajo selitev v dom starejših, kako jo doživljajo?

Vdajo se. V večini primerov. Mogoče dvajset odstotkov ljudi pride, ker sprejmejo svoje stanje, sprejmejo svojo starost in rečejo: "Jaz pač ne morem več živeti doma." Potem imaš delež dementnih oseb, za katere težko rečeš in delež ljudi, ki se dobesedno vdajo. Otroci ne morejo, ne bom jim v napoto rečejo in grejo. Obstaja pa tudi delež ljudi, ki jih prisilijo, vendar tega ne bodo nikoli povedali, nikoli ne bodo tega rekli za svoje otroke, pa jaz opažam, da najtežje sprejmejo tisti, ki se umaknejo, zato da nekdo živi v njihovem stanovanju. "Bo šla babica v dom, ker bo vnuk šel v stanovanje, saj bo dobil otročka." In potem to tako opravičujejo. Nekateri ob sprejemu povejo zakaj so prišli, nekateri nikoli ne. Jaz sem sprejela dve osebi, ki se nista mogli privaditi na življenje v domu in sta šla domov. V enem primeru se žena ni mogla navaditi, da bi gospod bil tukaj, v enem primeru pa je šlo za gospo, ki je bila na meji, da bi še lahko bivala doma in ona je bila najbolj srečen človek, ko so ji rekli, da gre lahko domov. Ona je shodila, ona je bila vesela. Drugače se pa v večini prilagodijo, najbolj jim pomagajo aktivnosti. Obenem pa je tukaj dobro, da so prebivalci istega mesta, da so ljudje iz okolja. Pridejo sem in vidijo ljudi, ki jih niso videli deset, dvajset let in jim je iz tega razloga fajn. Pa tudi ko pridejo svojci na obisk ... Pridejo na obisk k mami pa še k petnajstim drugim zraven in to jim največ pomeni, da nekdo prinese novice.

4) Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

To so v bistvu ljudje, ki so še spodobni prilagajanja, vendar mi se zavedamo, da bo tega vedno manj in to se je začelo kazati. Ljudje prihajajo, ki so vedno bolj individualisti. Sej lahko je banalno, ampak nas je strah vegetarijancev, veganov, kako bomo. Te generacije, ki so tu zdaj, so preprosti ljudje, zadovoljni, marsikdo ti reče: "Meni ni bilo nikoli tako lepo, kot mi je tu. Oprano imam, zlikano, za jesti imam, ni mi treba delati, ljudje me spoštujejo." S tega vidika jim je fajn. Vprašanje pa kaj bo. Se že dogaja, imamo stanovalko, ki je poslovala z moškimi, ki je šarf, odločna, močna. Pokazalo se bo tudi pri verskih različicah prihajajočih stanovalcev. Jaz na to že nekaj časa opozarjam, ampak potrebni bodo veliki koraki. Mislim, da bi morali iti pogledati v

Ljubljano, mislim, da so oni že bližje temu s čimer se mi šele srečujemo. Oni sicer popolnoma sprejemajo pravila, tako to je. Domači za kakšnega stanovalca govorijo, da je bil doma agresiven, nesramen, vendar tega pri nas ni, ker so pravila, ker je avtoriteta, ker je postavljen red in se tega v večini držijo. *(Tudi urniki, časi obrokov, skupna jedilnica jim ne predstavlja ovir?)* Ne, to se bolj začne, če pride do demence, s tega vidika. Sicer pa ne. Pri nas imamo celo red, da določeni stanovalci s stanovanjskega oddelka gredo zjutraj na zajtrk, v glavno jedilnico, z zajtrka v tabletarno, tam dobijo zdravila in gredo v sobo. *(Imajo željo po več zasebnosti?)* Ja, željo imajo predvsem po enoposteljnih sobah. To je najbolj iskana stvar v hiši. Mi jih imamo čisto premalo, žal jih ljudje po navadi dobijo, ko ne morejo več v popolnosti koristiti luksuza enoposteljne sobe – zaradi čakalne vrste. Največ težav, ki se v domu pojavljajo je zaradi težkega prilagajanja sosedom. Ne vem: “Ona celo noč smrči.” Ali pa: “Ona ima celo noč odprto okno, mene pa zebe.” S tega vidika je največ težav, zasebnosti želijo veliko več, zasebnost je velik manjko domov. *(Se stanovalci med seboj ali z zaposlenimi pogosto prepirajo?)* Med sabo je največ pričkanj kot sem jih omenila, med sostanovalci, izven sob imamo nekaj ljudi, ki se vedno kregajo z drugimi, pogosto posledica kakšne psihiatrične diagnoze. Zaposleni in stanovalci imajo pa največkrat težave zaradi odnosa zaposleni – stanovalci. Nekateri pravijo, da si vzamejo premalo časa, včasih je kakšna beseda, ki je izrečena, pa ni mišljena slabo, ampak je vzeta slabo. V drugih domovih sem večkrat doživela veliko nezaupanja s strani stanovalcev do zaposlenih. Tukaj mislim, da se mi še ni zgodilo, da bi prišel stanovalec do mene in rekel, da mu je nekdo kaj ukradel. Kar se je drugje redno dogajalo. Največkrat pride zaradi kakšne komunikacije oziroma so tudi primeri, ko stanovalcu ponudiš prst, vzame pa roko, tako da včasih je to, da so preustrežljivi, preveč naredijo in posledično zaradi tega pride do težav. Imamo pa tri stanovalce, ki redno povzročajo konflikte, tudi v jedilnici, ki so z vsem nezadovoljni in pridejo v konflikt z drugimi, ker jim drugi želijo pokazati, da ni nič narobe. *(Pa se vam zdi, da jih kaj omejuje v domu?)* Vsi, ki pridejo v dom, jih zanima če sploh lahko gredo ven. Potem so čisto šokirani, ko jim povem, da lahko grejo kamorkoli na svet, da vse kar mi želimo je, da nam povejo, sicer se pa največ počutijo omejeni zaradi večernega spanja. Če bi recimo prišel k nam v dom ob sedmih, bi bili že vsi po posteljah, tudi poleti, ko je še vroče zunaj. Jaz jim vedno dopovedujem, da tudi po večerni negi imajo še vedno možnost, da so v dnevnem prostoru, da gledajo televizijo, ampak te pravice oni ne iščejo več. To jih največ, pa posteljna ograjica. Pogosto kakšna zaposlena reče: “Joj, pa bi jo dala gor, me skrbi, kaj pa če boste padli, lahko službo zgubim,” pa to seveda ni res, ampak jih stenstajo, da jih imajo potem gor. Se pa dogaja, da plezajo čez, v tem primeru se spustijo. *(Kaj pa omenjajo, da jim je všeč?)* Najbolj prireditve, da se nekaj dogaja in pa hrana. *(Je vpliv institucije na stanovalca odvisen od njihove samostojnosti?)* Ja, bolj kot je stanovalec samostojen bolj je načeloma zadovoljen.

5) Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Odnos. Zaposlenih in stanovalcev, to je največ, da si vzameš čas, da se usedeš dol z njimi. Ena stanovalka pride k meni, pove, da so ji nekaj ukradli, grem z njo in najdem v dveh minutah. Ko pa rečem, da grem, pa pravi: “A zdaj boste pa šla?” Ona mene pokliče, da se bom usedla dol z njo in se z njo pogovarjala. Tudi sami rečejo, da lepa beseda bolj pomaga kot zdravilo, da si nekdo vzame čas. Ker osamljenost je prisotna kljub temu, da nas je v domu veliko, zato vključujem tudi društvo upokojencev za prostovoljce. Drugače je, ko so živeli doma, so svojci lahko prišli vsak dan pomagati pri kakšni zadevi, tu je pa stanovalec preskrbljen in sicer pridejo na obisk, a če samo za deset minut to ni dovolj. Jaz vedno govorim, da obisk za deset minut ni obisk.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

Naši stanovalci živijo od zajtrka do kosila pa do večerje. Hrana je njim pomemben mejnik, to so ljudje, ki so bili lačni, stanovalci tudi shranjujejo hrano, noben je ne bo stran vrgel. Predali so polni rezkov, klobas, napihnjenih jogurtov. Blazne težave imamo, ker odnašajo kruh iz jedilnice. Pa ne, da jim ga ne bi privoščil, ampak ta kruh postane star, plesniv. Ampak oni pravijo: “Kaj pa če bomo lačni?” Sicer ne vidim, da bi spremenili prehranjevalne navade, kvečjemu se mi zdi, da se pri nas vsi zredijo. Sicer če boš šel na sestanek boš slišal tisoč in eno pripombo, ampak krožniki so prazni, ko grejo iz jedilnice. Se pa zaznavajo spremembe v željah, večkrat govorijo o leči, čičeriki, jedeh, ki niso pretirano na njihovih krožnikih. *(Jih kakšna hrana jezi, ker je ne morejo več žvečiti, pogoltniti?)* Veliko je debat o govejem mesu, velikokrat se pritožujejo nad zdravo prehrano, kuhano solato in podobnim, to jim večinoma ne gre dol. V tej smeri najbolj.

7) Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

Različno. To so res generacije, ki sprejemajo ta življenjski krog. Velikokrat rečejo, da so se obrnili okoli pa so bili stari. Pa ne povezujejo mogoče to toliko s starostjo kot s sposobnostjo za delo, s tem, da ne zmore, ni sposoben. Mogoče se ne ravno pritožujejo, ampak, ko me na primer srečajo, ko tečem po stopnicah, pa rečejo: "Ja, kar laufi, dokler še lahko, ti sploh ne veš kako je to vredno, jaz ne morem več." (*Kaj pa smrt, omenjajo tudi to?*) Ja, seveda, predvsem tisti, kjer se dogajajo smrti otrok, vnukov. Meni je enkrat rekla ena stanovalka ... Ona je umirala odkar sem jaz v hiši, deset let, umrla je nekje tri mesece nazaj. V tem času sta ji umrla dva otroka. Enkrat mi je rekla: "Deset let se že valjam po postelji, pa me bog ne vzame, vzel je pa mojega sina, ki ima doma dva otroka." Zelo jih prizadene tudi smrt bratov, sester, to pojmujejo, kot da ostanejo sami, nobenega več ni. (*Omenjajo kaj posledice staranja na videz?*) To po mojem ne, ampak to je mislim da spet povezano s kmečkim okoljem. Ker tiste, ki so se navajene urediti, se še vedno. Imamo nekje tri, štiri stanovalke, ki se namažejo, je pa res, da dom tega ne zmore. Nas so eni svojci, katerih mama si je celo življenje risala obrvi, pa si jih potem ni več zmogla, so bile te obrvi res smešno narisane, prosil, če bi ji lahko mi, mi tega nismo zmogli. En čas sem ji jaz hodila dol risati obrvi. Pa mene recimo zmoti, ker ženskam, kar pri vseh začnejo rasti dlake v starosti. In jaz vztrajam, da se to pri nas odstrani. Same stanovalke sicer ne govorijo o tem, kvečjemu svojci – a bi lahko, naša mama si je to vedno zrihtala. Tiste, ki so bile prej urejene so še zdaj, dokler to lahko same urejajo. Vedno imam borbe s tem, pa mi kdo reče: "Ja, meni so vse enake." Ja, razumem, so vse enake, vendar ne moreš gospe, ki se je sedemdeset let urejala primerjati z gospo, ki je bila celo življenje v firtahu. Dokler sami zmorejo zadržijo, potem pa ...

8) Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

To je čisto različno, tisti, ki je imel prej to urejeno, ima tudi zdaj, ne bi rekla, da se to s starostjo spremeni. Tisti, ki je imel prej težave jih ima tudi zdaj. Edina stvar, za katero opažam, da jo z leti izgubijo, je vera v boga. (*Ali opažate, da uporabniki cenijo svoje doseganje življenja, cenijo svoje dosežke, zgodbo?*) To je čisto odvisno, nekateri zelo, nekateri imajo pa vedno občutek, da nikoli niso naredili ničesar pomembnega. (*Kaj pa zadovoljstvo s telesno obliko?*) Tega ne opažam toliko, bolj iz vidika izgube zmoglosti, ne morem hoditi, noge me ne držijo. Hoja jim pomeni največ, na račun tega, da hodijo, izgubljajo moč drugje. Namesto, da bi delali na rokah, ki so še zdrave, se trudijo, da ohranjajo moč v nogah, kar je povezano tudi s samopodobo, da jim eno vrednost, ker so samostojni. Bojijo se tega, da ne bi več bili samostojni, skrivajo, da jim uhaja urin, sami perejo ...

9) Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

Pri nas bi šlo najbrž na psihiatrinjo. Zdaj, ko rečeš ... Imamo stanovalko, ki se čustveno prenaleda. Ima 160 kilogramov. Ona ima to že od doma, odkar je pri nas, se je pa zredila še malo bolj. Ampak ona se čustveno prenaleda in tudi njeni svojci, potem ko smo mi to želeli omejiti, so nas svojci zabremzali. "Pa pustite ji teh nekaj petkov, pa naj je čips, če želi..." V takem primeru vključimo tudi svojce, razen če bi ugotovili, da je družina res striktno naperjena proti svojcu, da bi mu želel slabo. Tudi če družina dela slabo, pa misli, da dela dobro, ga boš povabil, če gre pa res proti človeku, potem pa ne. Sicer se v takem primeru skliče timski sestanek, ki ga sestavljajo diplomirana sestra, glavna sestra, socialna delavka, po potrebi fizioterapevt, delovni terapevt, odvisno za kaj se gre, domska zdravnica, ambulantna sestra in to se potem prenese psihiatru. Psihiater je zunanji in ne hodi na naše time. Če bi specialno izrazili željo, bi se najbrž odzvala tudi psihiatrinja. Takrat je bila vključena tudi kuhinja, ker smo želeli pripravljati čim manj kalorične obroke, obroke, ki količinsko izgledajo veliki, vendar so prazne kalorije. Na primer kuhana zelenjava, naloženi kruhki na način, da jih zgleda ogromno, psihiatrinja pa na žalost zgolj samo z vidika terapije. (*Sicer opažate prenaledanje ali opuščanje obrokov?*) Ja, eni so taki, da pojejo kar imajo na krožniku, nekateri pa opuščajo obroke z mislijo: "Ja, saj nisem nič delal, saj ne rabim, nisem lačen." Čeprav je to po mojem povezano s tem, kar sem ti prej povedala, da se vdajo.

Intervju z zaposlenim Č (oznaka ZČ), socialni delavec, dom B

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Na motnje hranjenja gledam kot na porušen odnos do hrane, hranjenja, ki ima določeno čustveno ozadje. Hrana ni več sredstvo za preživetje ali užitek, ampak postane sredstvo za lajšanje napetosti, stisk oziroma za občutek nadzora nad telesom. *(Pa poznate katero izmed oblik motnje hranjenja?)* Poznam klasične oblike, anoreksijo, bulimijo, kompulzivno prenašanje, se pa zavedam, da nastajajo nove oblike, kar pomeni, da je to problematično področje, ki se razvija in morda zaenkrat še nimamo ustreznih odgovorov nanj. *(Kako pa ravna oseba z omenjenimi motnjami hranjenja?)* Pri anoreksiji gre za odklanjanje hrane, strmenje k nizki teži, pri bulimiji podobno, le da po jedi bruha, prenašanje pa je prav to. *(Poznate še katero drugo obliko?)* Zdi se mi, da je ortoreksija v porastu, ker jih vse več gleda na to kaj je zdravo, kaj ni, pretiravajo. *(Sedaj se omenja še bigoreksijo, ki je strmenje k mišičastemu telesu, četudi so običajno že močno mišičasti in pa duabulimijo, ki jo lahko imajo le osebe s sladkorno boleznijo, ki z opuščanjem inzulina vplivajo na ohranjanje nizke telesne teže.)*

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Kot pri vsaki stvari, ne moremo posploševati. To pomeni, da motnje hranjenja niso rezervirane samo za mlajšo populacijo, ki je okupirana s telesnim izgledom, ampak da se s tem problemi soočajo tudi starejši. Verjetno je gluh to mišljenje krivo, da težje prepoznamo motnje hranjenja pri starejših. *(Kako pa bi motnjo hranjenja pri nekom prepoznali?)* Najprej je treba osebo poznati, če hočeš pravočasno odkriti. Spremembe v vedenju, osamljenost, razdražljivost, telesni znaki, izguba, pridobitev teže, težave z zobmi, izpadanje las, želodčne težave, odklanjanje hrane, prenašanje. Je pa potrebno ločiti med motnjami hranjenja in bolezenskimi znaki, motnjami požiranja, prebave, izguba okusa, kognitivni upad, demenca. Potrebno je poznati zdravstveno stanje in tudi življenjsko ozadje osebe.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako stanovalci sprejemajo selitev v dom starejših, kako jo doživljajo?

Večina se preseli po sili razmer, bolezni, starosti, zato težje sprejmejo odhod v dom oziroma tudi če razumsko sprejmejo selitev v dom, se kmalu lahko pojavijo čustvene stiske, ki se izražajo na različne načine. Eden izmed načinov bi lahko bil tudi zavračanje hrane oziroma pritoževanje nad hrano, na drugi strani pa prenašanje, kompenziranje stiske z uživanjem hrane. Zato je ključnega pomena obdobje ob sprejemu, vzpostavitev zaupanja, občutka varnosti, pomoč pri vzpostavljanju socialne mreže, vključitev v aktivnosti, čustvena opora.

4) Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

Različno. Določenim stanovalcem ustreza rutina, na primer točen čas obrokov, nekaterim pa to predstavlja težavo. Enako je z željo po enoposteljni sobi, velik si jih želi enoposteljno sobo, so pa tudi stanovalci, ki se bolje počutijo v dvoposteljni sobi zaradi družbe, možnosti pogovora, občutka varnosti. Je pa očitno, da prihodnje generacije želijo več nadzora nad svojim življenjem, več zasebnosti, več zahtev, tudi z vidika hrane, na primer diete. Zato se tudi v domu razvijamo v smeri individualizacije storitev, prilagajanja željam stanovalcev.

5) Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Odnosi. S stanovalci, z zaposlenimi, svojci. Verjamem, da so določene pritožbe na primer nad storitvami, hrano, pranjem, vzdrževanjem in podobno utemeljene, zato jih je treba reševati, so pa pogosto tudi izraz prikritih čustvenih stisk.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

Hrana je zelo pomemben dejavnik. Na splošno v življenju. Je sredstvo preživetja, je užitek, je druženje, je povezovanje, je izražanje naklonjenosti in ljubezni, je kultura,... Če hrana igra tako pomembno vlogo v življenju, se bo to seveda izražalo tudi pri odnosu stanovalcev do hrane. Hrana jih spominja na mladost, zato morajo bit na primer žganci pravilno skuhani, ob praznikih je potica in podobno. (*Kako pa je s podajanjem mnenj, kritik?*) Stanovalci lahko izrazijo svoje predloge in mnenja na zboru stanovalcev, v nabiralniku za predloge za obroke, pohvale in pritožbe, v vsakoletnih anketah o zadovoljstvu z bivanjem v domu in direktno z zaposlenimi, recimo vodjem kuhinje.

7) Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

Velikokrat slišim: "Starost je žalost." Malokdo dejansko sprejme starost, večina se sprijazni. Težijo jih bolezni, slabo počutje, jezijo se nad pešajočimi sposobnostmi. Veliko je odvisno od pogleda na življenje, karakterja, zadovoljstva s preteklostjo.

8) Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

Zdravstveno stanje igra pomembno vlogo. Prav tako niso brezbrizni, ko zagledajo svojo podobo v ogledalu. Zdi se mi, da imajo osebe, katerih življenje je v večji meri temeljilo na telesni moči ali izgledu, s tem soočanjem več težav.

9) Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

Večina težav s hranjenjem v domu je posledica kognitivnega upada, demence ali psihiatričnih bolezni. Prisotne so tudi motnje požiranja. Zaposleni opazujemo dinamiko prehranjevanja stanovalcev, zdravstveno osebo opozori na težave, zdravnik opravlja redne preglede, stanovalce obišče tudi psihiater. Ključno je sodelovanje s svojci, poznavanje življenjske zgodbe stanovalca, njegove želje, težave, preference. Ravnanje je vedno individualizirano, multidisciplinarno, ukrepe je treba prilagoditi glede na stanovalca in jih po potrebi spreminjati, nekaj kar deluje danes, ni nujno da se bo obneslo jutri.

Intervju z zaposlenim D (oznaka ZD), socialna delavka, dom B

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Motnja hranjenja je pretirano posvečanje hrani in predvsem količini zaužite hrane. Ljudi z motnjo hranjenja je strah, da bi pojedli preveč, ali pa premalo. *(Dobro, pa poznate katero konkretno obliko motnje hranjenja?)* Ja, osebe z anoreksijo se izogibajo hrani, nočejo jest, da se ne bi zredil, osebe z bulimijo pa po jedi bruhamo. Še tisti, ki se bašejo s hrano so. *(Ste morda slišali še za kakšne druge, novejšje oblike?)* Ja, ko so obsedeni z zelo zdravo hrano. *(Tako, slišati je, da ste že slišali za ortoreksijo, potem je še diabulimija, ki jo imajo le osebe s sladkorno boleznijo in za zniževanje telesne teže ne jemljejo insulina, nekako najdejo uporabnost v svoji zdravstveni težavi in si nakopujejo kopico novih, pa še bigoreksija, pri kateri oseba stremi k atletskemu in mišičastemu telesu več in več ter ima popačeno sliko sebe in ne vidi kako mišičasto telo že ima.)* Saj res ja. O tej bigoreksiji sem nekaj prebrala že, pa verjetno danes, ko so povsod slike teles, vsi lepi zaradi filtrov, kažejo mišice, še posebej moški, pa jih to bremeni.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Pri starostniku se motnja hranjenja ne opazi takoj, ker starostniki jejo manj, preprosto ne rabijo toliko hrane kot aktivna odrasla oseba in recimo bi se težje opazila anoreksija, vsaj po tem kolk pojejo. Pri marsikom je odklanjanje hrane oziroma neješčnost posledica bolezni, težav, ki pridejo s starostjo. Zaposleni spremljajo prehranjevanje stanovalcev, tko da se motnje ali težave hitreje opazijo, a težko rečem, da smo opazili že prav motnjo hranjenja. Se pa pojavlja motnja, da hrano spravljajo v omaro in predale, za kasnej, tam pa po navadi zgornje torej kopičijo, hrčkajo hrano, kar je verjetno posledica lakote in pomanjkanja v mladosti.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako stanovalci sprejemajo selitev v dom starejših, kako jo doživljajo?

Večina starostnikov ne želi bivati v domu, želijo biti doma in so tu zaradi bolezni in težav povezanih s starostjo. Prav vsi izražajo žalost, vendar se nekateri, no, redki, zavedajo, da je zanje bolje, da so v domu in ti se hitro privadijo na novo okolico, na dom in navežejo stike z drugimi. Pogosto je tudi poslabšanje zdravstvenega stanja po prihodu v dom, na kar opozorimo svojce, saj sprememba okolja naredi svoje. Tudi pri sicer razmeroma samostojnih stanovalcih, ki imajo po večini težave s spominom, začetek demence, so na začetku bolj izgubljeni, zmedeni.

4) Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

Kdor se zavestno odloči za odhod v dom, z bivanjem v domu nima težav, če nima hujših zdravstvenih težav, če več zmora sam. Tisti, ki imajo zdravstvene težave, so manj zadovoljni, težje sprejmejo selitev. Sicer so stanovalci kar zadovoljni s tem, kako življenje teče v domu. Vsak želi svojo sobo, tisti, ki pa imajo težave, pa si običajno želijo sestanovca, saj se tko počutijo bolj varne, če se jim kaj zgodi, recimo padejo. *(Pa odnosi?)* Sem in tja se stanovalci sprejo, kar je po mojem mnenju povsem običajno za toliko ljudi na enem mestu. Seveda so kdaj, a redkeje, tudi kakšna nesoglasja med stanovalci in zaposlenimi.

5) Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Za večje zadovoljstvo rabimo manjše domove, tja do 120 stanovalcev, ker je lažje in drugo vzdušje, stanovalci se med seboj bolj poznajo in povežejo. Zdi se mi in tudi stanovalci povedo, da bi radi enoposteljne sobe, da bi imeli več miru, ko to želijo, zasebnosti, da si lahko več uredijo po svoje. Seveda rabimo za večje zadovoljstvo tudi več osebja, da lahko bolj v miru poskrbijo za stanovalce, predvsem tiste, ki potrebujejo nego. Predvsem to. Ne gre za to, da za stanovalce sicer ni poskrbljeno, le več časa bi lahko namenili enemu, se pogovorili, kakšno stvar prilagodili.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

Zaenkrat prehrana stanovalcem ni najbolj pomembna, saj jih je večina izkusila lakoto in pomanjkanje med vojno in po njej. Je pa res, da jim obroki kreirajo dan, se ravna po času obrokov, ker se bojijo, da bi ostali brez hrane. Na mesečnih sestankih se tudi pogosto najde tema prehrane in nekateri menijo, da je hrana premalo slana, čeprav jo lahko dodajo sami, spet drugim je preveč slana, potem imajo razne predloge kako pripraviti kakšno hrano, obravnavamo pa tudi predloge za jedi in skušamo najti srednjo pot za vse.

7) Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

Večina pravi, da je starost grda in marsikdo večkrat reče, da bi rad že umrl. Rečejo, da imajo že dovolj. Prav vsi imajo zdravstvene težave povezane s starostjo, kar jih obremenjuje, težko prenašajo staranje, morda še najbolj omejitve, ki jih ta prinaša. Po navadi rečejo, da nimajo izbire in besede pri tem, pri staranju.

8) Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

Zdravstveno stanje osebe je zelo povezano s samopodobo in zadovoljstvom s sabo. Več težav kot imajo, bolj kot so bolni, manj so zadovoljni s seboj in slabša je samopodoba. Nič takšnega ne slišim, ne rečejo glede videza in se mi zdi, da se z videzom ne obremenjujejo preveč. Bolj jih moti, da so odvisni od drugih ljudi, ali pa da so omejeni pri gibanju in pri drugih dejavnostih, ki so jim velik pomenile, pa jih sedaj več ne morejo opravljati.

9) Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

S tem se ukvarjajo zdravstveno osebje in zdravnica, pri nas pa organiziramo tudi družinske sestanke v okviru paliativne obravnave, kjer se dogovarja tudi o prehranjevanju, če je težava povezana s kronično boleznijo, tako da možnost je recimo ta. Takšne zadeve, opažanja se obravnavajo tudi na multidisciplinarnih sestankih zaposlenih, da smo vsi bolj pozorni.

Intervju z zaposlenim E (oznake ZE), vodja zdravstvene nege in oskrbe, dom A

A) Razumevanje in prepoznavanje motnje hranjenja

1) Pojasnite svojo definicijo motnje hranjenja.

Poznam jih več, seveda. Anoreksija je motnja hranjenja, kjer so ljudje obsedeni s svojo telesno težo in zaužito hrano, stradajo in imajo gnus do hrane, popačeno zaznavanje telesa. Ima jo en odstotek celotne populacije, predvsem značilno za ženske. Bulimija je prenašanje z bruhanjem, imajo epizode prenašanja, pri kompulzivnem prenašanju pa imajo depresivne epizode in se le prenašajo. (*Odlično, še kakšna?*) Potem so še te novejšje, ortoreksija, ki je obsedenost s pravilno prehrano, je nova oblika motenj, ko si ljudje s prehrano izboljšujejo zdravje, pa bigoreksija, značilna za moške, ki želijo imeti popolno mišičasto telo, jemljejo testosteron, anabolike, hormonska dopolnila in imajo slabo samopodobo. (*Vse poznate slišim, morda tudi diabulimijo?*) Ja, to pa imajo tisti, ki si dajejo manj inzulina kot potrebno.

2) Kako bi prepoznali ali pa posumili na prisotnost motnje hranjenja pri osebi? Je po vašem mnenju pojavnost motnje hranjenja pri staremu človeku sploh mogoča?

Motenj hranjenja v domu kot bolezensko stanje anoreksije, bulimije in podobno, nismo mel, razen v enem primeru, ko je bila bolezen že diagnosticirana. Vsako motnjo hranjenja opazmo, na to nas vedno opozarjajo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi in tudi stanovalci. Motnje hranjenja so v domu vezane na druga bolezenska stanja, stanja po možganski kapi, oslabljen požiralni refleks ali starostno neješčnost torej izguba apetita, motnje okušanja hrane.

B) Prehod v institucijo in življenje v njej

3) Kako stanovalci sprejemajo selitev v dom starejših, kako jo doživljajo?

Stanovalci selitev v dom različno doživljajo. Večina se odloči samostojno, predvsem ker opazijo, da samostojnega življenja ne zmorejo. Vsi ti se na spremembo privadajo in jo tudi zavestno sprejmejo. Druga skupina so stanovalci, ki zaradi nenadnega, hudega bolezenskega stanja ne morejo biti doma in jim tudi svojci ne morejo zagotoviti ustrezne nege in oskrbe. Novo sprejeti stanovalci, nekateri, izražajo žalost, zaskrbljenost, osamljenost, vendar se to stanje po enem mesecu umiri.

4) Kakšen vpliv ima na stanovalce institucionalno okolje (pravila, red, organizacija dela, arhitektura, prisotnost drugih, odnosi z drugimi stanovalci in zaposlenimi ipd.), kako ga doživljajo, se mu prilagajajo?

Na določen red se stanovalci hitro privadijo, a se trudimo tudi, da posameznikom omogočimo in ustrezemo po njihovi osebni želji, ki jo izrazijo. Večina stanovalcev in svojcev si želi enoposteljne sobe. (*So kakšni konflikti?*) Prepripi med stanovalci so prisotni. Največ konfliktov opazimo, da tisti ki so še lucidni, ne razumejo dementnih. Doživljajo jih kot moteče in pogosto zahtevajo, da jih umaknemo iz njihovega okolja. Tudi z zaposlenimi prihaja do konfliktov.

5) Kaj je po vašem mnenju stanovalcem najbolj pomembno, kaj bi lahko izpostavili, kaj napoveduje, znatno vpliva, ali pa bi vplivalo na večje zadovoljstvo nad življenjem v domu starejših oziroma s čim je to pogojeno?

Na večje zadovoljstvo vplivajo enoposteljne sobe z opremo hladilnikov. Želijo si lastne kopalnice in pogostejše tuširanje ali kopanje. Želijo si tudi zdravnika vsak dan v tednu.

C) Hrana, hranjenje in telo

6) Kako ocenjujete pomen hrane v domu? Opažate spremembe v odnosu do hrane in hranjenja pri stanovalcih?

Hrana je beseda, o kateri se v domu največ govori. Zato stanovalci vedno enkrat mesečno izrazijo svoje želje po komentarjih ali pripombah na določen obrok. Na vsa vprašanja jim odgovarja vodja kuhinje. Ješčnost je odvisna od zdravstvenega stanja in seveda od starosti. Večina starostnikov ima zelo slabo zobovje ali pa

prevelike zobne proteze, že to je včasih vzrok, da težko žvečijo. Zato se hrana pripravlja v oblikah, recimo miksana, sesekljana ...

7) Kako stanovalci opisujejo izkušnjo staranja, starosti, soočanje s spremembami, ki jih ta prinaša?

Staranje sprejemajo, a vsak pove, da je starost grda. Bolečine v sklepih, omejeno gibanje, inkontinenca ... Vse so zelo neprijetne izkušnje staranja. O smrti bolj govorijo kot: "Kdaj bo prišla tista od zgoraj, da me odreši ...". Tisti, ki izgubijo večino prijateljev, znancev povejo, da so zdaj oni na vrsti. Videz zelo veliko ženskam še nekaj pomeni in skušajo bit urejene, obleka, frizura.

8) Kakšen odnos imajo stanovalci do lastnega telesa? Kako ocenjujete njihovo samopodobo in samovrednotenje?

Svojo samopodobo sprejemajo, a ne kot lepo in prijetno. Njihovo telo je zgubano, koža je spremenjena ... Nekateri shujšajo zaradi bolezni in so zato nezadovoljni. Na splošno, večina s starostjo opisuje neprijetne zaznave in spremembe.

9) Kako ravnate v primeru opaženega spremenjenega vedenja v zvezi s hrano ali pa kako bi ravnali? Kdo bi lahko v domu starejših pomagal osebi z motnjo hranjenja?

Z osebo se pogovorimo, obravnavamo jo v okviru družine in vseh ostalih v zdravstvenih negi in oskrbi, ki s to osebo delajo. Predstavimo jo tudi psihiatru, da poda mnenje. Osebe, ki imajo vrsto demence, se včasih nekontrolirano prenajedajo. Izguba občutka za preveč ali premalo hrane, kar je vezano na starostno motnjo.

Priloga 3: Definiranje kategorij

Hrana, zadovoljstvo

Hrana v domu je dobra, izražajo stanovalci, zadovoljstvo z njo opažajo tudi pri drugih stanovalcih in vedno je mogoče dobiti več hrane. Količinsko dobijo preveč hrane. Okus ni nič posebnega, jedilniki pa se ponavljajo. Nekateri menijo, da hrana ni kvalitetna, drugi menijo obratno. Živila niso sveža, a so s hrano nekateri vseeno zadovoljni. Mnenje je mogoče podati na mesečnemu sestanku stanovalcev ali pisno v namenski nabiralnik. Splošno nezadovoljstvo povzroča nezadovoljstvo s hrano. Obroke je mogoče prilagoditi željam. Nekateri omenjajo stabilnost ješčnosti. Na ješčnost vplivata izgled hrane in njen okus. Čas obrokov nekaterim ustreza, drugi pa niso takšnega mnenja in želijo zajtrk bolj zgodaj v dnevu. Nekateri opažajo poslabšanje hrane. Hrana v domu je drugačna od domače, povedo stanovalci.

Zaposleni opažajo pomembnost hrane. Povedo, da je mnenje mogoče izraziti na mesečnih sestankih stanovalcev in z oddajo pisne pobude v poseben nabiralnik. Opažajo, da imajo stanovalci raje tradicionalne jedi. Nekateri so nezadovoljni, a je večina s hrano zadovoljna, pravijo. Zaposleni opažajo večje potrebe po individualnem prilagajanju obrokov. Strah jih je vegetarijancev in veganov, saj jedilniki takšnim željam niso prilagojeni. Navkljub pritožbam večina poje vse, v domu pa stanovalci pridobijo na teži. Ješčnost je odvisna od zdravstvenega stanja.

Hrana, pomen

Hrana je pomembna in vpliva na zadovoljstvo človeka. Nekateri le čakajo obroke, se pred jedilnico zadržujejo dalj časa pred začetkom strelže, drugim pa dneva ne strukturira. Hrana povezuje stanovalce. Nekaterim je nujno zlo in jim ne pomeni kaj veliko. Kvalitetna in okusna hrana ima ugoden vpliv na počutje stanovalcev.

Zaposleni so mnenja, da hrana večini ni tako pomembna, saj so v preteklosti izkusili lakoto. Stanovalci hrano spravljajo za kasneje in je ne vržejo stran, pravijo. Odnos do hrane se spremeni ob bolezni. Na odnos vpliva tudi slabše okušanje, vsa hrana pa se zdi podobnega okusa, menijo zaposleni. Znano jim je, da nekateri hrano odklanjajo za doseg smrti. Opažajo, da mnogim strukturira dan. Hrana stanovalce spominja na mladost, povedo zaposleni.

Doživljanje tranzicije

Nekateri stanovalci se za odhod v dom odločijo sami, ker druge izbire ne vidijo, sami pa za svoje potrebe več ne morejo poskrbeti. Stanovalci opažajo pritisk otrok na odhod v dom starejših. Hobiji ugodno vplivajo na doživljanje odhoda v dom. Nekaterim odhod v dom ni posebej stresen in so se nanj pripravili. Prilagajanje je nujno, menijo, četudi odhod v dom prinaša veliko sprememb. Nekateri so se odhoda v dom celo veselili, vsaj na začetku, drugim pa je bil odhod v dom težaven, so bili zaradi njega zelo žalostni, osamljeni in so občutili strah. Težavno je zapuščanje lastnine, za katero so garali celo življenje. Stanovalci doživljajo tudi fizične posledice odhoda v dom, denimo slabost, bruhanje in izpadanje las.

Zaposleni kot razlog za odhod v dom največkrat opažajo povečane potrebe, slabo zdravstveno stanje ali neprimerne socialne razmere. Po mesecu dni je stanovalcem lažje. Odhod v dom je stresen za vse stanovalce. Opažajo, da so nekateri stanovalci žalostni, jokavi in se zapirajo vase. Četrtna stanovalcev odide v dom zaradi sprejemanja svojega stanja, potrebe po pomoči. Pritiska sorodnikov na odhod v dom se zavedajo. V domu stanovalci srečajo stare znance. Po prihodu v dom sledi občutljivo obdobje, v katerem je ključno vzpostaviti zaupanje, občutek varnosti, pomagati vzpostaviti socialno mrežo v domu in stanovalca vključiti v aktivnosti v domu. Večina stanovalcev ne želi bivati v domu. Ob prihodu v dom je pogosto poslabšanje zdravstvenega stanja, opažajo zaposleni.

Samopodoba

Ohranjanje sposobnosti vpliva na dobro samopodobo, povedo stanovalci. Nekateri menijo, da so v življenju dosegli premalo. Vztrajajo in ne dovolijo slabšanja samopodobe, nekaj pa jih poslabšanje opaža. Dobro

samopodobo dosegajo s prilagoditvami okolja in ohranjanjem ter zavedanjem zmogljivosti. Stanovalci omenjajo samozavest in zadovoljstvo s seboj. Samopodoba se oblikuje v odnosu z drugimi. Za boljšo samopodobo se je potrebno manj obremenjevati. Življenjski dosežki pomagajo pri ohranjanju dobre samopodobe. Nekateri ne opažajo sprememb v samopodobi in menijo, da staranje nima vpliva nanjo.

Tudi zaposleni opažajo, da nekateri stanovalci v svojem življenju ne prepoznajo dosežkov in uspehov. Na samopodobo znatno vpliva zdravstveno stanje. Samopodobo sprejemajo, a ne kot lepo in prijetno.

Telo, staranje in odnos do telesa

Staranje povzroča slabenje telesa, slabšo gibljivost rok in nog. Gube niso moteče. Pomembno je ohranjanje zmogljivost telesa. Nekateri staranje telesa ubesedijo z bolečinami in težavami. Stanovalce je strah bolečine. Nekateri so ponosni na obstoječo zmogljivost telesa, druge pa moti zmanjšana gibljivost. Staranje telesa sprejemajo in jim to ne povzroča žalosti. Ponosni so na zmogljivost možganov. Na spremembe se stanovalci ne navadijo, temveč se jim prilagodijo. Trudijo se ostati zadovoljni s telesom. Nekateri imajo dober odnos s telesom in ga spodbujajo.

Zaposleni ne opažajo pritoževanja nad videzom zaradi posledic staranja. Še vedno je prisotna skrb za videz telesa vse dokler zmorejo skrbeti zanj. Slabše zdravstveno stanje telesa napoveduje več nezadovoljstva. Staranje telesa stanovalci povezujejo z zmanjšano zmogljivostjo, povedo zaposleni. Stanovalci poudarjajo pomen hoje. Stanovalci težave telesa skrivajo in jih je strah izgube samostojnosti. Težje doživljajo opuščanje aktivnosti, ki so jim nekoč pomenile veliko.

Staranje

Staranja se je treba zavedati. Prinaša globlji razmislek o življenju in njegovem smislu zaradi zavedanja iztekanja časa. Treba je sprejeti, da rojstvo pomeni smrt enkrat v prihodnosti. Starost ni obdobje izgub in je lahko lepa, če skušaj najti lepo plat, povedo stanovalci. Staranje ni lepo, a ga je treba sprejeti. Starost je lepa ob odsotnosti bolečin. Nekateri pravijo, da so stari, a se stare ne počutijo. Stanovalci se zavedajo staranja vseh in da bodo vsi nekoč na njihovem mestu. Staranje prinaša težke življenjske preizkušnje, ubesedijo stanovalci.

Zaposleni opažajo, da stanovalci sprejemajo staranje kot del življenja. Bojijo se bolečine, trpljenja, smrti pa običajno ne. Nekateri stanovalci težko sprejemajo svojo bolezen, povedo zaposleni. Mnogo stanovalcev je zaradi omejitev in izgub žalostnih, so izgubili vero v življenje in izražajo željo po smrti. Stanovalci imajo občutek, da življenje teče prehitro. Z leti izgubijo vero v boga. Močno jih prizadane smrt otrok. Nekateri zaposleni opažajo, da stanovalci ne sprejemajo starosti, temveč se z njo sprijaznijo. Na izkušnjo starosti vplivajo pogled na življenje, osebnost in zadovoljstvo s preteklostjo. Večina pravi, da je starost grda, izražajo nekateri zaposleni. Tema smrti je v domu pogosta.

Prepoznavnje motenj hranjenja in opažanje pojavnosti

Ob opažanju bi se stanovalci z osebo pogovorili, nekateri pa ne bi rekli ničesar, saj so mnenja, da si mora oseba pomoč najti sama. Nekateri ne vedo kako bi se motnjo hranjenja lahko opazilo in menijo, da je ne bi zaznali. Nekateri bi opažanja preverili pri osebju. Prisotnost motnje hranjenja bi opazili zaradi sprememb videza. Opažanje tvegane vedenja je lažje ob rednem stiku z osebo. Motnje hranjenja se lahko pojavijo tudi pri starih ljudeh, menijo stanovalci, najbolj verjetna oblika pa je kompulzivno prenašanje. Stanovalci opažajo prenašanje drugih stanovalcev in odklanjanje hrane oseb z demenco.

Motnje hranjenja zaposleni še niso prepoznali pri stanovalcih, ena zaposlena pa ugotavlja, da ima stanovalka vidne znake motnje hranjenja, kasneje v pogovoru pa tvegano vedenje prepozna še pri eni. V enem domu so imeli stanovalko z motnjo hranjenja, ugotovljeno še pred prihodom. Stari ljudje imajo mnogo obolenj, ki vplivajo na spremembe ješčnosti ali telesne teže, kar otežuje prepoznavanje prisotnosti motnje hranjenja. Motnja hranjenja je pri starih ljudeh mogoča, pravijo. Spremembe bi verjetno najprej opazilo osebje, še posebej tisto, ki ima s stanovalci reden stik. V primeru hujšanja se dogovorijo za prehranske dodatke. Uvede se evidenca zaužite hrane, vključni se socialno službo, sorodnike in psihiatrinjo. Po potrebi se vključni kuhinjsko osebje, ki pripravi manj ali bolj kalorične obroke, fizioterapevte, delovne terapevte in druge. O motnjah hranjenja pri

starih ljudeh se ne govori, kar dodatno onemogoča njihovo opažanje, slabo pa vpliva tudi prepričanje, da so mogoče le pri mlajših, ugotavljajo zaposleni. Za dobro ugotavljanje je potrebno poznavanje zdravstvenega stanja in življenjskega ozadja stanovalca.

Priloga 4: Osno kodiranje

Definicija motnje hranjenja brez omembe katere izmed oblik

nepoznavanje:

nepoznavanje (UA1, UA2, UČ1, UD1, UD2, UE2,)
težave z odvajanjem (UA2)
neužitna hrana (UČ1)
nezmožnost hranjenja (UČ1)
želodčne težave (UD1)
neprimerna hrana (UD2)
prebavne težave (UE2)
nadležnost prebavnih težav (UE2)

za kaj gre:

delovanje proti fiziološkim potrebam (UC1)
psihološka motnja (UC2)
psihološka prepreka (UC2)
čustvene težave (ZA1, ZČ1)
duševna bolezen (ZA3)

za kaj gre, odnos in vedenje:

spremenjen odnos do okolice (ZB2)
zaviranje osebne rasti (ZB2)
slabši socialni stiki (ZB2)
spremenjena zaznava okolice (ZB2)
malo zanimanja za druge stvari (ZB2)

za kaj gre, telo:

spremenjeno pojmovanje telesa (UC2)
spremenjena samopodoba (UC2)
nezadovoljstvo s telesom (ZC1)
nadziranje telesa (ZČ2)

za kaj gre, hrana:

spremenjen odnos do hrane:

spremenjen odnos do hrane (ZA2)
spremenjeno vedenje pri hranjenju (ZA2)
vse se vrti okoli hrane (ZB2)
natančnost za hrano (ZB2)
porušen odnos do hrane (ZČ1)
porušen odnos do hranjenja (ZČ1)
lajšanje napetosti s hrano (ZČ2)
hrana ni več užitek (ZČ2)
lajšanje stisk s hrano (ZČ2)
pretirano posvečanje hrani (ZD1)

manj hrane:

manjša ješčnost (ZC1)
strah pred preveč hrane (ZD1)
pretirano posvečanje količini zaužite hrane (ZD1)

več hrane:

prenajedanje (ZC1)
strah pred premalo hrane (ZD1)

poznavanje:

poznavanje anoreksije nervoze (ZB1)
poznavanje bulimije nervoze (ZB1)
poznavanje več oblik motenj hranjenja (ZC2)
poznavanje (ZČ3, ZE1)
poznavanje motenj hranjenja (ZD1)

pri komu se pojavljajo:

pogoste pri mlajših (ZC1)

Definicija anoreksije nervoze ob omembi te oblike

poznavanje:

poznavanje anoreksije nervoze (UA3)
poznavanje anoreksije (UA6)
zavračanje hrane (UA6)

nepoznavanje:

nepoznavanje anoreksije nervoze (UČ2)
nepoznavanje (UD4)

Definicija anoreksije nervoze brez omembe te oblike

poznavanje:

poznavanje (UB2, ZČ4)
poznavanje osebe z anoreksijo nervozo (ZC5)

odnos do hrane:

neješčnost (UB2, ZD2)
zavračanje hrane (UC3)
omejevanje hrane (ZA4)
izogibanje hrani (ZB3, ZD2)
odklanjanje hrane (ZČ8)
obsedenost z zaužito hrano (ZE2)
stradanje (ZE2)
gnus do hrane (ZE2)

telo:

strmenje k nizki teži (ZA4)
vitko telo (ZA4)
vitko telo (ZČ8)
strmenje k nizki telesni teži (ZČ8)
strah pred debelostjo (ZD2)
strah pred pridobitvijo kilogramov (ZD2)
obsedenost s telesno težo (ZE2)
popačeno zaznavanje telesa (ZE2)

pri komu se pojavlja:

ženske (ZE2)

preostala razsežnost težav:

resnost težav (UB2)

Definicija bulimije nervoze brez omembe te oblike

poznavanje (UA4, UA5, UB3, ZČ5)
poznavanje osebe z bulimijo nervozo (UB3)

vedenje:

bruhanje po jedi (UA5, UB3, ZD3)
bruhanje (UC4, ZA6, ZB4, ZC4, ZČ9)
bruhanje po prenažedanju (ZE3)
epizode prenažedanja (ZE3)

Definicija bulimije nervoze ob omembi te oblike

poznavanje:

poznavanje bulimije nervoze (UD5)
bruhanje (UD5)

slišati znano:

slišala za bulimijo nervozo (UČ3, UČ4)
slišala za bruhanje po jedi (UČ4)

nepoznavanje:

nepoznavanje bulimije nervoze (UČ3)

Definicija kompulzivnega prenažedanja ob omembi te oblike

poznavanje (UA7, UB4, UD6)
opažanje v domu (UB4)
psihične težave (UB4)
dedni dejavniki (UB4)

odnos do hrane:

pretirana ješčnost (UA7)
hrana kot blažilo (UA14)
kompulzivno prenažedanje (UA14)
basanje s hrano (UB4)
prenažedanje (UD6)

Definicija kompulzivnega prenažedanja brez omembe te oblike

večja telesna teža (ZA5)
poznavanje (ZČ6)

odnos do hrane:

prenažedanje (UC5, ZA5, ZC3, ZČ10, ZD4)
odsotnost kontrole nad hranjenjem (UC5)
epizode prenažedanja (ZE4)
basanje s hrano (ZD4)

Definicija modernih oblik motenj hranjenja ob omembi

problematično področje (ZČ7)
brez ustreznih rešitev (ZČ7)
poznavanje novih oblik (ZČ7)
nepoznavanje (UA10, UC6, ZB5)

ortoreksija nervoza:

poznavanje ortoreksije nervoze (ZA7, ZD5, ZE5)
slišala za ortoreksijo nervozo (ZB5)
le zdrava hrana (ZA7)
le izbrana hrana (ZA7)
ortoreksija nervoza v porastu (ZČ11)
zdrava hrana (ZČ11)
obsedenost s pravilno prehrano (ZE5)
nepoznavanje ortoreksije nervoze (ZC6)

bigoreksija nervoza:

poznavanje bigoreksije nervoze (ZA8, ZC6, ZE6)
slišala za bigoreksijo nervozo (ZB5, ZD6)
mišičasto telo (ZA8, ZC6, ZD6)
vpliv medijev (ZD6)
moški (ZD6, ZE6)
želja po mišičastem telesu (ZE6)
uživanje hormonskih dopolnil (ZE6)
slaba samopodoba (ZE6)

diabulimija:

poznavanje diabulimije po omembi (ZE7)
opuščanje inzulina (ZE7)
nepoznavanje diabulimije (ZA9, ZC6)

Definicija motnje hranjenja po omembi oblik

odsotnost motenj hranjenja (UA8)
odsotnost motenj hranjenja (UA11)
izguba volje do življenja (UA101)
nočejo izkoristiti svojih potencialov (UA103)
ne morejo izkoristiti svojih potencialov (UA103)
ne morejo preko svojih težav (UA103)
že slišala za težave (UE4)

nepoznavanje:

nepoznavanje (UD7, UE3, UE4)
prebavne težave (UD7)

Prepoznavanje anoreksije nervoze

težavnost prepoznavanja (UB6)
prevelika oblačila (UA16)
telo:
vitko telo (UA16, UB6)
shujšano telo (UA16)
vitkost (UČ5)
shiranost (UČ5)
bledica (UČ5)
odsotnost podkožne maščobe (UB6)
ravnanje s hrano:
odklanjanje hrane (UC9)
neješčnost (UČ5)

Prepoznavanje bulimije nervoze

bledica (UA17, UA18, UČ6)
predvsem ženske in dekleta (UA18)
nečimrnost (UČ6)

težko prepoznavanje:

nemožnost prepoznavanja bulimije nervoze (UA17)
težavnost prepoznavanja (UB7)

ravnanje s hrano:

bruhanje (UC8, UČ6)
prenajedanje brez višanja telesne teže (UC12)

Prepoznavanje kompulzivnega prenajedanja

motnje hranjenja so izraz duševnih težav (UA13)
občutek manjvrednosti (UA15)
neprepoznavanje (UČ7)

telo:

večji obseg (UA12)
debelost (UA15)
debelost in prenašanje (UA15)

vedenje v zvezi s hrano:

neprestano hranjenje (UB8)
prenašanje (UC10)
govor o hrani (UB8)

Prepoznavanje motnje hranjenja, splošno

opažanje znakov pri stanovalki:

prepoznavanje (ZC12)
vidni znaki pri stanovalki (ZC12)

en primer že pred prihodom ugotovljene motnje hranjenja:

en primer (ZE8)
motnja hranjenja ob prihodu (ZE8)

neopažanje pri stanovalcih:

še ni bilo opaziti motnje hranjenja v domu (ZD9)
še neopažena pojavnost (ZE8)
odsotnost motenj hranjenja (UC7)

splošno težavno prepoznavanje motnje hranjenja:

težavno prepoznavanje (UB5)
težavno prepoznavanje anoreksije nervoze (UC11)
težavno prepoznavanje bulimije nervoze (UC11)
lažje prepoznavanje ob daljšem druženju (UC11)
neprepoznavanje (ZC11)

težavno prepoznavanje pri starih ljudeh:

težavno prepoznavanje (ZA13, ZD7, ZE10)
težavnost prepoznavanja (UE8)
težavno prepoznavanje pri starih ljudeh (ZA10, ZA11, ZA12, ZB8)
ne bi opazila (ZC8)
neprepoznavanje (UE7, ZC7)

zakaj težavno prepoznavanje pri starih ljudeh:

mnogo drugih težav (UE8)
zmanjšan apetit zaradi bolezni (ZA11)
zmanjšanje teže zaradi bolezni (ZA11)
vpliv bolezni na ješčnost (ZA11)
odklanjaje hrane zaradi bolezni (ZA11)
zdravila povečajo apetit (ZA12)
težko razločevanje od posledic staranja (ZA12)
težko razločevanja od vpliva zdravil (ZA12)
premalo stika (ZC8)
običajno, da jedo manj (ZD7)
potrebujejo manj hrane (ZD7)
težavno opažanje po količini zaužite hrane (ZD7)

zaradi odsotnosti teme:

odsotnost teme (ZC9)
tema ni prisotna (ZC9)

neprepoznavanje pri starih ljudeh (ZČ13)
težava pripisovanja motenj hranjenja le mlajšim (ZČ13)

ločevanje od drugih težav:

nujno ločevanje od drugih stanj (ZČ16)
kognitivni upad (ZČ16)
prebavne težave (ZČ16)
motnje prehranjevanja (ZE10)
bolezen (ZE10)
možganska kap (ZE10)

težave s požiranjem:

motnje požiranja (ZČ16)
oslabljen požiralni refleks (ZE10)

težave z okušanjem hrane:

slabše okušanje (ZČ16)
slabše okušanje hrane (ZE10)

neješčnost:

odklanjaje hrane zaradi bolezni (ZD8)
odklanjaje hrane zaradi starostnih težav (ZD8)
neješčnost zaradi bolezni (ZD8)
starostna neješčnost (ZE10)
izguba apetita (ZE10)

demenca:

demenca (ZČ16)
demenca in nekontrolirano prenajedanje (ZE42)
izguba občutka za sitost zaradi demence (ZE42)

spremembe pri hranjenju bolj običajne:

v povezavi z boleznijo (ZB8)
v povezavi z demenco (ZB8)
v povezavi s kapjo (ZB8)
v povezavi z rakom (ZB8)

kako bi se videlo:

telo, videz:

spremenjen videz (UB5)
spremembe v telesni teži (ZB7)
videz (ZC13)
vitko telo (ZC13)
spremembe telesa (ZČ15)
izguba teže (ZČ15)
pridobitev teže (ZČ15)

vedenje:

spremenjen govor (UB5)
vtis (UB5)
spremenjeno vedenje (ZB7, ZČ1)
prekomerna uporaba odvajal (ZC13)
razdražljivost (ZČ15)

vedenje v zvezi s hrano:

odklanjaje hrane (ZČ15)
prenajedanje (ZČ15)

čustvene težave:

osamljenost (ZČ15)
čustvene stiske (UC14)

druge težave:

dentalne težave (ZČ15)
izpadanje las (ZČ15)
želodčne težave (ZČ15)

kdo bi najprej opazil:

osebje:

opazile bi medicinske sestre (ZC15)
opazile bi bolničarke (ZC15)
opažanje osebja (ZD9)
osebje spremlja prehranjevanje (ZD9)
opažanje zaposlenih (ZE9)

stanovalci:

opažanje stanovalcev (ZE9)

kaj je potrebno za dobro prepoznavnje:

poznavanje zdravstvenega stanja (ZČ17)
poznavanje življenjskega ozadja (ZČ17)
potrebno je dobro poznavanje osebe (ZČ14)
potrebno je mnenje zdravnika (UB5)
za opažanje potreben redni stik (ZC15)

ali lahko imajo stari ljudje motnjo hranjenja:

stari ljudje lahko imajo motnjo hranjenja (ZA13)
motnja hranjenja pri starih ljudeh mogoča (ZB6)
neopredeljenost ali star človek lahko ima motnjo hranjenja (UE8)
motnja hranjenja pri starih ljudeh mogoča (ZC14)
ne le mlajši (ZČ12)
motnja hranjenja pri starih ljudeh mogoča (ZČ12)

vendar je pri starih ljudeh:

bulimija nervoza je manj verjetna (UC14)
kompulzivno prenašanje (UC14)
drugačna izraznost motnje hranjenja (UC14)

Opažanje in ravnanje ob opažanju spremenjenega odnosa do hrane

zaznavanje značilnosti motnje hranjenja pri stanovalcu, stanovalki:

zaznavanje morebitne stiske (UB85)
opažanje znakov pri stanovalki (ZC94)
čustveno prenašanje stanovalke (ZC94)

ravnanje stanovalcev:

pogovor (UA100)
dala bi vedeti, da opazi (UB84)
osebna pomoč (UD93)
bi izrazila (UD93)

ne bi storili ničesar:

nikomur ne bi rekla ničesar (UČ76)
naj uredijo sami (UE59)
ne bi rekla ničesar (UB84)

zakaj:

človek mora pomoč najti sam (UB88)

na koga bi se obrnili:

osebje prosila za pomoč (UČ77)
obveščanje socialne službe (UC112, UC114)
preverjanje pri bolničarki (UC113)
preverjanje pri medicinski sestri (UC113)
obveščanje vodje zdravstvene nege (UC114)
medicinska sestra (UD95)
zdravnica (UD95)

ravnanje osebja:

opažanje osebja:

težavno opažanje (ZČ39)
osebje opaža (UB86)
opažanje zaposlenih (ZA14)

kaj opaža osebje:

osebje opaža spremembe (UA104)
osebje opazi spremembe (ZB36)
opažanje neješčnosti (ZB36)
opažanje slabega apetita (ZB36)
opažanje ješčnosti (ZC99)
opažanje opuščanja obrokov (ZC99)
opazovanje dinamike prehranjevanja (ZČ40)

neopažanje osebja:

osebje se ne odziva (UB86)
osebje ima svoj program dela (UB87)
osebje se ne ukvarja z vsebino dela (UB87)

ravnanje osebja:

osebje daje vodo (UA108)
osebje daje sadne juhe (UA108)
prehranski dodatki (ZA42)
spremljanje teže le ob srčnem popuščanju (ZA43)
spremljanje teže le ob kaheksiji (ZA43)
nizkokalorična dieta pri prenašanju (ZC98)
evidenca zaužite hrane (ZB37)
pogovor z osebo (ZE40)
zdravniške preiskave (ZA40)

kaj je pri ravnanju zaposlenih pomembno:

sodelovanje s sorodniki (ZČ41)
pomembno poznati zgodbo osebe (ZČ41)
pomembno poznati želje osebe (ZČ41)
pomembno poznati težave osebe (ZČ41)
ravnanje prilagojeno posamezniku (ZČ42)
multidisciplinarno ravnanje (ZČ42)

multidisciplinaren pristop:

sodelovanje osebja (UC115, ZE40)
medsebojno obveščanje osebja (UC115)
izmenjava opažanj na sestanku (ZA14)
timski sestanek (ZC96)
multidisciplinarni sestanki (ZD39)
sodelovanje vseh zaposlenih (ZD39)
družinski sestanki (ZD39)

koga vse vključuje:

- zdravstveno osebje:

posvet z zdravnico (ZA40)
zdravstveno osebje opozarja (ZČ40)
diplomirana medicinska sestra (ZC96)
glavna sestra (ZC96)
zdravnik (ZČ40)
zdravstveno osebje (ZD39)
zdravnica (ZD39)
domska zdravnica (ZC96)
ambulantna sestra (ZC96)
- *socialni delavci*:
vključitev socialne službe (ZB38)
socialni delavec (ZC96)
- fizioterapevt (ZC96)
- delovni terapevt (ZC96)
- kuhinja (ZC98)
- psihiater:

prisotnost psihiatra:
psihiatrinja (UA109, ZC93)
psihiater (UČ79, UD96, ZC96, ZC97, ZČ40)
zunanji psihiater (ZC97)

osebje vključi psihiatra:
vključitev psihiatrinje (ZB39)
psihiater le za terapijo (ZC98)
psihiater (ZE41)

- sorodniki:
obvestilo sorodnikov (UC116)
sodelovanje sorodnikov (UC116)

osebje vključi sorodnike:
vključitev sorodnikov (ZB38, ZA41)
sorodniki prinašajo prej oboževano hrano (ZB38)
vključitev sorodnikov (ZC94, ZC95)
sodelovanje sorodnikov (ZE40)

ravnanje osebja, če sorodniki ne ravna v dobro stanovalca:
odsotnost dobre podpore sorodnikov (ZC94)
izključitev sorodnikov, če ne delajo v dobro stanovalca (ZC95)

kako bi opazili:
bi opazili v jedilnici (UC117)
sklepanje s pogovorom (UC118)
ne bi opazila (UE57)
neopažanje (UE57)
težavno prepoznavanje pri starih ljudeh (ZA14)

opažanje tveganega vedenja v zvezi s hrano:

vpliv demence:
zavračanje hrane zaradi demence (UD10)
odklanjaje hrane zaradi demence (UD13)
spremenjeno ravnanje s hrano zaradi demence (UD15)
vpliv demence (UD64, ZČ39)
izguba občutka za sitost pri demenci (UD64)

zavračanje hrane:
zavračanje hrane negibljivih stanovalcev (UD10)

prenajedanje:
prenajedanje nekaterih (UD16, UD18)
prenajedanje (UD18)

vpliv drugih težav:
vpliv kognitivnega upada (ZČ39)
vpliv psihiatričnih bolezni (ZČ39)

Doživljanje tranzicije

razlog za selitev:

nekateri podajo razlog selitve (ZC22)
nekateri ne izdajo razloga za selitev (ZC22)

prostovoljna odločitev za selitev:
prostovoljna odločitev za selitev (UA21)
prostovoljna odločitev (UA30, UA31)
večina se odloči sama (ZE12)
sprejemanje stanja (ZC17)
človek mora poskrbeti zase (UB11)

po sili razmer:
selitev po sili razmer (UA19, UA20, UČ8, UČ11, UČ13, UD19, ZA15, ZČ18)
večina po sili razmer (ZB12)

zaradi potreb:
veliko potreb (UA20, UA22, UA24,)
potreba po pomoči (UB11, UC17, UČ8, UČ11, UE10, UE11, ZC17, ZC19, ZČ18, ZE12, ZE14)
nemožnost skrbeti zase (UD21)
zavedanje potrebe po pomoči (UE14)
zmanjšana zmogljivost (UE10)
opažanje težav (UE11)

vpliv sorodnikov:
pritisk otrok na selitev (UA25, UA29, UA85, UA86)
težave s sorodniki (UC13)
pritisk sorodnikov na selitev (UC13, UD20, UD27, ZC21)
otroci potisnejo v dom (UA85)
konflikt s sorodniki (UD20, UD27)
umik otrokom (ZC20)
opravičevanje vpliva sorodnikov (ZC21)
umik sorodnikom (ZC21)

slabše zdravstveno stanje:
bolnica pred selitvijo (UČ9)
slabo zdravje (UD21)
slabo zdravstveno stanje stanovalcev (ZA15)

starost (ZČ18, ZD11)

poškodba:
padec (UČ8)
poškodba (UE10)

bolezen:
bolezen (UD21, ZB12, ZČ18, ZD11)
demenca (ZC20)
nenadna bolezen (ZE14)

nezadostnost skupnostnih oblik pomoči:

odsotnost skupnostnih oblik pomoči (UA22, UA23)

odsotnost možnosti domače oskrbe (UA20, UA22, UB11, ZA15, ZB12, ZC19, ZE14)

drugi razlogi:

selitev kot dolžnost zaradi vložene vloge (UB10)

neprimerne socialne razmere (ZA15)

želja po samostojnosti (UE12)

izguba sorodnika (ZB12)

socialne razmere (ZB12)

občutki:

žalost:

žalost (UD30, UE15, ZA16, ZB13, ZD12, ZE15)

velika žalost (UČ14, UČ17)

osamljenost:

osamljenost v domu (UA85)

osamljenost (UA27, UČ19, ZE15)

osamljenost nekaterih (UA26)

stres:

negativno:

selitev kot stres (UA86)

selitev je stresna (ZB11)

stresno tudi za samostojne stanovalce (ZB11)

stres neglede na zdravstveno stanje (ZB11)

zaskrbljenost (ZE15)

selitev je lahko stresna (UB16)

pozitivno:

odsotnost stresa (UB9, UB10)

odsotnost skrbi (UB14)

odrinjenost:

potisnjenost v dom (UA23)

potisnjenost v neizbrani dom (UČ13)

strah:

velik strah (UČ19)

strah iti ven (UČ19)

strah selitve (UE14)

odsotnost strahu (UB14)

premagovanje strahov (UČ30, UČ32)

jokavost:

jok (UC18)

jokavost (ZB13)

drugi slabi slabi občutki:

razočaranje (UA29)

nejevolja (UA32)

dolgčas (UA35)

občutek pričakovanj drugih (UB47)

občutek upravljanja s telesom (UC17)

težko sprejemanje (UC18)

nelagodnost (UE9)
jeza (ZA16, ZB13)
nezadovoljstvo (ZA16)
dom kot zadnja postaja (ZB13)
umiranje v domu (ZB13)

vedenje povezano s slabimi občutki:

iskanje vzrokov za težave v drugih (UA33)
iskanje vzrokov za težave pri sebi (UA33)
zapiranje vase (ZB13)
vdanost v usodo (ZC16)

pozitivni občutki:

zadovoljstvo (UB9, UB15)
lahkotnost sprejema (UB9)
vesela za selitev (UD22)
prijetno presenečenje (UB15)
komaj čakala selitev (UC15)
velika želja po selitvi (UC15)

doživljanje tranzicije odvisno od:

doživljanje odvisno od zdravstvenega stanja (UA24, UA25)
doživljanje odvisno od razloga za selitev (UA24)
selitev v neizbrani dom (UČ10)
želja po selitvi s prijateljico (UE11)

različno:

odvisno od posameznika (UB20)
vsak ima svoj način (UB20)
različna doživljanja (ZB13)
različno doživljanje (ZE11)
odvisno od okoliščin (UB17)

imetje:

otroci prevzamejo imetje (UA29)
oddajanje stanovanje za namen prihodkov (UA30)
ugodnost imetja (UA30, UA31)
možnost odhoda v primarni dom (UA31)

kaj je ob tranziciji pomembno:

dobro, če so domačini (ZC25)
pomen novih vlog (UA35)
stik z zunanjim svetom (ZC26)
pomembnost novic iz domačega kraja (ZC26)
občutljivo obdobje (ZČ20)

aktivnosti:

pomembnost hobijev (UA34)
pomembnost aktivnosti (ZC24)
nujnost aktivnosti (ZČ20)

pozitiven prispevek drugih:

pomembnost dobrega sogovornika (UA27)
potreba po podpori sorodnikov (UE16)
nujno vzpostavljane zaupanja (ZČ20)
nujno vzpostavljane občutka varnosti (ZČ20)
nujnost pomoči pri vzpostavljanju socialne mreže (ZČ20)
nujnost čustvene opore (ZČ20)

sprejemanje tranzicije:

dobro sprejemanje:

sprejemanje (UA33, ZE13)
dobro sprejemanje postopka (UB9)
sprejemanje selitve (UB11, UB12, UB13, ZČ18)
sprejemanje sprememb (UČ33)
sprejemanje situacije (UD28)

dobro privajanje in prilagajanje:

lahkotno privajanje okolju (UB13)
prilagajanje (UB18, UČ30, UD28, UE17, ZC20, ZE13)
nujnost prilagajanja (UB18)
hitro privajanje okolju (UB21)
prilagajanje okolju (UČ33)
lahkotno privajanje (UD28)

pozitiven vpliv drugih:

srečevanje znancev (ZC25)
večinoma domačini (ZC25)
obiskovanje sorodnikov (ZC26)
sorodniki obiskujejo tudi druge znance (ZC26)
ohranjanje dobrih odnosov s sostanovalko (UB19)
pomoč sorodnikov (UČ30)
spoznavanje s socialno službo (UB9)

strategije za dobro sprejemanje tranzicije:

pomirjanje (UA33)
hitro priključevanje skupini (UB21)
samopomoč (UE17)
učenje ravnanja (UE17)

kaj vpliva na dobro doživljanje tranzicije:

prijava stalnega bivališča v domu (UD28)
vajena velikega števila ljudi (UD28)

negativen vpliv tranzicije na vedenje:

hranjenje v sobi (UČ27)
neželeno hranjenje z drugimi (UČ29)
upiranje (UČ27)
beg v primarni dom (UČ15)
splošno odklanjanje (ZA16)
pritoževanje nad hrano zaradi selitve (ZČ19)

fizične posledice tranzicije:

hiranje (UA86)
izpadanje las (UE48)
izgubljenost (ZD14)
zmedenost (ZD14)
začetno poslabšanje zdravstvenega stanja (ZD13, ZD14)

spremembe na področju hrane, hranjenja:

zmanjšana ješčnost (UC13)
zmanjšan apetit (UC13)
bruhanje po jedi (UE17)
slabost (UE17)
zavračanje hrane zaradi selitve (ZČ19)
prenajedanje zaradi selitve (ZČ19)

slab prispevek drugih:

neskladnost s sostanovalko (UB19)
odsotnost kontakta s sostanovalko (UB19)
spodbuda sorodnikov (UE15)
slaba podpora sorodnikov (UE16)
nezainteresiranost zdravnice (UE17)
sama v procesu (UE24)

težavnost tranzicije:

težavna selitev (UE9, UD19)
zapuščanje znanega okolja (UD30)
zapuščanje prigarane lastnine (UD30)
negativen vpliv novega okolja (ZD13)
posledice selitve (ZD13)
negativen vpliv selitve (UA86)

težavno začetno privajanje in prilagajanje:

težko privajanje (UC16)
nesprejemanje selitve (UE15)
vsi se ne privadijo (ZC23)
redki se hitro privadijo (ZD12)
redki hitro navežejo stike (ZD12)

odločitev za selitev:

več let vložena vloga za sprejem (UB9)
možnost premestitve v drug dom (UČ18)
odklonitev premestitve (UČ18)
pripravljanje na selitev (UE10, UE11)

težavna:

težka odločitev (UD22)
čustvene stiske navkljub sprejemanju (ZČ18)
zavedanje redkih, da je tako bolje (ZD12)
stres pred selitvijo (UB10)

primarni dom je boljši:

želja biti v primarnem domu (UČ15)
odhod domov zaradi sorodnika (ZC23)
odhod domov zaradi izboljšanja zdravstvenega stanja (ZC23)
želja biti doma (ZD11)
premišljevanje o odpovedi dogovora (UE14)

pravila, red in organiziranost:

lahkotno sprejemanje:

lahkotno prilagajanje pravilom (UB14)
lahkotno prilagajanje načinu življenja (UB14)
navdušenost nad organiziranostjo (UB15)
navdušenost nad programom dela (UB15)
navdušenost nad službami doma (UB15)

težavno sprejemanje

težko sprejemanje sistema (UC16)
težavno prilagajanje novemu okolju (ZA16)
težko privajanje na novo okolje (ZA35)
težko privajanje na spremembe (ZA35)
veliko sprememb (UB74)

potreben čas, da se stanovalec privadi:

sprejemanje po enem mesecu (ZA16)
lažje po enem mesecu (ZA16)
privajanje po enem mesecu (ZE15)

druge okoliščine

malo število mlajših ljudi z oviro v domu (UA23)
mlajši ljudje z oviro percipirani kot težava (UA23)
žalovanje za sinom (UD21)
težke življenjske preizkušnje (UD21)
hitra selitev (UE13)

Hrana, pomen

pomembnost hrane

je pomembna:

hrana je pomembna (UA66)
nekaterim veliko pomeni (UB66)
pomembnost hrane (UC67, UC70, UC71)
veliko pomeni (UČ51, UČ52)
osebam z demenco pomeni veliko (UD63)
zelo pomembna (ZA26)
hrana zelo pomembna (ZB26)
je pomembna (ZČ27, ZČ29)
že splošno pomembna (ZČ27)
ima pomembno vlogo v življenju (ZČ28)
stanovalcem hrana pomembna (ZČ28)
zelo pomembna (ZE24)
pogosta tema (ZE24)

ni toliko pomembna:

ni toliko pomembna (ZD25)
samo, da je (ZD25)
nujno zlo (UD61)

vpliv

vpliv hrane (UC67)
ima vpliv na druge (UD62)
hrana povezuje (UC68)
kvalitetna hrana ima pozitiven vpliv (UD69)
hrana je vir zadovoljstva (UA66)

na počutje:

vpliva na počutje nekaterih (UB66)
vpliv hrane na počutje (UD69)

nima vpliva:

nima vpliva (UD62)

vpliv časa obrokov:

strukturiranje dneva:

čas obrokov ne strukturira dneva (UB64)
nekaterim strukturira dan (UB66)
ravljanje po času obrokov (ZC66, ZC67, ZD26)
obroki strukturirajo dan (ZC66, ZC67, ZD26)

kaj pomeni čas obrokov:

pomen družabništva (UC72, UC73)
dogodek zanje (UC73)
v času obrokov so v središču pozornosti (UC73)

hitenje in čakanje na hrano:

nekateri le čakajo na obroke (UB66)
gneča pred jedilnico (UC70, UC71)
hitenje stanovalcev na zajtrk (UC70)
hitenje stanovalcev na kosilo (UC71)
nestrpno čakanje na hrano (UC72)
čakanje na obroke (ZC66)

odnos do hrane:

strah, da bi zmanjkalo (UC72)
hrana kot tolažba (ZB10)
odnos do hrane je zrcalo drugih odnosov (ZB28)
manj hrane zaradi neaktivnosti (ZC10)
možnost opuščanja obroka (UB64)

spremenjen odnos:

spremenjen odnos ob bolezni (ZA30)
odnos odvisen od zdravstvenega stanja (ZA30)
spremenjen odnos (ZB9)
spremenjen odnos zaradi slabšega okušanja (ZB9)

hrana kot sredstvo izraza:

čustveno nezadovoljstvo izraženo s hrano (UC34)
hrana kot sredstvo izražanja notranjih stisk (UC34)
ravnanje s hrano povezano z odnosi (ZB28)
zmanjšana ješčnost zaradi vdanosti v usodo (ZC100)
obup se zrcali v ješčnosti (ZC100)
neješčnost zaradi želje po smrti (ZC10)

vpliv preteklosti:

generacija lačnih (ZC68, ZD10)
spravljanje hrane (ZC68, ZD10)
strah pred lakoto (ZC68)
hrane ne zavržejo (ZC68)
spominja na mladost (ZČ29)
določena hrana ob praznikih (ZČ29)
domače jedi (ZČ29)
pomanjkanje v preteklosti (ZD10)
lakota v preteklosti (ZD10)
izkušnja lakote (ZD25)
izkušnja pomanjkanja (ZD25)
strah, da ostanejo brez hrane (ZD26)

Hrana, zadovoljstvo

zadovoljstvo:

zadovoljstvo (UB56, UE38, UE41, ZA29)
opažanje zadovoljstva drugih (UB60)
zadovoljstvo s hrano (UC111)
večina je zadovoljna (UČ57)
redkim ni všeč (UČ57)
odlična hrana (UD3)
zadovoljstvo drugih (UE42)
dobra hrana (UB60)

okus:

okusnost hrane (UA61)
skromnost (UA61)
pomen skromnosti (UA72)
v restavraciji nič kaj boljša (UA72)
okusna hrana (UC111, UE38)

dobri jedilniki (UB60)
za dom zelo dobra (UB58)

kvaliteta:

hrana nutricionistično ustrezna (UA67)
kvalitetna hrana (UB56)
zdrava hrana (UC84)

količina:

dovolj hrane (UA61, UD17)
možnost dobiti več hrane (UA61, UČ59, UD17)
preskrbljenost s hrano (UC55)
preskrbljenost s pijačo (UC55)
veliki obroki (UD17)

spremembe na bolje:

hrana postaja boljša (UC83)
trud vodje kuhinje (UC84)
trud kuharjev (UE38)

nezadovoljstvo:

vpliv splošnega nezadovoljstva na zadovoljstvo s hrano (UC33)
nezadovoljstvo kot izraz zdravstvenih težav (UC38)
nezadovoljstvo izraz težav v odnosih (UC38)
za nekatere nič ni dobro (UA71)
neizpolnjene želje (UC85)
nezadovoljstvo (UC33, UC37, UD65, UD66, UD67)
nihče zadovoljen (UD65)
slab vpliv na prebavo (UE40)

okus:

ni kot doma (UB58, UB59)
domača hrana je drugačna (UE40)
ni kot restavracija (UB58)
vajeni drugačnih okusov (UC37)
hrana premalo slana (ZD28)
hrana preveč slana (ZD28)

količina:

preveč hrane (UA67)

spremembe v količini:

manj hrane kot nekoč (UČ58)
manj hrane za zajtrk kot nekoč (UČ58)

kvaliteta:

ni kvalitetne hrane (UA67)
pogrešanje sveže zelenjave (UB59)
nezrelo sadje (UC35)
preveč zrelo sadje (UC35)
nezadovoljstvo s sadjem (UC35)
pogrešanje lokalne hrane (UC81, UC82)

spremembe v kvaliteti:

spremenjena kvaliteta hrane (UČ58)
slabša kvaliteta hrane (UČ58)

poslabšanje:

zmanjšano zadovoljstvo s hrano (UA64)
hrana na začetku boljša (UA69)

jedilnik se ponavlja (UA69)
problematičnost doplačevanja diet (UA76)
problematičnost doplačevanja storitev (UA76)
hrana je bila včasih boljša (UA64)
včasih boljša (UD66)

pritožbe in kritika:

pritoževanje (UC32)
pritožbe na vsakem sestanku (UC32)
pritoževanje (UC33)
nekateri le kritizirajo (UA71)
nekaj rednih pritožb (ZA29)
pritoževanje (ZC70)
pritožbe nad zdravo prehrano (ZC72)

izražanje mnenja:

zaposlenim:

možnost izražanja mnenja šefu kuhinje (UA70)
možnost izražanja mnenja medicinski sestri (UB62)
možnost izražanja mnenja v ambulantni (UB62)
izražanje mnenja socialni delavki (UD75)

pisno:

možnost oddaje mnenj v nabiralnik (UA73, UB61)
pisno izražanje mnenja (UD76)
možnost pisanega izražanja mnenja (ZB27)
skrinjica pritožb in pohval (ZB27)
možnost izražanja mnenja pisno v nabiralnik (ZČ30)
možnost izražanja mnenja v vsakoletnih anketah (ZČ30)
izražanje mnenja zaposlenim (ZČ30)

upoštevanje mnenja:

upoštevanje mnenja (UA70)
možnost dogovarjanja (UC77, UC79)
možnost prilagajanja obroka (UC77, UC79)
možnost prilagajanja željam (UC77, UC79)
zajtrk po izbiri (ZA27)
sodelovanje vodje kuhinje (ZE25)

možnosti vpliva, splošno:

možnost izražanja mnenja (UA70, UA73, UB63, UC75, UČ56, UD76, ZA27, ZE25)
možnost izražanja mnenja na sestanku stanovalcev (UA73, UB61, UČ56, UD76, ZB27, ZC70, ZČ30, ZD27)
možnost izražanja želja (ZD28)
izražanje pohval (UA74)
izražanje mnenja (UD75)

kritika:

izražanje kritike (UA74)
ne dajanje kritike (UČ54)
možnost izražanja kritike (ZB27)

predlogi:

predlogi (UD75)
možnost dajanja predlogov (ZA27)
možnost izražanja predlogov (ZB27)
podajanje predlogov za pripravo (ZD28)
dajanje predlogov za jedi (ZD28)

neugoditev željam:

neupoštevanje mnenja (UD76)

razlog:

prevelike zahteve nekaterih (UA71)

razumevanje neugoditev željam:

zavedanje odvisnosti od javnih razpisov (UC81)

razumevanje organizacijskih preprek (UC85)

čas obrokov:

nuja po upoštevanju dogovorjenega časa obrokov (UD75)

zadovoljstvo:

ustrezen čas obrokov (UA68)

sprejemanje urnika obrokov (UC44)

nezadovoljstvo:

kratka doba med zajtrkom in kosilom (UC43, UČ55, UD70)

nezadovoljstvo s časom obrokov (UČ55)

zajtrk bi moral biti prej (UČ55, UD70)

pozen zajtrk (UD34)

neprimeren čas obrokov (UD70)

ješčnost

hrano si moraš prilagoditi okusu (UA61)

kupovanje svoje hrane (UA69)

priprava hrane zase (UA69)

dobra ješčnost:

vsi pridobijo na teži (ZC69)

velika ješčnost (ZC70)

dober apetit (ZC70)

prazni krožniki (ZC70)

kaj vpliva:

različni okusi (UC76, ZB25)

pomembnost postrežbe (UČ53)

pomembnost izgleda (UČ53, UČ54)

pomembnost okusa (UČ54)

ješčnost odvisna od počutja (UČ59)

ješčnost odvisna od hrane (UD68)

vpliv drugih na ješčnost (UE5)

odločitev za večerjo glede na jedilnik (UČ55)

raje imajo tradicionalne jedi (ZA28)

modernih jedi ne marajo (ZA28)

moderne jedi zavračajo (ZA28)

vpliv težav na ješčnost:

ješčnost odvisna od zdravstvenega stanja (ZE26)

ješčnost odvisna od starosti (ZE26)

slabo zobovje (ZE27)

prevelike zobne proteze (ZE27)

težko žvečenje (ZE27)

težave z žvečenjem mesa (ZC72)

prilagajanje konsistence hrane (ZE28)

stabilnost:

nespremenjena ješčnost (UC80)
nihanje apetita (UČ59)
stalnost apetita (UČ59)
stabilnost ješčnosti (UE42)
nespremenljivost prehranjevalnih navad (ZC69)

opažanja zaposlenih:

več individualnega prilagajanja kot nekoč (ZB30)
več omejitev pri prehrani kot nekoč (ZB30)
neprilagojenost jedilnikov veganom (ZC29)
neprilagojenost jedilnikov vegetarijancem (ZC29)
strah pred zahtevnimi željami (ZC29)
želja po drugi hrani kot nekoč (ZC71)

Institucionalno življenje, doživljanje in prilagajanje

aktivnosti:

pomembnost hobijev (UA41)
vključevanje v aktivnosti (UB34, UB35)
sprehodi (UB67, UB78)
pomembnost prostočasnih aktivnosti (UČ38)
družabne igre (UČ38, UČ44)
aktivnosti (UČ44, UE2, UE30)
družabništvo (UČ44)
ustvarjalnost (UČ46)
gledanje televizije (UE20)
ustvarjanje (UE20)
pletenje (UE20, UE30)
šivanje (UE30)
branje (UE30)

dobro prilagajanje:

prilagajanje (UB22, UB24, UČ38, UČ42, UČ69, ZC30)
hitra prilagoditev (UB24)
učenje prilagajanja (UB25)
prilagajanje je dobro (UB43)
prilagajanje kot proces (UC23)
ohranjanje volje do življenja (UA44)
čakanje ni težavno (UC49)
netežavno privajanje (UČ34)
lahkotno privajanje (UČ34)
sprejemanje (UČ34)
želja po vključenosti v okolje (UB23, UB24)
možnost izražanja kritike (UB43)
sprejemanje novega okolja (UE29)
ustaljeno ravnanje (ZC39)
odsotnost agresije (ZC38)

pričakovane spremembe:

generacija, ki se prilagaja (ZC27)
trenutna generacija se prilagaja (ZC30)

dobri občutki:

zadovoljstvo (UB33, UČ22, UČ42, UD32, UD33, ZC30, ZC32, ZD17)
sreča (UD32, UD33)
odsotnost strahu (UE20)
odsotnost osamljenosti (UE20, UE27)
lastna odgovornost za osamljenost (UE27)
stik s svetom zunaj doma (UB78)

strategije za prilagajanje:

organiziranje svojega časa (UB34, UB35, UB67, UC29)
postavljanje meja (UB25, UB35)
svoj čas (UD38)
odhod domov (UE28)
vzvišenost po prihodu (UE32)

različnost strategij:

razvijanje strategij (UC39, UC42, UC47)
različne strategije prilagajanja (ZB20)

učenje:

učenje kako ohraniti sebe (UC21)
učenje kako ohraniti lastno voljo (UC21)
učenje kako živeti lahkotneje (UC23)
učenje postavljanja meja (UB25)
učenje varnosti in zaščite (UB40)

prilagoditve:

prilagajanje okolja po svoje (UC24)
prilagajanje ponudbe svojim potrebam (UC42)
prilagajanje svojim željam (UC46)
prilagajanje storitev svojim potrebam (UC46)
prilagajanje svojim potrebam (UC47)
prilagajanje svojim željam (UC69)

slabo prilagajanje:

pritoževanje nad bolečino (UA44)
odklanjanje hrane za doseganje smrti (UA107)
preveliko prilagajanje (UB22)
težavno prilagajanje (ZB14)
vsi se ne prilagajajo (ZC34)
ograja na postelji omejuje (ZC57)

slabi občutki:

osamljenost (UA44, UD24)
občutek, da ne morejo živeti (UA44)
nezadovoljstvo (ZC51)
občutek omejenosti zaradi večernega spanja (ZC55)

obup:

vdanost v usodo (UA107)
pasti v obup (UA107)
izguba vere v možnost doseganja sprememb (UA41)

zasebnost:

želja po miru (UA41, UA106)
želja po umiku (UA41)
zasebnost (UD38, UE30)

doseganje več zasebnosti:

zaklepanje sobe (UD41)

premalo zasebnosti:

premalo zasebnosti (ZC43)
želijo več zasebnosti (ZC43)

pravila:

pravila niso moteča (UA42, UD31)
pravila (UB41)

razumevanje pravil (UC20)
razumevanje pravil igre (UC20)
pravila ne omejujejo (UČ26, UE39, ZC37, ZC39)
sprejemanje pravil (UČ26, ZC37)
pravila so običajna (UČ26)
pravila ne motijo (UE29)
upoštevanje pravil (ZC38)

red:

red (UB41)

sprejemanje reda:

red ne omejuje (UČ26, ZC39)
red ni moteč (UD31, UE29, ZE16)
vzdrževanje reda (ZC38)
red se spoštuje (ZC39)
hitro prilagajanje redu (ZE16)

dober vpliv reda:

stanovalci imajo radi red (ZA17)
red kot občutek varnosti (ZA17)
urniki kot občutek varnosti (ZA17)
všečnost rutine (ZČ21)
točen čas obrokov (ZČ21)

drugi vidiki organizacije življenja v domu:

dom ne omejuje (UB33)
dobra organizacija (UB33)
program dela (UB41)
disciplina (UB65)
samodisciplina (UB65)
obveščanje osebja o odsotnosti (UB65)
razumevanje sistema (UC20)
zadovoljstvo z organizacijo (UČ34)
prilagajanje rutini (ZČ21)
rutina nekatere omejuje (ZČ21)

soba:

zadovoljstvo z urejenostjo sobe (UČ22)
želja po svoji kopalnici (ZB14)

enoposteljna:

enoposteljna soba (UA52, UČ22)
selitev v enoposteljno sobo (UČ22)
želja po enoposteljni sobi (ZB14, ZC40, ZČ22, ZD18, ZE18)
premalo enoposteljnih sob (ZC40)
enoposteljne sobe so najbolj iskane (ZC40)
enoposteljno sobo dobijo prepozno (ZC41)

dvoposteljna:

težave v dvoposteljnih sobah (ZB14)

prednosti:

družba v dvoposteljni sobi (ZČ22)
možnost pogovora v dvoposteljni sobi (ZČ22)
občutek varnosti v dvoposteljni sobi (ZČ22, ZD18)
želja po dvoposteljni sobi ob slabem zdravju (ZD18)

odnos z drugimi:

slabše odnosno prilagajanje:

odsotnost sogovornikov (UA28)
odsotnost prave povezave s stanovalci (UA28)
odsotnost zanimivih pogovorov (UA28)
nedružabnost (UE58)

želja po boljšemu odnosnemu prilagajanju:

pomembnost dobrega sogovornika (UA28)
želja po vključenosti med stanovalce (UB24)

ljubezen:

ljubezen v domu (UC27)
partnerstvo (UC27)

privajanje drug na drugega:

stanovalci potrebujejo čas, da sprejmejo novega (UB38)
nov stanovalec potrebuje čas, da sprejme druge (UB38)

sprejemanje množice ljudi:

vajena ljudi (UČ25)
sprejemanje velike skupine ljudi (UČ25)

čas potreben za prilagoditev:

leto dni za prilagoditev (UC19)
prilagoditev po letu dni (UC20)

ločevanje doma (institucija) od primarnega doma:

ločevanje doma od primarnega doma (UB57, UČ69, UE39)
razumevanje institucije kot doma (UC24)
doživljanje doma kot bolnice (UC24)
ni kot doma (UČ69)

ugoden prispevek sorodnikov in drugih znancev:

sodelovanje sorodnikov (UD26)
obisk sorodnikov (UD26, UE28)
obiski sodelavk (UE28)
redno obiskovanje sorodnikov na domu (UE28)

neugoden prispevek sorodnikov:

prekratki obiski sorodnikov (ZC65)
redki obiski sorodnikov (ZC65)
slab odnos z otroki (UA83)
otroci ne obiskujejo (UA83)
finančno izkoriščanje otrok (UA83)
redkejši stiki s sinovi (UČ65)

tema bolezni in smrti:

pomirjevala (UD54)
ležanje (UD54)
počivanje (UD54)
počasno umiranje (UD83)
hiranje (UD83)
trpljenje ob smrti (UD83)
negibljivost (UD84)
odvisnost od drugih (UD84)
smrt (UE6)
umiranje (UE6)

od česa je odvisno doživljanje:

samostojnost:

lažje je samostojnim stanovalcem (ZA21)
samostojni stanovalci lahko izrazijo voljo (ZA21)
samostojni stanovalci sami prilagajajo okolje (ZA21)
samostojni stanovalci si kaj olajšajo (ZA21)
vpliv odvisen od samostojnosti (ZB15)
vpliv odvisen od zmožnosti (ZB15)

komu je lažje:

lažje prilagajanje samostojnih (ZB15)
lažje sprejemanje reda samostojnih (ZB15)
lažje sprejemanje pravil samostojnih (ZB15)
lažje je samostojnim (ZD15)
lažje ob samostojni odločitvi (ZD15)

zdravstveno stanje:

odvisno od zdravstvenega stanja (ZA21)
vpliv zdravstvenega stanja (ZD15, ZD16)
bolni težje sprejemajo (ZD16)

različno:

različno prilagajanje (ZB20)
različno doživljanje doma (ZB20)
različno doživljanje (ZČ21)

vpliv osebja na prilagajanje:

v dobro stanovalcev:

individualni pristop (ZE17)
trud izpolnjevanja želja (ZE17)

v svoje dobro:

prepričevanje osebja (ZC57)
strategije osebja za doseganje želenega ravnanja (ZC57)

pričakovana prihodnost z vidika zaposlenih:

prihodnje generacije se bodo manj prilagajale (ZC30)
presenečeni nad možnostjo odhoda ven (ZC53)

Institucionalno življenje, odnos s stanovalci

dober odnos:

odsotnost konfliktov (UČ35)
dobri odnosi (UČ35, UČ43, UČ47, UD14, UD45, UE33, ZB19)
dober odnos (UD25, UD39)
nujnost dobrih odnosov (UD45)
občutek pripadnosti pride s časom (UB37)

se izraža tudi v:

medsebojna pomoč (UB26, UČ24, UD14, UD45, UD94, ZB19)
vzajemnost (UČ47)
sodelovanje (UČ47)
hvaležnost (UČ47)
skupni jutranji rituali (UČ47)
jutranji rituali (UD39)
skrbnost (UD55)
razumevanje (UD94)
navezanost (ZB19)
druženje (UD39)

pogovor:

klepet (UD39)
pogovor (UD49)
dober učinek pogovora (UD25)

sprejemljiv odnos:

se prilagodiš (UA43)
se navadiš drugih (UA43)
prenašanje (UA55)

ljubezen:

ljubezen v domu (UC28)
partnerstvo (UC28)

slab odnos:

se kaže v:

prepiri (UA55, UA87, UA105, ZC44, ZE19)
občasni prepiri (ZD19)
konflikti (UA87, UA105, UB37, UČ41, UČ43 ZB16, ZC44, ZC52)
redni konflikti (ZC50)
pretepi (UA87)
nesporazumi (UB27, UČ41, ZC42)
spori (ZB17)

razlogi za slab odnos:

težave v dvoposteljnih sobah (ZC42)
prepiri so običajni zaradi velike skupine ljudi (ZD19)
pogovor z vsemi ni mogoč (UD49)

osebne lastnosti in ravnanje, ki vplivajo na slab odnos:

samohvala nad življenjskimi dosežki (UA45)
neupoštevanje vrstnega reda (UA55)
užaljenost ob izpostavljeni nepravilnosti (UA55)
nizka toleranca do drugih (ZB17)
malo potrpljenja (ZB17)

neskladnost:

neskladnost z nekaterimi (UE31)
stanovalci niso po godu (UE23)
neujemanje (ZC42)
neprimerni sostanovalci (UČ24)
težko prilagajanje sosedom (ZC42)

bolezen:

demenca sostanovalke (UČ24)
nerazumevanje oseb z demenco (ZE19)
zahteva po umiku oseb z demenco (ZE19)
konfliktnost zaradi psihiatrične diagnoze (ZC44)

reševanje slabih odnosov:

brez družbe (UE23)
ne išče pogovorov (UE31)
ne išče družabništva (UE31)
umikanje v samoto (UE31)
umik ob neskladnosti (UE33)

Institucionalno življenje, odnos z zaposlenimi

dober odnos

dobri odnosi (UČ36, UD44)

dober odnos (UC78)
zadovoljstvo (UČ36)
zaupen odnos (ZC48)
občutek varnosti (ZC48)
redka nesoglasja (ZD20)

sprejemljiv odnos:
vljudnost (UD44)
solidni odnosi (UD44)

grajenje odnosa kot proces:
nadgrajevanje (UC22)

dober odnos ker:
upoštevanje zasebnosti (UC30)
upoštevanje dogovorov (UC30)
možnost dogovora (UC45, UC48)
možnost dogovarjanja (UC78)
izpolnjevanje dogovorov (UC45)
možnost prilagoditve storitev (UC45, UC48)

prispevek stanovalcev k dobremu odnosu z zaposlenimi:
razumevanje zaposlenih (UC30, UC45, UC48)
razumevanje (UC51, UC53)
dobra volja (UC51)
čakanje ni težavno (UC53)
spoštovanje časa za malico (UC53)
zaupanje v kompetentnost (UC95)

slab odnos:
konflikti (UA40, ZE20)
nepravi odnos (UD74)
nepravičnost (UD74)
občutek neenakosti (ZC45)

spremembe na slabše:
osebje se je spremenilo (UD52)
poslabšan odnos osebja (UD52)

potrebne spremembe:
potreba po izboljšanju (UD57)
moral bi biti boljši (UD57)

koga slab odnos moti:
oseb z demenco ne moti (UD87)
orientirane stanovalce moti (UD87)

prispevek stanovalcev k slabemu odnosu:
nerazumevanje dobronamernosti (ZC47)
prevelika pričakovanja stanovalcev (ZC49)
prevelike potrebe stanovalcev (ZC49)

prispevek zaposlenih k slabemu odnosu:
živčnost osebja (UA49)
nespoštovanje starejših (UD86)
prevelika ustrežljivost zaposlenih (ZC49)

ravnanje stanovalcev:
prenašanje napak (UA56)
opozarjanje na napake (UA56)

izražanje kritike (UD59)

Institucionalno življenje, osebje

vedenje:

razumevajoče osebje (UA57)

napadalnost osebja (UA57)

prijazni (UČ78)

nespoštovanje do stanovalcev (UD36)

počutje:

živčnost osebja (UA50)

utrujeno osebje (UA60)

izmučeno osebje (UA60)

številčnost:

premalo osebja (UA50)

premalo zaposlenih (UA60)

pomanjkanje osebja (UD11)

premalo medicinskih sester (UD11)

pomanjkanje negovalnega osebja (UD11)

potreba po več osebja (ZD24)

plača:

nesorazmerje plač osebja (UA48)

slabo plačano osebje (UA48)

slabo plačane sestre (UA48)

slabo plačane negovalke (UA48)

težava sistema:

previsoka usposobljenost medicinskih sester (UA51)

težava šolskega sistema (UA51)

krivda slabega zdravstvenega sistema (UA51)

visoke sestre naredijo malo (UA51)

ne-delo:

izmikanje delu (UA110, UD35)

sprehajanje (UA110)

pozabijo opraviti nego (UC50)

neizpolnjevanje obveznosti (UD12)

opuščanje obveznosti (UD53)

nezainteresiranost (UD53)

delo:

poskrbljeno za stanovalce (ZD24)

medsebojno sodelovanje osebja (UC50, UC52)

slabše delo (UD51)

poslabšanje (UD51)

ne držijo se dogovorov (UD71)

neizpolnjevanje obljub (UD85)

neizpolnjevanje dogovorov (UD85)

morali bi delati drugače (UD56)

delo v svoje dobro a slabše za stanovalce:

prilagajanje dela svojim željam (UD72, UD73)

delo v svoje dobro (UD72)

prepričevanje v določeno vedenje (UD72)

neobzirnost (UD71)

pomanjkanje individualnega pristopa:

rutinsko delo (UC57, UC58)
neposvečanje posamezniku (UC58)
nejevolja zaradi rutinskega dela osebja (UC60)

pomanjkanje časa:

pomanjkanje časa (UD12)
hitenje (UD71, UD73, ZC46)
si vzamejo premalo časa (ZC46)
malo časa za posameznika (ZD24)

Institucionalno življenje, splošno

pozitivno

zmanjšan strah pred bolečinami (UC100)
heterogenost stanovalcev (UB44, UE25)
nerazlikovanje med stanovalci (UB44)
razumevanje občasnih nesoglasij (UB55)
dovolj hrane (UE22)

odrešitev skrbi:

poskrbljeno za vse (UC54)
poskrbljeno za nego (UC97)
poskrbljeno za zdravnika (UC97)
olajšanje skrbi zase (UC97, UC100)
domača oskrba je težja (UC97)
vse je narejeno (UE22)
perejo drugi (UE22)
hrano pripravijo drugi (UE22)
operejo drugi (UE52)

negativno:

moteče rutine (UC56)
predvideno dogajanje (UC56)
zapiranje vase (UA98)
strah pred navezanostjo (UA98)

doživljanje institucije:

institucija kot zadnja postaja (UA65)
občutek umika na stranski tir (UA65)
izguba občutka za čas (UB30, UB31)
novo okolje človeka okupira (UB30, UB31)

glas stanovalcev:

pomen sveta stanovalcev (UA36)
pomen vloge predsednika sveta stanovalcev (UA36)
nemožnost izražanja mnenja (UA37)
nemožnost izražanja nezadovoljstva (UA37)
predstavniki stanovalcev po nadstropjih (UA37)
pomen vloge predsednika sveta stanovalcev (UA38)
sestanki sveta stanovalcev (UA38)

sedaj več doplačevanja:

problematičnost doplačevanja (UA75)
več doplačevanja (UA75)
včasih manj doplačevanja (UA75)

tema smrti:

smrt (UA98)

umiranje (UA98)

zasebnost:

dovolj zasebnosti (UB28, UČ39)

potreba po zasebnosti (UB28, UB29)

upoštevanje zasebnosti (UČ39)

varnost:

občutek varnosti (UC100, UČ40, UD40, UD42)

kraja v domu (UB36, UB39, UČ40, UD40)

zaklepanje sobe (UD40)

odsotnost občutka varnosti (UB36, UB39)

značilnost dneva v domu:

zvečer je v domu tiho (ZC56)

zvečer je v domu mirno (ZC56)

vsi hitro v posteljah (ZC56)

vikendi so dolgotrajni (UČ45)

sedenje v recepciji (UC74)

soba:

enoposteljna soba (UČ21, UE36)

dvoposteljna soba (UD23)

značilnosti stanovalcev:

veliko stanovalcev z demenco (UD8, UD9, UD50)

slaba higiena stanovalcev (UD8)

nezainteresiranost drugih (UE26)

malo domačinov (UE26)

stanovalci potrebujejo veliko pozornosti (ZB18)

nekateri si izborijo pozornost (ZB18)

potreba po individualni oskrbi (ZB29)

vsak ima svoje želje (ZB29)

vsak ima svoje navade (ZB29)

prihod z življenjsko zgodbo (ZB29)

nezaupanje v poštenost doma (UD43)

značilnosti institucije:

finančna stiska doma (UD43)

vsi plačujejo bivanje (UD43)

sodelovanje z društvom upokojencev (ZC64)

sodelovanje s prostovoljci (ZC64)

epidemije (UD8)

želja po obveščenosti o odhodih ven (ZC54)

Institucionalno življenje, spremembe

poslabšanje:

opozarjanje na napake (UA39)

obljube po izboljšanju (UA39)

neizpolnjeneobljube po izboljšanju (UA39)

drugače kot nekoč (UA46)

spremembe (UA46)

človek le številka (UA46)

hitenje osebja (UA46)

krivda slabega zdravstvenega sistema (UA47)

zaposleni pričakujejo spremembe:

manj stanovalcev pripravljenih prilagajati se (ZC28)

pričakovanje zahtevnih stanovalcev v prihodnosti (ZC33)

zavedanja potrebe po individualnem pristopu (ZC36)
prihodnje generacije bodo želele več nadzora (ZČ23)
prihodnje generacije bodo želele več zasebnosti (ZČ23)
prihodnje generacije bodo imele več zahtev (ZČ23)
prihodnje generacije bodo imele drugačne zahteve glede hrane (ZČ23)

koraki doma v smeri boljšega:

razvoj (ZČ24)
individualizacija storitev (ZČ24)
večje prilagajanje željam (ZČ24)
zavedanje potrebnih sprememb (ZC36)

Kaj vpliva na zadovoljstvo z življenjem v domu

odvisno od institucije:

aktivnosti:

aktivnosti v domu (UC61, UC64, UC65)
aktivnosti (UČ48, ZC58)
dogajanje v domu (UC61)
delavnice (UC64, UČ48)
pikniki (UČ50)
petje (UČ50)
kulturni dogodki (UC65)
koncerti (UC65)
prireditve (ZC58)
dogajanje (ZC58)

delo osebja:

pomanjkanje časa:

čas namenjen stanovalcu (ZA23)
pomanjkanje časa zaposlenih (UA58)
čas za stanovalca (ZB23)
odsotnost hitenja (ZB23)
čas namenjen stanovalcu (ZC60, ZC62)
pogovor v miru (ZC60)
več časa za posameznika (ZD23)
prehitro delo (UA58)
premalo posvečanja človeku (UA58)
več časa za nego (ZD23)

število osebja:

število osebja (ZA23)
potreba po več zaposlenih (UA58)
potreba po več osebja (ZD23)

ravnanje osebja

dosegljivost osebja (ZA22)
pozornost osebja (UD47)
hitrost odziva osebja (ZA23)
pristen kontakt osebja (ZA23)
komunikacija med osebjem in stanovalci (ZA24)
pozornost na individualne potrebe (ZB23)
pozornost (ZC60, ZC61)
pogovori (ZC61, ZC62 ZC63)

drugi vidiki vpliva osebja na zadovoljstvo

premlado negovalno osebje (UA59)
neznanje mladega negovalnega osebja (UA59)

pritisk na mlado negovalno osebje (UA59)

hrana:

hrana (UC36, UČ49, ZB24, ZC58)

prehrana (ZA25)

soba:

kakšen je sostanovalec (UC66)

število oseb v sobi (UC66)

enoposteljna soba (UE37)

pogosta želja po enoposteljni sobi (ZA20)

želja po enoposteljnih sobah (ZD22)

enoposteljna soba s hladilnikom (ZE21)

lastna kopalnica (ZE22)

možnost urediti sobo po svoje (ZD22)

storitve:

dobre domske storitve (ZČ26)

pogostejše tuširanje (ZE22)

pogostejše kopanje (ZE22)

vsakodnevna prisotnost zdravnika (ZE23)

več kot le nega (UC62, UC63)

več kot le hrana (UC62)

poskrbljeno za osnovne potrebe (UC63)

drugi vplivi na zadovoljstvo v domeni institucije:

občutek varnosti (ZA22)

zasebnost (UE37, ZD22)

manjši domovi (ZD21)

manj ljudi (ZD21)

reševanje pritožb (ZČ26)

možnost miru (ZD20)

možnost umika (ZD22)

odvisno od posameznika:

odvisno od posameznika (UB53)

okoliščine posameznika (UB32)

življenjski slog pred prihodom:

življenje pred selitvijo (UB53)

način življenja pred selitvijo (UB50)

preteklost osebe (UB52)

prilagajanje novemu življenju:

prilagajanje pravilom (UB42)

prilagajanje programu dela (UB42)

prilagajanje redu (UB42)

učenje o redu (UB42)

učenje o programu dela (UB42)

učenje o novem okolju (UB45)

zmožnost prilagajanja (UB45)

postavljanje meja (UB46, UB48)

prepuščanje dela osebju (UB46)

zavedanje okolja (UB46, UB48)

vlaganje v prilagajanje (UB52)

občutki:

zaskrbljenost (UE19)

skrbi o prihodnosti (UE19)

čustveno ugodje (ZČ26)
duševni mir (ZČ26)
psihično stanje (UC31)

druge osebne lastnosti, okoliščine in vedenje

inteligenca posameznika (UB45)
skrb zase (UB46, UB48, UB49)
osebna higiena (UB51)
osebnost (UB53)

zdravstveno stanje:

zdravstveno stanje (UC31, UD46, UE18, UE19, UE21, UE34, ZB21, ZB22, ZC59)
zdravje (UE18, UE19, UE21, UE34)
odvisnost od pomoči (ZB22)
samostojnost (ZC59)
zmogljivost (ZC59)
odnos do svojega zdravja (UB49)

odnosi:

odnosi (ZČ25, ZD21)
smeh (UČ48)

zaposlenimi : stanovalci

odnos zaposlenih (UB54)
odnos z zaposlenimi (UČ48, ZČ25)
odnos osebja (UD47, ZA24)
odnos direktorja (UD47)
dober odnos z osebjem (ZA22)
odnos med zaposlenimi in stanovalci (ZC60)

stanovalci : stanovalci

odnos med stanovalci (UB54, UD48, ZA24)
odnos s sostanovalci (ZČ25)

imeti družbo, sogovornika:

dobra družba (UE35)
dober sogovornik (UE35)
družba (ZC63)
odsotnost osamljenosti (ZC63)
druženje (UC64, UČ48, UČ50)
medsebojno poznavanje (ZD21)

odnos s sorodniki:

odnos s sorodniki (ZČ25)
druženje s sorodniki (UC65)

Prostor prehranjevanja

soba:

soba (UC41, UČ28)

jedilnica:

hranjenje v oddelčni jedilnici (UA62)
hranjenje v glavni jedilnici (UA62)
jedilnica (UC40, UC41)
kasneje jedilnica (UČ31)

organiziranost jedilnice:

sedežni red (UA63, ZA31)
ustreznost sedežnega reda (UA63)
sprejemanje sedežnega reda (ZA31)
vsakdo ima svoje mesto (ZA31)

druga značilnosti hranjenja v jedilnici:
večji naval ljudi ob začetku strežbe (UC40)

Samopodoba

kaj je:

duševna rast (UA88)
ohranjanje lastne vrednosti (UA88)
ohranjanje sebe (UA88)

vpliv:

aktivnosti:

pomembnost hobijev (UA89, UA99)

kakšen je vpliv:

ohranjanje sposobnosti (UA89)
dušni mir (UA89)

drugih:

vpliv parterja (UC101, UC109)
pomen pohval (UC103, UC107)
odvisna od odnosov z drugimi (UC105)
podpora partnerja (UC109)
zaupanje partnerju (UC109)
pomoč partnerja (UC109)
vpliv pokojnega moža (UE53)

videza:

pomen videza (UC103)

telesa:

vpliv zmogljivosti telesa (UC103, UČ71, UČ75)
odvisna od omejitev telesa (ZB35)
omejitve telesa povzročajo slabšo samopodobo (ZB35)
vpliv samostojnosti (ZC91)
vpliv zmožnosti hoje (ZC91)
upadanje zmožnosti (ZA39)

razpoloženja:

odvisna od razpoloženja (UC104)

dosežkov:

vpliv dosežkov (UC107)
kakšen vpliv imajo dosežki:
dosežki kot vir moči (UC108)

doživetij:

vpliv občutka polnega življenja (UČ72)
izkušnje kot vir moči (UC108)
doživetja kot vir moči (UC108)
spomini vir veselja (ZA39)
zgodbe vir veselja (ZA39)
nekateri zelo cenijo dosedanje dosežke (ZC88)
nekateri imajo občutek, da niso dosegli veliko (ZC88)
premalo življenjskih dosežkov (UA94)

vere:

pomembnost vere (UČ70)
pomembnost molitve (UČ70)

zdravstvenega stanja:

odvisno od zdravstvenih težav (UD92)
vpliv zdravstvenega stanja (UE1, ZD33, ZD34)
bolezen napoveduje slabšo (ZD34)
negativen vpliv nesreče (UA94)

vpliv časa:

starost ima malo vpliva (ZC85)
stalnost samopodobe (ZC85, ZC86)
starost nima vpliva (UD88)
stabilnost (UČ68)
ni veliko sprememb (UČ70)
neopažanje sprememb (UČ68)

slaba, slabša:

spremenjena samopodoba (UA97)
slaba samopodoba (UE1, ZE35)
slabša samopodoba (ZA39)
spremenjena podoba v očeh drugih (UB80)
rahlo negativna (UC104)
občutek manjvrednosti (UE1)

kako se kaže:

zapiranje vase (UA97)
manjša komunikativnost (UA97)
včasih bolj vesel (UA97)

razlog:

vpliv nesreče (UA96)

dobra:

nujnost dobre samopodobe (UB80, UD88)
zadovoljstvo s seboj (UB81)
dobra samopodoba (UB81)
boljša samopodoba (UC106)
občutek ponosa (UC107, UC108)
trdnost (UA95)
dobro počutje (UD88)
občutek mlajših let (UD92)

v povezavi z zmogljivostjo:

zmogljivost telesa (UB79)
zavedanje zmogljivosti (UB76)
občutek zmogljivosti (UA99)
samopotrditve (UB79)

samozavest:

samozavest (UB76, UC109, UD91, UČ75)
trdna samozavest (UB80)
ohranjanje samozvesti (UČ72)

kako se kaže dobra samopodoba:

družabnost (UC105)
zgovornost (UC105)

ravnanje za doseganje dobre:

vztrajanje (UČ70, UČ72, UD88, ZA39, ZA39)
vztrajnost (UA95)
pripovedovanje vir veselja (ZA39)
prilagoditve okolja (UA99)
usmerjenost v rešitve (UC102)

odnos do sebe:

zaupanje sebi (UC106)
odsotnost samoobtožujoče drže (UC106)
zadovoljstvo s seboj (UČ71)
ne dovoljuje sprememb (UČ70)
zmanjšano obremenjevanje (UC102)

zavedanje:

zavedanje nuje po zmanjšanem obremenjevanju (UC102)
zavedanje svojih vrlin (UC106)
zavedanje dosežkov (UC107)

sprejemanje:

sprejemanje (UE53)
sprejemanje življenjskih dogodkov (UČ72)
sprejemanje (UA95, A96, ZE35)
vsak ima svoj križ (UA96)

Staranje

različno doživljanje:

različno doživljanje (ZB31)
različne izkušnje staranja (ZC73)

slaba izkušnja starosti, staranja:

slab odnos do starih ljudi (UD37)

ni lepo, ni lahko:

proces ni lep (UC86, UC87)
staranje ni lepo (UC87)
ni lepo (UE49)
starost ni lepa (ZD29, ZE29)
starost je grda (ZD29, ZE29)
ni lahko (UA82, UE49)
težavno prenašanje staranja (ZD31)

zakaj ni lepo in lahko, kaj prinaša:

odklonilnost (ZA38)
izgube (ZB31)
neprijetne zaznave (ZE39)
neprijetne izkušnje (ZE31)
neprijetne spremembe (ZE39)
izgubljanje v prej znanem okolju (UC26)
opuščanje njim pomembnih aktivnosti (ZD38)
izguba vere v boga (ZC87)
- *zdravstvene težave:*
bolezen (ZA37)
zdravstvene težave (ZD31)
težko sprejemanje bolezni (ZA37)
- *upadanje zmogljivosti*
manjša zmogljivost (ZA38)
upadanje zmogljivosti (ZČ34)
moteča odvisnost (ZD36)
- *omejitve:*
omejitve (ZA37, ZB31)
težko sprejemanje omejitev (ZA37)
težko soočanje z omejitvami (ZD31)

negativni občutki:

neprijetno (ZE31)

žalost (ZA38, ZB31)
jeza (ZA38)
depresija (ZB31)
nezadovoljstvo (ZE39)
jeza nad pešanjem sposobnosti (ZČ34)
občutek, da življenje teče hitro (ZC74)
občutek, da ostanejo sami (ZC79)
slabo počutje (ZČ34)
obžalovanje (UE45)
starost je žalost (ZČ31)
nesprejemanje starosti (ZČ32)
 strah:
 strah bolečine (ZA34)
 strah trpljenja (ZA34)

tema smrti:

smrt (UA81, UA84, UA90)
želja po mirni smrti (UD82)
govor o smrti (ZE32, ZE33)
govor o smrti (ZB33)

sprejemanje smrti

življenje kot pogodba s koncem (UA84)
neizbežnost smrti (UA84)
pričakovanje konca (UA90)
zavedanje iztekanja časa (UA81)
naslednji v čakalni vrsti za smrt (ZE33)
odsotnost strahu smrti (ZA34)

smrt drugih:

smrt moža (UE45)
smrt sorodnikov (ZC77, ZC78, ZC79)
žalovanje ob sinovi smrti (ZC78)
žalovanje ob smrti sorodnikov (ZC79)
govor o smrti sorodnikov (ZB33)

želja po smrti:

želja po smrti (ZD29, ZD30, ZB31)
dovolj življenja (ZD30)
naveličanost (ZB31)
čakanje na smrt (ZE32)
smrt kot odrešenje (ZE32)

kaj vpliva na staranje:

odvisno od posameznika (UB68)
individualno (UB68)
vpliv okolja (UB68)
vpliv genov (UB68)

kaj vpliva na izkušnjo starosti, staranja:

zdravstveno stanje:

starost je lepa ob odsotnosti bolečin (UC93)
v zdravem telesu je starost lepa (UC93)
starost je lepa ob zdravem razumu (UC93)
starost ni lepa, če imaš demenco (UC94)
v bolnem telesu starost ni lepa (UC94)
vpliv zdravja na izkušnjo staranja (UE43, UE46)
bolezen vpliva na žalost (ZB32)

bolezen vpliva na depresijo (ZB32)
bolezen prinaša nezadovoljstvo (ZB32)

odvisno od posameznika:

zadovoljstvo v starosti odvisno od človeka (UB71)
odvisno od počutja (UD77)
doživljanje odvisno od pogleda na življenje (ZČ35)
doživljanje odvisno od osebnosti (ZČ35)
doživljanje odvisno od zadovoljstva s preteklostjo (ZČ35)

dobra izkušnja starosti, staranja:

starost je lepa (UB69, UC93)
treba najti lepo plat starosti (UB69, UB71)
starost je pogojno lepa (UČ64)
starost je lahko lepa (UB71, UC92)
starost ni obdobje izgub (UB71)
zavedanje starosti (UD81)
zmogljivost v starosti (UC92)
starost ne omejuje (UD78)

občutki:

odsotnost žalosti (UČ63)
dobro počutje (UD77)

občutek mlajšega telesa:

občutek mlajših let (UA53, UČ60, UD77)
neobčutenje starosti (UČ60)

sprejemanje:

sprejemanje z ljubeznijo (UC89)
sprejemanje staranja (UD77, ZC73)
sprejemanje starosti (UD81, ZC18)
sprejemanje (UČ63, ZA32, ZD32, ZE29)
sprijaznjenje (ZČ32)

staranje ni stvar izbire:

občutek neizbežnosti (UČ63)
nimajo besede pri tem (ZD32)
nimajo izbire (ZD32)
del življenja (ZA32)
zavedanje staranja vseh ljudi (UD37)

kaj je pomembno za dobro izkušnjo staranja, starosti:

ohranjanje zmogljivosti (UB70)
vztrajanje (UA102, UD80)
staranje je treba sprejeti (UC86)
- *aktivnosti:*
pomembnost hobijev (UB70)
hobiji v starosti (UC92)
- *interesi, radovednost:*
ohranjanje interesov (UB70)
razvijanje novih interesov (UB70)

kaj še prinaša staranje:

razmislek o smislu življenja (UA81)
globoke misli (UA81)
spomini (UD80, UE45)
zavedanje staranja (UA77)
vsi bodo nekoč stari (UD37)
težke življenjske preizkušnje (UD80, ZC77, ZC78)

velika pričakovanja (ZA38)

Telo, odnos

dober odnos:

neopažanje sprememb (UB75)

odločitev za zadovoljstvo (UA93)

videz, telo:

sprejemanje videza (UE51)

sprejemanje oblike telesa (UE51)

prilagajanje (UA92)

sprejemanje telesa (UA93)

zadovoljstvo s težo (UB82)

dober odnos do omejitev:

sprejemanje omejitev (UA93)

neobremenjevanje z omejitvami (UA93)

namenjanje pozornosti telesu, ravnanje:

skrb za telo (UE51)

pogovor s telesom (UC90)

božanje telesa (UC90)

spodbujanje telesa (UC90)

zaupanje telesa zaposlenim (UC96)

skrb za videz:

skrb za videz (ZC81)

urejen videz (ZC81)

pomoč sorodnikov pri ličenju (ZC81)

pomoč socialne delavke pri ličenju (ZC81)

stalnost skrbi za videz (ZC82)

raje gube kot več kilogramov (UB73)

odsotnost pritoževanja nad videzom (ZC80)

trud ostati urejen (ZE34)

urejena obleka (ZE34)

urejena pričeska (ZE34)

od česa je odvisna skrb za videz:

skrb za videz ostane v starosti dokler zmorejo (ZC82)

skrb za videz odvisen od načina življenja (ZC83)

skrb za videz dokler zmorejo (ZC84)

skrb za primerno telesno težo:

skrb za telesno težo (UA9)

nadziranje telesne teže (UA9)

prevelika teža ni moteča (UC74)

slab odnos:

odsotnost ravnodušnosti (ZČ37)

nezadovoljstvo (ZE38)

nikoli se ne navadiš (UA92)

strah (UC98)

občutek prevelike teže, nezadovoljstvo:

prevelika teža (UE50)

nezadovoljstvo z obliko telesa (UE50)

nezadovoljstvo s preveliko težo (UE50)

nezadovoljstvo s telesno težo (UC110)

želja po manjši telesni teži (UC110)
občutek debelosti (UČ74)

kdo ima več težav:

težave oseb, ki so se posvečali videzu (ZČ38)
težave oseb, ki so v življenju potrebovali telesno moč (ZČ38)

kaj vpliva na slabši odnos do telesa:

bolečine v sklepih (ZE30)
omejeno gibanje (ZE30)
vpliv zdravstvenega stanja (ZČ36)
inkontinenca (ZE30)

Telo, staranje

težave telesa, ki pridejo s starostjo:

skrivanje težav (ZC92)
težave telesa (UA54)
težave (UE47)
težave s telesom (UC88)

težave s prebavo:

moteče odvajanje (UA54)
smrad (UA54)
uporaba odvajal (UA54)
prebavne težave (UE47)

urinska inkontinenca:

uhajanje urina (ZC92)

bolezenska stanja:

bolezni (UD79, ZČ33)
srčni infarkt (UD79)
aritmija (UD89)
slabo zdravstveno stanje (UD90)
hujšanje zaradi bolezni (ZE37)
napredujoča demenca (UC25)

kaj povzroča slabo zdravstveno stanje:

slabo zdravstveno stanje povzroča nezadovoljstvo (ZB34)
slabo zdravstveno stanje povzroča slabo voljo (ZB34)
slabo zdravstveno stanje povzroča žalost (ZB34)

strah:

strah pred bolečino (UC99)
strah pred izgubo samostojnosti (ZC92)

druge težave telesa:

lomljivost kosti (UČ12)
spremenjena koža (ZE36)
bolečine (UC88)

slabšanje fizične zmogljivosti s starostjo:

zmogljivost:

slabša zmogljivost telesa (UE54, UA79, UA80)
zmanjšana zmogljivost (UČ16, UČ66, UČ61, UČ73, UE47, UE44, ZC75)
upadanje zmogljivosti (UČ62)
upadanje zmogljivosti po osemnasedesetem letu starosti (UČ62)
želja po več zmogljivosti (UE54)

pomembnost ohranjanja zmogljivosti (UB77)
poudarjanje vrednosti zmogljivosti (ZC76)
primerjanje zmogljivosti starega in mladega telesa (ZC76)

splošno slabljenje telesa, pešanje:

fizično upadanje (UA79, UA80)
atrofija (UA91)
velike spremembe (UČ62)
slabše mišice (UČ62)
nezmožnost (ZC75)
nemoč (ZC75)
izguba zmožnosti (ZC89)
omejenost pri drugih aktivnostih (ZD37)

slabljenje:

slabenje telesa (UA78)
občutek slabjenja telesa po petdesetem letu starosti (UA78)

pešanje:

pešanje telesa (UD79)
opešanje (UD90)

gibljivost:

omejeno gibanje (ZD37)
manjša gibljivost (UČ66)
slaba gibljivost (UA91)
slaba gibljivost rok (UA91)
slaba gibljivost nog (UA91)
želja po večji gibljivosti (UČ66)
pogrešanje gibljivosti (UČ66)

hoja:

nezmožnost hoje (UČ61, ZC89)
oslABLJENE noge (UE47)
težave z nogami (UČ61)
invalidski voziček (UČ61)
trud ohraniti moč v nogah (ZC90)
počasna hoja (UB77)
pomembnost zmožnosti hoje (ZC89)

kaj povzroča slabša zmogljivost telesa:

potreba po pomoči pri umivanju (UA91)
potreba po pomoči pri posedanju na invalidski voziček (UA91)
potreba po pomoči pri prestavljanju v posteljo (UA91)

zadovoljstvo z zmogljivostjo:

zmogljivost telesa (UČ37, UE55, UC59, UC91)
zadovoljstvo z zmogljivostjo (UE56)
še učinkoviti možgani (UD58)
še dober spomin (UD58, UD60)
odsotnost žalosti (UČ67)
moč v rokah (ZC90)
premostitev slabega zdravja (UD90)

odnos do obstoječe zmogljivosti telesa, ravnanje:

vztrajanje (UC91)
sprejemanje (UC91)
odsotnost pritoževanja (UČ66, ZC76)
skrb za telo (UČ66)
sprejemanje staranja telesa (UČ67)

spremembe videza:

opažanje sprememb:

opazne spremembe (UB72)

gube (UB72, ZE36)

opažanje sprememb videza (UČ73)

nemoteče spremembe:

gube ne motijo (UB72)

spremembe videza niso moteče (UB83, UČ73)

odsotnost pritoževanja nad videzom (ZA33, ZA36)

neobremenjenost z videzom (ZD35)