



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN POZNAVANJA NEVERBALNE
KOMUNIKACIJE PRI PACIENTIH Z
DEMENCO**

**NONVERBAL COMMUNICATION AND ITS
IMPORTANCE IN THE CARE OF PERSONS
WITH DEMENTIA**

Mentor: dr. Radojka Kobentar, viš. pred.

Kandidatka: Andreja Triler

Jesenice, februar, 2013

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici dr. Radojki Kobentar, ki si resnično zasluži naziv mentor. Njena strokovna pomoč in nasveti so mi bili v veliko pomoč pri izdelavi diplomskega dela, najbolj pa si bom zapomnila njeno neverjetno hitro odzivnost in moč njenih mnogih spodbudnih besed. Ravno tako se zahvaljujem svojima recenzentoma doc. dr. Ivici Avberšek – Lužnik in mag. Branku Bregarju za njuno mnenje in predlagane izboljšave.

Zahvala gre tudi Psihiatrični kliniki Ljubljana in Domovoma starejših občanov Preddvor in Radovljica, da so mi omogočili izvedbo raziskave.

Zahvaljujem se tudi prijateljema Olofu in Boštjanu za pomoč pri tehničnem oblikovanju in sestri Martini za lektoriranje naloge.

Najbolj pa sem hvaležna možu Klemenu in hčerkama Maruši in Nini, da so me podpirali pri moji kasni odločitvi za uresničitev mojih sanj. Da so verjeli vame in me spodbujali tekom celega študija ter da so mi oprostili, ker so bili marsikdaj prikrajšani za mojo pozornost.

Še enkrat hvala vsem, ki ste verjeli vame!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V Sloveniji se tako kot drugod po svetu podaljšuje življenjska doba in s tem se večja delež starejše populacije, kar posledično pomeni, da je vedno več ljudi obolelih z demenco. Pri pacientih z demenco prihaja do govornih in jezikovnih sprememb, ki so lahko prvi znak pojava bolezni. Z upadom verbalnih sposobnosti tako vse bolj prihaja v ospredje neverbalna komunikacija, ki pa jo okolje pogosto napačno interpretira.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil predstaviti pomembnost neverbalne komunikacije pri pacientih z demenco. Ugotoviti in oceniti uporabo tehnik in morebitne razlike v domu starejših občanov in na kliniki, ovire, s katerimi se srečujejo, ugotoviti, ali čas, ki ga namenijo zaposleni pacientom, vpliva na ugotavljanje in prepoznavanje nezadovoljenih temeljnih življenjskih potreb ter morebitne razlike v uporabi neverbalne komunikacije glede na izobrazbo zaposlenih.

Metoda: Uporabili smo deskriptivno metodo s pregledom literature, raziskovalni del naloge pa je slonel na uporabi neverbalne komunikacije v institucijah za zdravstveno nego in oskrbo obolelih z demenco. Izbrali smo kvantitativni raziskovalni pristop, uporabili pa smo metodo anketiranja z enostavnim slučajnostnim vzorčenjem. Ankete smo zbirali tri tedne v mesecu oktobru po predhodni pridobitvi soglasja s strani raziskovalnega okolja Psihiatrične klinike Ljubljana in Doma starejših občanov Preddvor in Radovljica. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS, verzija 18.0.

Rezultati: Iz rezultatov raziskave je razvidno, da se zdravstveno osebje, ki dela z obolelimi z demenco v zdravstveni negi, kot najpogostejše neverbalno komuniciranje poslužuje dotika (v 89,7 %), nato sledita očesni kontakt in govorica telesa (v 60,3 %), malo manj pa ton glasu (v 52,9 %). V največji meri se anketirani odzovejo tako, da povežejo stik z očmi pacienta (v 55,9 %), uporabijo rahel dotik in tako spodbujajo interakcijo (v 51,5 %) in prijazno pozdravijo (v 44,1 %). Primerjava neverbalne komunikacije med kliniko in domovi za ostarele je pokazala, da osebje na kliniki pogosto ohranja distanco (v 19,2 %) za razliko od domov za ostarele, kjer je ni navedel nihče, redkeje pa se poslužujejo uporabe dotika s pacienti z demenco kot v domovih za

ostarele. Najpogostejše ovire, s katerimi se zaposleni v zdravstveni negi pri pacientih z demenco srečujejo, so povezane s pomanjkanjem časa za odkrit pogovor, s strahom in negotovostjo pacienta in z nerazumevanjem prejetih informacij pri obolelih z demenco. Iz raziskave je razvidno, da čas, ki ga zaposleni namenijo obolelim z demenco, vpliva na ugotavljanje in prepoznavanje nezadovoljenih temeljnih življenjskih potreb. Namreč, več časa kot ga namenijo enemu pacientu, bolje prepoznavajo njegove potrebe.

Razprava: Rezultati raziskave kažejo, da se zdravstveno osebje zaveda pomena neverbalne komunikacije z obolelimi z demenco, še vedno pa so mnenja, da potrebujejo dodatna izobraževanja. Glede na to, da se v naši raziskavi ni pokazala nobena razlika pri uporabi neverbalne komunikacije glede na stopnjo izobrazbe anketiranih, kot smo upali, nas to lahko še bolj spodbudi k nadaljnjim raziskavam.

Ključne besede: demenca, neverbalna komunikacija, starostnik, validacija, medicinska sestra

ABSTRACT

Background: Much like elsewhere in the world, life expectancy is increasing in Slovenia as well. Therefore, the share of older persons in the total population is increasing, consequently leading to a greater number of people suffering from dementia. Patients with dementia suffer from changes in speech and language; this can be the first sign of the disease. Due to their decrease of verbal skills, nonverbal communication becomes increasingly important in dementia patients, but it is often misinterpreted by the people around them.

Aims: The diploma thesis aims to present the importance of nonverbal communication in the care of patients suffering from dementia. Moreover, it aims to determine and assess the use of techniques and possible differences in nursing homes and at the clinic, obstacles the staff are facing with, determine whether the total nursing hours per patient have any influence on establishing and recognizing unmet basic patients needs, and determine possible differences in the use of nonverbal communication according to the staff level of education.

Methods: A descriptive method with an overview of literature was used, while the research part of the thesis is based on the use of nonverbal communication in nursing institutions for dementia patients. Qualitative research design was implemented, the interviewing method was based on simple random sampling. Questionnaires were collected for three weeks in October upon previous consensus by the research unit at the University Psychiatric Clinic Ljubljana and in nursing homes Preddvor and Radovljica. Data was processed with statistical software SPSS, version 18.0.

Results: Research results reveal that nursing staff caring for dementia patients most commonly uses the following means of nonverbal communication: touch (89.7%), followed by eye contact and body language (60.3%), and tone of voice (52.9%). Most respondents react by establishing eye contact with patients (55.9%), touching them gently to encourage interaction (51.5%) and greeting them kindly (44.1%). A comparison of nonverbal communication used in the clinic and nursing homes showed that the clinic staff often keeps their distance (19.2%), while none of the respondents in nursing homes reported keeping their distance. Further, staff at the clinic use touch with

dementia patients less compared to staff in nursing homes. Most common obstacles which the nursing staff face when caring for dementia patients include lack of time for a sincere conversation, fear and suspicion in patients, as well as lack of understating of information received by dementia patients. The research revealed that the time the staff dedicate to dementia patients influences the ability to establish and recognize unmet basic patients needs. In other words, the more time they dedicate to a patient, the better staff can recognize patient needs.

Discussion: Research results revealed that nursing staff are aware of the importance of nonverbal communication in dementia patients; however, they still believe they require additional training. Since our research has not shown, contrary to expectations, any differences in the use of nonverbal communication according to the respondent level of education, this fact can only encourage us to undertake further research.

Key words: dementia, nonverbal communication, older adult, validation, nurse

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 OPREDELITEV POJMA DEMENCA	2
2.1.1 Vrste demence.....	2
2.1.2 Vzroki in potek demence	4
2.1.3 Simptomi demence	6
2.2 VLOGA IN POMEN NEVERBALNEGA KOMUNICIRANJA.....	6
2.2.1 Telesni jezik.....	9
2.2.2 Razdalja	10
2.2.3 Dotik	11
2.2.4 Čas	12
2.2.5 Poslušanje	12
2.3 POMEN EMPATIJE PRI NEVERBALNI KOMUNIKACIJI Z DEMENTNIM PACIENTOM.....	13
2.4 KOMUNIKACIJSKE TEŽAVE V RAZLIČNIH FAZAH DEMENCE	13
2.5 VALIDACIJA PO NAOMI FEIL	15
2.5.1 Tehnike validacije po Naomi Feil:.....	16
3 EMPIRIČNI DEL	20
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	20
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	20
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	21
3.3.3 Opis vzorca	22
3.3.4 Metode obdelave podatkov	23

3.4	REZULTATI.....	24
3.5	RAZPRAVA	32
4	ZAKLJUČEK.....	37
5	LITERATURA.....	39
6	PRILOGE.....	44
6.1	Anketni vprašalnik	44

KAZALO TABEL

Tabela 1: Simptomi demence	6
Tabela 2: Opis vzorca	23
Tabela 3: Uporaba načinov neverbalnega komuniciranja po zavodu in skupaj	25
Tabela 4: Odzivi pri delu s pacienti z demenco po zavodu in skupaj	26
Tabela 5: Pomembnost elementov komunikacije pri delu z obolelimi z demenco glede na stopnjo izobrazbe	27
Tabela 6: S katerimi ovirami se najpogosteje srečujete pri neverbalni komunikaciji z osebami z demenco?	28
Tabela 7: Čas, porabljen za oskrbo enega pacienta z demenco	28
Tabela 8: Prepoznana potreba temeljnih življenjskih aktivnosti pri pacientu z demenco	29
Tabela 9: Ali se preko neverbalne komunikacije prepozna potrebe temeljnih življenjskih aktivnosti pri obolelih z demenco glede na čas, porabljen za oskrbo enega pacienta?	30
Tabela 10: Mnenje po potrebi po dodatnem izobraževanju na področju neverbalne komunikacije pri osebah z demenco	31
Tabela 11: Vpliv dela s pacienti z demenco na psihofizično počutje ob koncu delovnega dne	31
Tabela 12: Kako pogosto vam vaša ustanova omogoča strokovno izobraževanje na tematiko starostnika in komunikacije?	31

1 UVOD

Demenca je poznana že skoraj dve tisočletji. V sodobnih družbah pa število pacientov z demenco hitro narašča zaradi podaljševanja življenjske dobe. Temu trendu zaenkrat ni videti konca. Zato je demenca ne le človeški, temveč tudi velik zdravstveni in družbeni problem (Kogoj, 2007, str. 15).

V Sloveniji nimamo nacionalnega registra pacientov z demenco, niti ni bila doslej opravljena nobena epidemiološka študija, s katero bi prišli do zanesljivih podatkov o številu pacientov. Kljub temu si lahko pomagamo s podatki tujih raziskav, zlasti iz primerljivo razvitega področja Evrope, ob predpostavki, da v Sloveniji ni bistvene razlike v prevalenci demence. V zadnjih 50 letih se je pričakovana življenjska doba v Sloveniji vsakih 4 do 5 let podaljšala za 1 leto (Kogoj, 2009, str. 251). Statistični urad Republike Slovenije je zabeležil, da je število prebivalcev, starejših od 64 let, v zadnjih dvajsetih letih poraslo skoraj za 60 %, kar pomeni, da je ob koncu leta 2007 v Sloveniji živelo že 326.847 prebivalcev, starih 65 let in več (Prebivalstvo Slovenije, 2009). Vsakih 5 let višja starost pa poleg tega približno podvoji verjetnost za nastanek demence, zaradi česar se število pacientov z demenco povečuje hitreje kot samo število starejših (Kogoj, 2009, str. 251). Zaradi podaljševanja življenjske dobe hitro narašča število pacientov z demenco, ki jih je v Sloveniji že skoraj 30.000, njihovo število pa se vsako leto poveča za dodatnih tisoč (Kogoj, Vodušek, 2011, str. 13). V letu 2009 je bilo ocenjeno število pacientov z demenco v Sloveniji skoraj 27.000, predvideno povečanje števila v naslednjih desetih letih pa je na podlagi podatkov, ki jih podaja Kogoj (2010, str. 1), ocenjeno na 35–40 %, kar pomeni, da bo leta 2019 od 36.450 do 37.800 oseb z demenco. Podatkov o številu pacientov glede na posamezno vrsto demence v Sloveniji ne vodimo, lahko pa dobimo okvirno predstavo iz podatkov iz tujine, ki razmerje demence delijo na primarne oblike demence (85 %), to so degenerativne (50 %), vaskularne (20 %) in mešane oblike (15 %), ter na sekundarne oblike demence (15 %) (Van Hulsen, 2010).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV POJMA DEMENCA

Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna, kjer gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje. Zavest ni zamegljena. Opešanje kognitivne funkcije navadno spremlja ali pa včasih napoveduje zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije. Ta sindrom se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri drugih cerebrovaskularnih boleznih in pri drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane (Mednarodna klasifikacija, 2005).

»Beseda demenca izvira iz latinske besede *demens* (*de* – iz, *mens* – pamet). Človek z demenco je dobesedno človek, ki je ob pamet, torej norec, in prav takšno pojmovanje ljudi z demenco prevladuje med ljudmi še danes.« (Mali, Mešl, Rihter, 2011).

Za demenco je značilno propadanje tistih telesnih in duševnih sposobnosti, ki sicer zdravemu človeku omogočajo, da lahko do pozne starosti ostane samostojen v vseh dnevniških aktivnostih. Bolezen prizadene tako pacienta samega kot njegovo ožjo in širšo okolico. Da bi znale medicinske sestre uspešno pomagati pacientu kot tudi njegovim svojcem, moramo poznati poleg simptomov tudi stadije bolezni demence, kajti ti vplivajo na oceno stopnje samooskrbe bolnika, na našo obliko pomoči, terapevtskega delovanja in raznolikost problemov, s katerimi se srečujemo v procesu zdravstvene nege (Majerle, 2000, str. 73).

2.1.1 Vrste demence

Alzheimerjeva bolezen (AB) je najpogostejša oblika demence, ki se postopoma razvije pri ljudeh obeh spolov po 65. letu. Bolezen napreduje zelo počasi in lahko traja desetletje. Alzheimerjeva bolezen je posledica kopičenja patološke beljakovine beta-amiloida v možganih. Posledica so spremembe v različnih področjih v možganih, največ pa v centrih za spominske dejavnosti in njihovih povezavah. Pojavijo se težave s spominom ter psihiatrični znaki. Skoraj vedno se pacienti spremenijo tudi osebnostno. Ko bolezen napreduje, se pacienti neprimerno oblačijo, postanejo inkontinentni, so brez apetita ter v končni fazi povsem odvisni od pomoči drugih (Muršec, 2007, str. 77).

Vaskularna demenca (VD) je velika skupina bolezni, ki so posledica možgansko žilne poškodbe (ishemični ali hemoragični infarkt). Pojavlja se v starejšem življenjskem obdobju. Pogostejša je pri moških zaradi rizičnih dejavnikov, kot so kajenje, visok pritisk, srčna obolenja, sladkorna bolezen itd. V kratkem času po vaskularnem incidentu se pojavi demenca, ki ima stopničast potek in je zelo podobna Alzheimerjevi bolezni. Glede na to, kako je oškodovan centralni živčni sistem, se simptomi spreminjajo. Ob splošni psihomotorni upočasnjenosti se pojavlja tudi upad na področju spoznavnih sposobnosti. Pogoste so blodnje ali halucinacije ter depresivna simptomatika. Klinična slika se iz dneva v dan spreminja (ibid.).

Vaskularna demenca je skupek različnih sindromov, ki jim je skupen upad spoznavnih sposobnosti ob prisotnosti možgansko-žilnih bolezni in dejavnikov tveganja za možgansko-žilne bolezni. Vaskularna demenca je po pogostosti za demenco Alzheimerjevega tipa na drugem mestu med demencami (Grad, 2008).

Demenca Lewyjevih telesc (DLT) je pogosta oblika hitro napredujoče oblike demence. Bolezen se začne že pri 60. letih, poteka pa nihajoče napredujoče. Konča se s smrtjo v petih do sedmih letih. Moški obolevajo pogosteje. DLT je posledica kopičenja patološke beljakovine alfa-sinukleina, predvsem v čelnem režnju in na področju njegovih povezav z ostalimi možganskimi predeli. Klinična slika je zelo pestra. Znaki nihajo iz ure v uro od skoraj neopaznih do hudo izraženih. Pojavijo se težave s spominom, nevrološki znaki, motena pozornost in huda nespečnost. Pacienti postanejo počasni, imajo značilno obrazno mimiko, pojavi se tresavica okončin. Pogosti so padci in nepojasnjene kratkotrajne nezavesti, depresivna simptomatika ter slušne in vidne halucinacije (Muršec, 2007, str. 76).

Frontotemporalna demenca (FTD) je ena izmed redkejših oblik demence, ki napreduje počasi. Predstavlja 10 % vseh demenc. Bolezen se pojavi pri obeh spolih enako pogosto v starosti med 40. in 60. letom. FTD razlikuje večjo skupino podtipov. Bolezen nastane zaradi kopičenja patološke beljakovine, nenormalnega tau-proteina, ki tvori Pickova telesca, ki postopoma uničujejo nevrone v čelnem in senčnem režnju. Klinična slika vključuje osebnostne spremembe, nevrološko simptomatiko, spremembe v navadah in motnje pozornosti (ibid.).

Ostale oblike demence:

- Creutzfeld-Jacobova demenca,
- Huntingtonova demenca,
- progresivna paraliza,
- alkoholna demenca,
- demenca pri HIV ipd.

Veliko nevroloških in telesnih obolenj lahko v svojem kritičnem poteku vodi v demenco. Takšnih stanj je relativno malo, saj predstavljajo manj kot desetino vseh demenc. Te vrste demenc se razlikujejo glede na obsežnost upada spoznavnih sposobnosti in nevrološke simptomatike. Vse naštetе ostale oblike so hitro napredujoče (Muršec, 2007, str. 76).

2.1.2 Vzroki in potek demence

Demenco najpogosteje povezujemo s spominskimi motnjami, ki so vedno prisotne, čeprav ne vselej kot prvi simptom. V začetnih stadijih bolezni pacienti pogosto tudi sami opažajo večjo pozabljivost, svojci pa bolnika opišejo kot "sklerotičnega" ali "senilnega" (Kogoj, 2007). Kobentarjeva (2011) pravi, da pri obolelih z dobro kognitivno rezervo v obliki pasivne strukturne zaloge ali aktivne funkcionalne zaloge dalj časa in lažje kompenzirajo možganske poškodbe, ki jih povzroča demenca, ter se klinični znaki pojavijo kasneje.

Pacienti lahko sprva v kratkem pogovoru ali domačem okolju delujejo dokaj urejeno. Izrazitejše motnje se pokažejo šele po delu, ki traja dalj časa in ob katerem se sicer hitreje utrudijo. Pacienti z demenco si tipično ne morejo zapomniti novih podatkov, običajno opazimo izrazitejše spominske težave za nedavne dogodke (datum). Ker ni spominskega zapisa, tega tudi s pomočjo (začetne črke, ključne informacije) ne morejo priklicati. Vsaj v začetku pacienti še lahko prikličejo podatke iz daljne preteklosti, ki so si jih zapomnili, ko so še bili zdravi (datum rojstva). Lahko pa so, kar je redkeje, spominske motnje tudi drugačne, dajejo vtis nihajočih sposobnosti (enkrat se spomnijo tudi nedavnih dogodkov, drugič spet ne). Pacient lahko ob zastavljenem vprašanju, na katerega ne ve odgovora, umolkne, se razjezi ali pa spominske vrzeli zapolni s konfabulacijami. V zadnjem stadiju bolezni so spominske motnje tako izrazite, da se

pacienti ne spomnijo niti imena partnerja ali števila lastnih otrok. Poleg težav s spominom imajo tudi težave z razumevanjem informacij, še posebno v kompleksnih situacijah. V pogovoru lahko opazimo, da težje najdejo posamezne besede ali izpuščajo posamezne ključne besede. Z napredovanjem bolezni se besedni zaklad opazno zmanjša, govor postane inkoheren, pojavijo se tudi motnje pri branju in pisanju. V poznem stadiju je govor težko ali povsem nerazumljiv, ponavljajo samo še posamezne besede ali glasove. Reakcije postajajo počasnejše, pacienti lahko delujejo nekako odsotni. Mišljenje izgublja fleksibilnost, oslabi pozornost, zmanjša se možnost presoje in reševanja problemov. Z napredovanjem bolezni se poglobljajo težave z razumevanjem in presojo, postajajo nekritični. Pogosteje so dezorientirani, tako časovno kot tudi krajevno. Zmanjša se zmožnost prepoznavanja predmetov, kljub temu da čutila niso okvarjena, ne prepoznajo najbližjih, niti ne lastne podobe v ogledalu. V zadnjem stadiju bolezni potrebujejo pomoč pri dnevnih aktivnostih, kot so: umivanje, oblačenje, hranjenje, osebna higiena, izločanje (Kogoj, 2007).

Weatherhead in Courtney (2012), sta v svojem članku razpravljala o pacientih z demenco. Predvsem sta se osredotočila na vzroke in število obolevnosti v prihodnje. Ugotovila sta, da se bo v Veliki Britaniji do leta 2050 število oseb z demenco podvojilo. Hkrati so izračuni pokazali, da je več žensk, ki obolevajo z demenco, glavni vzrok pa je njihova daljša pričakovana življenjska doba. Opisala sta tudi najpogostejše dejavnike tveganja za posamezne oblike demenc, čeprav je za večino demenc vzrok obolevnosti neznan. Najverjetneje pa so vzroki vpleteni s starostjo, gensko odpornostjo, okoljskimi dejavniki, prehrano, zdravjem in splošnim počutjem. Navedla sta primer velikega dejavnika tveganja za nastanek vaskularne demence, ki počasno napreduje. Na primer pacient bi mogoče moral razmisliti o prenehanju kajenja in o zdravljenju zaradi visokega krvnega tlaka ali povišanega holesterola. Tudi Pečjak (2007) navaja, da obolenje za demenco preprečujemo s prenehanjem kajenja, telesno vadbo, zdravim prehranjevanjem, zmernim pitjem alkohola, izogibanjem stresu in znižanjem krvnega tlaka.

2.1.3 Simptomi demence

Tabela 1: Simptomi demence

SIMPTOMI ZAČETNE DEMENCE	SIMPTOMI NAPREDOVANE DEMENCE
<ul style="list-style-type: none"> - motnje hotenja, - pozabljanje, - brez vzročni strah, - nezainteresiranost za stvari, ki jih je dementni starostnik nekoč rad počel, - motnje koncentracije, - občutek preobremenjenosti (samoumevne stvari pričnejo postajati otežene in predstavljajo veliko oviro), - nihanje razpoloženja, vzročna depresivnost, čustvene spremembe, - apatija, neodzivnost pri nagovarjanju, - hitra utrudljivost pri dnevnih opravilih, - motnje v orientaciji časa, prostora in v prepoznavi oseb, - slabo presojanje, motnje vedenja (neodločnost, skopost, klepetavost). 	<ul style="list-style-type: none"> - motnje spomina in pogostejša obdobja zmedenosti, - težave pri komunikaciji v smislu prepoznavanja in razumevanja besed (ponavljanje istih vprašanj), - izrazite motnje v orientaciji časa in prostora, - nezmožnost skrbeti za lastno gospodinjstvo in težave pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti, - resna motnja spomina, - razdražljivost, agresivnost, - stalno gibanje (hoja, nemir) z občutkom negotovosti, - moteno socialno vedenje (zaprtost vase, samotarstvo), - nesamostojnost (potreben 24-urni nadzor).

Vir: Van Hulsen, 2010.

2.2 VLOGA IN POMEN NEVERBALNEGA KOMUNICIRANJA

»Komunikacijske sposobnosti imajo tako kot v vseh življenjskih obdobjih tudi v starosti velik pomen in omogočajo starostnikom ohranjanje svoje neodvisnosti in samostojnega življenja. Obseg in način komunikacije se spreminja tekom posameznikovega življenja.« (Gress-Heister, 2003).

Kadar komuniciramo spontano, so naši neverbalni signali, kot so geste ali obrazna mimika, preprosto zunanja manifestacija naših notranjih občutkov in čustvenih stanj. To niso načrtovana ali namerna sporočila, namenjena drugim, čeprav jih drugi lahko tudi tako razumejo. Oba, tako pošiljatelj kot prejemnik, lahko sprejemata ta sporočila popolnoma spontano (Ule, 2005).

»Za kontakt s pacientom je potrebna komunikacija, ki izoblikuje odnos do sočloveka in s tem medicinska sestra izpostavi svojo poklicno vlogo.« (Čuk, 2005, str. 10).

»Komunikacija je eno izmed področij človekovega vedenja in zato tudi bistveni del nujenja zdravstvene oskrbe. Komunikacija je proces, v katerem vsakdo hkrati prejema, pošilja, interpretira in sklepa o drugem posamezniku ali skupini ljudi.« (Čuk, 2005, str. 10).

Poznanje in upoštevanje različnosti medčloveških povezav in pomena komunikacije je nujno potrebno za razumevanje potrebe po medčloveških odnosih v starosti. Star obolel človek potrebuje reden osebni stik z nekom, ki ga ima za svojega. Za temeljni osebni odnos je dovolj ena oseba, ki ga star človek čuti kot svojega in zaupa v trdnost in trajnost osebnega človeškega odnosa z njim. Ta "ena oseba" je staremu človeku zadosten most do vseh priložnosti in stalnih stikov z drugimi – "tujimi" ljudmi, da jim zaupa in tako njihova storitev pri njem doseže svoj celovit človeški namen (Ramovš, 2003).

Kakovost življenja posameznika je v veliki meri odvisna od medsebojnega komuniciranja, saj je znano, da je molk ena najhujših oblik psihičnega nasilja. Kadar komuniciramo, s tem omogočamo izmenjavo mnenj, stališč, informacij, potreb in želja. Ljudje komuniciramo z besedami ali brez njih, komuniciramo s samo prisotnostjo v odnosu, ne da bi karkoli izrekli. Medicinska sestra kot profesionalka z različnimi komunikacijskimi sposobnostmi naj bi obvladala različne načine komuniciranja in jih znala prilagajati posameznikom, s katerimi komunicira, posebnostim posameznika in spremembam, ki so nastale v njegovem življenju. Če se tisto, kar govorimo, in tisto, kar sporočamo z neverbalnim vedenjem, med seboj ujema, govorimo o usklajeni komunikaciji (Čuk, 2005; Klemenc, 2006, str. 43; Prebil, Mohar, Drobne, 2009; Železnik, Železnik, 2008).

Pri komunikaciji je pomembno, da se nam ne mudi in da si vzamemo dovolj časa za pacienta z demenco, ki velikokrat bolje razume nebesedno kakor besedno komunikacijo. Včasih moramo pacientom celo nazorno pokazati, kaj želimo od njih. Vedno znova moramo biti pripravljeni tudi na alternativne rešitve ali sprejeti tudi to, da nam pacient kljub jasnosti in preprostosti zahtev enostavno ni več sposoben slediti (Muršec, 2002, str. 39).

Sposobnost komuniciranja je bistvena sestavina za socialno interakcijo, vendar se zaradi različnih notranjih in zunanjih dejavnikov lahko starejši soočajo z edinstvenimi ovirami pri njihovih prizadevanjih za interakcijo z drugimi. Socialna interakcija je ključni dejavnik, ki vpliva na kakovost življenja starejših odraslih. Za vse več starih ljudi zahteva podporna nega v domovih za ostarele priložnost za začetek socializacije, predvsem na interakciji z osebjem. Tudi negovalci, ki se profesionalno ukvarjajo s starejšimi ljudmi, ne posvečajo dovolj pozornosti in preživljajo premalo časa z njimi. Posebej skrbijo za njihove fizične potrebe, medtem ko zanemarjajo čustvene in socialne potrebe. Posebno pozornost je treba nameniti interakciji med starejšimi ljudmi in njihovimi skrbniki v institucijah dolgotrajne oskrbe, saj precejšnje število starejših ljudi tam ostane zadnje obdobje svojega življenja. V Sloveniji so si (Zaletel et al., 2010) zastavili cilj, da raziščejo frekvenco naslednjih vrst neverbalne komunikacije v domovih za starejše občane. In sicer: izrazi na obrazu, kretnje rok, gibi glave, ton besednih izrazov in para-jezikovnih znakov. Predvsem so jih zanimale razlike v različnih vrstah neverbalne komunikacije v odvisnosti od spola starejših ljudi in starosti. Raziskava je bila narejena leta 2004, in sicer v 63 domovih za ostarele po Sloveniji. Raziskava je potekala na podlagi opazovanja. Opazovalci so bili študenti zdravstvene nege, ki so bili predhodno natančno poučeni o vseh vrstah in načinih neverbalne komunikacije. Opazovali so v parih starostnik – negovalec. Opazovanje je potekalo 15 minut ob jutranji negi, ko je sodelovanje najbolj intenzivno. Analize so pokazale, da moški kažejo bistveno več izrazov obraza in kretenj rok kot ženske, razlike pa so se pokazale tudi v različnih starostnih skupinah pri različnih vrstah neverbalne komunikacije. Starejša skupina nad 81 let največ neverbalne komunikacije izraža z usmerjenim pogledom, z obraznimi izrazi in z gibanjem glave, zato je komunikacija v institucijah za te starostnike še toliko bolj pomembna. Pričakovali so, da bodo z raziskavo podprli tezo, da ženske komunicirajo bolj intenzivno kot moški, vendar je raziskava pokazala ravno nasprotno. Ženske so v vodstvu le v verbalni komunikaciji. In ker so v negi večinoma ženske, se je treba vprašati, koliko res znamo neverbalno komunicirati. Pri znanju pa se je pokazala tudi razlika v stopnji izobrazbe, kar jim je zopet dalo vedeti, da se je neverbalnega komuniciranja potrebno znova in znova učiti.

Zavedati se moramo svoje lastne neverbalne komunikacije in upoštevati, da morda ta sporočila povedo več kot izrečene besede, in vedeti moramo tudi, da si tega pacient morda ne bo pravilno razlagal. Pri tem se držimo naslednjih načel:

- Vzpostavimo očesni stik (ne strmenje).
- Uporabimo govorico telesa (počasno gibanje, položimo roke v naročje, kot ujčkanje). Osebe z demenco dobro zaznavajo spremljevalno melodijo povedanega.
- Poskrbimo, da se bo govorica telesa ujemala z izrečenim.
- Uporabljamo umirjen in prijazen pristop – odnos sprejemanja.
- Uporabljamo obziren, nežen dotik, roka, obraz, lasje, rama.
- Božanje po licu simbolizira materinski dotik, po zatilju očetovski dotik in po ramenih, rokah prijateljski dotik (Kogoj, 2003).

Neverbalna komunikacija vključuje obrazno mimiko, očesni stik, držo, videz, kretnje, osebni prostor in telesni stik – dotik. Večina teh dejavnikov prispeva k razvoju procesa komuniciranja. Na primer stik z očmi in bližina lahko kažejo zanimanje, skrb in toplino. Predlagajo uporabo naslednjih neverbalnih sporočil: sedimo nasproti bolnika odkrito, vzdržujemo odprt položaj, telo nagnemo rahlo naprej, vzpostavimo in vzdržujemo stik z očmi in ohranjamo sproščeno držo. Ta tehnika je uporabna za obolele z demenco v začetnih fazah. Paralingvistične značilnosti komunikacije se nanašajo na posamezen način govora ali posamezne lastnosti glasu osebe. Mednje sodijo volumen glasu (mehek ali glasen), razpon frekvence, hitrost govora, konverzacijska znamenja, kot so "mmm", "hmm", ti kažejo stopnjo interesa poslušalca. Z vsem tem pa izražamo, da gre za različna sporočila, različna čustva in stališča (Jootun, McGhee, 2011).

2.2.1 Telesni jezik

Sistem znakov gibanja oziroma kinezika (iz kinesisa, gibanje) zajema sporočila, ki jih pošiljamo s telesom (na primer preko gest, drža, telesnih gibov), z obrazom (na primer smeh), z očmi (na primer očesni stik, razširjanje oziroma oženje zenice). Zunanost oziroma videz in okrasje kot sistem neverbalnih znakov zajemata zunanji videz (velikost, oblika, zaznana privlačnost, oblačila, nakit...) in vonj (telesni in parfumski

vonji). Vokalični (vokalika oziroma parajezik) sistem neverbalnih znakov zajema tako vidike glasu (kako nekaj rečemo, ne le to, kaj rečemo) kot tudi tišino (Paladin, 2011).

Obraz ima največjo kapaciteto pošiljanja. Prav zaradi tega je zelo primeren za prikrievanje laganja, hkrati pa je zaradi laganja, ki ga razkriva, za opazovalca najbolj nezanesljiv. V primerjavi z obrazom lahko telo manj kontroliramo, je počasnejše in manj očitno. Zaradi tega je laganje s telesom kot komunikacijskim kanalom težje, poleg tega pa telo izdaja več znakov, ki omogočajo zaznavanje laganja. Najbolj očitni (pa tudi zapleteni z vidika razumevanja njihovega pomena) neverbalni znaki so torej znaki, ki jih izdajajo drža in gibi telesa (Paladin, 2011).

Med kretnje spadajo kretnje rok, nog, glave, kar imenujemo gestika. Gibi oziroma kretnje kažejo pozornost do osebe, s katero komuniciramo. Pomembni so gibi glave, ki lahko sogovornika v komunikaciji spodbujajo ali ovirajo. Preveč ali premalo gibov rok, ramen in glave lahko sogovornika v komunikaciji zavrne. Prepoznavni zaviralni gibi so prekrizane roke, sklenjeni prsti, bobnanje s prsti, zavijanje las, pokrivanje ušes, polaganje rok na usta. V povezavi z gibi je treba posebej omeniti znake, ilustratorje in adaptorje.

- Znaki. To so različni znaki, s katerimi se sporazumevamo: prikimavanje, odkimavanje, skomiganje z rameni. Pri znakih je pomembno, da se zavedamo njihovega različnega pomena v različnih kulturah.
- Ilustratorji. Poudarjajo določene besede oziroma verbalna sporočila. Ilustrirano povedano: pribijemo kaj v tla.
- Adaptorji. Mislimo na gibe telesa pri nenavadnih, zaskrbljujočih, težkih položajih, kot so grizenje nohtov, premikanje skodelice, tolčenje s svinčnikom. Na omenjene znake moramo biti pozorni pri zdravnikih oziroma moramo paziti, da sami ne kažemo nestrpnosti ali negotovosti (Hoyer, 2005).

2.2.2 Razdalja

Ljudje komuniciramo na različnih medsebojnih razdaljah. Medsebojne razdalje se razlikujejo glede na to, s kom in kje se pogovarjamo, velikokrat pa tudi glede na medsebojni odnos s sogovornikom. Ločimo štiri območja: intimno (do 0,4 metra), osebno

(od 0,4 do 1,5 metra), socialno (od 1,5 do 4 metre) in javno območje (od 4 do 8 metrov) (Možina et al., 2004).

Med bolnikom in zdravstvenimi delavci se velikokrat vzpostavi nelagodje pri komuniciranju ravno zaradi razdalje med njima. Če pacient leži in pride zraven zdravnik ali medicinska sestra in ta stoji, ko se pogovarja s pacientom, ima pacient občutek neenakosti in se počuti v podrejenem položaju. Ravno tako moramo zdravstveni delavci paziti, kdaj in na kakšen način posegamo v pacientov osebni, če ne celo intimni prostor, kar pa je neizogibno. To se dogaja ob opravljanju različnih posegov na telesu posameznika. Zadrege ob tem je mogoče preseči z zelo profesionalnim in uvidevnim pristopom. Morda se je v teh primerih dobro izogniti očesnemu kontaktu oziroma izklopiti druge komunikacijske kanale. To mora medicinska sestra sama presoditi s profesionalnim in uvidevnim opazovanjem in pravilno komunikacijo z bolnikom, saj s tem izraža enakost (Hoyer, 2005).

2.2.3 Dotik

Dotik je poleg vida, sluha in voha pomembna oblika komuniciranja. Oči, nos in ušesa si lahko zatismo ter se izognemo stiku, dotikom le težko uidemo. Nekateri so neprijetni, drugi izzovejo veliko zaupanje. Če nas poboža prijateljica, nam lahko sproži lepe občutke, če se nas dotakne tujec, pa nelagodje. Z zavestnim dotikanjem lahko izvajalec/izvajalka validacije ustvari zaupljiv, ljubeč in zdravilen odnos. Pri starih ljudeh z demenco je zaznavanje zelo pogosto omejeno na neposredno telesno bližino, zato so dotiki pomembna tehnika, ki nam ob pravilni uporabi pomaga pri delu s starimi ljudmi. Izvajalec validacije usmerjeno uporablja individualno načrtovane dotike neverbalnih tehnik validacije. V procesu staranja se vid in sluh poslabšata, sposobnost besednega izražanja je slabša, zato je pomembno, da staremu človeku z rahlim pritiskom položimo dlan na ramo, ko ga neposredno ogovarjamo. Zavedati se moramo, da vsak človek ni naklonjen vsem vrstam dotikov. Najbolje je, če sami poznamo svojo vrsto dotika, če vemo, kako želimo, da se nas dotikajo drugi. Tako pri drugem človeku lažje občutimo zavračanje našega dotika (Van Hulsen, 2010).

2.2.4 Čas

Časa, za katerega se dogovorimo s pacientom, se moramo vedno držati in spoštovati pacientov čas, zato jih nikoli ne pustimo čakati. Če se nam to nehote zgodi, pa pacienta pravočasno obvestimo in mu razumljivo podamo opravičilo (Hoyer, 2005). Ker vemo, da so pacienti z demenco okrnjeni z razumevanjem in izražanjem komunikacije, si je potrebno zanje še posebej vzeti dovolj časa, da ga bomo razumeli in da bo on razumel nas. S tem, ko se bo oboleli z demenco počutil priganjanega, bo še bolj zmeden in mogoče se bo celo zaprl vase in bo prenehal komunicirati z nami.

2.2.5 Poslušanje

V zdravstvu je tehnika poslušanja bistvenega pomena, kajti odvisno od tega, kako poslušamo, posredujemo drugi osebi vsebino; z dobrim poslušanjem pripomoremo k uspešnemu sodelovanju med zdravstvenimi delavci in pacienti. Ko želimo dobiti soglasje, na primer za sodelovanje pacienta, ali ko želimo pri delu vzpostaviti določen odnos, je treba čim bolj pazljivo poslušati.

Vrste poslušanja:

- Vživljanje v sogovornika ali empatija – presoja sogovornika ali pridobivanje podatkov z njegovo podporo in pomočjo.
- Analiziranje – iskanje konkretnih podatkov in ločevanje dejstev od čustev.
- Sintetiziranje – proaktivno (energično) vodenje izmenjav v smeri proti cilju.

»Z aktivnim poslušanjem vidimo in slišimo tisto, kar "stoji" za izrečenimi besedami. Na ta način zdravstveni delavci lažje razumemo bolnike. Umetnost poslušanja je temelj za uspeh na delovnem mestu.« (Dobnik, 2009).

Pacientove besede moramo znati in hoteti poslušati ter ga tudi slišati. Pri tem je zelo pomembno, da znamo pacienta dobro poslušati in ga tudi slišati. Pacient mora vedeti, da smo z njim in se zavedajmo, da je vreden pozornega poslušanja in spoštovanja. Nikoli ga ne smemo prekinjati ali mu postavljati vmesnih vprašanj, saj ga s tem lahko zmedemo ali pa nam preneha razlagati svoje tegobe, pri katerih bi mu lahko pomagali. Pacientom se zdi izredno pomembno, da lahko s svojimi besedami izrazijo svoje

probleme. Pazimo, da ga gledamo mirno in v oči in po potrebi mu namenimo smehljaj, ki je čudežno zdravilo za uspešno komunikacijo (Dermol Hvala, 2001).

2.3 POMEN EMPATIJE PRI NEVERBALNI KOMUNIKACIJI Z DEMENTNIM PACIENTOM

Empatija ne pomeni, da lahko živimo življenje drugega in prevzamemo njegove izkušnje, pač pa to, da se lahko na neki način "postavimo na njegovo mesto", v "njegovo kožo", se skušamo vživeti v njegova doživljanja in čustva. To dosežemo tako, da sogovornika poslušamo in zaznavamo, kar nam govori (Prebil et al., 2009).

»Pomemben del empatije in etike skrbi je zaupanje, da drugim ljudem dovolimo in omogočimo, da se odzovejo na naše težave, da se zanesemo na kompetentnost in pripravljenost drugih.« (Ule, 2005).

Empatija vključuje dovezetnost medicinske sestre za bolnikove občutke in le-ta to uporablja pri delu s pacientom. Empatija je več kot le razumevanje pacientovih misli, je eden najučinkovitejših dejavnikov v doseganju sprememb in učenja s pomočjo razdajanja sebe (Harih, 2009, str. 242). Izkušnje kažejo, da se vedenje osebe z demenco bistveno ublaži v okolju, ki jo sprejema in ji daje dovolj podpore. Bistvo vsega je empatičen odnos, sposobnost oskrbovalca, da se vživi v osebo, in njegova toleranca. V odnosu do oseb z demenco in pri ravnanju z njimi ne sme biti nikakršne dominantnosti. Delo mora biti usmerjeno na človeka z demenco in organizirano tako, da se maksimalno prilagaja njegovim željam in interesom konkretne osebe (Kitwood, 2005).

2.4 KOMUNIKACIJSKE TEŽAVE V RAZLIČNIH FAZAH DEMENCE

1. FAZA – zgodnja faza: pri obolelem se pojavljajo nekatere težave s koncentracijo in sledenjem pogovoru; težko najdejo prave besede, ko govorijo in ko pišejo; izgubijo rdečo nit, medtem ko govorijo; ponavljajo svoje izrečene besede; običajno se oseba z demenco zaveda teh težav, zato jih poskuša skriti in išče nadomestne besede in opravičila.

2. FAZA – zmerna ali srednja stopnja: pacienti težko sledijo pogovoru v skupini in pogovoru ena na ena; izgubljajo rdečo nit, medtem ko govorijo; imajo večje težave, da najdejo prave besede, medtem ko govorijo ali pišejo; izguba besednjaka, kot so lastna

imena in izrazi v slengu; zamenjava besed, to se sliši kot izumljanje novih besed; težko sledijo zgodbam v knjigah, televizijskim oddajam, filmom; težave pri vpoklicu spomina, ko želijo nekomu povedati o zadnjih dogodkih; povečana uporaba kretenj pri komuniciranju.

3. FAZA – huda faza demence: posamezniki kažejo nezmožnost slediti čemerkoli, razen preprostim navodilom in pogovorom; povečana izguba besedišča, vključno z osebnimi podatki in imeni ljubljenih; nezmožnost spremljanja zgodbam v knjigah, televizijskih oddaj, filmov; težnja k nič govorjenju, blebetanje.

4. FAZA – končna faza: Pacient ne govori in se verbalno ne odziva, le glasovno, kriki, stokanje; težave pri razumevanju verbalnega pogovora; vsa komunikacija je mogoča le na neverbalen način (Dementia Care Central, 2012).

Pogovor, ki temelji zgolj na besedah, je za ljudi z demenco težaven, ker imajo besede v njihovem izražanju in razumevanju sveta drugačen pomen kot za nas. Njihove misli so pogosto nepovezane, besede nedokončane ali nerazumljive, zato je besedno sporazumevanje, kot ga razumemo mi, degradirano, naš položaj sogovornika pa vprašljiv. Osebam z demenco več kot besede pomenijo občutki, ki jih doživljajo v stiku z nami. Ustvariti je potrebno ozračje, v katerem se dobro počutita oba, oseba z demenco in sogovornik. Naša naloga je, da ustvarimo takšno ozračje, klimo in občutke, da se človek z demenco počuti sprejetega, občuti varnost in je v središču odnosa sporazumevanja (Mali et al., 2011).

Sporazumevanja s pacientom z Alzheimerjevo demenco se je moč naučiti, saj se nihče ne rodi z znanjem sporazumevanja s takšno osebo. Pomembno je, da se zdravstveno osebje, ki dela s pacienti z demenco, nauči komunikacijskih veščin, saj bodo le-te pripomogle k manjšemu stresu ter izboljšanju odnosa do pacienta. Dobra komunikacija lahko pomaga pri premagovanju težavnega obnašanja (Gašparovič, 2007, str. 99).

»Zelo pomembna naloga medicinske sestre je zadovoljevanje bolnikovih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije, nekega odnosa in interakcije z njim. Komunikacija in terapevtski odnos med medicinsko sestro in bolnikom sta osnova za kakovostno zdravstveno nego.« (Gorše Muhič, 1999 povz. po Harih, 2009, str. 241).

V raziskavi na Floridi sta avtorici Tappen in Williams (2009) ugotovili, da se je njihovo delo, ki temelji na terapevtskem pogovoru za izboljšanje razpoloženja v zdravstveni negi stanovalcev v domu, izkazalo, kot velik prispevek k izboljšanju razpoloženja in duševnega zdravja starejših posameznikov, ki obolevajo za Alzheimerjevo demenco. Njihovo delo namreč vsebuje vsakdanja srečanja s temi pacienti v posebnih svetovalnih sejah, katere imenujejo "terapevtski šotor". Na teh srečanjih sodelujejo tudi pacienti z že napredovano boleznijo. Tam je usposobljen poslušalec, ki vodi terapevtski pogovor. Pacienti imajo pravo priložnost deliti občutke in skrbi poslušalcu, ta pa s svojimi komunikacijskimi spretnostmi skuša pacientom prepoznati svoje občutke in jim zagotoviti čustveno podporo. Raziskava je opozorila na pomen komunikacijskih veščin poslušalcev, saj so bili na podlagi tega pacienti sposobni oblikovati in vzdrževati odnose z medicinskimi sestrami, katere so obiskovali 5 dni na teden 16 tednov.

Cantley (2001) pravi, da je dolgo prevladovalo mnenje, da komunikacija z osebami z demenco v poznejših stadijih demence ni možna. Vendar so strokovnjaki na podlagi izkušenj pri delu z osebami z demenco ugotovili, da je komunikacija z njimi možna. Ob upoštevanju konkretnih napotkov in z uporabo empatije lahko komuniciramo z osebami z demenco tudi potem, ko je ta že napredovala. Zavedati se moramo, da moramo komunikacijo prilagajati osebam z demenco tako, da razumemo sporočila, ki jih bolnik izraža, in ne pričakovati, da bi se oni prilagajali našemu načinu komunikacije. V zadnjih desetletjih postaja jasno, da je treba osebe z demenco zares slišati in jih tudi upoštevati.

2.5 VALIDACIJA PO NAOMI FEIL

V vseh stadijih demence je pomembno, kakšen odnos vzpostavijo svojci in negovalci z bolnikom. Če so svojci in negovalci do bolnika prezahtevni, se pogosto dogaja, da bolniki postanejo jezljivi, potlačeni ali celo depresivni. Zato obstaja veliko metod, oblik in terapevtskih načinov, kako ravnati z obolelim z demenco. Ena takšnih metod dela z obolelimi z demenco je validacija, ki jo je razvila Naomi Feil. Omogoča komuniciranje med obolelim z demenco, svojcem in strokovnim osebjem. Validirati pomeni razglasiti za veljavno to, kar želi pacient z demenco izraziti s sredstvi, ki so mu na voljo. Pri tem ga ne poskušamo pripeljati na stopnjo "orientirane osebe", temveč ga moramo spoštovati in spremljati na njegovi poti (Gamse, 2009).

Če vemo, v katerem stadiju se oboleli z demenco v določenem trenutku nahaja, lahko uporabljamo različne, posameznim stadijem prilagojene tehnike. Le-teh se je mogoče naučiti, zato potrebujemo le nekaj vaje. V vsakem stadiju se uporabljajo drugačne tehnike. Nekatere izmed tehnik pa se uporabljajo v vseh stadijih, pravi Van Hulsen (2010).

2.5.1 Tehnike validacije po Naomi Feil:

- *Centriranje*: Vsak pogovor in seanso, ki ju izvajamo po načelih validacije, moramo začeti s centriranjem, da lahko druge stvari odrinemo v stran. Centriranje je dihalna vaja, pri kateri se popolnoma osredotočimo samo na svoje dihanje in tako poskušamo odriniti vse druge stvari, ki nas tisti hip zaposlujejo. Centriranje torej pomeni osvoboditi glavo prejšnjih misli in jo pripraviti na novo situacijo.
- *Uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed*: Uporabiti je potrebno besede, ki se začnejo s "k"; kdo, kaj, kako, kdaj, kje. Izogibati se je potrebno besed in besednih zvez, kot so "zakaj" in "kako to", kajti te besede zahtevajo utemeljitev, katere oboleli ne more dati. Uporabljamo predvsem v prvem stadiju demence, lahko pa tudi v drugem stadiju dezorientiranosti. S tem načinom spraševanja izražamo svoje zanimanje.
- *Ponavljjanje*: Ponavljjanje pomeni, da sogovornik še enkrat ponovi smisel tega, kar je povedal bolnik in po možnosti uporablja iste ključne besede. Ljudem, ki so v fazi predelovanja svojega življenja, je pogosto tolažba, če svoje besede še enkrat slišijo od drugih. Sogovornik naj bi bil pozoren tudi na barvo glasu in melodijo govora. Če bolnik govori tiho, moramo tiho govoriti tudi mi.
- *Uporaba ekstremov*: Uporaba te tehnike poteka tako, da pozovemo osebo, naj misli na neko drugo situacijo, v kateri naj ne bilo nekaj še hujše ali pa še lepše.
- *Predstavljati si nasprotje*: Po nasprotju sprašujemo, da damo sogovorniku občutek, naj se ne boji, ker so tudi obdobja, ko se to ne dogaja. Nasprotja uporabljamo samo pri negativnih stvareh, da si je mogoče spet predstavljati lepšo stran.
- *Spominjanje*: spominjanje lahko nakaže rešitev, ki je bila uporabljena v preteklosti.
- *Vzpostaviti pristen stik z očmi, pogled naj nato nekaj časa počiva na tej točki*: Pri tej tehniki poiščemo stik z očmi – na enaki višini oči. S tem drugemu signaliziramo, da mislimo njega. Gledamo ga z naklonjenostjo, ne smemo buljiti v njega (če ne

zmoremo, se tega ne lotevamo). S tem stikom z očmi, ki ga morebiti povežemo z rahlim dotikom roke ali rame, sogovornik čuti naš interes in ve, da nagovarjamo njega. To vliva zaupanje, prizadeta oseba opazi, da mislimo njo; deluje pomirjujoče.

- *Večpomenskost*: Uporabljanje zaimkov. To se zlasti obnese pri delu s časovno dezorientiranimi osebami, ki v tem stadiju pogosto ustvarjajo lastne besedne kreacije. Zaimki on, ona, ono, nekdo, nekaj nadomestijo tiste besede, ki jih v slovarju ne najdemo.

- *Ustrezen glas, primeren situaciji*: Višina glasu je pomemben dejavnik pri delu z dementnimi. Včasih moramo ton glasu prilagoditi bolniku, pa čeprav je to glasno rečeno, saj mu na ta način damo vedeti, da ga razumemo in šele zatem znižamo glas, da ga počasi pomirimo.

- *Zrcaljenje uporabljamo le v tretjem stadiju*: To ni enostavna tehnika, ob pravem izvajanju pa je zelo uspešna. Pri tej tehniki je pomembno vživljanje v drugo osebo, ker jo opazujemo in nato zrcalimo njene gibe in občutke. Pozorni moramo biti na osebnost obolelega in na njegovo odzivnost. Meja med "oponašati" in "skupaj nekaj delati" je ozka, vendar je izvedljiva. Starejši zakonci, dolgoletni prijatelji pogosto v določeni situaciji izgovorijo enake besede – občutijo enako, zato pri človeku z demenco "zrcaljenje" izraža pozornost. Občutek imajo, da je nekdo z njimi, ko skupaj izvajata neko opravilo.

- *Razumevanje obolelih z demenco*: Potrebno je povezovanje vedenja s človekovo temeljno potrebo, ki ni izpolnjena. Skoraj vsak človek ima temeljno potrebo po ljubezni, po tem, da nekdo skrbi zanj (ne v smislu odvisnosti). Obstajajo še druge temeljne potrebe, ki v tem kontekstu niso pomembne (po hrani, pijači, dihanju...). Pogosto pa so prikrajšani za temeljne potrebe naklonjenosti in priznanju, kar se kaže v njihovem vedenju. Zato moramo vedeti, da ima vsako vedenje starih ljudi z demenco vzrok. Naša naloga je, da ga najdemo. Ko prepoznamo vzrok, lahko vedenje bolje razumemo in ga sprejemamo. Pogosto nam simboli ali neopravljene življenjske naloge dajejo napotke, ki jih lahko tolmačimo.

- *Prepoznati in uporabiti prednostno čutilo*: Človek se odziva s čuti, pri čemer so sluh, vid, tip in voh najpogosteje navedeni. Najbolj izražen čut nam da največ informacij. V komunikaciji s starim človekom so čuti zelo pomembni. Lahko se

naučimo prepoznavati, katera čutila star človek uporablja. Pogosto lahko prepoznamo prednostno čutilo že med pogovorom. Smisel tehnike je lažja navezava stika z osebo.

- *Dotiki:* Ta tehnika se uporablja od stadija II naprej. Pešanje sposobnosti na področju zaznavanja je eden izmed razlogov za uporabo dotikov. Besede so pri tem manj pomembne od objema, dotika roke ali božanja po licu. Pozorni moramo biti, da se osebe dotikamo tako, kot si želi. Z dotiki lahko dosežemo zelo veliko – lahko pa tudi veliko pokvarimo. Zato moramo drugo osebo natančno opazovati, da ugotovimo, katera vrsta dotika ji je všeč.

- *Uporaba glasbe:* Glasba poživlja in stimulira, če jo uporabljamo načrtno, časovno omejeno ter prilagojeno vsakemu posamezniku. Koristno je vedeti, katera glasba je komu všeč. V marsikaterem starostniku se z glasbo vzbudijo znana besedila, ki so jih znali na pamet in jih zopet začnejo peti ali govoriti besedilo, pa čeprav od njih pred tem ni prišla niti ena beseda več ali pa le raztrgani drobci (Van Hulslen, 2010).

Pri metodi dela z obolelimi z demenco validacije terapevt poskuša razumeti, kako si pacient z demenco razlaga svet, in se izogiba vsakršnemu poskusu, da vplete svoje poglede. Terapevt raziskuje osnovni pomen vedenja in govora pacienta. Ta pristop nudi koristne komunikacijske tehnike, s katerimi lahko pomagajo osebam, ki delajo s pacienti z demenco, razumeti še tako nerazumno ter zakaj je na primer pacient zmeden in kakšni so vzroki njegovega obnašanja. Vendar pa, kot vse terapevtske metode dela tudi validacija zahteva kot osnovni pomen proces kompleksne vadbe specializiranih terapevtskih veščin in usposabljanja (Blackhall, 2011).

Dello Russo et.al (2008) so zapisali poročilo študije za potrditev italijanske različice lestvice validacije (DS-DAT) o nelagodju s pacienti z demenco. Kot nelagodje je bila mišljena bolečina in drugi nelagodni simptomi, ki vplivajo na pacientov nemir. DS-DAT lestvica vključuje devet kazalnikov, s katerimi se meri in beleži 5-minutno opazovanje pogostosti, intenzivnosti in trajanje v stopnjah. Na primer: intenzivnost (nizka: komaj zaznavna do zmerno; visoka: prisoten in zmerno do velikega obsega) in trajanje (kratko: krajše kot minuto, traja: eno minuto ali več), kar omogoča oceno. Skupna ocena od 0 (brez bolečine) do 27 (visoka stopnja in neprijeten občutek). Ti kazalniki so: glasno dihanje, negativni vokali – izgovorjave, pomanjkanje izraza na obrazu, žalosten izraz obraza, prestrašen izraz na obrazu, napeta govornica telesa, nemir,

izraz obraza z vsebino in sproščena govorica telesa. V Italiji taka lestvica še ni bila potrjena pri tej populaciji pacientov. Bila pa je razvita v ZDA in testirana tudi v Nemčiji. Testi so pokazali pozitivno zanesljivost. Lestvica se je izkazala kot dober pripomoček za odkrivanje pacientov z nizko in visoko stopnjo nelagodja v klinični praksi. Namreč stopnja nelagodja pri pacientih narašča z napredovanjem bolezni in pri tem pacienti kažejo vse večje težave pri interakciji z drugimi, pogosto pa so ti simptomi podcenjeni. Prednost te lestvice je enostavna uporaba le-te, razumljivost za osebe, ki to lestvico uporablja, ter omejen čas, kar pomeni, da je ocena pacienta relativno hitro narejena (do 5 minut). Instrument je lahko koristen tudi pri drugih pacientih s kognitivnimi in komunikacijskimi težavami za pomoč pri oceni učinkovitosti nadzora simptomov, izboljšanju nadzora bolečine in zmanjševanje variabilnosti ocen.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati, s kakšnimi težavami se medicinske sestre srečujejo pri neverbalni komunikaciji s pacienti z demenco v Psihiatrični kliniki Ljubljana in v Domu starejših občanov v Preddvoru in v Radovljici na oddelkih za demenco. Namen raziskave je tudi ugotoviti, kakšne načine neverbalne komunikacije medicinske sestre uporabljajo pri pacientih z demenco. Poleg tega pa je namen ugotoviti tudi, ali izobrazba in čas, ki ga namenijo medicinske sestre pacientom z demenco, vplivajo na uporabo elementov neverbalne komunikacije ter ali se le-te zavedajo njenega pomena.

Cilji raziskave:

- Ugotoviti in oceniti uporabo tehnik neverbalne komunikacije pri delu s pacienti v domu starejših občanov in na kliniki.
- Ugotoviti morebitne razlike v neverbalni komunikaciji pri pacientih z demenco zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi na kliniki in v domu starejših občanov.
- Ugotoviti, ali čas, ki ga namenijo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi z demenčnim pacientom za neverbalno komunikacijo, vpliva na ugotavljanje in prepoznavanje nezadovoljenih temeljnih življenjskih potreb (po gibanju, tekočini, lakoti, menjavi položaja, urejenosti, druženju).

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Raziskovalno vprašanje: Kako zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi ocenjujejo neverbalno komunikacijo in njen pomen?
2. Raziskovalno vprašanje: Ali se med zaposlenimi v zdravstveni negi in oskrbi na kliniki in v domu starejših občanov razlikuje uporaba tehnik neverbalne komunikacije pri delu s pacientom z demenco?
3. Raziskovalno vprašanje: Ali stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki delajo z obolelimi z demenco, vpliva na uporabo določenih elementov neverbalne komunikacije?
4. Raziskovalno vprašanje: Ali dolžina časa, ki je namenjena neverbalni komunikaciji, vpliva na prepoznavanje temeljnih življenjskih aktivnosti pri pacientih z demenco?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretično ozadje smo osvetlili s pregledom literature v podatkovnih bazah CINAHL, ERIC, MEDLINE, PUB MED, COBISS SpringerLink, nato smo pogledali podobne raziskave s tega področja. Empirični del raziskovanja je slonel na uporabi neverbalne komunikacije v institucijah za zdravstveno nego in oskrbo obolelih z demenco. Izbrali smo kvantitativni raziskovalni pristop, uporabili pa smo metodo anketiranja.

Za iskanje literature smo izbrali naslednje ključne besede:

Demenca/dementia, neverbalna komunikacija/nonverbal communication, patient/patient, starostnik/elderly, medicinska sestra/nurse, validacija/validation, terapevtska komunikacija/therapeutic communication, zdravstvena nega/health care.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika. Anketni vprašalnik je bil namenjen zaposlenim v zdravstveni negi (bolničar/negovalec, zdravstveni tehnik/medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege) z dementnim pacientom v Psihiatrični kliniki Ljubljana v Enoti za gerontopsihiatrijo in v Domu starejših občanov v Preddvoru in Radovljici na oddelkih za demenco. Anketni vprašalnik smo pripravili na osnovi študije literature o neverbalni komunikaciji z obolelimi z demenco in ga deloma povzeli po diplomskem delu Simone Hribar.

Anketni vprašalnik je bil razdeljen na dva sklopa. Prvi sklop vprašanj so bili demografski podatki. Pri tem nas je zanimala starost anketiranca, spol, stopnja izobrazbe in delovna doba na področju zdravstvene nege pacienta z demenco. Drugi sklop je predstavljal poznavanje in razumevanje demence in pomena komunikacije z obolelimi z demenco ter ovire, s katerimi se srečujejo pri njih. Ta sklop je sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa z enim ali več možnih odgovorov. Eno izmed vprašanj (12.) v tem sklopu je sestavljeno po intervalni lestvici, eno vprašanje (15.) pa je odprtega tipa s pričakovanim numeričnim odgovorom, kjer povprašujemo o času, ki ga porabijo pri enem pacientu z demenco v enem delovniku glede na delovno izmeno.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v Psihiatrični kliniki Ljubljana na oddelkih za demenco in v Domu starejših občanov v Preddvoru in v Radovljici. Za raziskavo smo pridobili soglasje zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela. Vzorčenje je bilo neslučajnostno, namensko. Razdelili smo 120 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 76, 8 pa smo jih izločili zaradi neveljavnih odgovorov. Obravnavali smo 68 anket in realizacijo vzorca ocenili na 57 %. V raziskavi smo anketirali zaposlene v zdravstveni negi (bolničar/negovalec, zdravstveni tehnik/medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege) z obolelim z demenco v Psihiatrični kliniki Ljubljana v Enoti za gerontopsihiatrijo in v Domu starejših občanov v Preddvoru in v Radovljici na oddelkih za demenco. V raziskavi je bilo vključenih 42 oseb, zaposlenih v domu starejših občanov (DSO) in 26 oseb, zaposlenih v kliniki.

Največji del anketirancev je bilo ženskega spola, in sicer 60 (88,2 %), 8 (11,8 %) anketirancev pa je bilo moškega spola (rezultati so prikazani v tabeli 2).

Glede na starost smo jih razdelili na štiri starostne skupine, in sicer stare med 20 in 30 let, katerih je bilo 22 (32,4 %) anketiranih, v starostni skupini med 31 in 40 let je bilo 23 (33,8 %) anketiranih, starih med 41 in 50 let je bilo 19 (27,9 %), v najstarejši starostni skupini med 51 in 60 let, pa so sodelovale 4 (5,9 %) osebe, ki so predstavljale najmanjši delež anketiranih (tabela 2).

Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ anketiranih s srednješolsko izobrazbo zdravstveni tehnik/ srednja medicinska sestra z 48,5 % (33), sledili so bolničarji/negovalci z 26,5 % (18), diplomiranih medicinskih sester je bilo 22,1 % (15), z najmanjšim deležem pa so bili anketiranci z nazivom višja medicinska sestra (rezultati so prikazani v tabeli 2).

Zanimalo nas je tudi, koliko let delovnih izkušenj imajo anketirani pri delu z dementnimi bolniki. Ugotovili smo, da je bilo največ anketiranih, in sicer 20 (29,4 %), ki imajo delovne izkušnje z obolelimi z demenco med 4–6 let, prav toliko pa je bilo tistih, ki imajo izkušnje z njimi že več kot 11 let. Polovico manj, in sicer 10 (14,7 %) anketiranih, ima delovne izkušnje 1–3 leta in ravno toliko je tistih, ki imajo teh izkušenj

7–10 let. Najmanj anketirancev, 8 (11,8 %), je navedlo, da ima delovnih izkušenj s pacienti z demenco manj kot 1 leto (rezultati so prikazani v tabeli 2).

Tabela 2: Opis vzorca

	n=68	%
Spol		
moški	8	11,8
ženski	60	88,2
Starost		
20–30 let	22	32,4
31–40 let	23	33,8
41–50 let	19	27,9
51–60 let	4	5,9
Izobrazba		
bolničar/negovalec	18	26,5
zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra	33	48,5
višja medicinska sestra	2	2,9
diplomirana medicinska sestra	15	22,1
Izkušnje pri delu z dementnimi bolniki		
manj kot 1 leto	8	11,8
1–3 leta	10	14,7
4–6 let	20	29,4
7–10 let	10	14,7
11 let ali več	20	29,4

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež

3.3.4 Metode obdelave podatkov

Anketne vprašalnike smo anonimizirali (oštevilčili) in podatke s pomočjo Excela 2007 vnesli v računalnik. Vzorec je bil predstavljen na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve vrednosti. Raziskovalna vprašanja so bila predstavljena na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve vrednosti oziroma povprečne vrednosti in standardnega odklona. Primerjave med skupinami so bile napravljene na podlagi hi-kvadrat testa, t-testa za neodvisne vzorce ali eno-faktorske analize variance. Statistična analiza je bila izdelana s programom SPSS 18.0. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

3.4 REZULTATI

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja so v nadaljevanju podrobneje predstavljeni rezultati raziskave po vsebinskih sklopih.

1. Kako zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi ocenjujejo neverbalno komunikacijo in njen pomen?

Zaposleni v zdravstveni negi so v največji meri z 48,5 % (33) ocenili, da imajo dovolj znanja o neverbalni komunikaciji z obolelimi z demenco. Da nimajo dovolj znanja o neverbalni komunikaciji, jih je odgovorilo 25 % (17), da pa se ne morejo opredeliti glede zadosti znanja, pa jih je odgovorilo 26,5 % (18).

Glede ocene, da je pri bolnikih z demenco potreben poseben način neverbalne komunikacije, se je strinjalo 91,2 % (62) zaposlenih v zdravstveni negi. Da poseben način neverbalne komunikacije s pacienti z demenco ni potreben, sta odgovorila 2 anketirana, kar znaša 2,9 %. 4 osebe s 5,9 % pa so odgovorile, da se ne morejo opredeliti.

Pri pomenu tako neverbalne kot verbalne komunikacije je prav tako velika večina, in sicer 62 (91,2 %) zaposlenih v zdravstveni negi ocenila, da obe obliki pripomoreta k uspešni komunikaciji z obolelimi z demenco. 4 (5,9 %) anketirani niso tega mnenja, da sta verbalna in neverbalna komunikacija enako pomembni pri uspešni komunikaciji s pacienti z demenco, medtem ko sta 2 (2,9 %) anketiranca navedla, da se pri tej trditvi ne moreta opredeliti.

2. Ali se med zaposlenimi v zdravstveni negi in oskrbi na kliniki in v domu starejših občanov razlikuje uporaba tehnik neverbalne komunikacije pri delu s pacientom, obolelim z demenco?

Zaposlene v zdravstveni negi smo povprašali, katere načine neverbalne komunikacije pri delu z obolelimi z demenco uporabljajo najpogosteje. Rezultati v tabeli so pokazali, da se v največji meri poslužujejo dotika (v 89,7 %), nato sta sledila očesni kontakt in govorica telesa (v 60,3 %), malo manj se poslužujejo tona glasu (v 52,9 %), najmanj pa uporabljajo mimiko obraza (v 32,4 %). Primerjava med domom za starejše občane in kliniko je pokazala, da na obeh zavodih prednjačijo isti načini neverbalne komunikacije,

statistično pomembne razlike se niso pokazale. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Uporaba načinov neverbalnega komuniciranja po zavodu in skupaj

	vsi (n=68)	DSO (n=42)	klinika (n=26)	X²	p
očesni kontakt				0,027	0,869
da	41 (60,3)	25 (59,5)	16 (61,5)		
ne	27 (39,7)	17 (40,5)	10 (38,5)		
govorica telesa				2,873	0,090
da	41 (60,3)	22 (52,4)	19 (73,1)		
ne	27 (39,7)	20 (47,6)	7 (26,9)		
ton glasu				0,778	0,378
da	36 (52,9)	24 (57,1)	12 (46,2)		
ne	32 (47,1)	18 (42,9)	14 (53,8)		
mimika obraza				0,718	0,397
da	22 (32,4)	12 (28,6)	10 (38,5)		
ne	46 (67,6)	30 (71,4)	16 (61,5)		
dotik				3,641	0,056
da	61 (89,7)	40 (95,2)	21 (80,8)		
ne	7 (10,3)	2 (4,8)	5 (19,2)		

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež; X² – hi-kvadrat test; p – mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Pri odzivih pri delu z dementnim bolnikom so zaposleni v zdravstveni negi v največji meri navedli, da povežejo stik z očmi (v 55,9 %), uporabijo rahel dotik in tako spodbujajo interakcijo (v 51,5 %) in prijazno pozdravijo (v 44,1 %). Primerjava med domom za starejše občane in kliniko je pri odzivih pokazala določene statistično pomembne razlike. Zaposleni v zdravstveni negi v kliniki so pogosteje navedli, da ohranijo distanco (v 19,2 %), v domu za starejše občane tega ni navedel nihče (X²=8,718; p=0,003). Pri rahlem dotiku za spodbujanje interakcije so v domu starejših občanov takšen odziv navedli v 61,9 %, v kliniki pa le v 34,6 % (X²=4,788; p=0,029). Pri zaščitniškem objemu okrog ramen so v domu starejših občanov takšen odziv navedli v 23,8 %, v kliniki pa le v 3,8 % (X²=4,720; p=0,030). V kliniki so pogosteje kot odziv navedli, da prilagodijo glas posamezniku (v 50,0 %), v domu starejših občanov je bil takšen odziv naveden le v 19,0 % (X²=7,208; p=0,007). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Odzivi pri delu s pacienti z demenco po zavodu in skupaj

	vsi (n=68)	DSO (n=42)	klinika (n=26)	X²	p
ohranim distanco				8,718	0,003
da	5 (7,4)	0 (0,0)	5 (19,2)		
ne	63 (92,6)	42 (100,0)	21 (80,8)		
povežem stik z očmi				0,071	0,790
da	38 (55,9)	24 (57,1)	14 (53,8)		
ne	30 (44,1)	18 (42,9)	12 (46,2)		
rahlo se ga dotaknem in spodbujam interakcijo				4,788	0,029
da	35 (51,5)	26 (61,9)	9 (34,6)		
ne	33 (48,5)	16 (38,1)	17 (65,4)		
zaščitniško ga objamem okrog ramen				4,720	0,030
da	11 (16,2)	10 (23,8)	1 (3,8)		
ne	57 (83,8)	32 (76,2)	25 (96,2)		
prilagodim glas posamezniku				7,208	0,007
da	21 (30,9)	8 (19,0)	13 (50,0)		
ne	47 (69,1)	34 (81,0)	13 (50,0)		
prijazno pozdravim				0,056	0,813
da	30 (44,1)	19 (45,2)	11 (42,3)		
ne	38 (55,9)	23 (54,8)	15 (57,7)		
nagovorim z imenom				0,128	0,720
da	28 (41,2)	18 (42,9)	10 (38,5)		
ne	40 (58,8)	24 (57,1)	16 (61,5)		
nasmehnem se				0,128	0,720
da	28 (41,2)	18 (42,9)	10 (38,5)		
ne	40 (58,8)	24 (57,1)	16 (61,5)		
poskušam čim prej opraviti postopek ali poseg, da osebe ne bi vznemirjal/a				0,071	0,790
da	7 (10,3)	4 (9,5)	3 (11,5)		
ne	61 (89,7)	38 (90,5)	23 (88,5)		

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež; X² – hi-kvadrat test; p – mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

3. Ali stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki delajo z obolelimi z demenco, vpliva na uporabo določenih elementov neverbalne komunikacije?

Zaposleni v zdravstveni negi so na podlagi ocene presojali pomembnost posameznih elementov komunikacije obolelih z demenco. Ocena 1 je pomenila največjo pomembnost, ocena 6 pa najmanjšo.

Rezultati v tabeli prikazujejo, da so zaposleni v zdravstveni negi v povprečju kot najbolj pomemben element komunikacije pri delu z dementskim bolnikom navedli v neverbalni komunikaciji, povprečna ocena je znašala 3,1. Vendar je bila povprečna ocena pri bližini, poslušanju, terapevtskem dotiku in verbalni komunikaciji s 3,2 oziroma 3,3 precej enakovredna. Eno-faktorska analiza variance ni v nobenem izmed petih naštetih

primerov pokazala statistično pomembne razlike v pomembnosti posameznih elementov komunikacije po stopnji izobrazbe. Iz povprečnih vrednosti je razvidno, da so bolničarji/negovalci prednjačili bližino in poslušanje, ZT/SMS verbalno in neverbalno komunikacijo, VMS/DMS pa bližino, terapevtski dotik in neverbalno komunikacijo; v naštetih primerih je bila povprečna ocena manjša od 3.

Kot najmanj pomemben element sodelovanja in komunikacije pri delu z dementnim pacientom so zaposleni v zdravstveni negi navedli osredotočenje na izvajanje postopkov in posegov, povprečna ocena je znašala 5,1. Glede na izobrazbo so VMS/DMS (PV=5,5) navedle v povprečju najmanjšo pomembnost, bolničarji/negovalci pa največjo (PV=4,6). Eno-faktorska analiza variance tudi v tem primeru ni pokazala statistično pomembne razlike v pomembnosti elementa komunikacije po stopnji izobrazbe. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 5.

Tabela 5: Pomembnost elementov komunikacije pri delu z obolelimi z demenco glede na stopnjo izobrazbe

	vsi (n=68)		bol/neg* (n=18)		ZT/SMS (n=33)		VMS/DMS (n=17)		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
bližina	3,2	1,6	2,6	1,5	3,7	1,7	2,8	1,4	3,028	0,056
poslušanje	3,3	1,3	2,9	1,4	3,3	1,2	3,5	1,3	1,038	0,360
terapevtski dotik	3,2	1,5	3,6	1,3	3,3	1,7	2,6	1,2	2,416	0,097
verbalna komunikacija	3,2	1,7	3,6	1,8	2,8	1,7	3,6	1,5	2,148	0,125
neverbalna komunikacija	3,1	1,6	3,6	1,7	2,9	1,5	2,9	1,9	1,120	0,333
osredotočenje na izvajanje postopkov in posegov	5,1	1,6	4,6	1,9	5,0	1,5	5,5	1,3	1,327	0,273

Legenda: * bolničar/negovalec; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; p – mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Zaposleni v zdravstveni negi so v največji meri navedli, da so ovire pri neverbalni komunikaciji s pacienti z demenco povezane s pomanjkanjem časa za odkrit pogovor (v 61,8 %), s strahom in negotovostjo pacienta (v 60,3 %) in nerazumevanjem prejetih informacij (v 60,3 %). Zaposleni v zdravstveni negi so navajali več ovir hkrati, zato število odgovorov presega velikost vzorca. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 6.

Tabela 6: S katerimi ovirami se najpogosteje srečujete pri neverbalni komunikaciji z osebami z demenco?

	n=68	%
pomanjkanje časa za odkrit pogovor s pacienti	42	61,8
strah in negotovost pacienta	41	60,3
pacienti ne razumejo informacij	41	60,3
nezaupljivost pacienta	20	29,4
premalo delovnih izkušenj z dementnimi pacienti	11	16,2
prevelika starostna razlika	5	7,4
pomanjkanje komunikacijskih spretnosti	2	2,9
potreben čas, preden se z bolnikom dobro spoznamo	1	1,5

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež

4. Ali dolžina časa, ki je namenjena neverbalni komunikaciji, vpliva na prepoznavanje temeljnih življenjskih aktivnosti pri pacientih z demenco?

Rezultati v tabeli prikazujejo, da zaposleni v zdravstveni negi v dopoldanskem in popoldanskem času namenijo v povprečju okoli 20 minut za pacienta z demenco. Ponoči so interakcije z bolniki krajše. Povprečje vseh treh delovnih izmen je znašalo 17,4 minute na pacienta z demenco. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Čas, porabljen za oskrbo enega pacienta z demenco

	min	maks	PV*	SO
dopoldanski čas	5	60	23,2	11,7
popoldanski čas	0	60	20,7	13,1
nočni čas	0	30	8,2	9,8
povprečje skupaj			17,4	8,2

Legenda: * čas, porabljen za oskrbo enega bolnika z demenco (v minutah); PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon

Zaposleni v zdravstveni negi so v največji meri navedli, da med potrebami temeljnih življenjskih aktivnosti prepoznajo potrebo po izločanju ali odvajanju (v 75,0 %) in potrebo po hrani in pijači (v 70,6 %). Težje pa prepoznajo potrebo po komuniciranju (v 32,4 %) in potrebo po drugačnem položaju telesa (v 41,2 %). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 8.

Tabela 8: Prepoznana potreba temeljnih življenjskih aktivnosti pri pacientu z demenco

	prepoznana potreba	%
potreba po hrani ali pijači	48	70,6
potreba po izločanju ali odvajanju	51	75,0
potreba po drugačnem položaju telesa	28	41,2
potreba po vstajanju	36	52,9
potreba po počitku	37	54,4
mraz ali vročina	32	47,1
potreba po komuniciranju	22	32,4
razumevanje čustev, občutkov	31	45,6
potreba po družbi, samoti	35	51,5

Rezultati v tabeli prikazujejo, da je bil daljši čas obravnave pacienta z demenco v večji meri povezan s prepoznavanjem potreb temeljnih življenjskih aktivnosti, izjema je bila le stanje mraza ali vročine. Pri dveh potrebah je bila razlika v prepoznavanju potrebe in času oskrbe statistično pomembna. Zaposleni v zdravstveni negi, ki so navedli, da prepoznajo potrebo po izločanju in odvajanju, namenijo za oskrbo enega pacienta z demenco v povprečju 18,8 minute, v primeru neprepoznane potrebe pa le 13,2 minute. T-test za neodvisne vzorce je pokazal statistično pomembno razliko v času oskrbe enega pacienta in prepoznavanju te potrebe ($t=2,266$; $p=0,028$). Prav tako so zaposleni v zdravstveni negi, ki so navedli povprečni čas oskrbe enega pacienta z demenco v 19,4 minute, navedli, da prepoznajo potrebo po počitku. Med zaposlenimi, ki so navedli krajši povprečni čas oskrbe (15,5 minute), je potreba ostala neprepoznana. T-test za neodvisne vzorce je pokazal statistično pomembno razliko v času oskrbe enega pacienta in prepoznavanju potrebe po počitku ($t=2,213$; $p=0,031$). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 9.

Tabela 9: Ali se preko neverbalne komunikacije prepozna potrebe temeljnih življenjskih aktivnosti pri obolelih z demenco glede na čas, porabljen za oskrbo enega pacienta?

	prepoznana potreba		neprepoznana potreba		t	p
	PV*	SO	PV*	SO		
potreba po hrani ali pijači	17,8	7,9	16,4	9,4	0,579	0,565
potreba po izločanju ali odvajanju	18,8	8,4	13,2	6,3	2,266	0,028
potreba po drugačnem položaju telesa	17,7	8,8	17,1	7,9	0,240	0,811
potreba po vstajanju	17,6	8,1	17,0	8,7	0,232	0,817
potreba po počitku	19,4	8,4	14,6	7,3	2,213	0,031
mraz ali vročina	16,3	8,0	18,5	8,5	-0,991	0,326
potreba po komuniciranju	17,7	7,4	17,2	8,7	0,200	0,842
razumevanje čustev, občutkov	19,6	8,6	15,5	7,6	1,882	0,065
potreba po družbi, samoti	17,5	8,0	17,2	8,6	0,147	0,884

Legenda: * čas, porabljen za oskrbo enega bolnika z demenco (v minutah); PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – koeficient t-testa za neodvisne vzorce; p – mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Ko smo zaposlene v zdravstveni negi spraševali, ali menijo, da potrebujejo dodatno izobraževanje na področju neverbalne komunikacije pri osebah z demenco, je 50 (73,5 %) anketirancev menilo, da potrebujejo dodatno izobraževanje, 11 (16,2 %) anketirancev je izrazilo mnenje, da dodatnega izobraževanja ne potrebuje, medtem ko se jih 7 (10,3 %) ni moglo opredeliti pri tem vprašanju. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Mnenje po potrebi po dodatnem izobraževanju na področju neverbalne komunikacije pri osebah z demenco

	n=68	%
da	50	73,5
ne	11	16,2
se ne morem opredeliti	7	10,3

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež

Zaposleni v zdravstveni negi so v največji meri navedli, da delo z bolniki z demenco ne vpliva na njihovo psihofizično počutje (v 45,6 %). Med samimi vplivi pa je bila najpogosteje navedena utrujenost (v 16,2 %). Zaposleni v zdravstveni negi so navajali več vplivov pri delu hkrati, zato število odgovorov presega velikost vzorca. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 11.

Tabela 11: Vpliv dela s pacienti z demenco na psihofizično počutje ob koncu delovnega dne

	n=68	%
ne vpliva	31	45,6
sem utrujen-a	11	16,2
sem zamišljen-a	9	13,2
boli me glava	8	11,8
sem dobre volje	7	10,3
sem razdražljiv-a	6	8,8
sem nepotrpežljiv-a	6	8,8

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež

Večina, 43 (63,2 %), anketiranih je odgovorila, da jim ustanova, v kateri so zaposleni, omogoča strokovno izobraževanje na tematiko starostnika in komunikacije. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 12.

Tabela 12: Kako pogosto vam vaša ustanova omogoča strokovno izobraževanje na tematiko starostnika in komunikacije?

	n	%
1x letno	43	63,2
1x na 5 let	18	26,5
1x na 10 let	3	4,4
nikoli	4	5,9

Legenda: n – velikost vzorca; % – odstotni delež

3.5 RAZPRAVA

Za starega človeka je občasna pozabljenost normalna, si pravimo. Predvsem oboleli z demenco imajo težave v funkcioniranju in kasneje tudi zadovoljevanju temeljnih življenjskih potreb. Zato je poznavanje bolezenskih znakov, sprememb, ki jih prinašajo, toliko bolj pomembno, saj s pravočasno pomočjo prizadetim omogočimo primerno diagnostiko, terapijo in obravnavo. Pomembno je, da sprejemamo pacienta takšnega, kot je, da smo pripravljeni sprejeti njegove zmanjšane sposobnosti in ga spodbujati k ohranjanju le-teh, dokler je to mogoče tudi z neverbalno komunikacijo, ki igra veliko vlogo.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kako zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo neverbalno komunikacijo in njen pomen, s kakšnimi ovirami se osebje v zdravstveni negi srečuje pri neverbalni komunikaciji s pacienti z demenco, kakšne tehnike neverbalnega komuniciranja uporabljajo, ali mogoče obstajajo razlike v uporabi tehnik neverbalne komunikacije glede na izobrazbo in na področje dela med domom starejših občanov in kliniko, ter ugotoviti, ali čas, ki ga namenijo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi z dementnim pacientom za neverbalno komunikacijo, vpliva na ugotavljanje in prepoznavanje nezadovoljenih temeljnih življenjskih potreb.

Na začetku raziskave smo ugotavljali vzorec anketiranih v zdravstveni negi z obolelimi z demenco glede na spol, starost, izobrazbo in delovne izkušnje pri delu z dementnimi bolniki in ugotovili, da so bile anketirane večinoma ženske, kar je bilo pričakovati, glede na starost so bili zajeti iz vseh starostnih skupin v podobnih razmerjih, razen v starostnem obdobju od 51 do 60 let, kjer so bili vključeni samo štirje anketiranci. Tudi glede izkušenj pri delu z njimi so bili v raziskavo zajeti ljudje z zelo različnimi izkušnjami po letih, tako da menimo, da smo zajeli res mešano populacijo in ni možnosti za kakšno pristranskost.

Po mnenju anketirancev jih je skoraj polovica odgovorila, da imajo po njihovem zadosti znanja o neverbalni komunikaciji pri pacientih z demenco. Na vprašanje, ali menijo, da je potreben poseben način neverbalne komunikacije z osebami z demenco, so velika večina pritrdili, kar nam pove, da se zavedajo, da je ta potrebna. Z enakim odstotkom so odgovorili pritrdilno na vprašanje, ali se jim zdita verbalna in neverbalna komunikacija

enako pomembni. Tudi (Wilson et al., 2012) so v svoji raziskavi predstavljali strategije komunikacije, in sicer na primeru umivanja rok z osebami z demenco. Ugotovili so, da je zelo pomembno dopolnjevanje verbalne in neverbalne komunikacije. Pri verbalni komunikaciji je pomembno, da uporabljajo preproste in kratke stavke, ki jih izgovarjajo počasi, zraven pa se uporablja neverbalna komunikacija. Predvsem so bili usmerjeni na dotik in mimiko obraza. Pri bolj napredujoči demenci pa so ugotovili, da so ključnega pomena geste oziroma kretnje, ki jih ti pacienti veliko bolj zaznavajo in razumejo.

Naša raziskava nam je pokazala zanimive rezultate o odzivanju zdravstvenega osebja, medtem ko delajo s pacienti z demenco. Več kot polovica jih poveže stik z očmi, uporabi rahel dotik, s katerim spodbudijo interakcijo, in prijazno pozdravijo. Ko smo primerjali odzivanje zaposlenih na kliniki in v domovih za ostarele, smo ugotovili, da v kliniki skoraj 20 % anketiranih ohranja distanco, medtem ko komunicirajo z obolelimi z demenco, medtem ko v domovih za ostarele tega ni navedel nihče. Ravno tako je velika razlika pri uporabi dotika za spodbujanje interakcije pri teh pacientih. Zaposleni v domovih za ostarele se dotika redno poslužuje kar dobrih 60 %, na kliniki pa le slabih 35 %. Zanimivo je tudi, da v domovih za ostarele skoraj četrtina uporablja zaščitniški objem okrog ramen pri obolelih z demenco, v kliniki pa le v 3,8 %. Je pa klinika v ospredju pri prilagajanju glasu posamezniku, in sicer je bilo to navedeno pri točno polovici anketiranih, za razliko od domov za ostarele, kjer glas prilagajajo v manj kot 20 %. Da prihaja do takih razlik pri uporabi neverbalne komunikacije, si razlagamo tako, da klinika obravnava poleg diagnostike tudi urgentna stanja, diferencirajo pestra stanja in situacije, kjer ne smejo objemati pacientov zaradi psihotičnih stanj, starostnega delirija itd. V domovih za ostarele je tega veliko manj, zato je lahko njihova komunikacija veliko bližja in sproščena s strani zdravstvenega osebja kot s strani pacientov z demenco, vendar domačnost kljub dolgoletnemu stiku z obolelimi nikoli ne spodbuja ohranjanja profesionalnega odnosa, ki temelji na aktivni udeležbi obolelih v aktivnostih, ki jih še zmorejo. Menimo, da so razlike predvsem poznavanje razvoja procesa demence, ob tem pa je potrebno znati ohranjati distanco in bližino. Naša raziskava je pokazala, da so najpogostejše ovire, s katerimi se zaposleni v zdravstveni negi pri pacientih z demenco srečujejo, povezane s pomanjkanjem časa za odkrit pogovor, s strahom in negotovostjo pacienta in z nerazumevanjem prejetih informacij pri pacientih. To pa potrjuje prejšnjo tezo, da za delo in razumevanje sporočil, tudi

neverbalnih, potrebujemo strokovno znanje, pravo mero empatije in tudi poklicno držo. Tukaj smo anketiranim dali možnost več odgovorov in ti trije so bili daleč največkrat omenjeni. Zelo podobne rezultate je dobil tudi Kogovšek (2010) v svoji raziskavi, ki so jo pred dvema letoma opravili v Univerzitetnem kliničnem centru v Mariboru. Kaj vse je pomembno za kakovost življenja in katere dimenzije vse vključuje, je zapisano v različnih standardih in normativih. Da bi lahko dokazali, da je tudi neverbalna komunikacija aktivnost zdravstvene nege in da pomembno vpliva na kakovost življenja obolelih, bi bilo potrebno vložiti resnično veliko truda in dogovarjanja na ravni družbe.

Zanimalo nas je, katere načine neverbalne komunikacije zaposleni uporabljajo najpogosteje. Rezultati so pokazali, da se v največji meri poslužujejo dotika, kar je pohvalno, predvsem, ker so že mnoge raziskave pokazale pomembnost predvsem terapevtskega dotika. Nato sta sledila očesni kontakt in govorica telesa, nekoliko manj pozornosti namenjajo tonu glasu in najmanj mimiki obraza. Hkrati nas je zanimala morebitna razlika pri uporabi tehnik neverbalne komunikacije med domom za starejše občane in kliniko in iz rezultatov nismo ugotovili pomembnih statističnih razlik, prav tako nismo zaznali očitnih razlik glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih, ki delajo z obolelimi z demenco. Da stopnja izobrazbe ni kazala nobenih razlik, nas je presenetilo, zato smo se vprašali, če nismo uporabili premajhnega vzorca, mogoče nismo postavili dovolj specifična vprašanja, da bi dobili prave rezultate. Vsekakor menimo, da bi morali merski instrument predhodno testirati, da bi ugotovili morebitne napake. Če bi naše rezultate, da izobrazba ne vpliva na uporabo tehnik neverbalne komunikacije, upoštevali resno, se bojimo, da bi prešli do razmišljanja, da je vseeno, kdo in s kakšno izobrazbo dela z obolelimi z demenco.

Ker vemo, da je delo z osebami z demenco vse prej kot enostavno, nismo izključili dejstva, da vpliva na psihofizično počutje na zaposlene v zdravstveni negi ob koncu delovnega dne. Rezultati naše raziskave so pokazali, da jih skoraj polovica ne navaja kakršnih koli vplivov na njihovo počutje. Vprašamo se lahko: Ali je to delo samo rutina ali resnično vživljanje v potrebe pacientov in njihovo doživljanje sveta? Tisti, ki pa so navedli vplive dela s pacienti z demenco na njihovo počutje, so najpogosteje omenili utrujenost. Naj povemo še to, da so imeli anketirani na voljo šest različnih vplivov in

možnost samostojnega odgovora in ravno utrujenost je bila izpostavljena kot samostojno naveden odgovor.

Iz raziskave smo izvedeli, da zaposleni v dopoldanskem času porabijo povprečno 23,2 minute za oskrbo enega pacienta z demenco, popoldne 20,7 minut, ponoči pa 8,2 minute. Menimo, da je razlika med dopoldanskim in popoldanskim časom zato, ker je dopoldan v službi na voljo več osebja in ker se izvaja več intervencij pri pacientih. Nekateri so v popoldanskem in nočnem času navedli nič minut, ker najverjetneje ti anketirani delajo le v dopoldanskem času ali ne delajo nočnih služb. Postavilo pa se nam je tudi vprašanje, ali mogoče niso razumeli vprašanja oziroma ali se ponoči res nič ne ukvarjajo s pacienti. Osem anket smo izločili, ker anketirani niso odgovorili na to vprašanje ali pa so pripisali, da časa, ki ga porabijo pri enem pacientu z demenco, ne merijo. Menimo, da se vprašanju niso dovolj posvetili, mogoče zaradi nezainteresiranosti ali pa mogoče celo zaradi nerazumevanja. Medtem ko smo želeli izvedeti porabljen čas za obravnavo pacienta z demenco, smo le-tega primerjali s prepoznavanjem potreb temeljnih življenjskih aktivnosti. Ugotovili smo, da zaposleni, ki porabijo več časa za pacienta, bolje prepoznavajo pacientove potrebe, in tisti, ki porabijo manj časa za enega pacienta, te potrebe ne prepoznavajo. Predvsem se je pokazala razlika pri prepoznavanju potrebe po izločanju in odvajanju in potrebe po počitku. Ti rezultati zagovarjajo dejstvo, da več ko smo s pacientom, lažje bomo prepoznavali njegove potrebe, katere največkrat lahko ocenjujemo prav preko neverbalne komunikacije. Spet pa se lahko vprašamo, kako da so najmanj prepoznali potrebo po komunikaciji. Najbolj so prepoznavne telesne potrebe, veliko manj pa socialni kontakt. Tukaj se moramo vprašati, ali imajo zaposleni res premalo časa za oskrbo enega pacienta, čeprav neverbalna komunikacija poteka vedno, kadar smo blizu pacienta. Ali pa imajo mogoče premalo znanja o neverbalni komunikaciji, katerega bi lahko pridobivali na dodatnih izobraževanjih? Menimo, da bi največ rezultatov prinesel predvsem trening, urjenje veščin, saj bi za delo z obolelimi z demenco vsi potrebovali tečaj komunikacije kot tudi tečaj oživljanja. Po mnenju anketirancev v naši raziskavi naj bi zaposleni v zdravstveni negi potrebovali še dodatno izobraževanje na področju neverbalne komunikacije pri osebah z demenco, in sicer 73,5 %, za razliko od najnovejših raziskav v Angliji (Royal College of Psychiatrists, 2011), kjer se tega zaveda kar 92–98 % anketiranih. Zdravstvene ustanove organizirajo različna

izobraževanja za svoje zaposlene za dobro pacientov. Ker so ta izobraževanja različno pogosto, smo želeli izvedeti, na koliko let so jih deležni oziroma se jih udeležujejo naši anketiranci. Ugotovili smo, da ima enkrat letno organizirano dodatno usposabljanje na področju komunikacije s pacienti, obolelimi z demenco, 63,2 % naših anketirancev. Tukaj se vprašamo, kako pogosto oziroma vestno se zaposleni res udeležujejo dodatnih usposabljanj. Mogoče bi potrebovali podatek o resnični udeležbi in ne samo o možnosti izobraževanja, ki jim ga ustanova ponuja. Navsezadnje bi kazalo narediti intervencijsko študijo in izmeriti kakovost pridobljenih znanj in aplikacij teh v praksi, saj sedeti na izobraževanjih in teoretizirati je eno, drugo pa je prenašanje znanja v klinično okolje.

Podatki najnovejših raziskav v Angliji (Royal College of Psychiatrists, 2011), ki so jih izvajali v 210 bolnišnicah, kjer so anketirali 2211 zaposlenih, jim je pokazala, da ima 23 % bolnišnic strategijo usposabljanja za vse discipline zaposlenih, ki imajo opraviti s pacienti z demenco, dostop do komunikacijskih spretnosti. 50 % anketiranega osebja pa je dejalo, da je imelo dovolj učenja in pridobivanja komunikacijskih spretnosti, specifičnih za ljudi z demenco.

Neverbalna komunikacija z obolelimi kaže tudi na kakovost življenja obolelih, več komunikacije ohranja sposobnosti sporočanja izražanja čustev in potreb in manj rutinskega izvajanja intervencij, kot so na primer hranjenje in menjava pleničk. Za starostnika je namreč pomembno, da čuti, da je upoštevan, vreden, spoštovan in da smo mu pripravljene pomagati pri reševanju njegovih težav.

4 ZAKLJUČEK

Osebam, ki obolevajo za demenco, se vse bolj zmanjšuje sposobnost verbalnega komuniciranja. Zdi se, da je to eden od razlogov, da se počutijo izključene iz socialnega sveta, posledično pa se umikajo od okolice. Na kakovost življenja ljudi z demenco močno vplivajo komunikacija in socialni odnosi, zato je pomembno, da obolelim z demenco izboljšujemo kvaliteto življenja z ohranjanjem stikov z družbenim okoljem, kjer pa glavno vlogo igra pravi način komunikacije.

Na splošno je opaziti veliko izobraževanja na področju komunikacije v bolnišnicah in ostalih zdravstvenih ustanovah, ki jih izvajajo zunanji, za to usposobljeni strokovnjaki, ki spremljajo in razvijajo ljudi v delovnem procesu. Vendar se še vedno postavlja vprašanje, ali je to dovolj, ali bi se morali bolj zavedati neverbalne komunikacije, ki je pri delu z obolelimi tako pomembna. Glede na to, da večina zdravstvenega osebja v tej raziskavi verjame vase in v svoje komunikacijske sposobnosti, gre upati, da bo to prepričanje vodilo do nadaljnjih uspehov, tako profesionalnih kot tudi na osebnem področju, kar bi bilo zanimivo izmeriti ali nekako dokazati.

V zdravstvu se pričakuje delo, ki ga določajo različni standardi in vse več je notranjih in zunanjih nadzorov in presoj, ki preverjajo naš način dela in posledično rezultate. In ko se že vsi tako zavedamo pomena komunikacije, predlagam, da bi se poizkusili tudi v nenapovedanih in neopaznih nadzorih v smislu opazovanja komunikacije osebja z obolelimi z demenco. Za to bi bile usposobljene osebe, ne glede na izobrazbo in delovno mesto, katere bi bile spoznane, da imajo resnično znanje in sposobnosti iz komunikacije z njimi. Tiste osebe, katere bi spoznali, da imajo pomanjkanje znanja iz neverbalne komunikacije, bi poklicali na pogovor in bi jih individualno ali v manjših skupinah seznanili z dotičnimi napakami in jim predstavili točne situacije, v katerih se niso pravilno odzvali. Najboljši ukrep po našem mnenju bi bila šola validacije, katere tehnike so opisane v nalogi. Menimo, da bi si osebje veliko lažje zapomnilo pomen napak, če bi jim predstavili rešitve iz kliničnega okolja. Seveda bi bilo potrebno pred ocenjevanjem izdelati določene lestvice meritev, kar pa je pri uporabi komunikacije precej težje kot na primer pri ocenjevanju opravila anogenitalne nege.

Naslednji predlog, ki ga imamo, pa je način, kako lažje pristopiti k obolelemu z demenco, katerega še ne poznamo dobro. Predlagamo, da bi ob sprejemu pacienta z demenco, tako v dom za ostarele kot v bolnišnico, povabili pacientovega svojca, ki bi nam podrobno predstavil pacientovo življenje, tako v preteklosti kot v sedanjosti. Da bi ob pripravi in sprejemu pacienta od ambulante do nastanitve v dom ali v kliniko zanj skrbela medicinska sestra, ki bi podajala informacije v ustni in pisni obliki, kot to počnejo zdravniki (poročilo zdravstvene nege oziroma decursus). Tako bi izvedeli, kaj ima ali je imel pacient rad, česa ne, kaj rad počne, kakšna je bila oseba, preden je zbolela za demenco itd. Vemo, da se take osebe veliko lažje spominjajo stvari in dogodkov iz preteklosti in bi lahko lažje vzpostavili komunikacijo z njim in ga lažje razumeli v različnih situacijah. Tako bi se naučili pristopati k obolelemu z demenco individualno in ne bi posploševali komunikacije z vsemi enako. Ta razgovor s svojci bi zapisali in ga vložili v pacientovo dokumentacijo, do katerega bi imeli vsi zaposleni pri tem pacientu dostopen vpogled. Seveda pa pri tem ne smemo spregledati etičnega molka, ki nas zavezuje.

Sposobnost komuniciranja je na vsakem področju medčloveških dejavnosti velikega pomena. Pravzaprav je komunikacija edina aktivnost, ki je vsem skupna. Prednosti učinkovite komunikacije so tako številne, da jih ni mogoče prešteti in resnično izboljšajo vsa življenjska področja. Tega se vsak dan zavedamo, ko delamo s takšnimi in drugačnimi pacienti. Neizmerno v veselje nam je, ko vidimo pozitiven odziv pacientov na naše komuniciranje, ki se ga še vedno učimo, saj vemo, da je le-to pristno, empatično, sproščeno in ves čas z mislimi, da moramo komunicirati z njimi, kot bi si želeli, da se komunicira z nami ali z našimi bližnjimi.

Zagovarjam misel, da dobra komunikacija vpliva na kakovost življenja pacientov, odnosov in osebne profesionalne rasti slehernega v procesu obravnave.

5 LITERATURA

Blackhall A. VERA framework: communicating with people who have dementia. Nurs Stand. 2011; 26 (10): 35-9.

Cantley C. Handbook on Dementia Care. Buckingham A. Philadelphia: Open University Press; 2001: 125-45.

Čuk V. Komunikacija v zdravstveni negi. In: Trampuž R, ed. Komunicirajmo med seboj: zbornik prispevkov, Ajdovščina, 15.-22. oktober 2005. Nova gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2005: 10-27.

Dello Russo C, Di Giulio P, Brunelli C, Dimonte V, Villani D, Renga G et al. Validation of the Italian version of the Discomfort Scale – Dementia of Alzheimer Type. JAN. 2008; 64(3): 298-303.

Dementia Care Central. Communication Through the Stages of Dementia. Chapel Hill: National Institute on Aging; 2012. Dostopno na: www.dementiacarecentral.com/ (29.8.2012).

Dermol Hvala H. Pomen govornje besede pri delu zdravstvenih delavcev. Obzor Zdr N. 2001; 35: 45-9.

Dobnik K. Pomen učinkovitega komuniciranja med zaposlenimi v zdravstvu za večje zadovoljstvo bolnikov: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2009.

Fink A, Mohar P, Sečnik A. Domača nega. Celje: Mohorjeva družba; 2004: 138-44.

Gamse J. Bolnik z demenco v družini. In: Mencej M, ed. Bolezni in sindromi v starosti 3. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2009: 57-64.

Gašparovič M. Priročnik za družinske negovalce. Grosuplje: Dom starejših občanov; 2007: 99-107.

Grad A. O demenci. Združenje CVB; 2008. B.k. Dostopno na: www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/12-o-demenci-grd.pdf (16.10.2012).

Gress-Heister M. Basis für rechtzeitige spezifische Interventions-Therapie 2003; V I. Fügen (ur.), Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie. Frankfurt am Main: Zukunftsforum Demenz; 2003: 19-28.

Harih M. Terapevtska komunikacija pri starostniku z demenco. In: Leskovic L, Tršek J, eds. Starost-izziv ali problem sodobne družbe: Zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege, Portorož, 10.-12. junij 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2009: 238-51.

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni negi. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Hribar S. Komunikacija medicinske sestre z dementnim pacientom: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2012.

Jootun D, McGhee G. Effective communication with people who have dementia. Learning zone continuing professional development. Nurs Stand. 2011; 25 (25): 40-6.

Kitwood, T. Dementia Reconsidered: the Person comes First, Buckingham, New York: Open University Press; 2005: 61.

Klemenc D. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 43-8.

Kobentar R. Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov: [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2011.

Kogoj A. Celostna pomoč bolniku z demenco. Ljubljana: Viceversa; 2003: 3-80.

Kogoj A. Značilnosti in razumevanje demence. In: Mali J, Milošević Arnold V, eds. Demenca izziv za socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2007: 15-22.

Kogoj A. Demenca – javno zdravstveni problem tudi v Sloveniji. B.k.: JAMA-SI; 2009: 17 (6): 176–251.

Kogoj A. Ali smo pripravljeni na demenco v prihodnosti? In: Kogoj A, Strbad M, eds. V korak z demenco-poti in stranpoti. 6. Psihogeriatrično srečanje, Laško, 23. in 24. april 2009. Ljubljana: Spominčica- Slovensko združenje za pomoč pri demenci; 2010: 1-8.

Kogoj A, Vodušek V. Obravnava in (psiho)terapevtski ukrepi za bolnika z demenco in njegove svojce. In: Žmitek A, eds. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3: zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2011: 13.

Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Majerle S. Individualni pristop v zdravstveni negi dementnega varovanca v okviru življenjskih aktivnosti. Obzor Zdr N. 2000; 34: 73-6.

Mali J, Mešl N, Rihter L. Socialno delo z osebami z demenco: raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2011.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2. Izdaja). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2005.

Možina S, Tavčar M, Zupan M, Kneževič A. Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti. Maribor: Obzorja, založništvo in izobraževanje; 2004.

Muršec M. Nemedikamentozni ukrepi pri vedenjskih simptomih demence. In: Kores Plesničar B, eds. Dnevi mariborske psihiatrije: Zbornik predavanj II. Maribor: Splošna bolnišnica; 2002: 35-45.

Muršec M. Obrazi demence. Zbornik strokovnih prispevkov srečanja. In: Stanojevič JP, Jeriček H, eds. Ali se znamo učinkovito spoprijeti s stresom in depresijo? Demenca, kaj bi morali vedeti? 14. do 15. februar, 2007. Maribor :Zavod za zdravstveno zavarovanje; 2007: 76-82.

Paladin M. Neverbalna komunikacija: dopolniti besede in biti prepričljiv. Nova Gorica: Educa, Melior; 2011.

Pečjak V. Psihologija staranja. Bled: samozaložba; 2007.

Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.

Prebivalstvo Slovenije 2007. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2009; št. 832.

Ramovš J. Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003: 103-4.

Royal College of Psychiatrists. Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospitals 2011. Dementia CCQI- National audit of dementia; 2011.

Royal College of Psychiatrists. Report of the National Audit of Dementia Care in General Hospitals. Editors: Young J, Hood C, Woolley R, Gandesha A and Souza R. London: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2011.

Tappen RM, Williams CL. Therapeutic Conversation to Improve Mood in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. Gerontol Nurs. 2009; 2 (4): 267-75.

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

Van Hulsen A. Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl & Co; 2010.

Weatherhead I, Courtney C. Assessing the signs of dementia. Pract nurs. 2012; 23 (3): 114-18.

Wilson R, Rochon E, Mihailidis A, Leonard C. Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living. JSLHR. Ontario: University of Toronto; 2012; 55: 328-41.

Zaletel M, Kovačev A. N, Šušteršič O, Zaletel Kragelj L. Non-Verbal Communication of the Residents Living in Homes for the Older People in Slovenia. Coll. Antropol.34. Faculty of Health Sciences. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2010; 3: 829-40.

6 PRILOGE

6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Andreja Triler, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo na temo: Pomen poznavanja neverbalne komunikacije pri pacientih z demenco. Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila pomembne podatke o neverbalni komunikaciji zaposlenih z obolelimi za svoje diplomsko delo. Vljudno vas prosim, da odgovorite na spodaj zastavljena vprašanja. Vprašalnik je anonimen. Podatki bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela. Obkrožite trditev/ve, ki velja/jo za vas!

Že vnaprej se vam iskreno zahvaljujem za sodelovanje.

1. Spol:

- a) moški
- b) ženska

2. Starost:

- a) od 20 do 30
- b) od 31 do 40
- c) od 41 do 50
- d) od 51 do 60
- e) več kot 60

3. Izobrazba:

- a) bolničar/negovalec
- b) zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra
- c) višja medicinska sestra
- d) diplomirana medicinska sestra
- e) magister zdravstvene nege

4. Kako dolgo delate z osebami z demenco?
- a) manj kot 1 leto
 - b) od 1 do 3 leta
 - c) od 3 do 6 let
 - d) od 6 do 10 let
 - e) več kot 10 let
5. Kako dobro poznate proces pojavljanja sprememb pri demenci?
- a) zelo dobro
 - b) dokaj dobro
 - c) slabo
6. Kako/kje ste do sedaj pridobili največ znanja o neverbalni komunikaciji z obolelimi z demenco?
- a) v šoli
 - b) preko strokovnih izobraževanj
 - c) sam/a sem nekaj prebral/a
 - d) iz delovnih izkušenj
7. Ali imate po vašem mnenju zadosti znanja o neverbalni komunikaciji z dementnimi pacienti?
- a) da
 - b) ne
 - c) se ne morem opredeliti
8. Ali menite, da je potreben poseben način neverbalne komunikacije z osebo z demenco?
- a) da
 - b) ne
 - c) se ne morem opredeliti

9. Ali se vam zdita besedna (verbalna) in nebesedna (neverbalna) komunikacija enako pomembni pri uspešni komunikaciji z dementnimi pacienti?

- a) da
- b) ne
- c) se ne morem opredeliti

11. Kako se odzivate, če imate opraviti z dementno osebo? (obkrožite 3 najpogostejše)

- a) ohranim distanco
- b) povežem stik z očmi
- c) rahlo se je dotaknem in spodbujam interakcijo
- d) zaščitniško jo objamem okrog ramen
- e) prilagodim glas posamezniku
- f) prijazno pozdravim
- g) nagovorim z imenom
- h) nasmehnem se
- i) poskušam čim prej opraviti postopek ali poseg, da osebe ne bi vznemirjala

12. Razvrstite spodnje elemente komunikacije glede na pomembnost pri delu z dementnimi osebami: (označite s številkami, npr. št. 1 najpomembnejše, št. 6 najmanj pomembno)

- a) ____ bližina
- b) ____ poslušanje
- c) ____ terapevtski dotik
- d) ____ verbalna komunikacija
- e) ____ neverbalna komunikacija
- f) ____ osredotočenje na izvajanje postopkov in posegov

13. Obkrožite 3 načine neverbalnega komuniciranja, ki ga najpogosteje uporabljate pri pacientih z demenco:

- a) očesni kontakt
- b) govornico telesa (kretnje rok, prstov, drža telesa)
- c) prilagojen ton glasu
- d) mimiko obraza
- e) uporabljam nežen, obziren dotik rame, rok, obraza

14. S katerimi ovirami se najpogosteje srečujete pri neverbalni komunikaciji z osebami z demenco? (možnih več odgovorov)

- a) prevelika starostna razlika
- b) pomanjkanje časa za odkrit pogovor s pacienti
- c) nezaupljivost pacienta
- d) strah in negotovost pacienta
- e) pomanjkanje komunikacijskih spretnosti
- f) pacienti ne razumejo informacij
- g) premalo delovnih izkušenj z dementsnimi pacienti
- h) drugo _____

15. Koliko časa (ure, minute) dnevno porabite pri enem pacientu z demenco?

Dopoldne	Popoldne	Ponoči

16. Ali preko neverbalne komunikacije prepoznate potrebe pri dementnih pacientih?
(možnih več odgovorov)

- a) potrebo po hrani ali pijači
- b) potrebo po izločanju ali odvajanju
- c) potrebo po drugačnem položaju telesa
- d) potrebo po vstajanju
- e) potrebo po počitku
- f) da ga zebe ali mu je vroče
- g) potrebo po komuniciranju
- h) razumevanje čustev, občutkov
- i) potrebo po družbi, samoti

17. Ali menite, da potrebujete dodatno izobraževanje na področju neverbalne komunikacije pri osebah z demenco?

- a) da
- b) ne
- c) se ne morem opredeliti

18. Kako delo z dementnimi vpliva na vaše psihofizično počutje po koncu delovnega dne?

- a) ne vpliva
- b) sem razdražljiv-a
- c) sem zamišljen-a
- d) sem nepotrpežljiv-a
- e) boli me glava
- f) sem dobre volje
- g) drugo _____

19. Kako pogosto vam vaša ustanova omogoča strokovno izobraževanje na tematiko starostnika in komunikacije?

- a) 1x letno
- b) 1x na 5 let
- c) 1x na 10 let
- d) nikoli