



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

SUBJEKTIVNE IZKUŠNJE MLADIH PRI DELU Z OBOLELIMI ZA DEMENCO

YOUNG PEOPLE'S SUBJECTIVE EXPERIENCE OF WORKING WITH DEMENTIA PATIENTS

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Nina Frank

Jesenice, januar, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc.dr. Radojki Kobentar za vso pomoč in vodenje pri pisanju diplomskega dela, za vse vzpodbudne besede ter hitro odzivnost ko je bilo to najbolj potrebno. Hkrati se zahvaljujem recenzentki doc. dr. Katji Pesjak.

Zahvaljujem se Maticu za vso pomoč, ki mi jo je nudil pri statističnem delu, prav tako pa se zahvaljujem lektorici Tamari ter sodelavki Maji za pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Najbolj pa sem hvaležna partnerju, hčerki ter staršema, da so verjeli vame in mi nudili pomoč in podporo tekom celotnega študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaradi vse večjega števila obolelih za demenco v svetu je potreba po obravnavi obolelih vse večja, bolj zahtevna in zelo specifična. Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo ter anketo na vzorcu $n=100$. Zanesljivost smo preverili s Chronbach α , ki je bil 0,714. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 20.0. Uporabili smo statistično metodo deskriptivne statistike, faktorsko analizo, t-test za neodvisne vzorce in korelacijski koeficient (Pearsonov korelacijski test).

Rezultati: Rezultati faktorske analize so izločili 3 faktorje in skupaj razložijo 50,836 % variance. Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje kaže, da so izkušnje mladih pri delu z obolelimi dobre ($PV = 3,69$; $SO = 0,711$), kar smo preverili z enovzorčnim t-testom ($t = -0,714$; $p = 0,478$). Pri drugem raziskovalnem vprašanju se mladi, ko naletijo na oviro, ne počutijo dobro ($t = -3,024$; $p = 0,001$). Anketiranci so na tretje vprašanje o načinih reševanja težav pri delu odgovorili, da se pogovorijo z nadrejenimi v 95,16 % in s sodelavci v 88,7 % deležu ter najdejo čas za sprostitev v 75,81 %. Pri četrtem vprašanju smo ugotovili, da na izkušnje, obvladovanje težav in znanje mladih pri delu z obolelimi za demenco ne vplivata dejavnika starosti in delovne dobe.

Razprava: Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco so pozitivne, čeprav je delo naporno in zahtevno ter zahteva veliko empatije, znanja in komunikacijskih veščin. Mladi razumejo občutke obolelih za demenco, delo jih veseli, po končanem delu pa ohranijo pozitiven odnos do dela. Zaposlenim so v delovnem okolju omogočena izobraževanja s področja dela z obolelimi za demenco.

Ključne besede: starostniki, dom starejših, bolezni, zdravstvena nega in oskrba

SUMMARY

Background: Due to the increasing number of persons with dementia worldwide, the needs for their care provision are becoming greater, more demanding, and more specific. The aim of this thesis was to establish the experiences of younger employees in working with persons with dementia.

Method: A non-experimental, quantitative research design was employed. A questionnaire was administered to 100 respondents (n=100). Reliability was computed using Cronbach's α , which was 0.714. The obtained data was analyzed using the statistical program SPSS 20.0. The statistical methods of descriptive statistics, factor analysis, independent samples t-test, and correlation coefficient (Pearson's correlation test) were employed.

Results: Factor analysis results yielded three factors, which together explain 50.836% of the variance. The answer to the first research question shows that the experiences of younger employees working with persons with dementia are good (M = 3.69; SD = 0.711), which was additionally verified with the sample t-test ($t = -0.714$; $p = 0.478$). The second research question revealed that younger employees, when faced with an obstacle, do not feel good ($t = -3.024$; $p = 0.001$). In the third question on the ways of solving issues at work, respondents reported discussing them with their superiors in 95.16% of the cases, with their coworkers in 88.7% of the cases, and of finding time to relax in 75.81% of the cases. Answers to the fourth question revealed that the factors of age and years of employment did not affect the experiences, ability of solving problems, and knowledge of younger employees working with persons with dementia.

Discussion: The experiences of younger employees working with persons with dementia are positive, despite the work being strenuous and demanding a great deal of empathy, knowledge, and communication skills. Younger employees understand the feelings of persons with dementia, the work makes them happy, and after work they maintain a positive attitude towards their job. The employees are given an opportunity to participate in trainings on working with persons with dementia as part of their job.

Key words: the elderly, nursing home, illness, nursing care

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	DEMENCA KOT PROCES.....	2
2.1.1	Definicija demence in potek demence.....	2
2.1.2	Značilnosti demence in vrste demence.....	3
2.2	ZDRAVSTVENA NEGA OSEB Z DEMENCO TER DOŽIVLJANJE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI.....	5
2.2.1	Zdravstvena nega oseb z demenco	5
2.2.2	Soočanje zaposlenih z obolelimi za demenco	6
2.2.3	Čustveni odzivi zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi	6
3	EMPIRIČNI DEL	8
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	8
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	8
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	8
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	9
3.3.2	Opis merskega instrumenta	9
3.3.3	Opis vzorca.....	10
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	11
3.4	REZULTATI.....	13
3.4.1	Organizacija dela v socialno varstvenih institucijah	13
3.4.2	Faktorska analiza.....	16
3.4.3	Prikaz faktorjev	20
3.4.4	Raziskovalna vprašanja	21
3.5	RAZPRAVA	32
4	ZAKLJUČEK	37
5	LITERATURA	38
6	PRILOGE	42
6.1	INSTRUMENT.....	42

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis demografskih podatkov (N = 62)	11
Tabela 2: Povprečna starost anketirancev	11
Tabela 3: Povprečna delovna doba anketirancev	11
Tabela 4: Vprašanja tretjega sklopa.....	13
Tabela 5: Organizacija dela v socialno varstvenih institucijah (N = 62)	15
Tabela 6: Cronbach alfa koeficient.....	16
Tabela 7: KMO mera in Bartlettov test	16
Tabela 8: Stanje komunalitet	17
Tabela 9: Odstotek pojasnjene variance za prvih 10 faktorjev.....	18
Tabela 10: Matrika zarotiranih komponent	19
Tabela 11: Povprečja in standardni odkloni za vse tri faktorje	21
Tabela 12: Enovzorčni t-test - Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	22
Tabela 13: Enovzorčni t-test – Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco ..	23
Tabela 14: Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco.....	23
Tabela 15: Dejavniki, ki vplivajo a izkušnje in delo z osebami obolelimi za demenco.	26
Tabela 16: Pearsonov korelacijski test med delovno dobo in izkušnjami mladih pri delu z obolelimi za demenco.....	29
Tabela 17: Pearsonov korelacijski test med starostjo in izkušnjam mladih pri delu z obolelimi za demenco.....	29
Tabela 18: Izkušnje mladih glede na delovno mesto.....	30
Tabela 19: Izkušnje mladih glede na lokacijo doma	31

KAZALO SLIK

Slika 1: Test drobirja	18
------------------------------	----

SEZNAM KRAJŠAV

BPSD	Behavioral and psychological symptoms od dementia
EKG	Elektrokardiogram
CT	Računalniška tomografija
MRI	Magnetna resonanca
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
PV	Povprečna vrednost
SO	Standardni odklon
t	T-test
SCIDS	Sense of Competence in Dementia Care Staff
RV	Raziskovalno vprašanje

1 UVOD

V situacijah, kadar oboleli za demenco potrebujejo zdravstveno nego in oskrbo, je delo izziv, pri katerem lahko uporabimo znanje in izkušnje ter ob tem čutimo notranje zadoščenje. S staranjem prebivalstva je potrebno zagotoviti ustrezno celostno oskrbo posameznika na različnih strokovnih področjih, zato bodo morali zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi osvojiti temeljne veščine pri delu z obolelimi za demenco. Ker pa tako delo zahteva potrpljenje, empatijo, občutljivost in predanost, je pomembno, da zaposleni skrbijo zase in za sodelavce preko medsebojne podpore (Jenkins & Keenan, 2016).

Berset (2018) je v svoji raziskavi ugotovila, da je kakovost življenja obolelih za demenco v veliki meri odvisna od znanja ter odnosa osebja zdravstvene nege do oseb, obolelih za demenco. Pri raziskovanju odnosa zdravstvenega osebja do dela z obolelimi za demenco je ugotovila, da imajo zaposleni bolj negativen kot pozitiven odnos pri delu. Pri pregledu strokovne literature je ugotovila, da na odnos vplivajo različni dejavniki, kot so: značilnosti delavnega mesta, socialno demografski dejavniki ter znanje o demenci. Pozitiven odnos pri osebju je povezan z zadovoljstvom pri delu, kot razloge za negativen odnos pri delu z obolelimi za demenco pa je avtorica navedla stres ter izgorelost.

Znanja, ki jih zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi razvijejo med skrbjo za obolelimi za demenco (občutljivost, sočutje, empatija), so jedro kakovosti, ki bi jih morali ceniti kot poklicne prednosti. Zaposleni razvijejo tudi druga znanja, kot so sposobnost poslušanja in komunikacije, zagotavljanje potreb obolelim, hkrati pa priznavanje njihove individualnosti ter nudenje podpore svojcem. Vse to je ključnega pomena za dobro počutje obolelih za demenco (Jenkins & Keenan, 2016).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DEMENCA KOT PROCES

Svetovna zdravstvena organizacija je ugotovila, da na svetu živi okoli 47 milijonov obolelih za demenco. Predvidevajo, da bo leta 2030 na svetu teh kar 74,7 milijonov (World Health Organization, 2017).

V Evropi se z demenco spopada več kot 9 milijonov ljudi, v Sloveniji pa ocenjujemo število obolelih na več kot 32.000, zanje pa skrbi približno 100.000 svojcev, zdravstvenih in socialnih delavcev ter drugih (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016, p. 5)

2.1.1 Definicija demence in potek demence

Chertkow (2013) in soavtorji ter Savšek (2018) demenco opredeljujejo kot upad kognitivnih sposobnosti, ki so dovolj hude, da motijo bolnikovo sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, delovnih dolžnosti in socialnega udejstvovanja.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene pa demenco opisuje kot sindrom, ki nastane zaradi možganske bolezni (kronične ali progresivne), pri kateri se pojavijo težave na področju višjih kortikalnih funkcij. Te funkcije vključujejo spomin, mišljenje, orientacijo, razumevanje, računalniške zmožnosti, učne sposobnosti, govorno izražanje in presojo, pri čemer pa zavest ni zamegljena. Pešanje kognitivnih funkcij navadno spremlja ali pa včasih napoveduje zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, družbenega vedenja ali motivacije (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2016).

Najpogostejše vrste demence so vse progresivne, kar pomeni, da se struktura in kemijska sestava možganov vse bolj poškodujeta. Sposobnosti oseb, da se spomnijo, razumejo in komunicirajo, se postopoma zmanjšujejo. Poleg tega pa se lahko spremenita tudi vedenje in razpoloženje. Ob poslabšanju demence bodo osebe, obbolele za demenco, potrebovale vse več pomoči in podpore pri vsakdanjem življenju (Alzheimer's Society, n.d.).

Bilban (2018) pravi, da so začetni znaki demence, da se oboleli ne zanimajo za okolico, pozabljajo imena, založijo predmete, imajo težave pri komunikaciji in se zaprejo vase,

zato lahko postanejo depresivni, razdražljivi ter jezavi. V nadaljevalni fazi bolezni se opazi, da oboleli niso več sposobni izvajati zahtevnejših nalog, pojavijo se težave z orientacijo, popuščajo socialne zavore, postanejo čustveno labilni. V končni fazi največkrat potrebujejo popolno pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti, ne prepoznajo svojcev, postanejo nemirni, lahko pride do nespečnosti.

2.1.2 Značilnosti demence in vrste demence

Poleg kognitivnega upada se večkrat pri demenci pojavijo še spremembe vedenja (čustvena otopelost, apatija ...) ter drugi psihični simptomi, kot so halucinacije, blodnje in vztrajno ponavljajoča vedenja (Darovec, et al., 2013). Tudi James in Sadowsky (2012) v svojem delu navajata, da se pri obolelih za demenco pogosto razvijejo vedejske težave, ki vključujejo depresijo, apatijo, tesnobo, vznemirjenost, psihozo (blodnje in halucinacije), tavanje ter agresijo. Kogoj (2009a) navaja, da so zaradi upada sposobnosti prizadete tudi dnevne dejavnosti, zmanjša se sposobnost obvladovanja čustev, socialnega vedenja in motivacije.

Ocenjuje se, da BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia– vedenjski in psihološki simptomi pri demenci) prizadanejo več kot 90 % vseh obolelih za demenco. Spremembe vedenja povečajo stisko obolelih in zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, potrebne so dolgoročne hospitalizacije, uporaba zdravil, posledično pa tudi povečanje stroškov za zdravstveno obravnavo in socialno oskrbo. Čeprav so ti simptomi lahko prisotni posamično, je v praksi pogostejše, da se pri obolelih za demenco sočasno pojavijo različne psihopatološke značilnosti (Cerejeira, et al., 2012).

Mednarodno psihogeriatrično združenje je glede na spremljajoče simptome predlagalo delitev na vedenjske simptome, ki so nasilno vedenje, kričanje, preklinjanje, jokanje, nemir, vznemirjenost, tavanje, socialno neustrezno vedenje, spolno dezinhibirano vedenje, zbiranje zalog, ponavljajoča vprašanja, spremljanje svojcev, motnje prehranjevanja, vsiljivost in odklonilno vedenje, ter na psihične simptome, kot so tesnoba, depresija, hipomanija, apatija, nespečnost, blodnje, napačno prepoznavanje in halucinacije (Kogoj, 2009a).

Pod pojmom demenca poznamo več vrst bolezenskih stanj: najpogostejša med njimi je Alzheimerjeva demenca, na drugem mestu je vaskularna demenca, nato sledi demenca z Lewyjevimimi telesci ter mešane oblike demence in demenca pri bolnikih s Parkinsonovo boleznijo. Med redkejše demence pa spadajo frontotemporalne demence ter ostali tipi demence (Savšek, 2018).

2.1.3 Zdravljenje in diagnosticiranje demence

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2016) zagovarja pravico obolelih za demenco do pravočasno postavljene diagnoze (zaradi zdravljenja ter zaradi pravočasne priložnosti izbire obolelih za demenco glede zdravljenja in oskrbe v primeru napredovanja bolezni). Pri vsem tem je pomembno tudi to, da je najbolj humano in za družbo najceneje, če se ob zgodnji diagnozi tudi ustrezno ukrepa in nudi ustrezno podporo.

Diagnosticiranje demence je lahko težavno, saj večkrat simptome povezujemo z »normalnim staranjem«. Zdravniki družinske medicine so pogosto prvi, ki opazijo spremembe pri osebah, obolelih za demenco, ter pred napotitvijo na sekundarni nivo oskrbe opravijo osnovne preiskave ter kratek kognitivni test (Robinson, et al., 2015).

Za izmero kognitivnega upada so pogosto v uporabi Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS) in Test risanja ure (TRU), Kognitivni preizkus Adenbrook (KPA) ter drugi. V sklopu začetne obravnave s sumom na kognitivni upad priporočajo opraviti osnovne preiskave krvi in urina ter EKG pri starejših od petdesetih let. Po potrditvi suma na kognitivni upad se priporoči slikovna diagnostika (CT možganov in MRI možganov). Po ugotovitvi kognitivnega upada sledi napotitev k specialistu psihiatrije ali nevrologije (Darovec, et al., 2014).

Za neposredne in posredne stroške zdravljenja za Alzheimerjevo boleznijo naj bi v Sloveniji letno porabili 214,9 milijonov evrov. Kljub velikemu številu novih bolnikov in nezadržnemu porastu bolezni pa je trenutno na voljo relativno skromna izbira zdravil, ki zmanjšujejo predvsem simptome, medtem ko o vzrokih bolezni vemo še relativno malo (Emeršič & Pirtošek, 2013).

Zdravila za zdravljenje demence še ne poznamo, zato se uporablja predvsem simptomatsko zdravljenje, a le v primeru, da simptomov ni mogoče drugače odpraviti. Velik poudarek pri demenci je pravočasno odkritje bolezni ter pravilno ukrepanje (Premuš Marušič & Deberšek, 2015). Za vedenjske in psihične spremembe je odgovorno porušeno ravnotežje snovi v možganih, ki prenašajo živčne signale med možganskimi centri. Te spremembe zdravimo z zdravili, ki ponovno vzpostavijo ravnotežje teh snovi. Kadar pa se kažejo znaki depresije ter druge vedenjske in čustvene motnje, pa je potrebno zdravljenje z antidepressivi, pomirjevali, antipsihotiki ter anksiolitiki (Velikonja, et al., 2010).

2.2 ZDRAVSTVENA NEGA OSEB Z DEMENCO TER DOŽIVLJANJE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN OSKRBI

2.2.1 Zdravstvena nega oseb z demenco

Zdravstvena nega oskrbovanca z demenco zahteva natančno opazovanje in ocenjevanje sposobnosti z upoštevanjem individualnih posebnosti posameznika ter strokovno obravnavo posameznika. Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene k ohranjanju, izboljševanju in/ali vzpostavljanju ponovne aktivnosti, ki je usmerjena k večji samostojnosti, neodvisnosti in samoiniciativnosti posameznika. Spodbujanje duševnih in telesnih potencialov v procesu zdravstvene nege pa pacientu pomaga pri prilagajanju, sprejemanju sprememb ter obvladovanju življenjskega okolja. Strokovni pristop vključuje specifično, prilagojeno komunikacijo, pozitivne spodbude, nedirektivno vodenje in usmerjanje, pri čemer se spoštuje oskrbovančevo osebnost. Za stanje oskrbovanca, za katerega je odgovorna medicinska sestra, se intervencije zdravstvene nege določa glede na individualne posebnosti oskrbovanca ter vrsto in intenziteto motnje (Kobentar, 2009, p.90).

Kobentarjeva ter soavtorji so v svoji raziskavi ugotovili, da je pri osebah, obolelih za demenco, vzporedno s kognitivnim upadom, ugotovljenim s KPSS, zelo visoka odvisnost pri izvajanju vseh življenjskih dejavnosti. Tako so osebe, obbolele za demenco, v veliki meri odvisne od negovalnega osebja, saj potrebujejo pomoč pri zagotavljanju vseh življenjskih aktivnosti (Kobentar, et al., 2015).

Hvalič Touzery in Ramovš (2009) ter Kogoj (2009b) navajajo, da demenca ne prizadene le oseb, ki so za njo zbolele, temveč ima močan vpliv tudi na svojce obolelih. Družina ima pri oskrbi osebe z demenco zelo pomembno vlogo, saj demenca napreduje postopoma in tako človek postane popolnoma odvisen od pomoči drugih (Hvalič Touzery & Ramovš, 2009). Svojci se večkrat znajdejo v hudi stiski, saj morajo poleg spremljanja napredovanja bolezenskih sprememb poskrbeti za varnost bolnika in zagotoviti pomoč pri izvajanju dnevnih aktivnosti pri obolelem za demenco (Kogoj, 2009b). Ramovš (2018) in soavtorji so v raziskavi ugotovili, da je v Sloveniji skupno okoli 400.000 družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev. Največkrat so neformalni oskrbovalci družinski člani, prijatelji, sosedje (Filipovič Hrast, 2015).

2.2.2 Soočanje zaposlenih z obolelimi za demenco

Rodriquez (2011) v svojem članku ugotavlja, da se zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše spopadajo z edinstvenimi izzivi. Vsakodnevna opravila (kopanje, napravljanje, hranjenje stanovalcev) izvaja slabo plačano osebje, ki večkrat dela v neustreznih delovnih pogojih. Avtor članka je prišel tudi do ugotovitve, da se osebje, ki izvaja zdravstveno nego in oskrbo, predvsem zaradi dvigovanja in obračanja oskrbovancev večkrat sooča z različnimi bolečinami, poleg tega pa so izpostavljeni infekcijam, boleznim in fizičnemu nasilju s strani oskrbovancev. Delo v zdravstveni negi in oskrbi je tako za zdravstvene delavce tako fizično kot tudi čustveno zelo naporno. Za čustveni napor Rodriquez krivi tudi občasno navezanost zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi do določenih oskrbovancev, zato je žalost ob smrti teh toliko večja.

Hvalič Touzeryjeva in Ramovš (2009), sta dokazala, da se negovalci, ki negujejo osebe z vedenjskimi težavami, soočajo z bolj napornim delom, to delo pa večkrat načne njihovo duševno in telesno počutje. Prav tako je Kobentarjeva v svoji raziskavi ugotovila pomanjkanje kompetentnosti pri vzpostavljanju odnosov, ki vključujejo razumevanje občutkov osebe z demenco in njene interakcije v fizičnem in socialnem okolju ter usklajevanje potreb obolelih z željami svojcev, ki so pogosto zagovorniki obolelih (Kobentar, 2016).

2.2.3 Čustveni odzivi zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi

Ličen in soavtorji (2010) so v svoji raziskavi ugotovili, da delovno okolje ter značilnosti tistih stanovalcev, ki so oboleli za demenco, vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih pri delu z njimi. Ocenili so, da je nivo stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi povezan s stopnjo prizadetosti oseb z demenco, torej višja je stopnja prizadetosti, višji je nivo stresa in obratno s kognitivno manj prizadetimi obolelimi za demenco se zmanjša tudi nivo stresa med zaposlenimi. V avstralski raziskavi (Schepers, et al., 2012), ki je obsegala 211 anketirancev, so avtorji raziskali, da morajo imeti zaposleni, ki imajo opravka z obolelimi za demenco, veliko znanja, saj je njihovo delo zelo specifično. Predlagali so izobraževanje, ki bi pomagalo zaposlenim pri delu z obolelimi za demenco, s tem pa bi izboljšali tudi kakovost obravnave obolelih in zmanjšali stres pri zaposlenih.

Zaposleni, ki delajo z obolelimi za demenco, so zadovoljni s svojim delom, vendar kljub temu stanovalce z demenco doživljajo bolj negativno kot pozitivno. Zaposleni menijo, da jim največ neprijetnosti povzroča soočenje z agitacijo, agresivnostjo, paranojo, blodnjami, motnjami spanja, neustrezno verbalno komunikacijo ter kričanjem (Ličen, et al., 2010). Avtorji raziskave so ugotovili, da izobraževanje osebja o demenci vpliva na zmanjšanje stresa na delovnem mestu, čeprav zadovoljstvo pri delu z obolelimi osebami za demenco pada zaradi preobremenjenosti, specifične narave dela, preslabe seznanjenosti z boleznijo ter neugodnih kadrovskega standardov (Ličen, et al., 2010).

Skela-Savič ter Hvalič Touzery (2014) navajata, da za kakovostno nego in oskrbo starejše populacije potrebujemo strokovno izobražen kader, ki ga pridobimo z dodiplomskimi in podiplomskimi izobraževanji. Veliko pa bi bilo potrebno spremeniti v celotni družbi, da ta ne bi več imela tako negativnega odnosa do starejših. Raziskava, ki sta jo avtorici opravljali med študenti in mentorji, pokaže predvsem negativen odnos do starih ljudi ter pomanjkanje znanja o njih. Anketiranci, ki so bili vključeni v magistrski študij, so pokazali več zanimanja za delo s starejšimi kot pa študentje dodiplomskega študija.

Avtorici raziskave Skela-Savič ter Hvalič Touzeryjeva (2014), sta ugotovili, da so najpogostejši vzroki, zaradi katerih študentje ne želijo delati na področju gerontologije, naslednji: značilnosti dela s starimi ljudmi, delo študentom ne predstavlja izziva, slabe možnosti za razvoj poklicne kariere, negativen odnos zdravstvenega osebja do starih ljudi, slabo ozračje v timu na gerontoloških oddelkih, nizko vrednotenje dela ter prisotnost oseb z boleznijo pred smrtjo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je prikazati širše razumevanje problemov mladih, ki so zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi pri soočanju s težavami obolelih oseb za demenco v institucionalnem okolju, ter raziskati njihove subjektivne izkušnje pri vsakodnevnem delu z obolelimi za demenco.

Cilji:

- Ugotoviti izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco.
- Opredeliti težave mladih pri delu z obolelimi za demenco.
- Ugotoviti načine reševanja težav in čustvenih obremenitev pri delu z obolelimi za demenco.
- Ugotoviti dejavnike institucionalnega okolja, ki vplivajo na delo mladih zaposlenih.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne izkušnje imajo mladi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi obolelih za demenco?

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšne težave vidijo mladi pri delu z obolelimi za demenco?

Raziskovalno vprašanje 3: Katere načine reševanja težav in čustvenih obremenitev uporabljajo mladi pri delu z obolelimi za demenco v institucionalnem okolju?

Raziskovalno vprašanje 4: Kateri dejavniki v instituciji vplivajo na delo in izkušnje zaposlenih pri delu z obolelimi za demenco?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi teoretičnega dela diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo empiričnega raziskovanja s pregledom strokovne in znanstvene literature, za raziskavo pa je bila uporabljena kvantitativna neeksperimentalna metoda dela.

Za iskanje tuje literature smo uporabili naslednje baze podatkov: PubMed, MEDLINE ter SpringerLink. Uporabili smo naslednje ključne besedne zveze v angleškem jeziku: »dementia«, »nurses and dementia«, »nursing homes and dementia«, »residents in nursing homes«, »nursing job satisfaction«, »alzheimer's dementia«, »alzheimer's caregivers«, »stages of dementia«, »types of dementia« in »dementia in progress«. Kriterije raziskovanja smo omejili na: celotna besedila člankov in interval med leti 2009 in 2019. Izločili smo tiste vire, ki niso vsebovali podatkov o odnosu zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi do dela z obolelimi za demenco.

Slovensko literaturo smo iskali preko spletnega bibliografskega sistema COBBIS, Google učenjaka ter z Digitalno knjižnico Slovenije. Pri pregledu literature smo uporabili naslednje besedne zveze: »demenca«, »alzheimerjeva bolezen«, »zaposleni v zdravstvu ter demenca«, »mladi in demenca«, »odnos medicinskih sester do dela z demencami«, »vrste demence«, »potek demence«, »stadiji demence«. Kriterije smo omejili na članke, knjige, zbornike ter visokošolska dela, pregledali pa smo le literaturo, ki je bila objavljena od leta 2009 do leta 2019. Izključili smo članke, ki se ponavljajo, in tiste, ki niso natančno opisovali zahtevane tematike.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo empiričnega dela diplomskega dela smo podatke pridobili s pomočjo ankete, ki je oblikovana s pomočjo pregleda strokovne literature (Ličen, et al., 2010; Schepers, et al., 2012; Auer, et al., 2015) ter vsebuje tri sklope. V prvem sklopu so vprašanja o demografskih podatkih (spol, starost, delovna doba, delovno mesto). Drugi sklop je usmerjen na podatke o sami organizaciji dela v socialno varstveni ustanovi (15 vprašanj z dihotomnimi odgovori: drži, ne drži). Pri tretjem sklopu smo uporabili vprašalnik s 16

trditvami, ki zajemajo izkušnje mladih v zvezi z delom z osebami z demenco z možnostjo odgovorov od 1 do 5 na Likertovi lestvici (1 - sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/ niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam).

Zanesljivost vprašalnika smo preverili z Cronbach alfa koeficientom, ki v našem primeru znaša 0,714 kar predstavlja dokaj dobro zanesljivost.

3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskavi smo uporabili namenski neslučajnostni vzorec, ki je zajemal vse zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi, ki so bili stari 30let in manj. Anketo smo razdelili med zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi v domu Viharnik v Kranjski Gori ter v Domu starejših občanov dr. Franceta Bergelja na Jesenicah. V raziskavo so bili vključeni naslednji poklici v zdravstveni negi in oskrbi: bolničarji negovalci, zdravstveni tehniki ter diplomirane medicinske sestre. Razdeljenih je bilo 100 anket, vrnjenih ter ustrezno rešenih (veljavnih) pa smo dobili 62 (62 %) anket.

Anketo je rešilo 45 (72,58 %) žensk ter 17 (27,42 %) moških. V tabeli 2 smo prikazali tudi rezultate vprašanja, ki se je nanašalo na delovno mesto. Ugotovili smo, da je anketo reševalo 27 (43,55 %) bolničarjev negovalcev, 31 (50,00 %) zdravstvenih tehnikov ter 4 (6,45 %) diplomirane medicinske sestre.

Od 20 do 22 let je bilo starih 15 anketirancev (24,2 %), od 23 do 25 let 18 anketirancev (29,0 %), od 26 do 28 let 11 anketirancev (17,7 %), od 29 do 30 let pa 18 anketirancev (29,0 %).

Polovica zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi (50,0 %) je na vprašanje o delovni dobi odgovorila, da so zaposleni 3 leta ali manj, približno 25 % zaposlenih pa je odgovorilo, da so zaposleni več kot 7 let (22,6 %).

Tabela 1: Opis demografskih podatkov (N = 62)

Demografski podatki	Vrsta podatka	n	%
Spol	Ženski	45	72,58
	Moški	17	27,42
Delovno mesto	Bolničar negovalec	27	43,55
	Tehnik zdravstvene nege	31	50,00
	Diplomirana medicinska sestra	4	6,45
Starostna skupina	20 – 22 let	15	24,2
	23 – 25 let	18	29,0
	26 – 28 let	11	17,7
	29 – 30 let	18	29,0
Delovna doba po razredih	do vključno 3 leta	31	50,0
	4 – 6 let	17	27,4
	7 let in več	14	22,6

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Za potrebe kasnejše analize prikažemo še povprečno starost in povprečno delovno dobo anketirancev. Povprečna starost anketirancev je bila 25,42 let. Minimalna starost je bila 20 let, maksimalna pa 30 let (tabela 2).

Tabela 2: Povprečna starost anketirancev

Spremenljivka	N	Min	Max	PV	SO
Starost	62	20	30	25,42	3,405

Legenda: N = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon;

Povprečna delovna doba anketirancev je bila 4 leta, najmanj so bili zaposleni približno 3 mesece, najdlje pa 11 let (tabela 3).

Tabela 3: Povprečna delovna doba anketirancev

Spremenljivka	N	Min	Max	PV	SO
Delovna doba	62	0,20	11,00	4,00	2,913

Legenda: N = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon;

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Prošnjo za sodelovanje v raziskavi smo poslali v tri domove po Sloveniji; v enem domu so prijazno zavrnilo sodelovanje. Ankete smo poslali vodjam zdravstvene nege in oskrbe

v dva domova na Gorenjskem, nato pa sta vodji obvestili osebje o anketiranju. Med vse zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi je bilo razdeljenih 100 anket. Raziskava je potekala od meseca aprila do meseca maja, 2018 v domu starejših občanov Viharnik ter od meseca junija do septembra 2018 v Domu starejših občanov dr. Franceta Bergelja na Jesenicah. Navodila za izpolnitev ankete so bila navedena pisno v sami anketi, udeleženci v raziskavi so bili v raziskavo vključeni prostovoljno ter anonimno. Anketiranci so izpolnjene ankete dali v za to namenjene zabojnike, s čimer smo zagotovili popolno anonimnost. Raziskava se je uporabila izključno za namen izdelave diplomske naloge. Etičnega soglasja nismo potrebovali, saj so anketiranci odrasle osebe, ki so razumele namen in pisna navodila.

Podatke, ki smo jih pridobili z anketami, smo obdelali z računalniškim programom SPSS (Statistical Package for Social Sciences) verzija 20.0 za okolje Windows. Uporabili smo statistične metode deskriptivne statistike (mere srednje vrednosti, frekvenca, odstotki), faktorsko analizo, enovzorčni t-test, dvovzorčni t-test za testiranje razlik v povprečjih med dvema neodvisnima vzorcema in korelacijski koeficient (Pearsonov korelacijski test). Upoštevali smo statistično značilno pomembnost na stopnji $p = 0,05$ točk. Za obdelavo podatkov smo uporabili le odgovore, ki so bili veljavni glede na zastavljena vprašanja. Ostalih neveljavnih oz. manjkajočih odgovorov pa za obdelavo statističnih analiz nismo uporabili in smo jih izločili.

Pri vnosu podatkov v okviru statistične obdelave smo vprašanjem iz vprašalnika v tretjem sklopu morali inverzirati vrednosti na Likertovi lestvici, saj najvišje strinjanje s trditvami predstavlja najbolj negativen pomen. V tabeli 4 je prikazanih vseh 16 vprašanj tretjega sklopa. Pri vnosu podatkov smo invertirali vrednosti trditev 1, 6, 8, 9, 13 in 16 v lestvici. V nadaljni analizi smo uporabili lestvico z invertiranimi podatki.

Tabela 4: Vprašanja tretjega sklopa

Številka vprašanja	Vprašanja tretjega sklopa
1.	O stanovalcih imam pogosto premalo podatkov o njihovih željah, navadah.
2.	Med delom imam zadosti časa, da se posvetim stanovalcu (pogovor, izpolnitev želja).
3.	Stanovalcem obolelim za demenco ponudim možnost izbire (kaj obleči, kaj delati).
4.	Do stanovalcev obolelih za demenco čutim empatijo.
5.	Razumem občutke oseb obolelih za demenco.
6.	Izguba sposobnosti komunikacije pri osebah z demenco me moti.
7.	Osebe, ki imajo ponavljajoča vprašanja me nervirajo.
8.	Osebe, obolele za demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje) me večkrat izčrpajo.
9.	Pri delu z stanovalci obolelimi za demenco se večkrat počutim nemočnega.
10.	Delo z osebami obolelimi za demenco me veseli.
11.	Po končanem delavnem dnevu ohranim pozitiven odnos do obolelih za demenco.
12.	Za delo z obolelimi za demenco se počutim zadosti kompetentnega.
13.	V stik z obolelimi za demenco prihajajo tudi zaposleni, ki jim delo z obolelimi za demenco ne odgovarja.
14.	O sami demenci in delu z obolelimi za demenco vem veliko, zato ne rabim dodatnih izobraževanj.
15.	Menim, da delo z obolelimi za demenco ni naporno.
16.	Pri delu z osebami, obolelimi za demenco, se počutim ogroženega.

3.4 REZULTATI

Rezultati, ki smo jih pridobili z anketiranjem, so prikazani v tabelah in grafih. Najprej smo prikazali dimenzije organizacije dela v socialno varstvenih institucijah, nato faktorsko analizo vprašalnika, na koncu pa smo odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja. V drugem sklopu smo predstavili organizacijo dela v socialno varstvenih institucijah.

3.4.1 Organizacija dela v socialno varstvenih institucijah

V drugem sklopu smo anketirance povprašali, kakšna je organizacija dela v njihovi socialno -varstveni instituciji. Na vprašanja so odgovarjali z drži ali ne drži. Dobili smo naslednje rezultate: na vprašanje o notranjem (54,84 % drži; 43,55 % ne drži) in zunanjem nadzoru (90,32 % drži; 6,45 % ne drži), so odgovorili, da večinoma držita obe trditvi (tako notranji kot zunanji nadzor). Prav tako se v institucijah izvajajo tedenski timski sestanki (56,45 % drži; 41,94 % ne drži) (tabela 5).

Trdivi »Nadrejeni mi omogočajo udeležbo na izobraževanjih« so anketiranci s 50 odgovori (80,65 %) pritrdili, da to ne drži, je odgovorilo 11 (17,74 %) anketiranih, 1 (1,61 %) oseba pa ni podala svojega odgovora. 39 (62,90 %) zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi je na trditev »V delovni organizaciji je zaposlenim omogočeno izobraževanje o validaciji« odgovorilo z drži, 20 (32,26 %) anketirancev je odgovorilo z ne drži, 3 (4,84 %) anketiranci pa niso podali odgovora. Rezultati odgovorov na vprašanje o validaciji so prav tako predstavljeni v tabeli 5.

Anketirance smo vprašali, ali imajo ob težavah pri delu možnost individualnega pogovora z nadrejenim, na kar je 59 (95,16 %) anketirancev odgovorilo, da drži, le 2 (3,23 %) sta na vprašanje odgovorila z ne drži, 1 (1,61 %) anketiranec pa svojega odgovora ni podal. Prav tako jih večina, t.j. 49 (79,03 %), meni, da nadrejeni upoštevajo njihove želje in predloge, 13 (20,97 %) anketirancev pa se s to trditvijo ne strinja. 55 (88,71 %) anketirancev je mnenja, da se s sodelavci lahko pogovorijo o težavah na delovnem mestu, 7 (11,29 %) pa jih je odgovorilo, da to ne drži. Z anketo smo ugotovili, da je na vprašanje o tem ali sodelavci cenijo njihovo delo, 51 (82,26 %) anketirancev odgovorilo pritrdilno, 11 (17,74 %) pa jih je trditev zanikalo. V prijateljskem vzdušju dela 57 (91,94 %) anketirancev, 5 (8,06 %) pa jih tako ne čuti, kar je prikazano v tabeli 5.

V nadaljevanju smo spraševali, če imajo vsi zaposleni dostop do zapisanih standardov dela v zdravstveni negi. Dostop do standardov dela v zdravstveni negi jih ima 56 (90,32 %), 6 (9,68 %) anketiranih pa je dostop zanikalo. V institucijah pa se prirejajo tudi predavanja o demenci za svojce in zaposlene, kot je npr. Alzheimer caffe – 49 (79,03 %) zaposlenih je označilo »drži«, 13 (20,97 %) pa jih je označilo ne drži (tabela 5).

V nadaljevanju so bile postavljene trditve glede izgorevanja, kadrovskega normativov ter sprostitev po končanem delu. Na prvo trditev »Zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja« so anketiranci s 56 (90,32 %) odgovori odgovorili pritrdilno, torej »drži«, 6 (9,68 %) anketirancev pa je na trditev odgovorilo z »ne drži«. S trditvijo, da bi potrebovali višje kadrovske normative za kakovostnejše izvajanje delovnih nalog, se strinja 52 (83,87 %) anketirancev, 10 (16,13 %) anketirancev pa je mnenja, da so kadrovske normative ustrezni. Da po končanem delu najdejo sprostitev, je odgovorilo 47

(75,81 %) anketiranih, kar 10 (16,13 %) pa jih je odgovorilo, da po končanem delu nimajo časa za sprostitev (prikazano v tabeli 5).

Tabela 5: Organizacija dela v socialno varstvenih institucijah (N = 62)

Organizacija dela	Odgovor	n	%
Ali se v vaši organizaciji izvaja zunanji nadzor?	Drži	34	54,84
	Ne drži	27	43,55
	Manjkajoč odg.	1	1,61
Ali se v vaši organizaciji izvaja notranji nadzor?	Drži	56	90,32
	Ne drži	4	6,45
	Manjkajoč odg.	2	3,23
V delovni organizaciji se izvajajo tedenski timski sestanki.	Drži	35	56,45
	Ne drži	26	41,94
	Manjkajoč odg.	1	1,61
Nadrejeni mi omogočajo udeležitve izobraževanj.	Drži	50	80,65
	Ne drži	11	17,74
	Manjkajoč odg.	1	1,61
V delovni organizaciji mi je bilo omogočeno izobraževanje o validaciji.	Drži	39	62,90
	Ne drži	20	32,26
	Manjkajoč odg.	3	4,84
Ob težavah pri delu imam možnost individualnega pogovora z nadrejenimi.	Drži	59	95,16
	Ne drži	2	3,23
	Manjkajoč odg.	1	1,61
S sodelavci se lahko pogovorim o težavah na delovnem mestu.	Drži	55	88,71
	Ne drži	7	11,29
Svoje delo opravljam v prijateljskem vzdušju.	Drži	57	91,94
	Ne drži	5	8,06
V delovni organizaciji nadrejeni upoštevajo moje mnenje, predloge.	Drži	49	79,03
	Ne drži	13	20,97
Sodelavci cenijo moje delo?	Drži	51	82,26
	Ne drži	11	17,74
V delovni organizaciji imamo zapisane standarde dela v zdravstveni negi, ki so dostopni vsem zaposlenim v zdravstveni negi.	Drži	56	90,32
	Ne drži	6	9,68
V instituciji se prirejajo predavanja o demenci za svojce ter zaposlene (Alzheimer caffè).	Drži	49	79,03
	Ne drži	13	20,97
Zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja.	Drži	56	90,32
	Ne drži	6	9,68
Menim, da so potrebni višji kadrovske normativi za kakovostnejše izvajanje delovnih nalog.	Drži	52	83,87
	Ne drži	10	16,13

Organizacija dela	Odgovor	n	%
Po končanem delu najdem čas za sprostitev.	Drži	47	75,81
	Ne drži	15	24,19

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

V nadaljevanju smo prikazali faktorsko analizo vprašalnika, ki zadeva delo mladih z obolelimi za demenco.

3.4.2 Faktorska analiza

Eksploratorno faktorsko analizo smo izvedli iz vseh 16 trditev ankete. Z njeno pomočjo smo želeli ugotoviti, ali so odgovori med seboj povezani in če tvorijo eno dimenzijo ali je prisotnih več dimenzij.

Prikažemo stopnjo zanesljivosti vprašalnika s Cronbach alfa koeficientom, ki znaša 0,716, kar pomeni, da je zanesljivost dovolj visoka (tabela 6).

Tabela 6: Cronbach alfa koeficient

Število trditev	Cronbachov alfa koeficient
16	0,714

Z Bartlettovim testom sferičnosti smo dokazovali nadaljno izpolnjenost pogojev za redukcijo spremenljivk z eksploratorno faktorsko analizo. Smiselnost metode smo ugotavljali s Kaiser-Meyer-Olkinovo mero o primernosti vzorca. KMO mera je visoka 0,670; Bartlettov test je bil prestan ($p = 0,001 < 0,05$) (tabela 7).

Tabela 7: KMO mera in Bartlettov test sferičnosti

KMO in Bartlettov test		
Kaiser-Meyer-Olkin-ov test		0,670
Bartlettov test	B	349,605
	df	120
	p	0,001

Legenda: B = Barlett statistika; df = število prostostnih stopenj; p = stopnja značilnosti

Prikazali smo stanje komunalitet, ki so po ekstrakciji dovolj visoke ($\geq 0,3$) (tabela 8).

Tabela 8: Stanje komunalitet

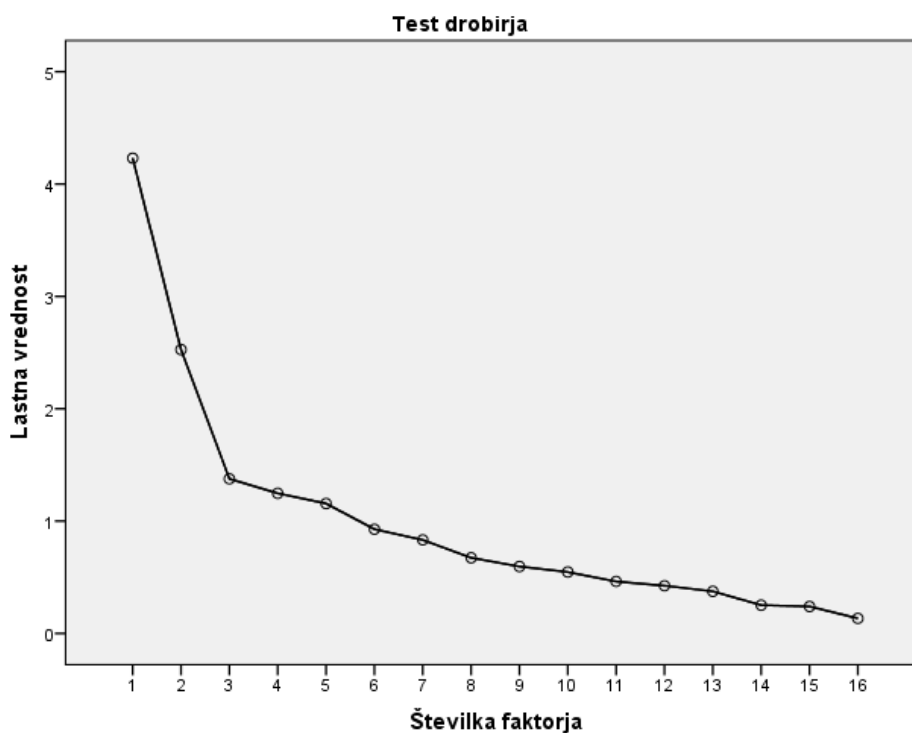
Trditev	Začetno stanje	Ekstrakcija
O stanovalcih imam redko premalo podatkov o njihovih željah, navadah.	1,000	0,710
Med delom imam zadosti časa, da se posvetim stanovalcu (pogovor, izpolnitev želja).	1,000	0,793
Stanovalcem obolelim za demenco, ponudim možnost izbire (kaj obleči, kaj delati).	1,000	0,712
Do stanovalcev, obolelih za demenco čutim empatijo.	1,000	0,725
Razumem občutke oseb, obolelih za demenco.	1,000	0,582
Izguba sposobnosti komunikacije pri osebah z demenco me ne moti.	1,000	0,643
Osebe, ki imajo ponavljajoča vprašanja, me ne nervirajo.	1,000	0,679
Osebe, obolele za demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje), me redko izčrpajo.	1,000	0,681
Pri delu z stanovalci, obolelimi za demenco, se redko počutim nemočnega.	1,000	0,719
Delo z osebami, obolelimi za demenco me veseli.	1,000	0,660
Po končanem delavnem dnevu ohranim pozitiven odnos do obolelih za demenco.	1,000	0,744
Za delo z obolelimi za demenco se počutim zadosti kompetentnega.	1,000	0,578
V stik z obolelimi za demenco prihajajo tudi zaposleni, ki jim delo z obolelimi z demenco odgovarja.	1,000	0,575
O sami demenci in delu z obolelimi za demenco vem veliko, zato ne rabim dodatnih izobraževanj.	1,000	0,755
Menim, da delo z obolelimi za demenco ni naporno.	1,000	0,713
Pri delu z osebami obolelimi za demenco se ne počutim ogroženega.	1,000	0,366

Vseh faktorjev je bilo 16. Izbrali smo prve 3 faktorje, ki skupaj razložijo 50,836 % variance, vsak nadaljnji faktor pa je pojasnil manj kot 8 odstotkov skupne variance, zato jih pri analizi nismo upoštevali (tabela 9).

Tabela 9: Odstotek pojasnjene variance za prvih 10 faktorjev

Faktor	Lastne vrednosti in odstotek pojasnjene variance		
	Lastne vrednosti	% variance	Kumulativni %
1	4,231	26,444	26,444
2	2,526	15,790	42,234
3	1,376	8,602	50,836
4	1,247	7,794	58,630
5	1,156	7,225	65,855
6	0,928	5,799	71,654
7	0,832	5,202	76,856
8	0,673	4,208	81,064
9	0,596	3,723	84,788
10	0,547	3,416	88,204
...			

S testom drobirja smo prikazali velikost lastnih vrednosti za vsak izluščen faktor. Opazili smo, da se prvi trije faktorji nahajajo levo od kolena krivulje. V skladu z deležem (%) pojasnjene variance smo se odločili, da bomo v nadaljnji analizi upoštevali prve 3 komponente/faktorje.



Slika 1: Test drobirja

Da bi dobili medsebojno čim manj korelirane komponente, smo naredili rotacijo Varimax s Kaiserjevo normalizacijo. Rezultate rotacije smo prikazali z matriko zarotiranih komponent s prvotno oštevilčenimi trditvami (tabela 10).

Prvi faktor (6 trditev) smo poimenovali »**Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco**«, saj večina vprašanj predstavlja moč strinjanja z različnimi vidiki izkušenj in občutkov pri delu z obolelimi za demenco: veselje do dela, empatija do obolelih z demenco, razumevanje obolelih. Faktor torej meri pozitivnost izkušenj.

Drugi faktor (5 trditev) smo poimenovali »**Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco**«, saj vprašanja predstavljajo soočanje s težavami pri delu z obolelimi za demenco: ogroženost, občutek nemoči, izčrpanost zaradi vedenjskih simptomov obolelih, nervoza zaradi ponavljajočih vprašanj. Faktor meri moč obvladovanja težav pri delu.

Tretji faktor (3 trditve) smo poimenovali »**Mnenje o znanju in napornost dela z obolelimi za demenco**«, saj vprašanja predstavljajo strinjanje z zadostnostjo lastnega znanja in nepotrebnostjo dodatnih izobraževanj ter nenapornostjo dela z obolelimi za demenco.

Tabela 10: Matrika zarotiranih komponent

Trditve	Vrednosti uteži		
	1	2	3
11. Po končanem delovnem dnevu ohranim pozitiven odnos do obolelih za demenco.	0,807	0,218	-0,079
10. Delo z osebami, obolelimi za demenco, me veseli.	0,772	0,176	0,152
5. Razumem občutke oseb, obolelih za demenco.	0,751	-0,078	0,033
4. Do stanovalcev, obolelih za demenco, čutim empatijo.	0,639	0,059	-0,158
12. Za delo z obolelimi za demenco se počutim zadosti kompetentnega	0,587	0,294	0,213
3. Stanovalcem, obolelim za demenco, ponudim možnost izbire (kaj obleči, kaj delati).	0,540	0,106	-0,001
9. Pri delu s stanovalci, obolelimi za demenco, se redko počutim nemočnega.	0,050	0,808	0,088

Trditve	Vrednosti uteži		
	1	2	3
6. Izguba sposobnosti komunikacije pri osebah z demenco me ne moti.	-0,021	0,701	0,216
16. Pri delu z osebami, obolelimi za demenco, se ne počutim ogroženega.	0,205	0,643	-0,012
8. Osebe, obolele za demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje), me redko izčrpajo.	0,285	0,586	0,215
7. Osebe, ki imajo ponavljajoča vprašanja, me ne nervirajo.	0,111	0,567	-0,006
14. O sami demenci in delu z obolelimi za demenco vem veliko, zato ne rabim dodatnih izobraževanj.	0,190	-0,068	0,811
15. Menim, da delo z obolelimi za demenco ni naporno.	0,072	0,231	0,695
13. V stik z obolelimi za demenco prihajajo tudi zaposleni, ki jim delo z obolelimi z demenco odgovarja.	-0,247	0,218	0,536
1. O stanovalcih imam redko premalo podatkov o njihovih željah, navadah.	-0,030	0,195	0,105
2. Med delom imam zadosti časa, da se posvetim stanovalcu (pogovor, izpolnitev želja).	-0,127	0,029	0,099

Z zgornjimi tremi faktorji je pomembno koreliralo 14 trditev. Zadnji 2 trditvi nista pomembno korelirali z nobenim od treh faktorjev (uteži so nizke $< 0,2$) in jih v nadaljnji analizi nismo upoštevali.

3.4.3 Prikaz faktorjev

Faktorjem smo izračunali tudi povprečje vrednosti vseh trditev v posameznem faktorju ter standardni odklon.

V tabeli 8 smo prikazali povprečne vrednosti in standardne odklone vseh treh faktorjev za celoten vzorec. Najvišje strinjanje se je zkazalo v sklopu faktorja 1 - »Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco« (PV = 3,69; SO = 0,711). Pri faktorju 2 - »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco« - se z močjo obvladovanja težav v povprečju anketiranci niti ne strinjajo niti strinjajo, razpršenost odgovorov je najvišja (PV = 3,13;

SO = 0,930). Najnižje strinjanje se izkaže pri faktorju 3 - »Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco« (PV = 2,10 ; SO = 0,611), kar pomeni, da anketiranci menijo, da o sami demenci ne vedo zelo veliko in bi potrebovali dodatna izobraževanja, da je delo z obolelimi za demenco naporno, ter da vseeno v stik z obolelimi za demenco pogosto prihajajo zaposleni, ki jim delo z demenco ne odgovarja.

Tabela 11: Povprečja in standardni odkloni za vse tri faktorje

Faktor	N	PV	SO
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	62	3,69	0,711
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	62	3,13	0,930
3. Mnenje o znanju in napornost z obolelimi z demenco	62	2,10	0,611

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost faktorja; SO = standardni odklon faktorja;

V nadaljevanju smo prikazali odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.4 Raziskovalna vprašanja

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne izkušnje imajo mladi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi obolelih za demenco?

Na raziskovalno vprašanje smo odgovarjali tako, da smo testirali naslednjo predpostavko:

Izkušnje mladih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi obolelih za demenco so v povprečju dobre ($\mu_0 = 3,75$).

Za testiranje predpostavke smo uporabili rezultate iz faktorjske analize in sicer faktor 1: »Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco« (tabela 11). Izvedli smo enovzorčni t-test, ki nam testira in pove, ali obstaja statistično pomembna razlika med dejanskim povprečjem in hipotetičnim povprečjem – torej testira ničelno hipotezo, da je povprečna spremenljivke PV statistično enaka testni vrednosti μ_0 iz dane hipoteze. V kolikor je p vrednost $p > 0,05$, se ničelna hipoteza sprejme in sta PV in μ_0 statistično enaka, v kolikor pa je $p < 0,05$, pa moramo ničelno hipotezo zavrniti (Košmelj, 2007).

Rezultati so prikazani v tabeli 12. Ničelno hipotezo o enakosti PV in μ_0 smo potrdili ($t = -0,714$; $p = 0,478$), posledično lahko potrdimo predpostavko, da so izkušnje mladih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi obolelih za demenco v povprečju dobre.

Tabela 12: Enovzorčni t-test - Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco

Trditev	N	PV	SO	μ_0	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	62	3,68	0,71	/	-0,714 (p = 0,478)
Predpostavka 1	/			3,75	

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; μ_0 = hipotetično povprečje; t = t-test; p = stopnja značilnosti;

Izkušnje so v povprečju pozitivne, strinjanje pa je zmerno. Anketiranci se torej na splošno zmerno strinjajo, da so izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco pozitivne, da jih delo z ljudmi z demenco veseli in da razumejo občutke obolelih za demenco. Po končanem delovnem dnevu ohranijo pozitiven odnos do obolelih za demenco, do njih čutijo empatijo in se za delo počutijo zadosti kompetentne.

Raziskovalno vprašanje 2: Kako se mladi počutijo in kaj doživljajo, ko naletijo na oviro pri delu z obolelimi za demenco?

Na dano raziskovalno vprašanje (RV) smo odgovorili tako, da smo testirali predpostavko, ki smo jo definirali kot

Mladi se, ko naletijo na oviro pri delu z obolelimi za demenco, počutijo dobro ($\mu_0 = 3,75$).

Uporabili smo enovzorčni t-test in sicer smo testirali faktor 2: »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco«, ki meri moč obvladovanja težav in občutkov ob težavah pri delu z obolelimi za demenco. Rezultati pokažejo, da predpostavko lahko ovržemo ($t = -3,024$; $p = 0,001$), saj se povprečje faktorja 2 (»Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco«, PV = 3,13; SO = 0,930 (tabela 13)) preveč razlikuje od naše predpostavke – obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco v povprečju ni niti dobro niti slabo. Mladi se v povprečju niti ne strinjajo niti strinjajo z obvladovanjem težav in ovir pri delu z obolelimi za demenco.

Tabela 13: Enovzorčni t-test – Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco

Trditev	N	PV	SO	μ_0	t
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	62	3,13	0,930	/	-3,024 (p = 0,001)
Predpostavka 2		/		3,75	

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; μ_0 = hipotetično povprečje; t = t-test; p = stopnja značilnosti

Za podrobnejšo analizo smo prikazali povprečja posameznih odgovor, ki se skrivajo v faktorju 2: »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco« (tabela 14 spodaj).

Ugotovili smo, da je pri vseh odgovorih povprečje okoli 3, odstopanje je vidno le pri odgovoru »Osebe, ki imajo ponavljajoča vprašanja me ne nervirajo«, kjer je strinjanje najvišje (PV = 3,71 ; SO = 1,136). Najmanjše strinjanje se izkaže pri odgovoru »Osebe, obolele za demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje), me redko izčrpajo« (PV = 2,53 ; SO = 1,170) (tabela 14) .

Tabela 14: Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco

Doživljanje mladih	N	Min	Max	PV	SO
9. Pri delu s stanovalci, obolelimi za demenco, se redko počutim nemočnega.	62	1,00	5,00	2,87	1,016
6. Izguba sposobnosti komunikacije pri osebah z demenco me ne moti.	61	1,00	5,00	3,34	1,237
16. Pri delu z osebami, obolelimi za demenco, se ne počutim ogroženega.	62	1,00	5,00	3,40	1,273
8. Osebe, obolele za demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje), me redko izčrpajo.	62	1,00	5,00	2,53	1,170
7. Osebe, ki imajo ponavljajoča vprašanja, me ne nervirajo.	62	1,00	5,00	3,71	1,136

Legenda: N = število odgovorov; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Zaključimo, da zaposlene motijo tiste osebe z demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje), saj mlade relativno pogosto izčrpajo, medtem ko druge

ovire niso niti negativne niti pozitivne (npr. izguba sposobnosti komunikacije, ponavljajoča vprašanja, občutek nemoči).

Raziskovalno vprašanje 3: Katere načine reševanja težav in čustvenih obremenitev uporabljajo mladi pri delu z obolelimi za demenco v institucionalnem okolju.

Odgovor na vprašanje nam poda tabela 5 v sklopu rezultatov glede organizacije dela v socialno varstvenih institucijah (poglavje 3.4.1).

Ugotovili smo, da je večina, t.j. 59 (95,16 %) anketirancev pri trditivi »Ob težavah pri delu imam možnosti individualnega pogovora z nadrejenimi« odgovorilo, da drži, in le 2 (3,23 %), da ne drži. Torej se večina mladih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi lahko v primeru težav pri delu z demenco pogovori z nadrejenimi in te težave reši. Nekaj manj anketirancev (55; 88,7 %) se o težavah na delovnem mestu lahko pogovori s sodelavci, medtem, ko 7 (11,3 %) anketirancev meni, da se o težavah pri delu z obolelimi za demenco ne more pogovoriti s sodelavci. Tri četrtine anketirancev (47; 75,81 %) po končanem delu najde čas za sprostitev, četrtina (15; 24,19 %) pa po končanem delu ne najde časa za sprostitev.

V sklopu RV 4 smo testirali dejavnike, ki so vplivali na dane faktorje iz faktorjske analize (tabela 15). Za odgovor na raziskovalno vprašanje, ki sprašuje o načinih reševanja težav in čustvenih obremenitev pri delu, navedemo rezultate tistih dejavnikov, ki so vplivali na faktor 2, t. j. »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco«. Zaznali smo statistično pomembno značilnost pri štirih dejavnikih: »V delovni organizaciji nadrejeni upoštevajo moje mnenje, predloge« ($t = 2,036$; $p = 0,047$), »S sodelavci se lahko pogovorim o težavah na delovnem mestu« ($t = 2,384$; $p = 0,020$), »V delovni organizaciji se izvajajo tedenski timski sestanki« ($t = 3,969$; $p = 0,001$) in »Zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja« ($t = -2,192$; $p = 0,020$). Pri prvih treh dejavnikih je strinjanje z močjo obvladovanja težav višje, v kolikor so na trditev odgovorili pritrdilno, v zadnjem pa manjše.

Zaključimo lahko, da mladi zaposleni pri delu z obolelimi za demenco boljše obvladujejo težave in ovire, če v delovni organizaciji nadrejeni upoštevajo njihova mnenja in predloge, če se s sodelavci lahko pogovorijo o težavah na delovnem mestu in če se v

delovni organizaciji izvajajo tedenski timski sestanki. V kolikor pa menijo, da zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja, pa je njihovo obvladovanje težav v povprečju nižje.

Raziskovalno vprašanje 4: Kateri dejavniki v instituciji vplivajo na delo in izkušnje zaposlenih pri delu z obolelimi za demenco?

Pri raziskovanju odgovorov na zadnje raziskovalno vprašanje smo najprej preverili vpliv vseh dejavnikov iz organizacije dela zaposlenih v socialno varstvenih institucijah (poglavje 3.4.2) na glavne tri faktorje (faktor 1: »Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco«, faktor 2: »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco«, faktor 3: »Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco«), nato pa še vpliv delovne dobe, starosti, delovnega mesta in lokacije.

Pri trditvi »Ob težavah pri delu imam možnost individualnega pogovora z nadrejenim« je bilo odgovorov »ne drži« premalo (2), zato t-testa za primerjavo povprečij dveh neodvisnih vzorov nismo izvedli (tabela 15).

Statistično pomembno razliko v povprečjih odgovorov smo zaznali pri petih trditvah. Za trditev »V delovni organizaciji nadrejeni upoštevajo moje mnenje, predloge«, se statistično pomembne razlike v povprečjih izkažejo za vse tri faktorje (faktor 1: $t = 3,502$; $p = 0,001 < 0,05$; faktor 2: $t = 2,036$; $p = 0,0469 < 0,05$; faktor 3: $t = 2,284$; $p = 0,026$), in sicer imajo mladi zaposleni pri delu z obolelimi za demenco boljše izkušnje, boljše obvladujejo težave in ovire pri delu in menijo, da je njihov znanje boljše ter delo manj naporno, če v delovni organizacijo nadrejeni upoštevajo njihova mnenja in predloge (tabela 15).

Druga trditev, kjer smo zaznali statistično pomembno razliko v povprečjih, je: »S sodelavci se lahko pogovorim o težavah na delovnem mestu«, in sicer za faktor »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco« ($t = 2,384$; $p = 0,020$). Mladi, ki se s sodelavci lahko pogovorijo o težavah na delovnem mestu, imajo bistveno višje strinjanje z obvladovanjem težav (tabela 15).

Tretja trditev s statistično pomembno razliko v povprečjih je: »V delovni organizaciji se izvajajo tedenski timski sestanki«, in sicer pri vseh treh faktorjih: »Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco« ($t = 2,321$; $p = 0,024$), »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco« ($t = 3,969$; $p = 0,001$) ter »Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco« ($t = 2,520$; $p = 0,014$). Za vse tri faktorje so bila povprečja odgovorov višja v kolikor se v delovni organizaciji izvajajo tedenski timski sestanki (tabela 15).

Četrta trditev, pri kateri zaznamo razliko je, »Zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja«, in sicer za naslednja faktorja: »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco« ($t = -2,192$; $p = 0,020$) in »Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco« ($t = -3,954$; $p = 0,001$). Obvladovanje težav, znanje ter napornost dela z obolelimi za demenco je višje, v kolikor menijo, da zaradi narave dela med zaposlenimi **ne prihaja** do izgorevanja (tabela 15).

Peti dejavnik je trditev »Po končanem delu najdem čas za sprostitev« ($t = 3,01$; $p = 0,002 < 0,05$). Mladi, ki po končanem delu najdejo čas za sprostitev, imajo boljše izkušnje pri delu z obolelimi za demenco (tabela 15).

Tabela 15: Dejavniki, ki vplivajo na izkušnje in delo z osebami obolelimi za demenco

Trditve	Statistične vrednosti in odgovori				
	Odgovor	n	PV	SO	t
Svoje delo opravljam v prijateljskem vzdušju					
	1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	57	3,68	0,688
	Ne drži	5	3,70	1,037	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	57	3,15	0,922	0,429 ($p = 0,670$)
	Ne drži	5	2,96	1,117	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	57	2,13	0,607	1,419 ($p = 0,161$)
	Ne drži	5	1,73	0,596	
Ob težavah pri delu imam možnost individualnega pogovora z nadrejenimi	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	59	3,72	0,693	/
	Ne drži	2	2,50	0,236	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	59	3,17	0,873	/
	Ne drži	2	1,40	0,566	
	Drži	59	2,12	0,597	/

Trditve	Statistične vrednosti in odgovori				
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Ne drži	2	1,17	0,236	
S sodelavci se lahko pogovorim o težavah na delovnem mestu	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	55	3,71	0,700	0,794 (p = 0,425)
	Ne drži	7	3,50	0,828	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	55	3,23	0,854	2,384 (p = 0,020)
	Ne drži	7	2,37	0,831	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	55	2,09	0,579	-0,403 (p = 0,688)
	Ne drži	7	2,19	0,879	
Ali se v vaši organizaciji izvaja zunanji nadzor?	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	34	3,76	0,728	0,297 (p=0,767)
	Ne drži	27	3,59	0,703	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	34	3,16	1,058	0,480 (p = 0,633)
	Ne drži	27	3,04	0,720	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	34	2,05	0,569	-0,725 (p = 0,534)
	Ne drži	27	2,15	0,669	
Ali se v vaši organizaciji izvaja notranji nadzor?	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	56	3,66	0,713	-0,822 (p= 0,419)
	Ne drži	4	3,79	0,843	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	56	3,11	0,946	0,658 (p=0,513)
	Ne drži	4	2,80	0,231	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	56	2,12	0,631	1,159 (p =0,251)
	Ne drži	4	1,75	0,167	
V delovni organizaciji se izvajajo tedenski timski sestanki.	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	35	3,84	0,649	2,321 (p = 0,024)
	Ne drži	26	3,47	0,763	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	35	3,47	0,667	3,969 (p = 0,001)
	Ne drži	26	2,62	0,997	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	35	2,26	0,572	2,520 (p = 0,014)
	Ne drži	26	1,87	0,604	
Nadrejeni mi omogočajo udeležitve izobraževanj.	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	50	3,66	0,744	-0,533 (p = 0,596)
	Ne drži	11	3,79	0,597	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	50	3,17	0,840	1,160 (p =0,251)
	Ne drži	11	2,82	1,221	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	50	2,08	0,604	-0,348 (p = 0,729)
	Ne drži	11	2,15	0,673	

Trditve	Statistične vrednosti in odgovori				
V delovni organizaciji nadrejeni upoštevajo moje mnenje, predloge.	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	49	3,83	0,681	3,502 (p = 0,001 < 0,05)
	Ne drži	13	3,13	0,536	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	49	3,25	0,790	2,036 (p = 0,0469)
	Ne drži	13	2,68	0,890	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	49	2,19	0,601	2,284 (p=0,026)
	Ne drži	13	1,77	0,551	
Sodelavci cenijo moje delo	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	51	3,75	0,707	1,434 (p=0,157)
	Ne drži	11	3,41	0,693	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	51	3,22	0,854	1,687 (p=0,095)
	Ne drži	11	2,71	1,181	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	51	2,13	0,626	0,790 (p=0,433)
	Ne drži	11	1,97	0,547	
V delovni organizaciji imamo zapisane standarde dela v zdravstveni negi, ki so dostopni vsem zaposlenim v zdravstveni negi.	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	56	3,70	0,726	0,026 (p = 0,895)
	Ne drži	6	3,58	0,594	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	56	3,20	0,860	1,684 (p= 0,097)
	Ne drži	6	2,53	1,395	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	56	2,12	0,621	0,662 (p = 0,511)
	Ne drži	6	1,94	0,534	
Zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja.	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	56	3,67	0,709	-0,451 (p = 0,654)
	Ne drži	6	3,81	0,785	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	56	3,05	0,723	-2,192 (p = 0,020)
	Ne drži	6	3,90	0,642	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	56	2,01	0,550	-3,954 (p = 0,001)
	Ne drži	6	2,94	0,534	
Menim, da so potrebni višji kadrovski normativi za kakovostnejše izvajanje delovnih nalog	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	52	3,71	0,685	-0,380 (p=0,767)
	Ne drži	10	3,57	0,865	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Drži	52	3,13	1,005	-0,270 (p=0,862)
	Ne drži	10	3,14	0,378	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	52	2,11	0,636	-0,687 (p=0,423)
	Ne drži	10	2,07	0,492	
Po končanem delu najdem čas za sprostitve	Odgovor	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Drži	47	3,83	0,654	3,01 (p = 0,002)
	Ne drži	15	3,23	0,712	
	Drži	47	3,26	0,773	1,951 (p = 0,056)

Trditve	Statistične vrednosti in odgovori				
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Ne drži	15	2,73	1,257	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Drži	47	2,13	0,609	0,741 (p=0,462)
	Ne drži	15	2,00	0,630	

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti.

Sledi analiza iskanja povezave med delovno dobo in vprašanjih o izkušnjah mladih pri delu z obolelimi za demenco. Pri analizi smo uporabili spremenljivko delovne dobe, ki predstavlja delovno dobo vsakega anketiranca in ne delovne dobe po razredih. Zato smo lahko uporabili Pearsonov korelacijski test.

Tabela 16: Pearsonov korelacijski test med delovno dobo in izkušnjami mladih pri delu z obolelimi za demenco

Faktorji	Statistične vrednosti	Delovna doba
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	r	-0,057
	p	0,660
	N	62
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	r	0,067
	p	0,603
	N	62
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	r	0,020
	p	0,876
	N	62

Legenda: r = Paersonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; N = število odgovorov;

Statistično pomembne povezave med delovno dobo in faktorji nismo zaznali.

Tabela 17: Pearsonov korelacijski test med starostjo in izkušnjam mladih pri delu z obolelimi za demenco

Faktorji	Statistične vrednosti	Starost
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	r	-0,052
	p	0,689
	N	62
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	r	0,108
	p	0,401
	N	62
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	r	0,055
	p	0,670
	N	62

Legenda: r = Paersonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; N = število odgovorov;

Statistično pomembne povezave med starostjo in faktorji nismo zaznali.

V nadaljevanju smo testirali dejavnik vrste delovnega mesta. Ker je za delovno mesto diplomirane medicinske sestre odgovorov premalo (4; delež = 6,45 %), smo za potrebe analize združili skupini diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege v isto skupino. Uporabili smo t-test za dva neodvisna vzorca, za primerjavo povprečij faktorjev glede na delovno mesto zaposlenih.

Tabela 18: Izkušnje mladih glede na delovno mesto

Faktor	Delovno mesto	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Bolničar negovalec	27	3,60	0,737	-0,897 (p = 0,407)
	Tehnik zdravstvene nege/ diplomirana medicinska sestra	35	3,75	0,694	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Bolničar negovalec	27	2,96	1,020	-1,322 (p = 0,191)
	Tehnik zdravstvene nege/ diplomirana medicinska sestra	35	3,27	0,844	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Bolničar negovalec	27	1,93	0,602	-2,045 (p = ,045)
	Tehnik zdravstvene nege/ diplomirana medicinska sestra	35	2,24	0,592	

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti.

Statistično značilne razlike v povprečju za dejavnik delovnega mesta smo zaznali pri faktorju »Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco« (t = -2,045 ; p = 0,045). Tisti na delovnem mestu tehnika zdravstvene nege/diplomirane medicinske sestre imajo v povprečju boljše mnenje o znanju in menijo, da je delo z obolelimi za demenco manj naporno (PV = 1,93; SO = 0,602) kot tisti z delovnim mestom bolničarja negovalca (PV = 1,93 ; SO = 0,602) (tabela 18).

Nazadnje smo analizirali vpliv lokacije doma na vse tri faktorje.

Tabela 19: Izkušnje mladih glede na lokacijo doma

Faktorji	Lokacija doma	N	PV	SO	t
1. Izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco	Dom Viharnik, Kranjska Gora	35	3,70	0,713	-0,841 (p = 0,488)
	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja, Jesenice	27	3,67	0,722	
2. Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco	Dom Viharnik, Kranjska Gora	35	2,92	0,951	-2,102 (p = 0,04)
	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja, Jesenice	27	3,41	0,842	
3. Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco	Dom Viharnik, Kranjska Gora	35	1,88	0,388	-3,629 (p = 0,001)
	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja, Jesenice	27	2,40	0,722	

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti.

Statistično značilno razliko v povprečjih smo zaznali pri faktorju 2 - »Obvladovanje težav pri delu z obolelimi za demenco« (t = -2,102; p = 0,04 < 0,05) in sicer je za dom Viharnik, Kranjska Gora, povprečje odgovorov o strinjanju z obvladovanjem težav nižje (PV = 2,92; SO = 0,951), kot za Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja, Jesenice (PV = 3,41; SO = 0,842) (tabela 14).

Prav tako statistično značilno razliko smo v povprečjih zaznali pri faktorju 3 - »Mnenje o zdravju in napornost dela z obolelimi za demenco« (t = 3,629 p = 0,001 < 0,05). Podobno kot pri obvladovanju težav je za dom Viharnik, Kranjska Gora povprečje odgovorov o strinjanju z obvladovanjem težav nižje (PV = 1,88; SO = 0,388) kot za Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja, Jesenice (PV = 2,40; SO = 0,722) (tabela 19).

Zaključimo lahko, da na izkušnje, obvladovanje težav in znanje mladih pri delu z obolelimi za demenco ne vplivata dejavnika starosti in delovne dobe. Vplivni dejavniki so bili: upoštevanje mnenj zaposlenih s strani nadrejenih (vpliv na vse izkušnje, obvladovanje težav in mnenje o znanju in napornosti dela), možnost pogovora o težavah na delovnem mestu (vpliv na boljše obvladovanje težav), dejavnik tedenskih timskih sestankov v delovni organizaciji (vpliv na boljše izkušnje ter znanje in manjšo napornost dela), strinjanje o tem, da zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja (boljše obvladovanje težav, ter mnenje o znanju in napornosti dela, v kolikor ne prihaja do izgorevanja) in sprostitev po končanem delu (boljše izkušnje pri bolnikih s demenco).

Dodatna dejavnika, ki delno vplivata na delo z obolelimi za demenco sta delovno mesto (boljše mnenje o znanju imajo tehniki zdravstvene nege/diplomirane medicinske sestre v primerjavi z bolničarji negovalci) ter lokacija doma.

3.5 RAZPRAVA

Namen našega diplomskega dela je bil prikazati širše razumevanje problemov mladih, zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pri soočanju s težavami obolelih za demenco v institucionalnem okolju ter raziskati njihove subjektivne izkušnje pri vsakodnevnem delu z obolelimi za demenco. V sklopu raziskave smo anketo o subjektivnih izkušnjah mladih pri delu z obolelimi za demenco faktorizirali in ugotovili, da obstajajo trije pomembni faktorji, ki opišejo delež pojasnjene variance (tabela 4). Faktorje smo prikazali in ugotovili, da so izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco v povprečju pozitivne. V povprečju so mladi odgovorili, da razumejo občutke obolelih za demenco, da jih delo z ljudmi z demenco veseli, ter da po končanem delovnem dnevu ohranijo pozitiven odnos do obolelih za demenco, za kar Skela-Savič in Hvalič Touzeryjeva (2014) menita da je pomembno, saj pozitivne klinične izkušnje vplivajo na kasnejše delo s starostniki.

Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi pri delu z obolelimi za demenco menijo, da je delo naporno, hkrati pa se pri svojem delu čutijo ogrožene. Sama čustvena vpletenost zaposlenih lahko privede do povečanega tveganja za nastanek izgorelosti na delovnem mestu. Podobno navajajo v svojih člankih avtorji Rodriguez (2011) ter Hvalič Touzeryjeva in Ramovš (2009), ki pravijo, da je delo zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi oseb z demenco čustveno in fizično naporno. Rodriguez (2011), ki je raziskoval kako čustva zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih starejših občanov vplivajo na dostojanstvo na delovnem mestu, je prišel do spoznanja, da čustvena vpletenost zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi večkrat pozitivno vpliva tako na zaposlene kot tudi na varovance. Vsakodnevna vključenost zaposlenih vpliva na to, da se zaposleni na oskrbovance čustveno navežejo, samo delo pa lahko pusti negativne posledice na njihovem zdravstvenem stanju. Na drugi strani pa zasledimo, da zaposlene delo z obolelimi za demenco veseli, kar v svojem članku navajata tudi Jenkins in Keenan (2016), ki pravita, da je delo z obolelimi za demenco izziv, pri katerem čutimo notranje zadoščenje.

Kot navaja Kobentar (2009) je potrebno pri osebah z demenco natančno opazovati njihovo zdravstveno stanje in natančno ocenjevati njihove sposobnosti, hkrati pa je potrebno upoštevati njihove individualne posebnosti. Za zagotovitev kakovostne zdravstvene obravnave oseb z demenco bi bilo potrebno zagotoviti, da so zaposleni pri svojem delu suvereni ter da imajo dovolj znanja in izkušenj. Rezultati naše raziskave so pokazali, da anketirani menijo, da imajo premalo znanja za delo z obolelimi za demenco. Zaskrbljujoč je tudi podatek, da anketirani neodločno ocenjujejo trditev o kompetentnosti za delo z osebami z demenco, kar je podobno rezultatom, ki jih je v svoji raziskavi pridobila Kobentar (2016). V tej dotični raziskavi zasledimo, da imajo zaposleni premalo kompetenc s področja vzpostavljanja odnosov in pri usklajevanju potreb obolelih z željami svojcev.

Zaposleni sicer navajajo, da jim je v delovnem okolju omogočeno izobraževanje s področja dela z obolelimi za demenco, vendar jim to ne zadošča za pridobitev suverenosti in kompetentnosti. Tudi Skela-Savič ter Hvalič Touzery (2014) sta v svoji raziskavi, ki je obravnavala 61 študentov zdravstvene nege ter 40 kliničnih mentorjev, raziskovali, kakšna stališča in mnenja imajo študentje zdravstvene nege ter klinični mentorji zdravstvene nege do dela s starostniki. Prišli sta do spoznanja, da imajo mladi na področju gerontologije pomanjkljivo znanje. Na tem mestu se nam zastavlja vprašanje, ali so samo izobraževanja dovolj, da postanejo zaposleni suvereni in kompetentni za opravljanje svojega dela. Zaposleni, ki delajo z osebami z demenco, bi se za to delo morali odločiti sami, oziroma bi morali imeti možnosti izbire. Zanimivo je, da delo z obolelimi za demenco ne ugaja vsem, saj se mladi v naši raziskavi strinjajo, da delo opravljajo tudi tisti zaposleni, ki jim delo z obolelimi za demenco ne odgovarja. Tudi avtorica Berset (2018) v svojem članku omenja, da imajo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi bolj negativen kot pozitiven odnos pri delu z obolelimi za demenco, s čimer se strinjata tudi Hvalič Touzeryjeva ter Skela-Savič (2014), ki povesta, da se pomanjkanje znanja pokaže na negativnem odnosu do starejših, s tem pa je delo s starejšimi manj kakovostno.

Ličen in soavtorji (2010) so v svoji raziskavi ugotavljali zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pri delu z obolelimi za demenco. Z analizo, ki je obsegala 69 anket so prišli, do ugotovitev, da zaposlenim največ neprijetnosti povzroča soočenje z agitacijo, agresivnostjo, paranojo, blodnjami, motnjami spanja, neustrezno verbalno

komunikacijo ter kričanjem. Kar nekaj teh simptomov so izpostavili tudi anketiranci v naši raziskavi. Ugotovili smo, da so za anketirance najbolj moteče osebe, ki se vedejo nasilno, so nemirne in tavajoče. Podobno v članku navaja Rodriquez (2011), kjer zasledimo, da se zaposleni, ki delajo z osebami, obolelimi za demenco, najpogosteje srečujejo z bolečinami, okužbami in fizičnim nasiljem s strani oskrbovancev.

Delo z osebami, obolelimi za demenco, je zahtevno, od zaposlenih zahteva veliko mero potrpežljivosti, znanja in komunikacijskih veščin. Z namenom, da bi preprečili, da bi delo pustilo negativne posledice na zdravju zaposlenih, je pomembno, da se zaposleni znajo učinkovito spoprijemati s stresom in delovnimi obremenitvami. Ugotovili smo, da ima večina mladih pri delu možnost individualnega pogovora z nadrejenimi. Hkrati se tudi večina mladih o težavah na delovnem mestu lahko pogovori s sodelavci in po končanem delu najde čas za sprostitev. Na tem mestu ima pomembno vlogo znanje in izobraževanje, saj kot navajajo Schepers in soavtorji (2012), prilagojeno izobraževanje za zaposlene, ki skrbijo za osebe, obbolele za demenco, izboljša kakovost obravnave teh oseb, hkrati pa zmanjša stres pri zaposlenih. Prav tako Schepersova in soavtorji (2012) menijo, da je bilo področje dela z obolelimi za demenco v preteklosti premalo raziskano, zato so mnenja, da bi s pomočjo izobraževanja SCIDS (Sense of Competence in Dementia Care Staff - občutek sposobnosti zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi za delo z obolelimi za demenco) pripomogli k povečanju znanja glede oseb, obolelih za demenco, povišala bi se stopnja kompetentnosti, enako pa bi se zgodilo s stopnjo samozavesti osebja pri delu z obolelimi za demenco. Glede na vse naštetu pa bi tako vplivali tudi na stopnjo kakovosti življenja obolelih za demenco.

V sklopu raziskave smo ugotavljali kateri od dejavnikov zares vplivajo na delo in težave zaposlenih. Zanimivo je, da se trajanje delovne dobe ali starost pri mladih nista izkazali za statistično značilna dejavnika. Vsi mladi so torej na vprašanja odgovarjali podobno, ne glede na starost in delovno dobo. Statistično značilne razlike v povprečjih odgovorov pa smo ugotovili pri dejavnikih organizacije dela v socialno varstvenih institucijah: upoštevanje mnenj zaposlenih s strani nadrejenih ima bistven vpliv na izkušnje, obvladovanje težav in mnenje o znanju in napornosti dela mladih. Naslednji dejavnik je bil možnost pogovora s sodelavci o težavah na delovnem mestu. Ta ima vpliv na boljše obvladovanje težav, zaradi česar lahko sklepamo, da je pogovor s sodelavci ključen

dejavnik za takojšnje obvladovanje in reševanje težav. Vpliva pogovora z nadrejenimi zaradi premajhnega števila odgovorov žal nismo mogli testirati.

Pomemben je bil tudi dejavnik tedenskih timskih sestankov v delovni organizaciji, ki ima vpliv na boljše izkušnje ter mnenje o znanju in napornosti dela. Zanimiv dejavnik pa je bil sprostitev po končanem delu, ki je po pričakovanjih vplival na boljše izkušnje pri bolnikih z demenco – tisti, ki se po končanem delu sprostijo (npr. rekreacija, družabne dejavnosti ali kako drugače), so verjetno pri delu z obolelimi za demenco bolj sproščeni in imajo zato boljše izkušnje z bolniki ter mnenje in empatijo do njih.

Zavedati se moramo tudi omejitve naše raziskave. Vprašalnik je bil nestandardiziran in nepreverjen. Vzorec, ki smo ga pridobili, je bil relativno majhen ($n=62$), a dovolj velik za izvedbo statistične analize pri iskanju večine dejavnikov vpliva na izločene faktorje. Izvedba statistične analize zaradi majhnega vzorca ni bila mogoča le pri enem dejavniku analize, kar pa še ne pomeni, da dani dejavnik ni vplival na faktorje. To bi morali preveriti tako, da bi še enkrat izvedli anketo z izboljšanim vprašalnikom in počakali na dovolj velik vzorec. Glavna omejitev raziskave je, da je vzorec zajemal le majhno regijo (Jesenice, Kranjska Gora), zaradi česar ne moremo posplošiti raziskave na druge regije oziroma celotno državo. Žal pa smo se pri raziskavi soočili tudi z neodzivnostjo nekaterih socialno varstvenih ustanov drugod po Sloveniji, zato dani vzorec ni reprezentativen za ostale regije.

V naši raziskavi smo prišli do spoznanja, da je velik problem na področju dela z obolelimi za demenco in starejšo populacijo predvsem pomanjkanje znanja pri mladih na področju gerontologije. Glede na to, da se število obolelih za demenco iz leta v leto drastično zvišuje, bo v bližnji prihodnosti potrebno razmisliti o nadaljnjih ukrepih glede dela z obolelimi za demenco, saj se trenutno mladi ne počutijo zadosti kompetentne za delo z njimi. Smiselno bi bilo večji poudarek na področju gerontologije in demence (predvsem komunikacije z obolelimi za demenco) izvesti že v srednji zdravstveni šoli. Menimo, da mladi po končani srednji šoli niso pripravljeni na delo z obolelimi za demenco, saj je zaradi pomanjkanja znanja večkrat prisoten tudi strah, kar pa privede do slabše kakovosti obravnave oseb, obolelih za demenco. Predlagamo tudi formalno izobraževanje na fakulteti v smislu specializacije za delo z obolelimi za demenco ter urjenje veščin komunikacije z osebami z vedenjskimi in psihičnimi zapleti demence. Glede že

zaposlenih v socialno varstvenih institucijah pa bi uvedli formalno izobraževanje v obliki specializacije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ter druge zaposlene v smislu delavnic ter predavanj. Vsak zaposleni bi moral svoje znanje o demenci redno obnavljati (npr. na dve leti). Seveda pa bi k boljši kakovosti obravnave obolelih za demenco pripomoglo tudi to, da bi vodilni zaposlenim v zdravstveni negi in oskrbi dajali izbiro, ali bi delali na oddelku z obolelimi za demenco ali ne.

4 ZAKLJUČEK

Delo z obolelimi za demenco je zaradi narave obolenja (težave pri komunikaciji, agresija, depresija, apatija...) za mlade zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi naporno, hkrati pa se mladi pri svojem delu večkrat počutijo ogrožene. Pri preprečevanju negativnih posledic za zdravje zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi je pomembno, da se zaposleni znajo spoprijeti s stresom in delovnimi obremenitvami. Večina mladih po končanem delovnem dnevu najde čas za sprostitev, imajo pa tudi individualno možnost pogovora z nadrejenim, kar menimo, da pomaga pri sprostitvi in izboljšuje delovno klimo med zaposlenimi. Kljub temu, da ima ne glede na težavnost dela z obolelimi za demenco večina anketirancev pozitivne izkušnje pri delu, pa v stik z obolelimi za demenco prihajajo tudi osebe, ki jim delo ne odgovarja. Zaposleni, ki delajo z osebami, obolelimi za demenco, bi se za to delo morali odločiti sami oziroma bi jim nadrejeni morali ponuditi možnosti izbire.

Število obolelih za demenco se iz leta v leto povečuje, zato je zelo pomembno, da se zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi v smeri demence redno izobražujejo. Od zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi delo z obolelimi za demenco zahteva veliko potrpežljivosti, znanja ter komunikacijskih veščin. Kljub temu, da je mladim v delovnem okolju omogočeno izobraževanje, pa se še vedno počutijo nesamozavestne in premalo kompetente za delo z obolelimi za demenco. Menijo tudi, da imajo na tem področju premalo znanja. S povečanjem znanja med zaposlenimi bi poskrbeli za bolj kakovostno oskrbo obolelih za demenco, hkrati pa zmanjšali stopnjo stresa med zaposlenimi.

Zaključimo lahko, da mladi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi razumejo občutke ljudi obolelih za demenco, čutijo empatijo in po končanem delovnem dnevu ohranijo pozitiven odnos do obolelih za demenco. Delo z obolelimi za demenco mladim predstavlja izziv, pri katerem čutijo notranje zadoščenje.

5 LITERATURA

Alzheimer's Society, n.d. *The progression of Alzheimer's disease and other dementias* [online] Available at: <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/how-dementia-progresses/progression-alzheimers-disease-dementia> [Accessed 20 October 2019].

Auer, S., Graessel, E., Viereckl, C., Kienberger, U., Span, E. & Luttenberger, K., 2015. *Professional Care Team Burden (PCTB) scale – reliability, validity and factor analysis*. [pdf] Health and Quality of Life Outcomes. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25881204> [Accessed 20 October 2019].

Berset, J., 2018. Settings matters: Associations of nurse's attitudes towards people with dementia. *Nursing open*, 6(1), pp. 155-161.

Bilban, M., 2018. Demenca. *Delo in varnost*, 2018(1), pp. 30-48.

Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E.B., 2012. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3(73), doi:10.3389/fneur.2012.00073.

Chertkow, H., Feldman, H.H., Jacova, C & Massoud, F., 2013. Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference in diagnosis of dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2013, doi: 10.1186/alzrt198.

Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljarič, M., Pregelj, P. & Stokin, G.B., 2013. Smernice za obravnavo pacientov z demenco. *VICEVERSA- glasilo Združenja psihatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu*, posebna izdaja, pp. 13-24.

Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljari, M., Pregelj, P. & Stokin, G.B., 2014. Smernice za obravnavo pacientov z demenco. *Zdravniški vestnik*, 83(7-8), pp. 497-503.

Emeršič, A. & Pirtošek, Z., 2013. Nastanek, razvoj in diagnostika alzheimerjeve bolezni. *Farmacevtski vestnik*, 64(3), pp. 191-200.

Filipovič Hrast, M., 2015. Oskrba starejših. In: M. Filipovič Hrast & V. Hlebec, eds. *Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost*. Ljubljana: Založba FDV, pp. 48-57.

Hvalič Touzery, S. & Ramovš, J., 2009. Oskrba dementnega človeka v družini. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 12(4), pp. 52-72.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2016. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM, verzija 6)*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Available at: http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf [Accessed 28 September 2019].

James, E.G. & Sadowsky, C.H., 2012. Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), pp. 367-382.

Jenkins, C. & Keenan, B., 2016. The nurse's role in caring for people with dementia. *Nursing times*, 112(27), pp. 20-23.

Kobentar, R., 2009. Zdravstvena nega pacienta z demenco. In R. Kobentar & P. Pregelj, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d.o.o., pp. 90-98.

Kobentar, R., 2016. Samoocena kompetentnosti pri delu z obolelimi za demenco. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: 9. mednarodna znanstvena konferenca. Bled, 9.junij 2016*. Bled: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 135-144.

Kobentar, R., Kogoj, A., Zorc Maver, D. & Skela-Savič, B., 2015. Ocena samostojnosti stanovalcev, obolelih z demenco, pri zagotavljanju temeljnih življenjskih potreb v domovih starejših v Ljubljani. *Zdravniški vestnik*, 84(7-8), pp. 544-552.

Kogoj, A., 2009a. Demenca. In R. Kobentar & P. Pregelj, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d.o.o., pp. 85-89.

Kogoj, A., 2009b. Demenca- javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. *JAMA-SI*, 17(9), pp. 251-252.

Košmelj, K., 2007. *Uporabna statistika*. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, pp. 145-62.

Ličen, S., Trobec, I., Čemažar, M. & Plazar, N., 2010. Demenca – izziv ali stiska zaposlenih v domovih za starejše. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 13-18.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. [pdf] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: https://www.gov.si/gone?url=http://mz.arhiv spletisc.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/25052016_Sr_trategija_obvladovanje_dememce.pdf [Accessed 27 Februar 2019].

Premuš Marušič, A. & Deberšek, K., 2015. Antidementivi in podporna terapija – kaj je dobro vedeti?. *Farmacevtski vestnik*, 66(1), pp. 9-11.

Ramovš, J., Rant, M., Ramovš, M., Grebenšek, T. & Ramovš, A., 2018. Družinski in drugi neformalni oskrbovalci v Sloveniji. *Kakovostna starost: revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 21(2), pp. 3-34

Robinson, L., Tang, E. & Taylor, J.P., 2015. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *The BMJ*, 2015, doi:10.1136/bmj.h3029.

Rodriguez, J., 2011. "It's a Dignity Thing": Nursing Home Care Workers' Use of Emotions. *National Institutes of Health*, 26(2), pp. 14-15.

Savšek, L., 2018. Kaj je demenca ter kako jo prepoznamo in ločimo od drugih bolezenskih stanj. In: V. Vodišek Razboršek & B. Prtenjak, eds. *Demenca med nami: zbornik predavanj in delavnic. Dom starejših Šentjur, 2017-2018*. Šentjur: Program izobraževanja in osveščanja za obvladovanje demence, pp. 7-11.

Schepers, A.K., Orrell, M., Shanahan, N. & Spector, A., 2012. Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. *International Psychogeriatrics*, 24(7), pp. 1153-1162.

Skela-Savič, B. & Hvalič Touzery, S., 2014. Znanja in stališča študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev do dela s starostniki. *Zdravniški vestnik*, 83(2), pp. 102-114.

Velikonja, I., Kersnik, J., Oštir, A., Tovornik, M., Zupančič, H. & Kurtin, H., 2010. *Vedenjske spremembe pri demenci, psihične spremembe pri demenci. Naj ostanejo takšni, kot jih poznamo*. Ljubljana: Janssen-Cilag, Podružnica, pp. 7-12.

World Health Organization, 2017. *Dementia*. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> [Accessed 28 September .2019]

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Sem Nina Frank, absolventka študijskega programa prve stopnje Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo z naslovom *Subjektivne izkušnje mladih pri delu z obolelimi za demenco pod mentorstvom doc. dr. Radojke Kobentar.*

Z vprašalnikom želim ugotoviti širše razumevanje problemov pri mladih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pri soočanju s težavami obolelih oseb z demenco v institucionalnem okolju - ter kakšne so subjektivne izkušnje mladih zaposlenih v domovih za starejše pri vsakodnevnem delu z obolelimi.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno ter anonimno, podatki pa bodo uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela.

Za Vaše sodelovanje se iskreno zahvaljujem!

Nina Frank

1. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI (obkrožite en sam odgovor)

1. Spol:

- a) Ženski
- b) Moški

2. Starost: _____ (let)

3. Delavno mesto:

- a) Gospodinja
- b) Bolničar negovalec
- c) Tehnik zdravstvene nege
- d) Diplomirana medicinska sestra
- e) Magister/ica zdravstvene nege

4. Delavna doba: _____ let

2. SKLOP: ORGANIZACIJA DELA

V nadaljevanju so podane izjave o organiziranosti v delovni organizaciji. Vsako izjavo pozorno preberite in označite, ali drži oziroma ne drži.

Oznaka trditve	TRDITEV	1- Drži	2- Ne drži
1	Ali se v Vaši organizaciji izvaja zunanji nadzor?		
2	Ali se v Vaši organizaciji izvaja notranji nadzor?		
3	V delovni organizaciji se izvajajo tedenski timski sestanki.		
4	Nadrejeni mi omogočajo udeležitve izobraževanj.		
5	V delovni organizaciji mi je bilo omogočeno izobraževanje o validaciji.		
6	Ob težavah pri delu imam možnost individualnega pogovora z nadrejenimi.		
7	S sodelavci se lahko pogovorim o težavah na delovnem mestu.		
8	Svoje delo opravljam v prijateljskem vzdušju.		
9	V delavni organizaciji nadrejeni upoštevajo moje mnenje, predloge.		
10	Sodelavci cenijo moje delo.		
11	V delovni organizaciji imamo zapisane standarde dela v zdravstveni negi, ki so dostopni vsem zaposlenim v zdravstveni negi.		
12	V instituciji se prirejajo predavanja o demenci za svojece ter zaposlene (Alzheimer caffè).		
13	Zaradi narave dela med zaposlenimi prihaja do izgorevanja.		

Oznaka trditve	TRDITEV	1- Drži	2- Ne drži
14	Menim, da so potrebni višji kadrovske normativi za kakovostnejše izvajanje delovnih nalog.		
15	Po končanem delu najdem čas za sprostitev.		

3. SKLOP: IZKUŠNJE MLADIH PRI DELU Z OBOLELIMI ZA DEMENCO

Od 1 do 5 ocenite posamezno trditev: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/ niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam

Oznaka trditve	Trditev	Se sploh ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam/niti se strinjam	Se strinjam	Se zelo strinjam
1	O stanovalcih imam pogosto premalo podatkov o njihovih željah, navadah.	1	2	3	4	5
2	Med delom imam zadosti časa, da se posvetim stanovalcu (pogovor, izpolnitev želja).	1	2	3	4	5
3	Stanovalcem obolelim za demenco ponudim možnost izbire (kaj obleči, kaj delati).	1	2	3	4	5
4	Do stanovalcev obolelih za demenco čutim empatijo.	1	2	3	4	5
5	Razumem občutke oseb, obolelih za demenco .	1	2	3	4	5
6	Izguba sposobnosti komunikacije pri osebah z demenco me moti.	1	2	3	4	5
7	Osebe, ki imajo ponavljajoča vprašanja, me nervirajo.	1	2	3	4	5
8	Osebe, obolele za demenco, ki imajo vedenjske simptome (nasilno vedenje, nemir, tavanje), me večkrat izčrpajo.	1	2	3	4	5
9	Pri delu z stanovalci, obolelimi za demenco se večkrat počutim nemočnega.	1	2	3	4	5
10	Delo z osebami, obolelimi za demenco, me veseli.	1	2	3	4	5
11	Po končanem delovnem dnevu ohranim pozitiven odnos do obolelih za demenco.	1	2	3	4	5

Oznaka trditve	Trditev	Se sploh ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam/niti se strinjam	Se strinjam	Se zelo strinjam
12	Za delo z obolelimi za demenco se počutim zadosti kompetentnega.	1	2	3	4	5
13	V stik z obolelimi za demenco prihajajo tudi zaposleni, ki jim delo z obolelimi za demenco ne odgovarja.	1	2	3	4	5
14	O sami demenci in delu z obolelimi za demenco vem veliko, zato ne rabim dodatnih izobraževanj.	1	2	3	4	5
15	Menim, da delo z obolelimi za demenco ni naporno.	1	2	3	4	5
16	Pri delu z osebami obolelimi za demenco se počutim ogroženega	1	2	3	4	5