



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

KOMUNIKACIJA MEDICINSKIH SESTER Z OSEBAMI Z DEMENCO

COMMUNICATION OF NURSES WITH PERSONS WITH DEMENTIA

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Maja Oblak

Jesenice, maj, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Katji Pesjak za hitro odzivnost, ustrežljivost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki doc. dr. Radojki Kobentar za strokovno pomoč in za prave usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala lektorici Kaji Otovič, univ. dipl. spl. jez., za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini, ki me je spodbujala v času študija in pisanja diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Demenca predstavlja svetovni zdravstveni problem, saj zdravilo za bolezen ni poznano, zdravijo se lahko le simptomi. Je progresivna, ireverzibilna in kronična bolezen, ki poslabšuje kognitivne sposobnosti. Komunikacija z osebami z demenco je pogosto težka in naporna, saj imajo prizadete možganske funkcije mišljenja, spomina, sporočanja in razumevanja.

Cilji: Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako poteka komunikacija med medicinskimi sestrami in osebami z demenco ter kako medicinske sestre pridobivajo znanja o komunikaciji z osebami z demenco.

Metoda: Empirični del temelji na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. V ciljno populacijo smo vključili srednje in diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v domovih za ostarele. Vzorec je obsegal 100 medicinskih sester (realizacija vzorca je 72 %). Za statistično analizo smo uporabili opisno in bivariatno statistiko. Najprej smo uporabili opisno statistiko, kjer smo uporabili frekvence, odstotke, najmanjšo in največjo vrednost ter povprečno vrednost. Bivariatne metode smo uporabili glede na to, ali bomo iskali povezanosti ali razlike. Uporabili smo Shapiro-Wilkov test, Pearsonov korelacijski koeficient, hi-kvadrat test; pri podatkih, ki niso bili normalno porazdeljeni, smo uporabili Kruskal Wallis test in Mann-Whitney U-test. Statistično značilnost smo upoštevali pri $p < 0,05$, podatke smo obdelali v programu SPSS, verzija 22.0.

Rezultati: Medicinske sestre se zavedajo, da je komunikacija z osebami z demenco naporna (PV = 3,81; SO = 1,070), zavedajo se pomembnosti ustreznih načinov komunikacije z osebami z demenco in vedo, da imajo osebe z demenco specifične lastnosti in potrebe v komunikacijskem odnosu. Neustrezna komunikacija z osebami z demenco se najpogosteje pojavlja na področju neverbalne komunikacije ($U = 1,778,500$, $p = 0,004$), je pa komunikacija odvisna tudi od izobrazbe in delovne dobe. Na področju izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco se kaže nizek delež udeleženstva. Kar 43,1 % anketiranih se izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco še ni udeležilo.

Razprava: Glede na rezultate naše raziskave vidimo, da se medicinske sestre zavedajo, da je komunikacija z osebami z demenco naporna, zavedajo se pomembnosti ustreznih načinov komunikacije z osebami z demenco in vedo, da imajo osebe z demenco specifične lastnosti in potrebe v komunikacijskem odnosu. Anketirani sicer imajo izkušnje z različnimi komunikacijskimi tehnikami in pristopi za delo z osebami z demenco, so pa v času šolanja pridobili premalo znanja. Zato je izobraževanje medicinskih sester ključnega pomena za izvajanje zdravstvene nege danes in v prihodnosti. Potrebna bi bila specialna znanja za zdravstveno nego oseb z demenco.

Ključne besede: demenca, komunikacija, znanje medicinskih sester, izobraževanje

SUMMARY

Background: Dementia is a worldwide health problem, as the cure for the disease is unknown, and only symptoms can be treated. It is a progressive, irreversible, and chronic condition that impairs cognitive performance. Communicating with people with dementia is often difficult and arduous as the brain functions of thinking, remembering, communicating, and understanding are affected.

Goals: The purpose of this diploma thesis was to establish the nature of communication between nurses and people with dementia and how nurses acquire knowledge about communication with people with dementia.

Methods: The empirical part is based on the descriptive method of quantitative research. A questionnaire was used to collect data. The target population included assistant nurses and registered nurses working in nursing homes. The sample consisted of 100 nurses (72% response rate). Descriptive and bivariate statistics were used for statistical analysis. We first used descriptive statistics: frequencies, percentages, minimum and maximum values, and means. Bivariate methods were employed to determine correlations or differences. The Shapiro-Wilk test, Pearson correlation coefficient, and Chi-square test were used; for data that were not normally distributed, we used the Kruskal Wallis test and the Mann-Whitney U-test. Statistical significance was set at the $p < 0.05$ level, data were processed with SPSS version 22.0.

Results: Nurses are aware that communication with people with dementia is strenuous ($M = 3.81$; $SD = 1.070$), are aware of the importance of appropriate ways of communicating with people with dementia, and know that people with dementia have specific characteristics and communication needs. Inappropriate communication with people with dementia most often occurs in the field of non-verbal communication ($U = 1,778,500$, $p = 0.004$), but communication also depends on educational level and years of employment. Trainings in the area of communication with people with dementia were poorly attended. As many as 43.1% of responded had not yet attended training on communication with persons with dementia.

Discussion: Based on our research results, nurses are aware that communication with people with dementia is strenuous, they are aware of the importance of appropriate ways of communicating with people with dementia, and they know that people with dementia

have specific characteristics and communication needs. Respondents have experience in different communication techniques and approaches to work with people with dementia but have acquired little knowledge during their studies. Therefore, nursing education is crucial to the delivery of nursing care today and in the future. Specialized knowledge on caring for people with dementia is required.

Key words: dementia, communication, nurses' knowledge, education

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 FAZE DEMENCE	3
2.2 OBLIKE DEMENCE.....	4
2.3 KOMUNIKACIJA MEDICINSKIH SESTER Z OSEBAMI Z DEMENCO.....	6
2.3.1 Znanje medicinskih sester o komuniciranju z osebami z demenco	8
3 EMPIRIČNI DEL	10
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	10
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	10
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	11
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	11
3.3.2 Opis merskega instrumenta	11
3.3.3 Opis vzorca.....	13
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	16
3.4 REZULTATI.....	16
3.5 RAZPRAVA	29
4 ZAKLJUČEK	34
5 LITERATURA.....	36
6 PRILOGE.....	43
6.1 INSTRUMENT.....	43

KAZALO SLIK

Slika 1: Starost anketiranih.....	15
Slika 2: Delovna doba anketiranih.....	15
Slika 3: Število izobraževanj, ki so se jih anektirani udeležili na temo komunikacije z osebami z demenco.....	28

KAZALO TABEL

Tabela 1: Cronbach alfa koeficient za sklope trditev.....	13
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih medicinskih sester	14
Tabela 3: Stališča medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco glede na ustanovo zaposlitve.....	17
Tabela 4: Počutje anketiranih pri komuniciranju z osebo z demenco	19
Tabela 5: Ovire, s katerimi se anketirani srečujejo pri komunikaciji z osebo z demenco	19
Tabela 6: Neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco glede na ustanovo zaposlitve anketiranih.....	20
Tabela 7: Neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco glede na spol anketiranih.....	22
Tabela 8: Neustrezna komunikacija anketiranih z osebami z demenco glede na pogostost srečevanja z osebami z demenco pri delu.....	23
Tabela 9: Izkušnje anketiranih z osebami z demenco.....	24
Tabela 10: Izkušnje anketiranih z osebami z demenco glede na izobrazbo	25
Tabela 11: Povezanost med izkušnjami anketiranih z osebami z demenco in delovno dobo anketiranih	25
Tabela 12: Izkušnje in usposobljenost za komunikacijo z osebami z demenco	26
Tabela 13: Leto udeležitve zadnjega izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco	28

1 UVOD

Kogoj, et al. (2012) so demenco opredelili kot proces, ki napreduje kronično in s tem prizadene kognitivne sposobnosti posameznika in možgane. Med kognitivne sposobnosti se uvrščajo govor, spomin, izvršna sposobnost in vidno-prostorska sposobnost. Kognitivnemu upadu se pridružijo tudi psihične (halucinacije, blodnje) in vedenjske spremembe (apatija, čustvena otopelost) (Darovec, et al., 2013). Bolezen se razvija in traja različno dolgo. Od prvih znakov bolezni do smrti lahko preteče tudi dvajset let (Kogoj, et al., 2012). V diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj je demenca opredeljena kot organska duševna motnja, poznanih pa je kar 200 različnih oblik demence (Kobentar, 2014). Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije ima demenco od 5 do 8 oseb od 100 oseb, starih nad 60 let (World Health Organization (WHO), 2017). Delež oseb z demenco pa naj bi z leti še naraščal. Leta 2030 napovedujejo na svetovni ravni 82 milijonov posameznikov z demenco, leta 2050 pa kar 152 milijonov. V Sloveniji je oseb z demenco več kot 32.000 (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017).

Med dejavnike, ki vplivajo na pojav demence, uvrščamo starost, možgansko kap oziroma več možganskih kapi, Alzheimerjevo bolezen, visok krvni tlak, diabetes, aterosklerozo, genetiko, kajenje, poškodbo glave in Downow sindrom (National Institute of Health, et al., 2017). Demenco je težko diagnosticirati. Za diagnozo je potreben obstoj najmanj dveh duševnih motenj ali disfunkcij, ki posamezniku omejujeta osnovne življenjske aktivnosti.

Za diplomsko delo z vsebino o komunikaciji medicinskih sester z osebami z demenco smo se odločili, ker število oseb obolenih za demenco narašča. Ker je komunikacija z osebami z demenco otežena in pogosto neustrezna, bomo v diplomskem delu ugotavljali, na kakšen način medicinske sestre komunicirajo z osebami z demenco ter kako prilagajajo tehnike komuniciranja glede na stadij bolezni. Namreč, komunikacijske veščine in izobraževanje o demenci so bistvenega pomena za uspešno delo vseh strokovnjakov v zdravstveni negi (Eggenberger, et al., 2013).

2 TEORETIČNI DEL

Kavčič (2015) navaja, da je demenca progresivna, ireverzibilna in kronična bolezen, ki poslabšuje kognitivne sposobnosti. Demenco spremljajo razni simptomi, kot so sprememba razpoloženja, vedenja in osebnostnih lastnosti. Demenca se glede na vzrok nastanka deli na primarno in sekundarno demenco. Glede na vzrok delimo demence na primarne in sekundarne. Sekundarne demence se razvijejo kot posledica drugih bolezni (bolezni presnove, depresija, pomanjkanje vitaminov, zastrupitev, itd.). V primeru sekundarnih demenc lahko z zdravljenjem osnovne bolezni odpravimo tudi simptome in znake, na podlagi katerih sklepamo na demenco. V primeru primarnih demenc pa so možgani neposredno prizadeti in bolezen ni ozdravljiva. Primarne demence delimo na degenerativne (npr. Alzheimerjeva bolezen, ki je najpogostejši vzrok demenc), vaskularne in demence mešanih oblik (degenerativne in vaskularne skupaj) (Lipar, 2010). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije je na svetu približno 47,5 milijonov oseb z demenco, v Evropi pa okoli 9 milijonov.

Gregorič-Kramberger (2017) navaja, da demenca predstavlja svetovni zdravstveni problem, saj zdravilo za bolezen ni poznano, zdravijo se lahko le simptomi. Večji poudarek se namenja razvoju postopkov za zniževanje tveganja za razvoj bolezni, pravočasni postavitvi diagnoze ter zgodnjemu ukrepanju. Darovec, et al. (2013) navajajo, da zdravljenje demence poteka simptomatsko in preventivno, kjer se uporabljajo farmakološki in nefarmakološki ukrepi. Farmakološko se uporabljajo kognitivni modulatorji (antagonisti receptorjev NMDA, zaviralci acetilholinesteraze), ki zavirajo napredovanje upadanja spomina in pojav motenj. Med nefarmakološke ukrepe se uvrščajo vzdrževanje pacientovih sposobnosti na podlagi umske, telesne in socialne aktivnosti, podpore pri dnevnih aktivnostih, prilagoditev okolja pacientu z demenco in opolnomočenje svojcev in negovalcev v krogu družine o bolezni in skrbi za obolelega.

Demenco v kliničnem okolju spremljamo na podlagi nevroloških, psihopatoloških in funkcionalnih simptomov, ki se opazno razlikujejo med posameznimi pacienti. Simptomi demence vplivajo na pacientovo samostojnost in možnost odločanja, zato

imajo pacienti lahko že v zgodnji fazi demence težave pri zadovoljevanju življenjskih potreb in vsakodnevnem delovanju (Kobentar, 2011b).

V National Institute of Aging (2015) so med značilne osebnostne in vedenjske spremembe, ki spremljajo paciente z demenco, uvrstili depresijo, agresijo, tavanje, haluciniranje, skrivanje stvari, miselnost, da pacientom nekdo skriva ali krade stvari, napačno interpretiranje povedanega, opuščanje skrbi za urejenost in pomanjkanje zanimanja in motivacije za dogajanje v okolju. V določeni fazi osebe z demenco postanejo bolj občutljivi na različne dejavnike, oteži in omeji se njihova sposobnost komunikacije in razumevanja, velikokrat osebe z demenco interpretirajo kode znake in simbole drugače, kot je naučeno in družbeno sprejemljivo, prav tako pa se ob napredovanju bolezni spremeni interpretacija videnega.

Družinski člani se velikokrat težko sprijaznijo in spoprimejo z diagnosticirano demenco, pri tem pa se spopadajo z različnimi občutki, kot so jeza, žalost, sram ali strah. Pred diagnozo si včasih zaradi omenjenih občutkov svojci zatiskajo oči in mislijo, da se bo stanje obolelega družinskega člana izboljšalo. Nekatere osebe z demenco se v začetni fazi zavedajo svoje bolezni in njenih težav, kar lahko vpliva na odnose z družinskimi člani. Pogosto so osebe z demenco občutljive na zahteve družinskih članov, kar zvišuje napetost v odnosih med družino (Gendron, 2015; Schpolarich, 2016).

2.1 FAZE DEMENCE

Mravljak-Andoljšek (2015) navaja, da ima v zgodnji fazi demence posameznik težave s pozornostjo, pozabljanjem imen in poznavanjem jezika. Znaki demence so v začetni fazi lahko podobni znakom duševnih bolezni ali motenj. Tako pri depresiji kot tudi pri demenci se pojavljata depresivno razpoloženje in razdražljivost (Bilban, 2018). Bilban (2018) razlaga, da osebe z demenco kažejo manj zanimanja za dogajanje v okolici. Osebe z demenco lahko postanejo pretirano površne ali natančne. V zelo zgodnji fazi se že lahko pojavijo težave s spominom. Osebe z demenco se pogosteje spominijo doživetij iz zgodnejšega življenjskega obdobja, vendar jih pogosto neustrezno časovno razporedijo. Težave se pojavijo pri kratkoročnem spominu, saj posamezniki pogosto pozabljajo imena ali založijo predmete. Osebe z demenco imajo kasneje tudi težave pri

komuniciranju, saj težko najdejo določene besede ali jih celo izpustijo, ob tem se jim pogosto zniža samospoštovanje, postanejo razdražljivi, jezni in depresivni, saj tudi sami opazijo pešanje umskih sposobnosti in pozabljivost.

Težave s spominom se pojavijo v srednji fazi demence. Naloge, ki jih je posameznik opravljal z lahkoto, nenadno predstavljajo vse večji napor. Oslabi se tudi sposobnost presoje in razumevanja. Zmanjša se besedni zaklad, pojavijo se tudi težave pri pisanju in branju. Osebe z demenco imajo pogoste izbruhe jeze, ki so lahko posledica slušnih in vidnih halucinacij ali pa le dogajanj v vsakodnevnem življenju. V srednji fazi se pojavi tudi čustvena labilnost (Bilban, 2018).

Posamezniki so v pozni fazi demence popolnoma odvisni od pomoči drugih, saj ne prepoznajo sebe ali bližnjih, komunikacija pa je zelo okrnjena. Pojavijo se težave z inkontinenco, s požiranjem hrane in pogosto posamezniki postanejo nepokretni. V zadnji fazi se pojavijo globalna motnja spomina, dezorientiranost, zmedenost, sumničavost, postavljanje istih vprašanj, motnje spanja in nemir. Osebam z demenco mora biti zagotovljen stalen nadzor (Muršec, 2012; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, n.d).

2.2 OBLIKE DEMENCE

Kogoj in Ličina (2013) navajata, da je poznanih več oblik demenc. Najpogosteje se pojavlja Alzheimerjeva bolezen, ki jo opisujeta kot primarno degenerativno možgansko bolezen neznane etiologije z značilnostjo nevropatoloških in nevrokemičnih posebnosti. Redko se pojavlja avtosomna dominantna dednost bolezn. Alzheimerjeva bolezen se pogosto razvija enakomerno in počasi, razvija pa se lahko tudi deset let. Alzheimerjeva bolezen predstavlja 50 - 60 % vseh demenc. Pri diagnosticiranju Alzheimerjeve bolezn. so glavne spremembe zmanjšana presnova v parietotemporalnem delu možganov, atrofija hipokampusa oziroma medialnega senčnega režnja, posledično pa tudi atrofija možganske skorje. Pri diagnozi se določa tudi koncentracija amiloidne beljakovine beta v likvorju.

Na drugem mestu je s 15 - 25 % pogostostjo pojavnosti demenca z Lewijevimi telesci, ki je kombinacija Alzheimerjeve in Parkinsonove bolezni. Je hitro napredujoča, smrt lahko nastopi v manj kot desetih letih. Simptomi bolezni nihajo od skoraj neopaznih do zelo izraženih. Med simptome se uvrščajo nevrološki znaki, težave s spominom, huda nespečnost in motena pozornost, upočasnjenost, značilna obrazna mimika, tresavica okončin, depresivni simptomi ter vidne in slušne halucinacije. Za bolezen so značilni tudi ponavljajoči se padci brez vzroka in izguba zavesti za kratek čas (Felc, 2015).

Ovčar Štante, et al. (2017) navajajo, da petino vseh demenc predstavlja vaskularna (žilna) demenca. Med tveganja za nastanek vaskularne demence se uvrščajo starost, sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija in ateroskleroza, ki so sprožilci raznolikih dogodkov v patogenezi kognitivne okvare. Diagnoza ni enostavna, lahko se postavi na podlagi upoštevanja upada spoznavnih sposobnosti, prisotnosti možgansko-žilnih bolezni in jasne povezave med njima. Pri diagnozi uporabljajo slikovne preiskave in nevropsihološko testiranje. Primarna preventiva je nepomembnejša pri zdravljenju vaskularne demence.

Frontotemporalna ali Pickova demenca se lahko pojavi od 35. do 75. leta in predstavlja 7 % vseh demenc. V 40 % je frontotemporalna demenca dedna. Med prve simptome omenjene demence se uvršča motnja govora. Posamezniki s frontotemporalno demenco težko najdejo pravo besedo, uporabljajo vse manj besed, v zadnji fazi pa sploh nič več ne govorijo. Med simptome frontotemporalne demence uvrščamo tudi spremembe pri osebnostnih in socialnih veščinah, posamezniki lahko razvijejo nove oblike vedenja (npr. drgnjenje rok, ploskanje, kraja itd.), lahko spremenijo tudi prehranjevalne navade (Pišljarič, 2014).

Kobentar (2011a) navaja, da lahko nastopi demenca tudi zaradi Jakob-Creutzfeldove bolezni, ki se pojavi v srednjih letih in starosti ter ima smrtni izid v 1–2 letih. Pri omenjeni bolezni nevroni v možganski skorji začnejo propadati, kar se kaže z nevrološkimi zapleti (epileptični napadi) in z vedenjskimi motnjami.

Dedna motnja v delovanju možganov je Huntingtonova bolezen. Je degenerativna bolezen, ki nastane zaradi izgube celic v predelu možganov (bazalni gangliji). Bolezen sčasoma zajame določene dele možganov in hrbtenjače. Pojavi se med 30. in 50. letom, napreduje razmeroma počasi, smrt nastopi v 15 letih. Med simptome Huntingtonove bolezni uvrščamo oslabele miselne sposobnosti (presojanje, premišljevanje, spomin), oslabele gibe in oslabele čustveno obvladovanje (Kobal, 2011).

2.3 KOMUNIKACIJA MEDICINSKIH SESTER Z OSEBAMI Z DEMENCO

Roljić in Kobentar (2017) navajata, da je komunikacija z osebami z demenco pogosto težka in naporna, saj imajo prizadete možganske funkcije, ki so odgovorne za sporočanje in razumevanje. Glede na podatek, da je v Sloveniji pacientov oz. oseb z demenco več kot 32.000, je jasno, da se medicinske sestre pogosto srečujejo z osebami z demenco (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017). Demenca je kompleksna bolezen, ki se v času spreminja. Če želijo medicinske sestre, ki se srečujejo z osebami z demenco, nuditi optimalno zdravstveno nego, morajo obvladati različne tehnike komunikacije ter jih prilagajati glede na zdravstveno stanje osebe z demenco.

Muršec (2012) razlaga, da je komunikacijo treba prilagoditi osebi z demenco, saj če z njo komuniciramo na enak način kot z zdravo osebo, lahko pri oboleli osebi povzročimo vznemirjenost, nezaupanje, dvom in strah. Informacije moramo posredovati kratko, jasno in razumljivo, uporabljati moramo besede, za katere vemo, da jih obolela oseba že pozna. Stavke ne zaključujemo namesto njih oziroma le v primeru, ko točno vemo, kaj je oseba želela povedati ali nas le-ta prosi za pomoč. Oseb z demenco med pogovorom ne opozarjamo na napake in jih ne popravljamo, na odgovor osebe pa počakamo mirno. K osebi z demenco, s katero želimo komunicirati, pristopamo s sprednje strani, spodbujamo neverbalno komunikacijo in ohranjamo njihovo dostojanstvo (Alzheimer's Association, 2020).

V zgodnji fazi demence se pojavijo težave v komunikaciji, in sicer osebe z demenco težje sodelujejo pri pogovoru, se ponavljajo in imajo težave pri uporabi ustreznih besed ali besednih zvez. Pri komunikaciji v zgodnji fazi demence pazimo, da ne izključujemo osebe iz pogovora, prav tako moramo biti pozorni na čas in pogovor z osebo z demenco ter na način komunikacije (Alzheimer's Association, 2020). Milošević Arnold (2011) navaja, da moramo v prvi fazi demence v komunikaciji sprejemati ugotovitve osebe; se osredotočiti na osebo in ne razmišljati o drugih stvareh; se osebe dotakniti, če menimo, da si oseba tega želi; vprašati, kdaj je najhujše, kako to občutijo; jih nagovarjati bolj posplošeno, da jih umirimo; uporabljati vprašalnice, kot so kaj, kako, koliko, kje, kdo, povedati kaj o sebi (gradnja zaupanja) in vprašati, ali je bilo včasih bolje ali slabše.

Srednja faza demence je najdaljša in lahko traja več let. V tej fazi osebe z demenco težko vzpostavijo komunikacijo, zato mora biti komunikacija v mirnem prostoru, jasna, počasna, potrpežljiva in tudi neverbalna (Alzheimer's Association, 2020). Milošević Arnold (2011) navaja, da moramo pri komunikaciji z osebo v drugi fazi demence upoštevati ponavljanje besed in celih stavkov, moramo se osredotočiti na osebo, ugotoviti moramo povezavo med vedenjem in potrebo, vzpostaviti očesni stik, poimenovati in nagovarjati občutke, se osebe dotakniti in pozornost usmeriti na ključne besede.

V tretji fazi demence Milošević Arnold (2011) pripisuje poudarek spoznavanju, dotiku, očesnemu stiku, glasu, ki izraža naklonjenost, uporabljanju zaimkov (tisti, tisto) ter zagotavljanju občutka varnosti.

Da zagotovimo kakovostno komunikacijo z osebami z demenco, morajo biti zdravstveni delavci za komuniciranje ustrezno usposobljeni ter seznanjeni s tehnikami komunikacije. Zdravstveni delavci namreč pomembno pripomorejo k vzpostavljanju pozitivne komunikacije in dobremu počutju oseb z demenco (Eggenberger, et al., 2013). Komel in Koprivšek (2017) navajata, da se za umirjanje osebe z demenco, ki kaže agresivno vedenje, uporabi tehnika umirjanja z besedami oziroma deeskalacijska tehnika komunikacije. Pomembno je, da agresivno osebo z demenco pomirimo z

besedami, s spomini na varno okolje in jim hkrati nudimo občutek varnosti, pri tem pa je treba izolirati lastna čustva in ignorirati provokacije.

Mali, et al. (2011) navajajo, da je za osebe z demenco pogovor, ki temelji na besedah, težaven, saj imajo pogosto besede v njihovem razumevanju drugačen pomen. Misli oseb z demenco so velikokrat nepovezane, besede nerazumljive in govorno sporazumevanje oteženo. Pomembno je, da se osredotočamo na občutke oseb z demenco, ustvarimo ozračje, v katerem se oba sogovornika dobro počutita, poskrbimo, da se oseba z demenco počuti sprejeto, varno in je v središču odnosa.

Van Hulsen (2010) navaja, da je Naomi Feil razvila posebno metodo komunikacije z osebami z demenco, ki jo je poimenovala empatično razumevanje ali validacija, kar pomeni, da se oseba z demenco validira v njenem doživljanju. Komunikacija po Naomi Feil omogoča komuniciranje med osebo z demenco, svojci in zdravstvenimi delavci. Izredno pomembno je vedeti, da se je tehnike komunikacije mogoče naučiti. Za vsako fazo demence se uporabljajo tehnike, ki so prilagojene posameznim fazam, nekatere tehnike pa se uporabljajo v vseh fazah. Med tehnike validacije po Naomi Feil se uvrščajo centriranje, uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed, ponavljanje, uporaba ekstremov, predstavljanje nasprotij, spominjanje, vzpostavljanje očesnega stika, večpomenskost, ustreznost glasu glede na situacijo, zrcaljenje, razumevanje oseb z demenco, prepoznavanje in uporaba prednostnega čutila, dotiki in uporaba glasbe (Van Hulsen, 2010).

2.3.1 Znanje medicinskih sester o komuniciranju z osebami z demenco

Več avtorjev (Maureen, 2017; Banovic, et al., 2018; Dementia Care Central, 2019) poudarja, da je komunikacija z osebami z demenco pogosto neverbalna, zato bi se medicinske sestre morale zavedati, kaj sporočajo njihova obrazna mimika, govornica telesa in dejanja. Medicinske sestre z dobrimi neverbalnimi komunikacijskimi veščinami vzpostavijo stik z očmi in pokažejo, kaj od osebe z demenco zahtevajo. Na primer, če pacientu pomaga, da si obleče majico, mora medicinska sestra pacientu pokazati srajco, medtem ko mu razloži svoje namene. Vzdrževati mora miren,

neagresiven pristop, izogibati se mora pogovoru s pacientom z obrnjenim hrbtom in preprečevati prekinitve pogovora. Najpomembneje je, da so medicinske sestre mirne. Omenjeni pristopi sporočajo skrb in zanimanje za pacienta (Maureen, 2017).

Kobentar (2011b) navaja, da so zdravstveni delavci pogosto v stiski zaradi pomanjkanja specifičnih znanj obravnave osebe z demenco, zato rutinirana nega nima pravega učinka. Holmerova, et al. (2016) navaja, da morata strokovni kader in zdravstveno osebje pri osebi z demenco uporabljati pozitiven pristop, ki se osredotoča na osebo z demenco. V ta namen je treba zdravstveno osebje usposobiti in jim dati možnost za pridobivanje znanja, spretnosti in vedenja, s katerimi bodo sposobni implementirati orodja, ki bodo osebam z demenco in njihovim svojcem omogočila najboljšo možno obravnavo. Kakovostna obravnava in individualna ter koordinirana obravnava osebe z demenco je ena izmed pravic, opredeljenih v Glasgowski deklaraciji (World Health Organization, 2015). Collier, et al. (2015) navajajo, da je v obstoječih izobraževalnih visokošolskih programih na področju zdravstvene nege na temo demence zelo malo izobraževanj. Ravno izobraževanje medicinskih sester in na dokazih podprta praksa sta bistvenega pomena za kakovostno obravnavo oseb z demenco.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako poteka komunikacija med medicinskimi sestrami in osebami z demenco ter kako medicinske sestre pridobivajo znanja o komunikaciji z osebami z demenco.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti stališča medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco,
- ugotoviti, na katerem področju se po oceni medicinskih sester najpogosteje pojavlja neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco glede na demografske značilnosti medicinskih sester,
- spoznati izkušnje medicinskih sester s komunikacijo z osebami z demenco glede na izobrazbo in delovno dobo medicinskih sester,
- ugotoviti pogostost izobraževanj medicinskih sester za izboljšanje komunikacije z osebami z demenco.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za namen raziskovanja smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšna so stališča medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco?
2. Kje se po oceni medicinskih sester najpogosteje pojavlja neustrezna komunikacija v komunikaciji z osebami z demenco glede na demografske značilnosti medicinskih sester?
3. Kakšne izkušnje s komunikacijo z osebami z demenco imajo medicinske sestre glede na njihovo izobrazbo in delovno dobo?
4. V kolikšni meri se medicinske sestre udeležujejo izobraževanj za izboljšanje komunikacije z osebami z demenco?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo. Teoretični del diplomskega dela obsega pregled znanstvene in strokovne literature, pri čemer smo uporabili deskriptivno metodo dela. Znanstveno in strokovno literaturo smo pregledovali od maja 2019 do julija 2019. V pregled literature smo zajeli literaturo v slovenskem in angleškem jeziku. Literaturo smo iskali v domačih in tujih bazah (Google učenjak, CINAHL, PubMed, Obzornik zdravstvene nege in COBISS), pri čemer smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: »komunikacija IN demenca«, »težave v komunikaciji IN demenca«, »demenca IN izobraževanja medicinskih sester o komunikaciji«, »demenca IN neverbalno komuniciranje«, »communication AND dementia«, »problems in communication AND dementia«, »dementia AND education of nurses on communication«, »dementia AND non-verbal communication«. Uporabili smo literaturo, mlajšo od 10 let, katere besedilo je bilo dostopno v celoti.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Empirični del temelji na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. V ciljno populacijo smo vključili srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v naslednjih domovih za ostarele: Dom upokojujencev dr. Franceta Bergelja Jesenice, Dom dr. Janka Benedika Radovljica, Dom X, in Dom Y. Dva domova smo poimenovali Dom X in Dom Y, saj sta domova dovolila opravljanje raziskave v njihovem zavodu, vendar brez uporabe imena zavoda v diplomskem delu. Na podlagi vprašalnika, ki je bil razdeljen med srednje in diplomirane medicinske sestre, smo zbirali podatke s tehniko anketiranja. Sodelovanje pri raziskavi je bilo prostovoljno, sodelujoči v raziskavi so bili seznanjeni, da je vprašalnik anonimen. Zbrane podatke smo kvantitativno obdelali.

Vprašalnik smo oblikovali izključno za namen diplomskega dela. Vprašalnik je bil sestavljen na podlagi pregleda literature in po zgledu različnih avtorjev (Eggenberger, et al., 2013; Wang, et al., 2013; Downs & Collins, 2015; Machiels, et al., 2017; Bilban, 2018; Crnobrnja, 2018; Sivec, 2018). V vprašalniku smo na treh mestih uporabili tudi Likertovo lestvico, ki ima razpon odgovorov od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov, in sicer:

Sklop 1: Komunikacija z osebami z demenco

Sklop 2: Neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco

Sklop 3: Izkušnje in izobraževanje o komunikaciji z osebami z demenco

Sklop 4: Demografski podatki

V uvodnem delu vprašalnika so zapisana navodila in sam namen raziskave. V prvem sklopu »Komunikacija z osebami z demenco« so navedene trditve o lastnostih komuniciranja, ki se kažejo pri komunikaciji z osebami z demenco. Sklop vsebuje tudi dve vprašanji zaprtega tipa. Drugi sklop vprašalnika vsebuje Likertovo lestvico s trditvami, ki opisujejo neustrezne načine komunikacije pri komuniciranju z osebami z demenco. V tretjem sklopu so trditve ter zaprta in odprta vprašanja, ki se nanašajo na izkušnje in izobraževanje medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco. Na osem trditev o izkušnjah in usposobljenosti so medicinske sestre odgovorile z možnostjo da/ne. V zadnjem četrtem sklopu smo sodelujoče spraševali po njihovih demografskih značilnostih, kot so spol, starost, izobrazba, delovna doba in delovno mesto.

V programu SPSS, verzija 22.0, smo izračunali koeficient Cronbach alfa, s katerim smo preverili zanesljivost vprašalnika. Sullivan (2011) navaja, da je zanesljivost vprašalnika slaba, če vrednost koeficienta ne preseže vrednosti 0,60, zmerna zanesljivost koeficienta se giblje od 0,60 do 0,80, zelo dobra zanesljivost pa preseže vrednost 0,80.

Tabela 1: Cronbach alfa koeficient za sklope trditev

Likertova lestvica iz posameznega sklopa	Cronbach Alfa
Komunikacija z osebami z demenco	0,827
Neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco	0,834
Izkušnje in izobraževanje o komunikaciji z osebami z demenco	0,801

Tabela 1 prikazuje rezultate koeficienta Cronbach alfa. Vse vrednosti koeficienta Cronbach alfa so nad 0,80, zato lahko trdimo, da je vprašalnik zanesljiv.

3.3.3 Opis vzorca

Za raziskavo smo uporabili nenaključni, namenski vzorec, pri čemer je bila naša ciljna populacija srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre, zaposlene v domovih za ostarele. Vprašani so se med seboj razlikovali po spolu, starosti, dolžini delovne dobe in delovnem mestu. Odposlali smo 100 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 72, kar pomeni, da je realizacija vzorca 72 %.

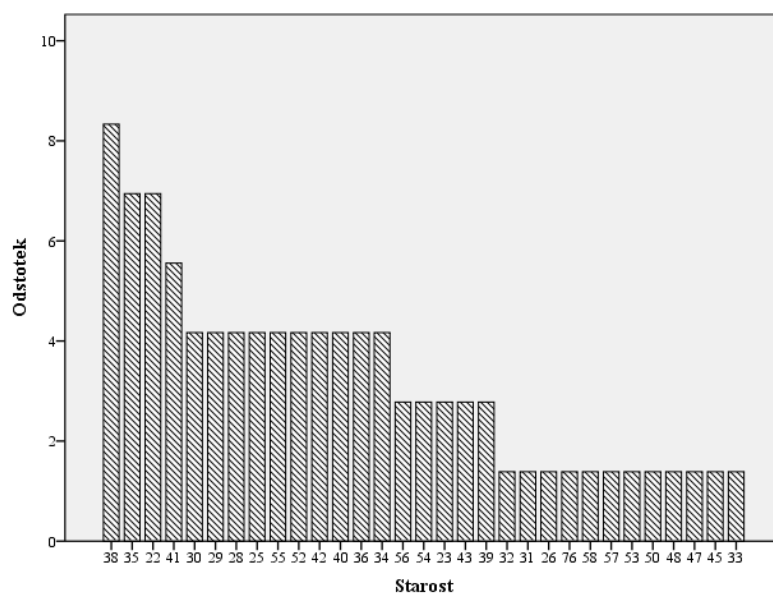
Tabela 2 prikazuje demografske podatke anketiranih. Iz tabele je razvidno, da je bilo anketiranih 84,7 % (n = 61) žensk in 15,3 % (n = 11) moških. Veliko anketiranih ima srednješolsko izobrazbo (n = 57; 79,2 %). Približno tretjina anketiranih je zaposlena v Dom upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice (n = 24; 33,3 %) in v Domu dr. Janka Benedika Radovljica (n = 22; 30,6 %). Zelo pogosto (več kot 10-krat na mesec) se pri izvajanju zdravstvene nege z osebami z demenco sreča 62,5 % (n = 45) anketiranih. Pogosto (10–15-krat na mesec) se pri izvajanju zdravstvene nege z osebo z demenco, ki svoje občutke in stanje težko opiše, sreča 31,9 % (n = 23) anektiranih, 45,8 % anketiranih (n = 33) pa se pri izvajanju zdravstvene nege nikoli ne sreča z osebo z demenco, ki svoje občutke in stanje težko opiše.

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih medicinskih sester

Demografski podatki		n	%
Spol	Ženski	61	84,7
	Moški	11	15,3
	Skupaj	72	100,0
Izobrazba	Srednja šola	57	79,2
	Visoka šola	14	19,4
	Magisterij	1	1,4
	Skupaj	72	100,0
Ustanova, kjer opravljate delo	Dom upokoјencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	24	33,3
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	22	30,6
	Dom X	19	26,4
	Dom Y	7	9,7
	Skupaj	72	100,0
Kako pogosto se pri izvajanju zdravstvene nege srečujete z osebo z demenco?	Nikoli	1	1,4
	Redko (1–3-krat na mesec)	4	5,6
	Občasno (4–6-krat na mesec)	4	5,6
	Pogosto (7–10-krat na mesec)	18	25,0
	Zelo pogosto (več kot 10-krat na mesec)	45	62,5
	Skupaj	72	100,0
Kako pogosto se pri izvajanju zdravstvene nege srečujete z osebo z demenco, za katero menite, da svoje občutke in stanje težko opiše?	Nikoli (v celem mesecu nikoli)	1	1,4
	Redko (1–5-krat na mesec)	8	11,1
	Občasno (6–10-krat na mesec)	7	9,7
	Pogosto (10–15-krat na mesec)	23	31,9
	Zelo pogosto (več kot 15-krat na mesec)	33	45,8
	Skupaj	72	100,0

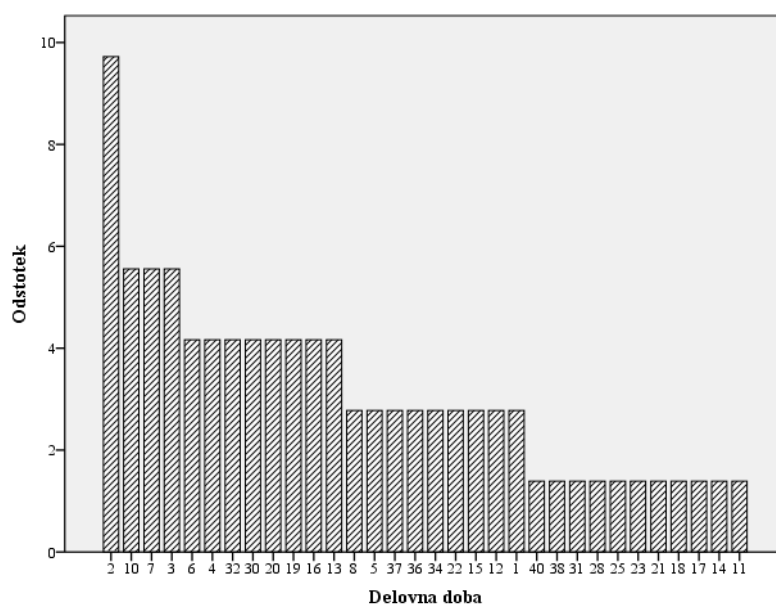
Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Slika 1 prikazuje starost anketiranih. Povprečna starost je 38,56 let, s standardnim odklonom 11,18 let. Razpon med najnižjo in najvišjo starostjo anketiranih je velik, in sicer od 22 do 66 let.



Slika 1: Starost anketiranih

Slika 2 prikazuje delovno dobo anketiranih. Povprečna delovna doba anketiranih je 15,56 let (SO = 11,61).



Slika 2: Delovna doba anketiranih

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za potrebe raziskave smo izdelali vprašalnik, ki smo ga po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela Senata FZAB poslali srednjim in diplomiranim medicinskim sestram v štiri domove za ostarele. Anketiranim je bila zagotovljena anonimnost, seznanili smo jih z vsebino raziskave, za sodelovanje smo pridobili pisna soglasja vseh štirih domov za ostarele. Po pridobitvi soglasij vseh vključenih domov za ostarele, smo izvedli raziskavo. Raziskavo smo izvedli v Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice, Domu dr. Janka Benedika Radovljica, Domu X, in Domu Y. Raziskava je potekala v mesecu decembru 2019. Po pridobljenih izpolnjenih vprašalnikih smo začeli z analizo podatkov. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 22.0. Za statistično analizo smo uporabili opisno in bivariatno statistiko. Najprej smo uporabili opisno statistiko, kjer smo uporabili frekvence, odstotke, najmanjšo in največjo vrednost ter povprečno vrednost. Bivariatne metode smo uporabili glede na to, ali bomo iskali povezanosti ali razlike. Za preverjanje porazdelitve smo uporabili Shapiro-Wilkov test. Pri normalno porazdeljenih podatkih smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient in hi-kvadrat test, pri podatkih, ki niso bili normalno porazdeljeni, smo uporabili Kruskal Wallis test in Mann-Whitney U-test, kjer smo računali p-vrednost. Če je bila le-ta manjša ali enaka 0,05, smo sklepali, da prihaja do statistično pomembnih značilnosti.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani statistični rezultati po posameznih raziskovalnih vprašanjih, ki smo si jih postavili za namen raziskave. V tabelah v nadaljevanju smo s pomočjo opisne in bivariatne statistike prikazali rezultate pri posameznih raziskovalnih vprašanjih.

RV1: Kakšna so stališča medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco?

Tabela 3: Stališča medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco glede na ustanovo zaposlitve

Trditve	Ustanova	PV	SO	KW test p
Komunikacija z osebo z demenco je težka in naporna.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,13	0,900	0,423
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	3,73	1,202	
	Dom X	3,58	0,902	
	Dom Y	3,57	1,512	
	Skupaj	3,81	1,070	
Misli osebe z demenco so velikokrat nepovezane, besede nerazumljive in govorno sporazumevanje je oteženo.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,25	0,794	0,312
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,45	0,858	
	Dom X	4,26	0,562	
	Dom Y	4,71	0,488	
	Skupaj	4,36	0,737	
Medicinske sestre, ki so v stiku z osebo z demenco, morajo obvladati tehnike komunikacije.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,63	0,576	0,612
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,73	0,456	
	Dom X	4,37	1,012	
	Dom Y	4,43	0,976	
	Skupaj	4,57	0,728	
Pri komunikaciji z osebo z demenco moramo paziti, kako je napredovala bolezen in temu prilagoditi komunikacijo.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,52	0,790	0,911
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,59	0,590	
	Dom X	4,53	0,612	
	Dom Y	4,57	0,787	
	Skupaj	4,55	0,672	
Značilnosti komunikacije v zgodnji fazi demence so: sodelovanje pri pogovoru, ponavljanje ter težave pri iskanju ustreznih besed oziroma besednih zvez.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,42	0,654	0,117
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,50	0,673	
	Dom X	4,00	0,667	
	Dom Y	4,29	0,488	
	Skupaj	4,32	0,668	
V srednji fazi demence so značilne težave pri vzpostavljanju komunikacije.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,45	0,671	0,025
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,13	0,741	
	Dom X	4,05	0,524	
	Dom Y	3,71	0,488	
	Skupaj	4,17	0,671	
Neverbalna komunikacija je enako pomembna kot verbalna.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,75	0,442	0,114
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,82	0,395	
	Dom X	4,53	0,612	
	Dom Y	5,00	0,000	
	Skupaj	4,74	0,475	
Z osebo z demenco komuniciramo v mirnem prostoru, govor je jasen in počasen, pri tem smo potrpežljivi.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,92	0,282	0,141
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,73	0,456	
	Dom X	4,74	0,452	
	Dom Y	5,00	0,000	
	Skupaj	4,82	0,387	

Trditve	Ustanova	PV	SO	KW test P
V pozni fazi obolenja ima velik pomen neverbalna komunikacija.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,63	0,711	0,213
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,55	0,671	
	Dom X	4,68	0,582	
	Dom Y	4,43	0,535	
	Skupaj	4,60	0,643	
Zaradi težav s komunikacijo se osebe z demenco in njihovi negovalci počutijo vznemirjeno.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,09	0,776	0,014
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	3,58	0,868	
	Dom X	3,16	0,898	
	Dom Y	4,00	0,816	
	Skupaj	3,67	0,904	
V komunikaciji z osebo z demenco moramo sprejemati ugotovitve osebe, se osredotočiti na osebo in ne razmišljati o drugih stvareh.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,38	0,576	0,045
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,32	1,086	
	Dom X	3,74	0,653	
	Dom Y	4,29	0,488	
	Skupaj	4,18	0,811	
V srednji fazi demence moramo upoštevati ponavljanje besed in celih stavkov.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,13	0,612	0,283
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,32	0,716	
	Dom X	3,84	0,602	
	Dom Y	4,00	0,816	
	Skupaj	4,10	0,675	
V pozni fazi demence dajemo poudarek spoznavanju, dotiku, očesnemu stiku, glasu, ki izraža naklonjenost, uporabljanju zaimkov (tisti, tisto) ter zagotavljanju občutka varnosti.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,58	0,776	0,248
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,59	0,666	
	Dom X	4,26	0,653	
	Dom Y	4,29	0,488	
	Skupaj	4,47	0,691	
Zdravstveni delavci morajo paziti na višino in jakost glasu, ko komunicirajo z osebo z demenco.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,58	0,929	0,211
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,77	0,429	
	Dom X	4,32	0,749	
	Dom Y	4,43	0,787	
	Skupaj	4,56	0,748	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, KW-Kruskal Wallis test ($p < 0,05$), DFB = Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice, DJB = Dom dr. Janka Benedika Radovljica, Dx = Dom X, Dy = Dom Y.

Iz tabele 3 lahko razberemo, da se različne ustanove zaposlitve statistično pomembno razlikujejo pri naslednjih postavkah: »V srednji fazi demence so značilne težave pri vzpostavljanju komunikacije« (KW = 0,025; $PV_{DFB} = 4,45$, $SO_{DFB} = 0,671$; $PV_{DJB} = 4,13$, $SO_{DJB} = 0,714$; $PV_{Dx} = 4,05$, $SO_{Dx} = 0,524$; $PV_{Dy} = 3,71$, $SO_{Dy} = 0,488$), »Zaradi težav s komunikacijo se osebe z demenco in njihovi negovalci počutijo vznemirjeno« (KW = 0,014; $PV_{DFB} = 4,09$, $SO_{DFB} = 0,776$; $PV_{DJB} = 3,58$, $SO_{DJB} = 0,868$; $PV_{Dx} = 4,00$, $SO_{Dx} = 0,816$; $PV_{Dy} = 3,67$, $SO_{Dy} = 0,904$) in »V komunikaciji z osebo z demenco moramo sprejemati ugotovitve osebe, se osredotočiti na osebo in ne razmišljati o drugih stvareh« (KW = 0,045; $PV_{DFB} = 4,38$, $SO_{DFB} = 0,576$; $PV_{DJB} = 4,32$, $SO_{DJB} = 1,086$;

$PV_{Dx} = 3,74$, $SO_{Dx} = 0,653$; $PV_{Dy} = 4,29$, $SO_{Dy} = 0,488$), pri čemer je izrazitejše strinjanje s postavkami pri anketiranih iz Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. Če gledamo vse sodelujoče institucije, je bilo najvišje skupno strinjanje ($PV = 4,82$) pri trditvi »Z osebo z demenco komuniciramo v mirnem prostoru, govor je jasen in počasen, pri tem smo potrpežljivi«, najnižje ($PV = 3,67$) pa pri trditvi »Zaradi težav s komunikacijo se osebe z demenco in njihovi negovalci počutijo vznemirjeno.« Strinjanje anketiranih, s posamezno trditvijo o komunikaciji z osebami z demenco je prav tako prikazano v tabeli 3. V povprečju se anketirani s trditvami popolnoma strinjajo ali strinjajo.

Tabela 4: Počutje anketiranih pri komuniciranju z osebo z demenco

Počutje pri komuniciranju z osebo z demenco		n	%
Ali se pri komuniciranju z osebo z demenco počutite nelagodno?	Da	6	8,3
	Ne	66	91,7
	Skupaj	72	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 4 prikazuje počutje anketiranih pri komuniciranju z osebo z demenco. Naša raziskava pokaže, da se le 8,3 % anektiranih pri komuniciranju z osebo z demenco počuti nelagodno.

Tabela 5: Ovire, s katerimi se anketirani srečujejo pri komunikaciji z osebo z demenco

Ovire, s katerimi se anketirani srečujejo pri komunikaciji z osebo z demenco		n	%
S katerimi ovirami se najpogosteje srečujete pri komunikaciji z osebami z demenco?	Prevelika starostna razlika	2	2,8
	Pomanjkanje časa za pogovor	59	81,9
	Nezaupljivost osebe z demenco	22	30,6
	Premalo delovnih izkušenj z osebami z demenco	8	11,1
	Osebe z demenco ne razumejo informacij	30	41,7
	Pomanjkanje komunikacijskih spretnosti	11	15,3
	Strah in negotovost osebe z demenco	36	50,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 5 so prikazane ovire, s katerimi se anketirani srečujejo pri komunikaciji z osebo z demenco. To je pomembno povezano z oblikovanjem komunikacije in dojetanja komunikacije z osebami z demenco. V naši raziskavi so anketirani najpogosteje izpostavili kot oviro pomanjkanje časa za pogovor ($n = 59$; 81,9 %), velikokrat pa imajo težave tudi s strahom in z negotovostjo osebe z demenco ($n = 36$; 50 %), nerazumevanjem prejetih informacij osebe z demenco ($n = 30$; 41,7 %) in nezaupljivostjo osebe z demenco ($n = 22$; 30,6 %). Le 15,3 % odstotkov anketiranih meni, da oviro pri komunikaciji predstavlja pomanjkanje komunikacijskih spretnosti.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju lahko na podlagi dobljenih rezultatov trdimo, da pri stališčih medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco prihaja do statistično pomembnih razlik glede na ustanovo zaposlitve anketiranih, pri čemer smo na podlagi Kruskal-Wallis testa ugotovili, da se z navedenimi stališči izraziteje strinjajo anketirani iz Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. Za oblikovanje ustrezne komunikacije medicinskih sester z osebami z demenco je pomembno tudi počutje ob komunikaciji z osebo z demenco in pa tudi ovire, ki se pojavljajo pri delu z osebami z demenco. Poznavanje obstoječih stališč, počutja in ovir omogoča medicinskim sestram, ki opravljajo delo z osebami z demenco, da ohranjajo in nadgrajujejo kakovost svojega dela.

RV2: Kje se po oceni medicinskih sester najpogosteje pojavlja neustrezna komunikacija v komunikaciji z osebami z demenco glede na demografske značilnosti medicinskih sester?

Tabela 6: Neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco glede na ustanovo zaposlitve anketiranih

Trditve	Ustanova	PV	SO	KW test P
Z osebo z demenco se sporazumevamo na enak način kot takrat, ko je bila še zdrava.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	2,67	1,204	0,419
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	3,18	1,468	
	Dom X	2,68	1,250	
	Dom Y	3,43	1,134	
	Skupaj	2,90	1,302	

Trditve	Ustanova	PV	SO	KW test P
Posredovane informacije morajo biti jasne, kratke in razumljive.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	4,38	1,056	0,411
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	4,68	0,716	
	Dom X	4,58	0,507	
	Dom Y	5,00	0,000	
	Skupaj	4,58	0,783	
Stavke končujemo namesto osebe z demenco.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	2,17	1,007	0,323
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	2,68	1,492	
	Dom X	2,05	1,129	
	Dom Y	2,57	1,813	
	Skupaj	2,33	1,289	
Med pogovorom osebo z demenco popravljamo in opozarjamo na nepravilnosti v njenem govoru.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	2,08	0,929	0,117
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	2,68	1,555	
	Dom X	1,74	0,733	
	Dom Y	2,00	1,155	
	Skupaj	2,17	1,175	
Osebe z demenco se med komunikacijo ne dotikamo.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	2,04	0,908	0,014
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	3,14	1,552	
	Dom X	1,79	0,713	
	Dom Y	1,14	0,378	
	Skupaj	2,22	1,247	
Pri agresivni osebi z demenco uporabljamo enake pogovorne tehnike kot pri neagresivni osebi z demenco.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	2,46	1,215	0,552
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	2,95	1,759	
	Dom X	2,32	0,946	
	Dom Y	2,71	1,254	
	Skupaj	2,60	1,350	
Pri komunikaciji z osebo z demenco govorica telesa medicinske sestre ni pomembna.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	1,33	0,482	0,001
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	2,64	1,814	
	Dom X	1,47	0,612	
	Dom Y	1,29	0,488	
	Skupaj	1,76	1,228	
Pri komunikaciji z osebo z demenco očesni kontakt ni pomemben.	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	1,46	0,884	0,023
	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	2,27	1,751	
	Dom X	1,47	0,772	
	Dom Y	1,14	0,378	
	Skupaj	1,68	1,220	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, KW-Kruskal Wallis test ($p < 0,05$)

V tabeli 6 so prikazani rezultati Kruskal Wallis testa, kjer smo iskali statistično pomembne razlike pri neustrezni komunikaciji z osebami z demenco glede na ustanovo zaposlitve anketiranih. Različne ustanove zaposlitve se statistično pomembno razlikujejo pri naslednjih postavkah: »Osebe z demenco se med komunikacijo ne dotikamo« (KW = 0,014; $PV_{DFB} = 2,04$, $SO_{DFB} = 0,908$; $PV_{DJB} = 3,14$, $SO_{DJB} = 1,552$; $PV_{Dx} = 1,79$, $SO_{Dx} = 0,378$; $PV_{Dy} = 2,22$, $SO_{Dy} = 1,247$), »Pri komunikaciji z osebo z demenco govorica telesa medicinske sestre ni pomembna« (KW = 0,001; $PV_{DFB} = 1,33$, $SO_{DFB} = 0,482$; $PV_{DJB} = 2,64$, $SO_{DJB} = 1,814$; $PV_{Dx} = 1,47$, $SO_{Dx} = 0,612$; $PV_{Dy} = 1,29$,

SO_{Dy} = 0,488) in »Pri komunikaciji z osebo z demenco očesni kontakt ni pomemben« (KW = 0,023; PV_{DFB} = 1,46, SO_{DFB} = 0,884; PV_{DJB} = 2,27, SO_{DJB} = 1,751; PV_{Dx} = 1,47, SO_{Dx} = 0,772; PV_{Dy} = 1,14, SO_{Dy} = 0,378), pri čemer je izrazitejše strinjanje s postavkami pri anketiranih iz Doma upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice, zato lahko sklepamo, da se najmanj napak pri komunikaciji pojavi pri anketiranih iz Doma upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. Če gledamo vse sodelujoče institucije, je bila najnižja povprečna vrednost (PV = 1,68) pri trditvi »Pri komunikaciji z osebo z demenco očesni kontakt ni pomemben.« S to trditvijo se v vseh sodelujočih institucijah strinja najmanj anketiranih. Trditev »Z osebo z demenco se sporazumevamo na enak način kot takrat, ko je bila še zdrava« pa v vseh sodelujočih institucijah v povprečju ocenjujejo skoraj s 3 (PV = 2,90), kar pomeni, da se ne strinjajo oz. so neopredeljeni.

Tabela 7: Neustrezna komunikacija pri komuniciranju z osebami z demenco glede na spol anketiranih

Trditve	Spol	PV	SO	p
Z osebo z demenco se sporazumevamo na enak način kot takrat, ko je bila še zdrava.	Ženski	2,89	1,330	0,412
	Moški	3,00	1,183	
Posredovane informacije morajo biti jasne, kratke in razumljive.	Ženski	4,57	0,826	0,236
	Moški	4,64	0,505	
Stavke končujemo namesto osebe z demenco.	Ženski	2,39	1,333	0,814
	Moški	2,00	1,000	
Med pogovorom osebo z demenco popravljamo in opozarjamo na nepravilnosti v njenem govoru.	Ženski	2,18	1,232	0,238
	Moški	2,09	0,831	
Osebe z demenco se med komunikacijo ne dotikamo.	Ženski	2,25	1,325	0,004
	Moški	2,09	,701	
Pri agresivni osebi z demenco uporabljamo enake pogovorne tehnike kot pri neagresivni osebi z demenco.	Ženski	2,49	1,398	0,015
	Moški	3,18	0,874	
Pri komunikaciji z osebo z demenco govorica telesa medicinske sestre ni pomembna.	Ženski	1,77	1,296	0,127
	Moški	1,73	0,786	
Pri komunikaciji z osebo z demenco očesni kontakt ni pomemben.	Ženski	1,64	1,198	0,187
	Moški	1,91	1,375	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam, uporabljen Mann-Whitney U-test

V tabeli 7 smo na podlagi Mann-Whitney U testa ugotavljali statistično signifikanco glede na spol anketiranih. Na podlagi naslednjih trditev: »Osebe z demenco se med komunikacijo ne dotikamo« ($U = 1,778,500$, $p = 0,004$) in »Pri agresivni osebi z demenco uporabljamo enake pogovorne tehnike kot pri drugih osebah z demenco« ($U =$

1348,500, $p = 0,015$) lahko sklepamo, da se napake pri komunikaciji z osebo z demenco pogosteje dogajajo ženskam kot moškim.

Tabela 8: Neustrezna komunikacija anketiranih z osebami z demenco glede na pogostost srečevanja z osebami z demenco pri delu

Trditve	Pogostost srečevanja z osebami z demenco pri delu
	p
Z osebo z demenco se sporazumevamo na enak način kot takrat, ko je bila oseba še zdrava.	0,800
Posredovane informacije morajo biti jasne, kratke in razumljive.	0,688
Stavke končujemo namesto osebe z demenco.	0,794
Med pogovorom osebo z demenco popravljamo in opozarjamo na nepravilnosti v njenem govoru.	0,962
Osebe z demenco se med komunikacijo ne dotikamo.	0,411
Pri agresivni osebi z demenco uporabljamo enake pogovorne tehnike kot pri neagresivni osebi z demenco.	0,115
Pri komunikaciji z osebo z demenco govorica telesa medicinske sestre ni pomembna.	0,001
Pri komunikaciji z osebo z demenco očesni kontakt ni pomemben.	0,002

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Tabela 8 prikazuje rezultate hi-kvadrat testa, s katerim smo ugotavljali povezanost med pogostostjo srečanja z osebami z demenco pri delu (pri izvajanju zdravstvene nege) in neustrezno komunikacijo z osebami z demenco. Pearsonov hi-kvadrat je pokazal statistično pomembno povezavo med pogostostjo srečevanja z osebami z demenco pri delu in pomembnostjo govorice telesa medicinske sestre pri komunikaciji z osebo z demenco ($\chi^2 = 14,321$, $df = 12$, $p = 0,001$) ter pogostostjo srečevanja z osebami z demenco in pomembnostjo očesnega kontakta pri komunikaciji z osebo z demenco ($\chi^2 = 8,211$, $df = 9$, $p = 0,002$). Na podlagi dobljenih rezultatov lahko trdimo, da obstaja statistična pomembnost med pogostostjo srečevanja z osebami z demenco in neustrezno komunikacijo z osebami z demenco.

Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje je, da se po oceni medicinskih sester neustrezna komunikacija v komunikaciji z osebami z demenco najpogosteje pojavlja na področjih neverbalne komunikacije (dotik, govor telesa, očesni kontakt). Glede na spol,

ustanovo zaposlitve ter glede na pogostostjo srečanja z osebami z demenco pri delu (pri izvajanju zdravstvene nege) naša raziskava pokaže, da se napake pogosteje pojavljajo pri ženskem spolu. Anketirani iz Doma Franceta Bergelja Jesenice in anketirani, ki se pogosteje srečujejo z osebami z demenco, ustrežneje ocenjujejo komunikacijo z osebami z demenco kot ostali anketirani. Pri strinjanju anketiranih prihaja do visokega standardnega odklona, kar nakazuje na razpon pri podajanju strinjanja, pri tem je največ anektiranih ženskega spola.

RV3: Kakšne izkušnje s komunikacijo z osebami z demenco imajo medicinske sestre glede na njihovo izobrazbo in delovno dobo?

Tabela 9: Izkušnje anketiranih z osebami z demenco

Trditve	N	PV	SO	MIN	MAX
Za zagotavljanje kakovostne komunikacije z osebami z demenco je pomembno izobraževanje negovalnega osebja o tehnikah komunikacije.	72	4,65	0,772	1	5
Pri komuniciranju z osebo z demenco, ki kaže znake agresije, se uporablja deeskalacijska tehnika.	72	4,13	0,871	2	5
Pri komunikaciji z osebo z demenco uporabljamo metode empatičnega razumevanja ali validacije.	72	4,35	0,735	2	5
Med tehnike validacije po Naomi Feil se uvrščajo centriranje, uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed, ponavljanje, uporaba ekstremov, predstavljanje nasprotij, spominjanje, vzpostavljanje očesnega stika, večpomenskost, ustreznost glasu glede na situacijo.	72	4,15	0,959	1	5
Med šolanjem sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	72	2,86	1,154	1	5
Med praktičnim izobraževanjem na delovnem mestu sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	72	3,33	1,175	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, MIN = najnižji podan odgovor, MAX = najvišji podan odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 9 prikazuje rezultate trditvev, ki so povezane z izkušnjami anketiranih z delom z osebami z demenco. V povprečju se anketirani z vsemi trditvami strinjajo oz. popolnoma strinjajo, razen z dvema trditvama se anketirani delno strinjajo, in sicer, da so med šolanjem pridobili dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco (PV = 2,86, SO = 1,154) in da so med praktičnim izobraževanjem na delovnem mestu pridobili dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco (PV = 3,33, SO = 1,175).

Tabela 10: Izkušnje anketiranih z osebami z demenco glede na izobrazbo

Trditve	Izobrazba	PV	SO	p-
Za zagotavljanje kakovostne komunikacije z osebami z demenco je pomembno izobraževanje negovalnega osebja o tehnikah komunikacije.	Srednja šola	4,60	0,842	0,016
	Visoka šola	4,86	0,363	
Pri komuniciranju z osebo z demenco, ki kaže znake agresije, se uporablja deeskalacijska tehnika.	Srednja šola	4,09	0,912	0,128
	Visoka šola	4,29	0,726	
Pri komunikaciji z osebo z demenco uporabljamo metode empatičnega razumevanja ali validacije.	Srednja šola	4,26	0,745	0,134
	Visoka šola	4,71	0,611	
Med tehnike validacije po Naomi Feil se uvrščajo centriranje, uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed, ponavljanje, uporaba ekstremov, predstavljanje nasprotij, spominjanje, vzpostavljanje očesnega stika, večpomenskost, ustreznost glasu glede na situacijo.	Srednja šola	4,12	1,001	0,378
	Visoka šola	4,29	0,825	
Med šolanjem sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	Srednja šola	2,72	1,130	0,8174
	Visoka šola	3,36	1,151	
Med praktičnim izobraževanjem na delovnem mestu sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	Srednja šola	3,25	1,229	0,1149
	Visoka šola	3,64	0,929	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon;; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam, uporabljen Mann-Whitney U-test

V tabeli 10 smo na podlagi Mann-Whitney U testa ugotavljali statistično signifikanco med izkušnjami anketiranih z osebami z demenco in izobrazbo anketiranih. Na podlagi naslednje trditve: »Za zagotavljanje kakovostne komunikacije oseb, obolenih za demenco, je pomembno izobraževanje negovalnega osebja o tehnikah komunikacije« (U = 134,500, $p = 0,016$) lahko trdimo, da se strinjanje z navedeno trditvijo razlikuje med anketiranimi s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo, pri čemer je strinjanje anketiranih z visokošolsko izobrazbo izrazitejše.

Tabela 11: Povezanost med izkušnjami anketiranih z osebami z demenco in delovno dobo anketiranih

Trditve	Statistične mere	Delovna doba
Za zagotavljanje kakovostne komunikacije z osebami z demenco je pomembno izobraževanje negovalnega osebja o tehnikah komunikacije.	Pearsonov korelacijski koeficient	0,487**
	p (2-stranski)	0,001
	N	72
Pri komuniciranju z osebo z demenco, ki kaže znake agresije, se uporablja deeskalacijska tehnika.	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,028
	p (2-stranski)	0,813
	N	72
Pri komunikaciji z osebo z demenco uporabljamo metode empatičnega razumevanja ali validacije.	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,161
	p (2-stranski)	0,178
	N	72

Trditve	Statistične mere	Delovna doba
Med tehnike validacije po Naomi Feil se uvrščajo centriranje, uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed, ponavljanje, uporaba ekstremov, predstavljanje nasprotij, spominjanje, vzpostavljanje očesnega stika, večpomenskost, ustreznost glasu glede na situacijo.	Pearsonov korelacijski koeficient	0,020
	p (2-stranski)	0,867
	N	72
Med šolanjem sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z demenco.	Pearsonov korelacijski koeficient	0,067
	p (2-stranski)	0,579
	N	72
Med praktičnim izobraževanjem na delovnem mestu sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	Pearsonov korelacijski koeficient	-0,056
	p (2-stranski)	0,640
	N	72

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

Tabela 11 prikazuje rezultate Pearsonove korelacije, kjer smo ugotavljali povezanost med izkušnjami anketiranih z osebami z demenco in delovno dobo anketiranih. Statistična negativna in znatna povezanost nastaja med delovno dobo in pomembnostjo izobraževanja medicinskih sester o tehnikah komunikacije ($r = -0,487$, $p = 0,001$). Na podlagi korelacije lahko sklepamo, da anketirani z daljšo delovno dobo pripisujejo večjo pomembnost izobraževanju o komunikaciji z osebami z demenco kot mlajši anketirani.

Signifikanca statističnih testov v tabeli 10 in 11 je pokazala, da so izkušnje medicinskih sester s komunikacijo z osebami z demenco glede na njihovo izobrazbo in delovno dobo bogatejše pri anketiranih z visokošolsko izobrazbo in pri anketiranih z daljšo delovno dobo.

RV 4: V kolikšni meri se medicinske sestre udeležujejo izobraževanj za izboljšanje komunikacije z osebami z demenco?

Tabela 12: Izkušnje in usposobljenost za komunikacijo z osebami z demenco

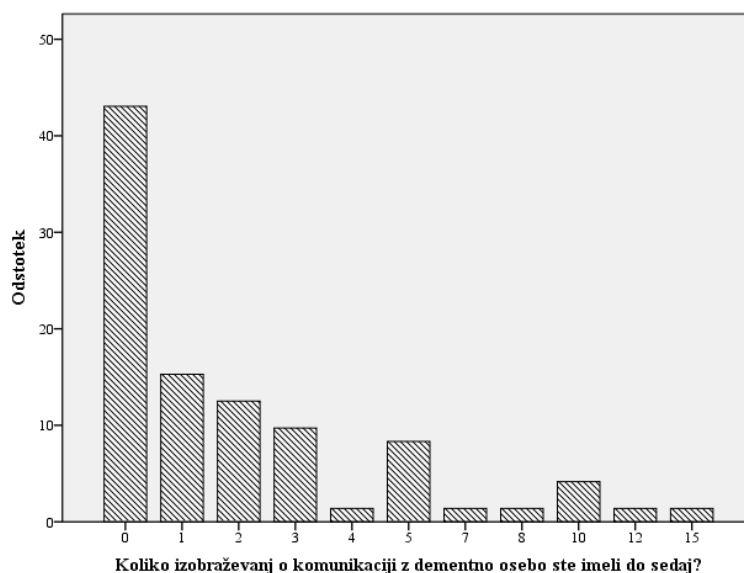
Izkušnje in usposobljenost za komunikacijo z osebami z demenco		n	%
Tehnik komunikacije z osebami z demenco se je mogoče naučiti	Da	69	95,8
	Ne	3	4,2
	Skupaj	72	100
Za vsako fazo demence se uporabljajo tehnike, ki so prilagojene posameznim fazam, nekatere tehnike pa se uporabljajo v vseh fazah.	Da	68	94,4
	Ne	4	5,6
	Skupaj	72	100,0

Izkušnje in usposobljenost za komunikacijo z osebami z demenco		n	%
Komunikacija z osebami z demenco je pogosto neustrezna.	Da	60	83,3
	Ne	12	16,7
	Skupaj	72	100,0
Menim, da imam dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	Da	36	50,0
	Ne	36	50,0
	Skupaj	72	100,0
Besedna in nebesedna komunikacija sta enako pomembni pri uspešni komunikaciji z osebami z demenco.	Da	66	91,7
	Ne	6	8,3
	Skupaj	72	100,0
Menim, da potrebujem dodatna izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco.	Da	52	72,2
	Ne	20	27,8
	Skupaj	72	100,0
Menim, da dnevno namenim dovolj časa komunikaciji z osebami z demenco.	Da	24	33,3
	Ne	48	66,7
	Skupaj	72	100,0
Zaradi pomanjkanja znanja težko komuniciram z osebami z demenco.	Da	22	30,6
	Ne	50	69,4
	Skupaj	72	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

V tabeli 12 so prikazani rezultati glede izkušenj in usposobljenosti anketiranih za komunikacijo z osebami z demenco. Večina anketiranih se strinja (n = 69; 95,8 %), da se je tehnik komunikacije z dementnimi osebami mogoče naučiti, da je v vsaki fazi demence treba komunikacijo prilagoditi (n = 68; 94,4 %) in da sta besedna in nebesedna komunikacija enako pomembni za uspešno komunikacijo z osebo z demenco (n = 66; 91,7 %). Veliko anketiranih meni, da je komunikacija z osebami z demenco pogosto neustrezna (n = 60; 83,3 %). Le polovica anketiranih meni (n = 36; 50,0 %), da imajo dovolj znanja za komunikacijo z osebami z demenco. Več kot polovica anketiranih (n = 52; 72,2 %) meni, da potrebujejo dodatna izobraževanja o komunikaciji z osebo z demenco. Le tretjina anketiranih (n = 24; 33,3 %) meni, da dnevno namenijo dovolj časa komunikaciji osebami z demenco in da zaradi pomanjkanja znanja težko komunicirajo z osebo z demenco (n = 22; 30,6 %).

Slika 3 prikazuje, koliko izobraževanj na temo komunikacije z osebami z demenco so se anketirani udeležili. V povprečju so se anketirani udeležili 2,31 izobraževanj (SO = 10,211). Skoraj polovica anketiranih (n = 31; 43,1 %) se izobraževanja o komunikaciji z osebo z demenco še ni udeležilo.



Slika 3: Število izobraževanj, ki so se jih anektirani udeležili na temo komunikacije z osebami z demenco

V tabeli 13 je prikazano, katerega leta so se anektirani nazadnje udeležili izobraževanja na temo komunikacije z osebami z demenco ter koliko anketiranih se je določenega leta udeležilo izobraževanj. Izmed anketiranih, ki so se izobraževanj udeležili, se jih je 22,2 % (n = 16) zadnjega izobraževanja udeležilo leta 2019, 15,3 % (n = 11) pa leta 2018.

Tabela 13: Leto udeležitve zadnjega izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco

	Leto	N	%
Katerega leta ste se izobraževanja nazadnje udeležili?	2001	1	1,4
	2010	2	2,8
	2013	2	2,8
	2015	1	1,4
	2016	3	4,2
	2017	5	6,9
	2018	11	15,3
	2019	16	22,2
	Nikoli	31	43,1
	Skupaj	72	100

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Medicinske sestre se izobraževanj za izboljšanje komunikacije z osebami z demenco ne udeležujejo v zadostni meri, saj se jih velik delež izobraževanj sploh še ni udeležilo, prevalenca izobraževanj v zadnjem letu ali dveh pa je nizka, kar so pokazali rezultati v tabelah 12 in 13.

3.5 RAZPRAVA

Demenca je stanje, ki poslabša kognitivne možganske funkcije spomina, jezika, zaznave in misli. Zato osebe z demenco, zlasti v poznejših fazah bolezni, ne morejo razumeti razlag, upoštevati navodil, poročati o simptomih, izraziti potrebe, prositi za pomoč ali si pravilno razlagati čustev v verbalni komunikaciji (Ben-David, et al., 2016). Na podlagi raziskave smo želeli ugotoviti, kako poteka komunikacija med medicinskimi sestrami in osebami z demenco. Najprej smo preverili, kakšna so stališča medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco. Ugotovili smo, da med anketiranimi prihaja do statistično pomembnih razlik pri percepciji o komunikaciji z osebami z demenco, in sicer glede na ustanovo, kjer so anketirani zaposleni. Glede na rezultate naše raziskave lahko trdimo, da se medicinske sestre zavedajo, da je komunikacija z osebami z demenco naporna, zavedajo se pomembnosti ustreznih načinov komunikacije z osebami z demenco in vedo, da imajo osebe z demenco specifične lastnosti in potrebe v komunikacijskem odnosu, kar je ključnega pomena. Hribar (2012) pravi, da je prepoznavanje in zavedanje ovir pomembno za reševanje teh ovir ter za oblikovanje ustrezne komunikacije pri medicinskih sestrah. Kljub navedenemu se medicinske sestre v komunikaciji z osebo z demenco ne počutijo nelagodno. To je pomembno, saj tudi dobro počutje vpliva na kakovost komunikacije z osebami z demenco (Crnobrnja, 2018), kar pa je dobro za ohranjanje in razvoj ustrezne komunikacije.

Težave s komunikacijo imajo velik vpliv na učinkovite interakcije v domovih za ostarele. Ko osebe z demenco ne morejo artikulirati svojih potreb ali ne morejo razumeti drugih, se lahko pojavijo vedenjski problemi, kot sta vznemirjenost ali depresija. Ključna sestavina kakovostne oskrbe je sposobnost zdravstvenih delavcev, še posebej medicinskih sester, da komunicirajo z osebami z demenco in da razumejo njihove potrebe (Riley, et al., 2014).

Med najpogostejše ovire, s katerimi se srečujejo pri komunikaciji z osebo z demenco, anketirani uvrščajo pomanjkanje časa za pogovor, strah in negotovost osebe z demenco ter nerazumevanje informacij od osebe z demenco. Prepoznavanje in zavedanje ovir sta pomembno povezani z oblikovanjem komunikacije in dojemanja komunikacije z osebami z demenco. McGilton, et al. (2016) navajajo, da so medicinske sestre kot najpogostejše ovire pri komunikaciji z osebami z demenco izpostavile omejen čas, ki ga imajo medicinske sestre na voljo za medosebno komunikacijo, zaradi delovne obremenitve in pomanjkanja osebja ter doslednosti pri komunikaciji z osebami z demenco. Crnobrnja (2018) je na podlagi raziskave ugotovila, da medicinske sestre med glavno oviro pri komunikaciji z osebami z demenco uvrščajo nezaupanje oseb z demenco. Naša raziskava ugotavlja, da medicinske sestre komunikacijo dojemajo kot naporno zaradi neustreznosti komuniciranja ali pomanjkanja znanja o tehnikah komunikacije z osebami z demenco.

Ugotavljali smo tudi, na katerih področjih se po oceni medicinskih sester najpogosteje pojavlja neustrezna komunikacija v komunikaciji z osebami z demenco. Ugotovili smo, da se neustrezna komunikacija najpogosteje pojavljajo pri neverbalni komunikaciji, kot so stik, očesni stik in govorica telesa in pri komunikaciji z agresivno osebo. Glede na demografske značilnosti medicinskih sester, kjer so rezultati raziskave so pokazali, da prihaja pri komunikaciji anketiranih z osebami z demenco do statistične signifikance glede na ustanovo zaposlitve anketiranih, kjer najmanjkrat neustrezno komunicirajo anketirani iz Doma upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. Na tem mestu lahko sklepamo, da v ustanovah izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco niso enotna in bi bilo potrebno nacionalno poenotiti obseg in vsebino izobraževanj.

Do statistične signifikance prihaja tudi glede na spol anketiranih, kjer ženske pogosteje neustrezno komunicirajo z osebo z demenco kot moški. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko tudi trdimo, da obstaja statistično pomembna značilnost med pogostostjo srečevanja z osebami z demenco oz. pogostostjo izvajanja zdravstvene nege pri osebah z demenco in neustrezno komunikacijo z osebami z demenco. Lahko sklepamo, da anketirani, ki se pogosteje srečajo z osebo z demenco, manjkrat uporabljajo neustrezno komunikacijo. To je bilo nekako tudi pričakovan rezultat naše raziskave. Medicinske

sestre, ki imajo več izkušenj s komunikacijo z osebami z demenco, bi lahko nudile mentorstvo medicinskim sestram, ki se z osebami z demenco srečujejo redkeje. Banovic, et al. (2018) navajajo, da je treba prilagoditi način komunikacije, da bi se izognili neustrezni komunikaciji z osebami z demenco, stresu in negativnim občutkom. Z napredovanjem bolezni, ki povzroča demenco, se povečujejo tudi težave s komunikacijo. Velikokrat so medicinske sestre v situacijah, ko morajo skozi njihovo komunikacijsko vedenje (verbalno in neverbalno) pokazati podporo, sočutje, skrb in željo po pomoči. Več avtorjev poudarja, da neustrezna komunikacija z osebo z demenco medicinskim sestram povzroča stres in izgorelost, kar posledično vpliva tudi na izvedbo zdravstvene oskrbe oseb z demenco (Yorkston, et al., 2010; Wang, et al., 2013). Pri tem pa Downs & Collins (2015) opozarjata, da medicinske sestre, ki so pod stresom, ne morejo izvajati zdravstvene nege oseb z demenco, zato so osebe z demenco pogosto vznemirjene in agresivne.

Z raziskavo smo želeli tudi ugotoviti, kakšne izkušnje s komunikacijo z osebami z demenco imajo medicinske sestre glede na njihovo izobrazbo in delovno dobo. V povprečju imajo medicinske sestre dovolj izkušenj z osebami z demenco, vendar menijo, da med šolanjem niso pridobile dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco in da bi med praktičnim izobraževanjem na delovnem mestu lahko pridobile več znanja o komunikaciji z osebami z demenco. Glede na izobrazbo prihaja do statistično pomembnih razlik s strinjanjem anketiranih, da je za zagotavljanje kakovostne komunikacije z osebami z demenco pomembno izobraževanje osebja o tehnikah komunikacije. Anketirani z višjo izobrazbo se z navedeno trditvijo bolj strinjajo kot anketirani z nižjo izobrazbo. V tem kontekstu je na mestu zapisati, da so Blazinšek, et al. (2013) ugotovili, da so diplomirane medicinske sestre bolj uspešne pri komunikaciji z osebami z demenco kot srednje medicinske sestre. Rezultati naše raziskave so tudi pokazali, da starejši anketirani pripisujejo večjo pomembnost izobraževanju o komunikaciji z osebami z demenco kot mlajši anketirani. Tudi Volf (2018) je v raziskavi ugotovil, da so medicinske sestre le delno usposobljene za komunikacijo z dementnimi osebami in si želijo dodatnih izobraževanj.

V sklopu četrtega raziskovalnega vprašanja smo ugotavljali, v kolikšni meri se medicinske sestre udeležujejo izobraževanj za izboljšanje komunikacije z osebami z demenco. Delež anketiranih, ki so se izobraževanja nazadnje udeležili v letu 2019, je nizek – le 22,2 %. Skoraj polovica anketiranih pa se še nikoli ni udeležila izobraževanj. Podatek je zaskrbljujoč, saj medicinske sestre na izobraževanjih in praktičnih usposabljanjih pridobivajo znanje o komunikaciji z osebami z demenco. Tudi Sivec (2018) poudarja, da je za delo z osebami z demenco potrebna višja stopnja znanja medicinskih sester o komunikaciji z osebami z demenco. Digby, et al. (2016) so v raziskavi ugotovili, da so zaradi pomanjkanja znanja medicinske sestre pogosto nezadovoljne pri delu z osebami z demenco, v novejši raziskavi pa so Wang, et al. (2018) ugotovili, da izobraževanja na področju demence pozitivno vplivajo na znanje in odnos medicinskih sester do oseb z demenco. Chenoweth, et al. (2014) poudarjajo, da je izredno pomembno, da se medicinske sestre stalno izobražujejo o oskrbi oseb z demenco, saj le z izobraževanji lahko pridobijo specifična znanja, ki so potrebna za celovito oskrbo oseb z demenco. Machiels, et al. (2017) navajajo, da so izobraževanja medicinskih sester nujno potrebna predvsem zaradi težav, ki nastajajo pri komunikaciji z osebami z demenco.

Več avtorjev (Bliss, et al., 2013; Milsom, et al., 2013; Mullins, et al., 2016) poudarja, da morajo zdravstveno osebje in medicinske sestre izboljšati komunikacijo z osebami z demenco, vendar je potrebnih več raziskav za razvoj in oceno komunikacijskih intervencij. V domovih za ostarele odgovornost za zagotavljanje optimalne oskrbe pacientov pogosto pade tudi na negovalce, ki morda nimajo učinkovitih komunikacijskih veščin za nego pacientov, ki imajo težave s komunikacijo. V zadnjem desetletju je kakovost oskrbe pacientov v domovih za ostarele pod nadzorom (Doupe, et al., 2012). Zaskrbljenost glede kakovosti oskrbe se povečuje zaradi vse večje zapletenosti potreb pacientov. Skoraj polovica (43,8 %) pacientov je opredeljenih kot vmesno do visoko odvisnih od dejavnosti, ki so potrebne v vsakodnevnem življenju, pacienti z višjimi potrebami (41,5 %) so običajno kognitivno oslabljeni (Doupe, et al., 2012). Prav tako je izguba senzornih sposobnosti razširjena med starejšimi in je pogosto spregledana pri tistih, ki živijo z demenco v bivalnih prostorih. Približno 80 % pacientov v domovih za ostarele izgubi sluh in približno 50 % jih ima zmerno do hudo

okvaro. Okvara vida je med 30 % in 57 % pacientih, ki živijo v domu za ostarele. Senzorične okvare tvorijo dodatne težave pri komunikaciji z osebami z demenco (Yamada, et al., 2014).

Omejitve raziskave

Med glavne omejitve raziskave lahko umestimo nizko odzivnost medicinskih sester po domovih za ostarele, ki so odgovarjale na anketo, in neuravnovešenost vzorca (spol, izobrazba, ustanova). Za bolj kakovostno raziskavo bi potrebovali reprezentativni vzorec, da bi rezultate lahko posplošili na celotno populacijo. Namreč, Slovenija ima velik delež populacije, starejše od 65 let, in dognanja iz vsebinskega področja naše raziskave so in bodo zelo pomembna. Zaradi omejitve pri vzorcu smo bili omejeni tudi pri izbiri statističnih testov. Pri iskanju člankov smo se soočali z omejitvijo pri jeziku člankov (le slovenščina in angleščina) ter nedostopnostjo in plačljivostjo nekaterih člankov, ki bi bili lahko relevantni za primerjavo z našimi rezultati.

4 ZAKLJUČEK

Komunikacija je osrednjega pomena pri zagotavljanju dobre oskrbe in zdravstvene nege osebe z demenco. Z napredovanjem bolezni pacientove sposobnosti komuniciranja upadajo, zato težje izraža svoje potrebe. Kljub temu je zdravstveno stanje vsake osebe z demenco edinstveno in zato se mora tudi komunikacija prilagoditi vsakemu posamezniku. Medicinske sestre se nedvomno soočajo z izzivom pri komunikaciji z osebami z demenco, zlasti pri tistih, ki so v poznejših fazah bolezni, zato potrebujejo spretnost, potrpljenje za razlago neverbalne komunikacije, kot sta govorica telesa in obrazna mimika, ter znanje in izkušnje za verbalno komunikacijo. Ne glede na stopnjo napredovanja bolezni osebe z demenco ne prenehajo doživljati bolečine, stiske ali tesnobe.

Menimo, da medicinske sestre nimajo dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco. Da bi lahko medicinske sestre pridobile kompetenčno znanje za komunikacijo z osebami z demenco, bi bila potrebna reforma izobraževanja in tudi obvezna specializacija medicinskih sester za zdravstveno nego oseb z demenco, saj je treba pri zdravstveni negi osebe z demenco upoštevati specifične značilnosti bolezni, ki se jim v procesu rednega izobraževanju nameni premalo časa. Prav tako bi medicinske sestre v sklopu specializacije pridobile praktične izkušnje, na podlagi katerih bi imele več znanja za komuniciranje z osebami z demenco.

Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike, z usmeritvijo preučevanja vsebine izobraževalnih programov. S pridobljenimi rezultati bi lahko oblikovali specifičen program specialističnega izpopolnjevanja za obravnavo oseb z demenco, na podlagi katerega bi medicinske sestre pridobile zahtevnejša znanja za zdravstveno nego in obravnavo oseb z demenco, pri tem pa bi se morale osredotočiti tudi na izvajanje na dokazih podprte prakse, na podlagi katere bi znanje stalno dopolnjevale in izpopolnjevale, posledično pa bi se dolgoročno tudi prepoznavanje bolezni in zdravstvena nega oseb z demenco izboljšala. Naša raziskava je korak v to smer. Ugotovili smo stanje na področju komunikacije z osebami z demenco med medicinskimi sestrami – njihove izkušnje, primanjkljaje, težave. Na ugotovljenih

področjih bi bilo zagotovo treba uvesti izboljšave za nadaljnje zdravstveno-negovalno delo z osebami z demenco.

5 LITERATURA

Alzheimer`s Association, 2020. *Communication and Alzheimer's*. [Online] Available at: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/communications> [Accessed 29 April 2019].

Banovic, S., Junuzinovic Zunic, L. & Sinanovic, O., 2018. Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Sociomedica*, 30839, pp. 221-224.

Ben-David, B.M., Multani, N., Shakuf, V., Rudzicz, F. & van Lieshout, P.H., 2016. Prosody and semantics are separate but not separable channels in the perception of emotional speech: test of rating of emotions in speech (T-RES). *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59(1), pp. 72-89.

Bilban, M., 2018. *Demenca*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delo.

Blazinšek, U., Zurc, J. & Skela Savič, B., 2013. Učinkovitost komunikacije diplomiranih in srednjih medicinskih sester z dementnimi bolniki v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 38-46.

Bliss, D.Z., Rolnick, C., Jackson, J., Arntson, C., Mullins, J. & Hepburn, K., 2013. Health literacy needs related to incontinence and skin damage among family and friend caregivers of individuals with dementia. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(5), pp. 515-523.

Chenoweth, L., Merlyn, T., Jeon, Y.H., Tait, F. & Duffield, C., 2014. Attracting and retaining qualified nurses in aged and dementia care: Outcomes from an Australian study. *Journal of Nursing Management*, 22(2), pp. 234-247.

Collier, E., Knifton, C. & Surr, C., 2015. Dementia education in Higher Education Institutions. *Nursing Education Today*, 35(6), pp. 731-732.

Crnobrnja, S., 2018. *Izkušnje medicinskih sester s komunikacijo z osebami obolelimi za demenco: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pregelj, P. & Stokin, G.B., 2013. *Smernice za obravnavno pacientov z demenco*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Dementia Care Central, 2019. *How Dementia / Alzheimer's Affects Communication and Tips to Help Caregivers*. [online] Available at: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/communication-problems/> [Accessed 22 February 2020].

Digby, R., Lee, S. & Williams, A., 2016. Nurse empathy and the care of people with dementia. *Australian journal of advanced nursing*, 34(1), pp. 52-59.

Doupe, M., John, P.S. & Chateau, D., 2012. Profiling the multidimensional needs of new nursing home residents: evidence to support planning. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(5), pp. 487-493.

Downs, M. & Collins, L., 2015. Person-centred communication in dementia care. *Nursing Standard*, 30(11), pp. 37-41.

Eggenberger, E., Heimerl, K. & Bennett, M.I., 2013. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), pp. 345-358.

Felc, Z., 2015. *Spominčica Šentjur*. [online] Available at: <http://www.spomincica-sentjur.si/index.php/demenca/vrste-demenc/demenca-z-lewjevimi-telesci> [Accessed 26 April 2019].

Gendron, M., 2015. *Skrivnost, imenovana Alzheimer: alzheimerjeva bolezen kot najpogostejši vzrok demence*. Ljubljana: Chiara.

Gregorič-Kramberger, M., 2017. *Demenca je izziv sodobne družbe*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Holmerova, I., Waugh, A., MacRae, R., Veprkova, R., Sandvide, A., Hanson, L., Graham Jackson, E., Watchman, K. & Tolson, D., 2016. *Dokument dementia palliare best practice statement*. [pdf] University of the West of Scotland. Available at: https://www.fzab.si/uploads/file/2016_Dementia_Palliare_BPS_W.pdf [Accessed 22 December 2019].

Hribar, S., 2012. *Komunikacija medicinske sestre z dementnim pacientom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kavčič, V., 2015. *Umovadba za bistro možgane v poznih letih*. Dob: Miš.

Kobal, J., 2011. *Huntingtonova bolezen: genska okvara, ki ne bi smela ostati družinska skrivnost*. [online] Available at: <http://m.delo.si/clanek/153505> [Accessed 26 April 2019].

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

Kobentar, R., 2011b. *Sodobni pogledi obravnave oseb z demenco*. In: K. Wirth & R. Kobentar, eds. *Zbornik predavanj 28. strokovnega srečanja: Celostna obravnava starostnika z demenco. Laško, 29.–30. marec 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 24-33.

Kobentar, R., 2014. Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 227-237.

Kogoj, A., Darovec, J., Kores-Plesničar, B., Muršec, M., Pišljarič, M. & Pregelj, P., 2012. *Smernice za diagnostiko in zdravljenje demenc*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri SZD.

Kogoj, A. & Ličina, M., 2013. *Psihijatrija: organske duševne motnje*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 140-148.

Komel, A. & Koprivšek, J., 2017. Urgentna stanja pri duševnih motnjah. In: P. Strnad, Š. Baznik & G. Prosen, eds. *Zbornik V. Šole urgence, Zreče, 1. in 2. december 2017, Zreče*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp 67-79.

Lipar, T., 2010. *Demenca*. [online] Available at: www.instantonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1308.html [Accessed 22 April 2020].

Machiels, M., Metzelthin, S.F., Hamers, J.P. & Zwakhalen, S.M., 2017. Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66(1), pp. 37-46.

Maureen, J., 2017. Communication strategies for patients with dementia. *Nursing*, 47(12), pp. 58-61.

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

McGilton, K.S., Rochon, E., Sidani, S., Ben-David, M., Saragosa, M., Boscart, V.M., Galimidi-Epstein, K.K. & Pichora-Fuller, M.K., 2016. Can We Help Care Providers Communicate More Effectively With Persons Having Dementia Living in Long-Term

Care Homes? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(1), pp. 41-50.

Milošević Arnold, V., 2011. Komunikacija z osebami z demenco. In: J. Mali & V. Milošević Arnold, eds. *Demenca - izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 137-138.

Milsom, I., Altman, D. & Cartwright, R., 2013. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI) In: L. Abrams, S. Cardoso, S. Khoury & A. Wein, eds. *Incontinence*. The Netherlands: ICUD-EAU Publishers.

Mravljak-Andoljšek, V., 2015. Komunikacija in staranje. *Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 18(3), pp. 60-63.

Mullins, J., Bliss, D.Z., Rolnick, S., Arntson Henre, C. & Jackson, J., 2016. Barriers to Communication with a Healthcare Provider and Health Literacy about Incontinence among Informal Caregivers of Individuals with Dementia. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 43(5), pp. 539-544.

Muršec, M., 2012. *Sporazumevanje z bolniki z demenco: vodnik za svojce in negovalce starejših z demenco*. Ljubljana: Johnson & Johnson.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke, n.d. *Dementia information page*. [Online] National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Available at: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Dementia-Information-Page> [Accessed 29 April 2019].

National Institute of Health, National Institute of Neurological Disorders and Stroke & National Institute on Aging, 2017. *The Dementias: hope through research*. [pdf] Available at: <https://catalog.ninds.nih.gov/pubstatic//17-NS-2252/17-NS-2252.pdf> [Accessed 29 April 2019].

National Institute of Aging, 2015. *Caring for Person with Alzheimer's disease: Yours Easy-to use Guide*. Chicago: National Institute of Aging.

Ovčar Štante, K., Potočnik, J. & Rakuša, M., 2017. Vaskularni kognitivni upad in vaskularna demenca. *Zdravstveni vestnik*, 17(86), pp. 330-344.

Pišljar, M., 2014. *Demenca*. [online] Available at: <http://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/demenca> [Accessed 26 April 2019].

Riley, R.J., Burgener, S. & Buckwalter, K.C., 2014. Anxiety and stigma in dementia: a threat to aging in place. *Nursing Clinics of North America*, 49(2), pp. 213-231.

Roljič, S. & Kobentar, R., 2017. *Starost kot izziv: zdravje in oskrba*. Ljubljana: Javni zavod Cene Štupar Center za izobraževanje Ljubljana.

Schpolarich, D., 2016. *Nega bolnika na domu: v objemu Alzheimerjeve bolezni*. Kranj: Narava.

Sivec, G., 2018. *Odnos medicinskih sester do ljudi z demenco in njihovo znanje s področja demence: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Sullivan, G.M., 2011. A Primer on the Validity of Assessment Instruments. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(2), pp. 119-120.

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

Volf, S., 2018. Vpliv komunikacije z vidika uspešnosti delovanja tima v organizaciji. In: B. Nose & T. Radovan, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov. 10. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 18.-19. januar*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Wang, J.J., Hsieh, P.F. & Wang, C.J., 2013. Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research Korean Society of Nursing*, 7(3), pp. 99-103.

Wang, Y., Xiao, L.D., Luo, Y., Xiao, L.S., Craig, S.Y., Whitehead, C. & Davies, O., 2018. Community health professionals' dementia knowledge, attitudes and care approach: a cross-sectional survey in Changsha, China. *BMC Geriatrics*, 18(1), pp. 2-10.

World Health Organization (WHO), 2015. *Dementia a public health priority - Summary*. [online] Available at: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/ [Accessed 18 December 2019].

World Health Organization (WHO), 2017. *Dementia*. [Online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> [Accessed 24 April 2019].

Yamada, Y., Vlachova, M. & Richter, T., 2014. Prevalence and correlates of hearing and visual impairments in European nursing homes: results from the SHELTER Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(10), pp. 738-743.

Yorkston, K.M., Bourgeois, M.S. & Baylor, C.R., 2010. Communication and aging. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(2), pp. 309-319.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017. *V Sloveniji za 32.000 obolelih z demenco skrbi 100.000 svojcev ter zdravstvenih in socialnih delavcev*. [Online] Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/v-sloveniji-za32000-oboelih-z-demenco-skrbi-100000-svojcev-ter-zdravstvenih-socialnihdelavcev> [Accessed 24 April 2019].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Spoštovani/a,

sem Maja Oblak, študent Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in pod mentorstvom doc. dr. Katje Pesjak pripravljam diplomsko delo z naslovom: *Komunikacija medicinskih sester z osebami z demenco*.

Pred vami je vprašalnik, s katerim želim opredeliti komunikacijo srednjih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester z osebami z demenco v različnih starostnih domovih. S pridobljenimi rezultati bi lahko pripomogli k vzpostavljanju še boljše komunikacije z osebami z demenco.

Vljudno Vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Vprašalnik je anonimen, vse zbrane podatke bomo uporabili izključno za diplomsko delo.

Za vaše sodelovanje se Vam vnaprej zahvaljujem.

S spoštovanjem,

Maja Oblak

VPRAŠALNIK

I. SKLOP – KOMUNIKACIJA Z OSEBAMI Z DEMENCO (izmed danih odgovorov obkrožite enega oziroma več, če so takšna navodila)

1. ALI SE PRI KOMUNICIRANJU Z OSEBO Z DEMENCO POČUTITE NELAGODNO?

1. Da
2. Ne

2. S KATERIMI OVIRAMI SE NAJPOGOSTEJE SREČUJETE PRI KOMUNIKACIJI Z OSEBAMI Z DEMENCO (možnih več odgovorov)?
1. Prevelika starostna razlika
 2. Pomanjkanje časa za pogovor
 3. Nezaupljivost osebe z demenco
 4. Premalo delovnih izkušenj z osebami z demenco
 5. Osebe z demenco ne razumejo informacij
 6. Pomanjkanje komunikacijskih spretnosti
 7. Strah in negotovost osebe z demenco
3. Ocenite dane trditve po Likertovi lestvici: za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve	1	2	3	4	5
Komunikacija z osebo z demenco je težka in naporna.					
Misli osebe z demenco so velikokrat nepovezane, besede nerazumljive in govorno sporazumevanje je oteženo.					
Medicinske sestre, ki so v stiku z osebo z demenco, morajo obvladati tehnike komunikacije.					
Pri komunikaciji z osebo z demenco moramo paziti, kako je napredovala bolezen in temu prilagoditi komunikacijo.					
Značilnosti komunikacije v zgodnji fazi demence so: sodelovanje pri pogovoru, ponavljanje ter težave pri iskanju ustreznih besed oziroma besednih zvez.					
V srednji fazi demence so značilne težave pri vzpostavljanju komunikacije.					
Neverbalna komunikacija je enako pomembna kot verbalna.					
Z osebo z demenco komuniciramo v mirnem prostoru, govor je jasen in počasen, pri tem smo potrpežljivi.					
V pozni fazi obolenja ima velik pomen neverbalna komunikacija.					
Zaradi težav s komunikacijo se osebe z demenco in njihovi negovalci počutijo vznemirjeno.					
V komunikaciji z osebo z demenco moramo sprejemati ugotovitve osebe, se osredotočiti na osebo in ne razmišljati o drugih stvareh.					
V srednji fazi demence moramo upoštevati ponavljanje besed in celih stavkov.					
V pozni fazi demence dajemo poudarek spoznavanju, dotiku, očesnemu stiku, glasu, ki izraža naklonjenost, uporabljanju zaimkov (tisti, tisto) ter zagotavljanju občutka varnosti.					
Zdravstveni delavci morajo paziti na višino in jakost glasu, ko komunicirajo z osebo z demenco.					

II. SKLOP – NEUSTREZNA KOMUNIKACIJA PRI KOMUNICIRANJU Z OSEBAMI Z DEMENCO

4. Ocenite dane trditve po Likertovi lestvici: za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve	1	2	3	4	5
Z osebo z demenco se sporazumevamo na enak način kot takrat, ko je bila oseba še zdrava.					
Posredovane informacije morajo biti jasne, kratke in razumljive.					
Stavke končujemo namesto osebe z demenco.					
Med pogovorom osebo z demenco popravljamo in opozarjamo na nepravilnosti v njenem govoru.					
Osebe z demenco se med komunikacijo ne dotikamo.					
Pri agresivni osebi z demenco uporabljamo enake pogovorne tehnike kot pri neagresivni osebi z demenco.					
Pri komunikaciji z osebo z demenco govorica telesa medicinske sestre ni pomembna.					
Pri komunikaciji z osebo z demenco očesni kontakt ni pomemben.					

III. SKLOP – IZKUŠNJE IN IZOBRAŽEVANJE O KOMUNIKACIJI Z OSEBAMI Z DEMENCO

5. KAKO POGOSTO SE PRI SVOJEM DELU SREČUJETE Z OSEBAMI Z DEMENCO?
1. Nikoli (v celem mesecu nikoli)
 2. Redko (1–3-krat na mesec)
 3. Občasno (4–6-krat na mesec)
 4. Pogosto (7–10-krat na mesec)
 5. Zelo pogosto (več kot 10-krat na mesec)
6. KAKO POGOSTO SE PRI SVOJEM DELU SREČUJETE Z OSEBAMI Z DEMENCO, ZA KATERO MENITE, DA SVOJE OBUČUTKE IN STANJE TEŽKO OPIŠEJO?
1. Nikoli (v celem mesecu nikoli)
 2. Redko (1–5-krat na mesec)

3. Občasno (6–10-krat na mesec)
4. Pogosto (10–15-krat na mesec)
5. Zelo pogosto (več kot 15-krat na mesec)

7. Ocenite dane trditve po Likertovi lestvici: za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve	1	2	3	4	5
Za zagotavljanje kakovostne komunikacije z osebami z demenco je pomembno izobraževanje negovalnega osebja o tehnikah komunikacije.					
Pri komuniciranju z osebo z demenco, ki kaže znake agresije, se uporablja deeskalacijska tehnika.					
Pri komunikaciji z osebo z demenco uporabljamo metode empatičnega razumevanja ali validacije.					
Med tehnike validacije po Naomi Feil se uvrščajo centriranje, uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed, ponavljanje, uporaba ekstremov, predstavljanje nasprotij, spominjanje, vzpostavljanje očesnega stika, večpomenskost, ustreznost glasu glede na situacijo, zrcaljenje, razumevanje oseb z demenco, prepoznavanje in uporaba prednostnega čutila, dotiki in uporaba glasbe.					
Med šolanjem sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.					
Med praktičnim izobraževanjem na delovnem mestu sem pridobil dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.					

8. Pri danih trditvah, ki se navezujejo na vaše izkušnje in usposobljenost za komunikacijo z osebami z demenco, obkrožite DA ali NE glede na vaše strinjanje.

Tehnik komunikacije z osebami z demenco se je mogoče naučiti.	DA	NE
Za vsako fazo demence se uporabljajo tehnike, ki so prilagojene posameznim fazam, nekatere tehnike pa se uporabljajo v vseh fazah.	DA	NE
Komunikacija z osebami z demenco je pogosto neustrezna.	DA	NE
Menim, da imam dovolj znanja o komunikaciji z osebami z demenco.	DA	NE
Besedna in nebesedna komunikacija sta enako pomembni pri uspešni komunikaciji z osebami z demenco.	DA	NE
Menim, da potrebujem dodatna izobraževanja o komunikaciji z osebami z demenco.	DA	NE
Menim, da dnevno namenim dovolj časa komunikaciji z osebami	DA	NE

z demenco.		
Zaradi pomanjkanja znanja težko komuniciram z osebami z demenco.	DA	NE

9. Na spodnjo črto napišite naziv strokovnih izobraževanj, ki ste se jih udeležili na temo komunikacije z osebami z demenco?

10. Koliko izobraževanj o komunikaciji z osebami z demenco ste imeli do sedaj? _____

11. Katerega leta ste se izobraževanja nazadnje udeležili? _____

IV. SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

12. SPOL

1. Ženski
2. Moški

13. STAROST (napišite svojo starost v letih) _____

14. IZOBRAZBA

1. Srednja šola
2. Visoka šola
3. Magisterij
4. Več

15. DELOVNA DOBA (napišite svojo delovno dobo v letih) _____

16. USTANOVA, KJER OPRAVLJATE DELO:

1. Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice
2. Dom dr. Janka Benedika Radovljica
3. Dom X
4. Dom Y