



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

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO LJUDI Z  
DEMENCO IN NJIHOVO ZNANJE S  
PODROČJA DEMENCE**

**NURSES ATTITUDES TOWARDS PERSONS  
WITH DEMENTIA AND THEIR  
KNOWLEDGE ABOUT DEMENTIA**

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Gordana Sivec

Jesenice, december, 2018

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Radojki Kobentar za strokovno pomoč, spodbudne besede ter usmeritve pri oblikovanju in nastajanju magistrskega dela. Zahvala gre tudi recenzentkama doc. dr. Saši Kadivec in doc. dr. Katji Pesjak za vsa mnenja in usmeritve. Poloni Vidmar se zahvaljujem za pomoč pri statistični obdelavi podatkov. Zahvaljujem se tudi Špeli Antloga za lektoriranje.

Zahvaljujem se svoji družini za vso podporo in potrpežljivost v času študija.

Zahvala pa je namenjena tudi vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice, ki me je moralno in finančno podpiralo pri študiju.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego in oskrbo oseb z demenco, potrebujejo visoko stopnjo specifičnega znanja in sposobnosti komunikacije z obolelimi, ki je sestavni del vsakega odnosa in brez katere medicinska sestra ne more razumeti oseb z demenco.

**Cilj:** Ugotoviti, koliko znanja imajo medicinske sestre s področja demence in kakšen odnos imajo medicinske sestre do oseb z demenco.

**Metoda:** Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi. Podatke smo pridobili z dvema vprašalnikoma (Cronbach alfa koeficient = 0,69). V raziskavi je sodelovalo 221 medicinskih sester iz osmih zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanov. Anketiranje je trajalo med 1. januarjem 2018 in 31. marcem 2018. Za obdelavo podatkov smo uporabili opisno, bivariantno in multivariantno statistiko.

**Rezultati:** Ugotovili smo, da ima 51,6 % anketirancev zadovoljivo znanje o demenci, 48,4 % anketirancev pa potrebnega znanja o demenci nima. V povprečju je bilo doseženih 19,53 točke (SO = 3,44) od 30 možnih. Ugotovili smo, da imajo anketiranci v skupini z znanjem o demenci višje povprečje ocen s statistično pomembnimi razlikami na lestvici o medosebnih odnosih z osebami z demenco (AS = 3,77;  $p = 0,02$ ). Prav tako imajo višje povprečje s statistično pomembno razliko v oceni komunikacije z osebami z demenco (AS = 4,22;  $p = 0,01$ ). Ugotovili smo, da med skupinama z znanjem in brez njega ni statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo, ustanovo, starost in delovno dobo.

**Razprava:** Pomembna ugotovitev raziskave temelji na dejstvu, da je za delo z obolelimi za demenco potrebna višja stopnja znanja. Kot so pokazali rezultati, je v raziskavi kriterij za raven znanja znižan. Znanje se navezuje na dobre medosebne odnose in ustrezno komunikacijo. Pridobljeni rezultati raziskave predstavljajo vodstvu ustanov dokaz, da je treba povečati obseg znanja medicinskih sester za del z osebami z demenco.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, demenca, komunikacija, znanje v zdravstveni negi

## SUMMARY

**Theoretical background:** Nurses tasked with nursing care of those suffering with dementia require a high degree of specific knowledge and communication skills with the sufferers, which is the integral part of every relationship, without it the nurse will not be able to understand the dementia sufferer.

**Objective:** To establish the degree of knowledge nurses have in the field of dementia and what is the relationship of nurses towards the dementia sufferers.

**Method:** This Master's thesis is based on a non-experimental quantitative method. The data were obtained from two questionnaires (Cronbach alpha coefficient = 0,69). In the research 221 medical nurses from 8 healthcare and social welfare institutions took part. The polling was performed between January 1, 2018 and March 31, 2018. A descriptive, bivariant and multivariant statistics were used to process the data.

**Results:** It is established that 51,6 % of the subjects are knowledgeable about dementia, whereas 48,4 % of the subjects do not have the necessary knowledge on dementia. On average, 19,53 points (SO = 3,44) were obtained from a total of 30 points. Among the subjects it was established that those in the group with the knowledge on dementia, are more likely to have a statistically significant difference in median points achieved on interpersonal relationships with dementia sufferers (AS = 3,77;  $p = 0,02$ ), as well as a higher degree with a statistically significant difference in the grade on communication with dementia sufferers (AS = 4,22;  $p = 0,01$ ). It is also observed that between the group with knowledge and that without it, there is no statistically significant difference in terms of education, institution, age or work experience.

**Discussion:** An important outcome is based on the fact that it is necessary to have a higher degree of knowledge to be able to work with dementia sufferers. In the research, the criterion for the knowledge was reduced to ensure that the thresholds were attained. The knowledge is connected to good interpersonal communication and appropriate communication. The established results for the provide the institution management with the evidence that it is necessary to raise the knowledge of nursing staff when it comes to working with dementia sufferers.

**Key words:** nursing, dementia, communication, knowledge in nursing

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>3</b>
2.1	DEMENCA.....	3
2.2	STIGMA DEMENCE.....	6
2.3	POMEN IZOBRAŽEVANJA NEGOVALNEGA OSEBJA O DEMENCI IN POTREBA PO ZNANJIH.....	8
2.4	DELO Z OSEBAMI Z DEMENCO IN MEDSEBOJNI ODNOSI PRI NUDENJU ZDRAVSTVENE OSKRBE.....	11
2.5	ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO OSEB Z DEMENCO.....	15
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>19</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	19
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	20
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta.....	21
3.3.3	Opis vzorca.....	23
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	25
3.4	REZULTATI.....	26
3.4.1	Rezultati anketiranja po posameznih sklopih vprašanj.....	26
3.4.2	Preverjanje hipotez.....	32
3.5	RAZPRAVA.....	44
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK.....</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Koeficient Cronbach ( $\alpha$ ) – zanesljivost (Ferligoj, et al., 1995).....	22
Tabela 2: Zanesljivost instrumenta.....	23
Tabela 3: Število razdeljenih in vrnjenih vprašalnikov .....	24
Tabela 4: Razporeditev anketirancev glede na starost.....	24
Tabela 5: Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo .....	24
Tabela 6: Razporeditev anketirancev glede na spol .....	25
Tabela 7: Razporeditev zaposlenih glede na ustanovo po izobrazbi.....	25
Tabela 8: Prikaz znanja zaposlenih o Alzheimerjevi bolezni z lestvico ADKS.....	27
Tabela 9: Prikaz znanja o demenci .....	28
Tabela 10: Število doseženih točk po vprašalniku ADKS .....	29
Tabela 11: Medosebni odnosi z osebo z demenco .....	29
Tabela 12: Strinjanje pomembnosti komunikacije z osebo z demenco.....	30
Tabela 13: Odnos vodstva do zaposlenih, ki skrbijo za osebe z demenco .....	31
Tabela 14: Delež pravih in nepravilnih odgovorov na trditve .....	33
Tabela 15: Opisna statistika (H2) .....	36
Tabela 16: T-test za neodvisne vzorce (H2).....	36
Tabela 17: Opisna statistika (H3) .....	37
Tabela 18: Levenov test homogenosti varianc (H3).....	37
Tabela 19: Test ANOVA (H3) .....	38
Tabela 20: Opisna statistika (H4) .....	38
Tabela 21: Levenov test homogenosti varianc (H4).....	39
Tabela 22: Test ANOVA (H4) .....	39
Tabela 23: Opisna statistika (H5) .....	40
Tabela 24: Levenov test homogenosti varianc (H5).....	40
Tabela 25: Test ANOVA (H5) .....	41
Tabela 26: Opisna statistika (H6) .....	41
Tabela 27: Prikaz t-test za dva neodvisna vzorca – medosebni odnosi (H6) .....	42
Tabela 28: Opisna statistika za spremenljivko komunikacije (H7).....	42
Tabela 29: Prikaz t-test za dva neodvisna vzorca (H7) .....	43
Tabela 30: Opisna statistika za spremenljivko komunikacije (H8).....	44
Tabela 31: Prikaz t-test za dva neodvisna vzorca (H8) .....	44

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Strinjanje o pomembnosti komunikacije z osebo z demenco .....	31
Slika 2: Odnos vodstva do zaposlenih, ki skrbijo za osebe z demenco.....	32

## SEZNAM KRAJŠAV

BDP	bruto domač proizvod
MKB-10	10. mednarodna klasifikacija bolezni
MZ	Ministrstvo za zdravje
TRU	test risanja ure
KPSS	kratek test spoznavnih sposobnosti
CT	računalniška tomografija možganov
MR	magnetna resonanca
ADKS	Alzheimer's Disease Knowledge Scale
JPND	Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research



## 1 UVOD

Staranje prebivalstva prinaša nove izzive in z odkrivanjem novih poti za spoprijemanje s težavami, ki jih prinaša proces starostnega spreminjanja organizma, spodbuja k iskanju novih metod dela s starimi ljudmi. Zato je več disciplinarno povezovanje različnih strok pomemben korak h kakovostnemu staranju, obravnavi in zagovorništvu starostnikov (Ambrožič & Mohar, 2015).

Glasgowska deklaracija navaja, da je demenca izziv sodobne družbe, saj bolezen s starostjo prebivalstva narašča. Demenca je mednarodno prepoznana kot problem, ki mora postati prioriteta javnega zdravstva tako na nacionalnih ravneh kot tudi na ravni Evrope (World Health Organization, 2015).

Kot pomembno prioriteto Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) omenja usposabljanje različnih poklicnih profilov in osredotočanje na kakovostno obravnavo oseb z demenco v vseh fazah bolezni. Poleg oseb z demenco bi pomoč strokovnjakov z znanjem o demenci potrebovali tudi svojci oseb z demenco. Vsa znanja pa bi morala temeljiti na stalnem izboljšanju prakse in na dokazih podprti praksi (World Health Organization, 2015).

Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (v nadaljevanju JPND) navaja, da je zaradi demence, predvsem Alzheimerjeve bolezni, prizadetih sedem milijonov Evropejcev, napoveduje pa, da se bo število obolelih za demenco vsakih 20 let podvojilo. S starostjo povezane bolezni, predvsem demenca, postajajo vedno večji izziv medicinske stroke (JPND, 2012).

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije živi po svetu okoli 47,5 milijonov ljudi z demenco, v Evropi pa celo več kot devet milijonov ljudi. V Sloveniji se ocenjuje, da je obolelih za demenco več kot 32 000 ljudi, za katere pa skrbi približno 100 000 svojcev, zdravstvenih, socialnih delavcev in drugih, kar je opredeljeno v Strategiji obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (Ministrstvo za zdravje, 2016). Po podatkih Svetovne organizacije za alzheimerjevo bolezen, ki vključuje 84 držav, so svetovni posredni in

neposredni stroški demence v letu 2015 ocenjeni na 818 milijard dolarjev letno, kar pomeni en odstotek svetovnega bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) (Ministrstvo za zdravje, 2016). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je aprila 2016 sprejelo dokument Strategija obvladovanja demence do leta 2020. Namen strategije je zgodnje odkrivanje demence ter pravočasna zdravstvena in socialna oskrba oseb z demenco (Ministrstvo za zdravje, 2016).

Analiza razmer na področju delovne sile v sedmih evropskih državah ugotavlja, da ni evropske baze podatkov, ki bi beležila, koliko je kvalificirane delovne sile na področju demence, hkrati pa tudi ni enotne evropske definicije kvalificirane delovne sile na področju demence (Hvalič Touzery, 2015). V proučevanih državah je v kvalificirano delovno silo na področju demence umeščenih več poklicnih profilov: diplomirane medicinske sestre, zdravstveni tehniki, socialni oskrbovalci, osebni/splošni zdravniki, socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti, psihiatri, psihologi, nevrologi in geriatri (Hvalič Touzery, et al., 2014). Tudi Gregorič in Pirtošek (2010) navajata, da je za osebo z demenco zelo pomemben multidisciplinarni tim, ki nudi osebi z demenco kakovostno obravnavo in ga sestavljajo: zdravnik nevrolog, psihiater, nevropsiholog, diplomirana medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, logoped, zdravstveni tehnik in socialna delavka.

Dragarjeva (2010) navaja, da je kljub ozaveščenosti ljudi o demenci in z njo povezanih težav premalo pomoči strokovnih služb svojcem, ki jih je demenca prizadela. Žal je skrb in pomoč svojcem prepuščena njihovi lastni iznajdljivosti in sposobnostim.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DEMENCA

Kogoj in Vodušek (2011) povzemata 10. mednarodno klasifikacijo bolezni (v nadaljevanju MKB-10), ki opredeljuje demenco kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen običajno kronične ali napredujoče narave. Vključuje motnje mnogih višjih kognitivnih funkcij, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, sposobnost učenja, sposobnost besednega izražanja in presoja. Navajata tudi, da se definicija ameriškega psihiatričnega združenja razlikuje od opisane, vendar pa jima je skupno, da demenco spremlja zmanjšana sposobnost za obvladovanje čustev, socialnega vedenja in dnevnih aktivnosti.

Demenca predstavlja ireverzibilno, progresivno in kronično poslabšanje ter pešanje kognitivnih sposobnosti. V bolezenskem procesu se demenca kaže tudi z različnimi drugimi simptomi, ki vključujejo spremembe razpoloženja, vedenja ter spremembo osebnostnih lastnosti (Kavčič, 2015). Klinična slika demence se kaže z nevrološkimi, psihopatološkimi in funkcionalnimi simptomi, kjer lahko nastanejo opazne razlike med posamezniki. Razviti simptomi demence vplivajo na samostojnost in avtonomno odločanje posameznika tako, da imajo že zelo zgodaj težave v vsakodnevnem funkcioniranju in zadovoljevanju življenjskih potreb (Kobentar, 2011b).

Demenca je progresiven proces v delovanju možganov, pri čemer gre za nevrološko degenerativni sindrom, ki prizadene vse možganske funkcije (Trahan, et al., 2011).

Kogoj in Ličina (2013) pravita, da je najpogostejši vzrok za demenco Alzheimerjeva bolezen, ki zajame 50–70 % primerov, in da s starostjo močno narašča. Pred 65. letom starosti zbolijo 1 % ljudi, po 65. letu pa število obolelih strmo naraste. Pri 80. letih ima že vsak četrti Alzheimerjevo bolezen, pri devetdesetih že vsak tretji. Redkejša oblika demence je vaskularna demenca, ki zajame 20–30 % primerov, 5–10 % primerov zajame fronto-temporalna demenca in manj kot 5 % primerov zajame demenca Lewyjevih telesc.

Roljić (2011) opisuje, da je demenca povzročena z različnimi kroničnimi in napredujočimi boleznimi, ki prizadenejo možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija, računanje, učenje in govor. Te funkcije neposredno vplivajo na sposobnost aktivnega delovanja osebe v socialnem okolju. Kognitivne omejitve spremljajo spremembe čustvene kontrole, socialnega vedenja in motivacijo.

Van Hulslen (2010) navaja, da demenco glede na vzroke delimo na primarno in sekundarno. Primarna oblika demence zajame 85 % demenc, in sicer degenerativne 50 %, vaskularne 20 %, mešane oblike 15 % ter sekundarne oblike okoli 15 %. Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva demenca (Kogoj, 2008; Darovec, et al., 2014). Kogoj (2009) pravi, da spada velika večina vseh primerov demence le v štiri najpogostejše oblike: Alzheimerjevo demenco, vaskularno demenco, demenco Lewyjevih telesc in frontotemporalno demenco.

National Institute of Aging (2015) opisuje značilne vedenjske in osebnostne spremembe, ki so značilne za osebe z demenco, to so agresivnost, depresija, skrivanje stvari ali trditve, da jim drugi skrivajo oz. kradejo stvari, tavanje, haluciniranje, napačna interpretacija povedanega, pomanjkanje zanimanja in motivacije za dogajanje ter opuščanje skrbi za zunanji videz. Osebe z demenco v določeni fazi bolezni kažejo zvišanje občutljivosti za različne dejavnike iz okolja z omejitvami komunikacije in razumevanja. Posamezniki z demenco zato interpretirajo znake, kode in simbole drugače, kot je družbeno sprejemljivo in tudi naučeno (npr. ko oseba z demenco vidi mokra tla, lahko razume, da je to prostor za uriniranje). Spremenijo se tudi interpretacije vidnega (npr. ob pogledu v ogledalo se ne prepoznajo, ker mislijo, da je to nekdo drug).

Osebe z demenco imajo zmanjšano sposobnost samooskrbe na različnih področjih: psihičnem, socialnem in fizičnem. Običajno imajo osebe z demenco tudi druge kronične nenalezljive bolezni in kažejo dokaj visoko stopnjo komorbidnosti. Glede na stopnjo bolezni je potrebno stalno prilagajanje potrebam, zmožnostim in željam oseb z demenco. Predvsem so to prilagoditve na okolje, primerna komunikacija, telesna aktivnost ter različne oblike nefarmakološke obravnave, kot so aromaterapija, muzikoterapija in kognitivna stimulacija (Darovec, et al., 2014).

Pomembno vlogo pri pravočasnem diagnosticiranju demence imajo svojci, osebni zdravnik in specialisti – geriatri, psihiatri in nevrologi. Osebni zdravnik pozna zgodovino pacienta in ga po predhodnih presejalnih testih, kot je test risanja ure (v nadaljevanju TRU) ali kratek test spoznavnih sposobnosti (v nadaljevanju KPSS), ob sumu na demenco napoti k specialistom. Specialisti opravijo specifične ciljne preiskave za ugotavljanje biokemičnih in organskih sprememb v možganih ter potrebne usmerjene teste za ugotavljanje funkcionalnih odstopanj pri nekaterih psihičnih sposobnostih. Običajno se najprej vzame anamneza, pacienta se napoti na računalniško tomografijo možganov (v nadaljevanju CT) ali magnetno resonanco (v nadaljevanju MR), odvzame se mu kri za biokemične in hematološke preiskave in opravijo psihološki testi. Pomembno je, da se po opravljenih diagnostičnih preiskavah in ugotovljenem bolezenskem procesu takoj prične zdravljenje prvih simptomov, saj lahko tako upočasnimo napredovanje bolezni, ki je odvisno od različnih vplivnih dejavnikov ter načrtovanega zdravljenja (Stokin, 2009; Graham & Warner, 2013; Žmuc Veranič, 2015).

Zdravljenje demence je simptomatsko in preventivno (Darovec, et al., 2014). Uporabljajo se zdravila, kot so kognitivni modulatorji (zaviralci acetilholinesteraze, antagonisti receptorjev NMDA), da bi zavrla napredovanje spominskega upada in pojavljanje motenj. Pri nefarmakološki obravnavi se bolnikove sposobnosti vključuje in vzdržuje s pomočjo umskih, telesnih in socialnih aktivnosti, podpore pri dnevnih aktivnostih, prilagajanja okolja osebam z demenco in njihovim potrebam ter psihoedukacijo svojcev in družinskih negovalcev ob podpori družinskim članom pri skrbi za obolelega svojca.

Svojci se težko sprijaznijo z diagnozo demence, pravita Gendron (2015) in Schpolarich (2016). Ko svojci izvedo za diagnozo, pri kateri gre za kronično bolezen s progresivnim izidom, se odzovejo različno, nekateri imajo občutek jeze, so žalostni, jih je celo sram ali pa jih je preprosto strah. Zato se včasih na diagnozo odzovejo z zanikanjem dogajanja in se tolažijo, da bo bolje. S tem poskušajo zanikati izgubljanje svojca. Nadalje avtorici navajata, da se v začetni fazi nekatere osebe z demenco zavedajo svojih težav, kar pa zelo vpliva na odnose med njimi in svojci. Oseba z demenco postane občutljivejša na zahteve, ki jih imajo svojci, npr. kaj naj delajo oz. česa ne smejo, s tem pa se poveča napetost v odnosih. Po fazi izogibanja svojci postanejo do osebe z demenco bolj zaščitniški.

Kogoj (2009) pravi, da se pri osebah z demenco v začetni fazi kažejo podobni znaki kot pri duševnih boleznih. Pokažejo se lahko osebnostne spremembe, lahko so zelo zadržani ali nimajo občutka za oliko, ne skrbijo za osebno higieno, oblačenje itd. Spominjajo se dogodkov iz preteklosti. Govor postane nepovezan, zmanjša se besedni zaklad, težko opisujejo dogodke, ki so se dogodili pred kratkim. Težave imajo z orientacijo, vsakodnevne naloge opravijo le s težavo. Pri opravilih, ki so jih včasih opravljali z veseljem, potrebujejo veliko spodbude. Zaradi stalnih usmeritev in nadzora lahko osebe z demenco postanejo depresivne, se izločijo iz družbe oz. se zaprejo vase.

V napredovalem stadiju demence Meglič (2010) pravi, da se oseba z demenco ne spominja več zgodb iz preteklosti, živi v prepričanju, da so njihovi starši še živi, da imajo otroke, ki obiskujejo šolo, in sami še vedno hodijo v službo. Kljub dobri gibljivosti in telesni moči se pojavijo težave z oblačenjem, lahko pričnejo odhajati od doma in se ne znajo vrniti domov. Takrat potrebujejo tudi stalen nadzor. Meglič (2010) in Lipar (2016) pravita, da običajno v fazi, ko oseba z demenco prične uhajati od doma in potrebuje več pomoči pri vseh življenjskih aktivnostih, lahko postane tudi nasilna in kričeča. Za svoje je to obdobje zelo obremenjujoče, zato se v tej fazi odločijo za namestitev v dom starejših.

Schpolarich (2016) navaja, da v zadnji fazi oseba z demenco ne prepozna več družinskih članov, kar predstavlja za svoje najtežje trenutke. Oseba z demenco postane kmalu tudi nepokretna, inkontinentna in odvisna od drugih pri izvajanju vseh življenjskih aktivnosti. Pojavijo se težave s požiranjem in dehidracijo. Posledično oseba z demenco postane občutljivejša in dovzetnejša za druge bolezni, ki so pogosto vzrok smrti.

## **2.2 STIGMA DEMENCE**

Ošlak in Musil (2017) v svoji raziskavi navajata, da je stigma eden od vzrokov, da je formalno diagnosticiranih manj kot 50 % obolelih za demenco. Prepoznavanje stigme je pomembno, saj posameznikom preprečuje, da bi prepoznali znake bolezni, zato posledično ne poiščejo pomoči, kar zlasti v začetni fazi bolezni zmanjša kakovost življenja. To vodi v socialno izolacijo, občutke sramu in osamljenosti, posledično pa vodi tudi v depresijo, anksioznost in vedenjske motnje.

Obstajajo dokazi, da sta starost in demenca v družbi pogosto stigmatizirani (Phillipson, et al., 2012). Osebe z demenco stigmatizirajo tudi medicinske sestre in drugi zaposleni, kar se kaže z ne vključevanjem obolelih v dogajanje, z zmanjšanjem pomena odločanja o svojih potrebah in izključujočimi aktivnostmi. Navajajo več mednarodnih raziskav, v katerih formalni oskrbovalci v domovih za starejše osebe z demenco doživljajo bolj negativno kot pozitivno in imajo do zdravih starostnikov ali pa do starostnikov z drugimi boleznimi (npr. Parkinsonova bolezen) pozitivnejši odnos kot do oseb z demenco (Milne, 2010; O'Connor & McFadden, 2012).

Oboleli za demenco se pogosto srečujejo z izključevanjem in odrivanjem iz družbe ter drugimi znaki stigmatizacije (Mlakar & Praprotnik, 2013; Kavčič, 2015).

Osebe z demenco se svoje bolezni sramujejo, srečujejo se z občutkom manjvrednosti in pomanjkanjem samozavesti in zaradi samostigmatizacije redkeje poiščejo pomoč. Treba bi bilo ustanoviti podporne skupine, da bi osebe, ki so obolele za demenco, javno spregovorile o svoji bolezni, in tudi izobraževanja za svojce in zdravstvene delavce. Potrebna je strategija, s katero bi na nacionalni ravni vsaka država osebam z demenco ustvarila prijaznejše okolje (Batsch, et al., 2012). Vpliv stigme na obolele z demenco opisujeta tudi Benbow in Jolley (2012), ki pravita, da bi bilo pri delu z obolelimi za demenco treba prednostno vključiti štiri glavna področja: področje izobraževanja, področje ustreznih storitev, politično področje in raziskovalno področje.

Zato je zelo pomembno, da se ljudi ozavešča in poučuje o demenci in njenih posledicah na funkcionalno odvisnost in kakovost življenja obolelih ljudi (Mlakar & Praprotnik, 2013; Kavčič, 2015).

Skela Savič in Hvalič Touzery (2014) v raziskavi o negativnem odnosu do starejših ljudi ugotavljata nizko stopnjo znanja o starostnikih med kliničnimi mentorji in študenti Visoke šole za zdravstveno nego. Rezultati so pokazali, da je uspešnost znanja kliničnih mentorjev o zdravstveni negi starostnika samo 48,7-odstotna, uspešnost študentov v znanju pa malo več kot 44-odstotna. V raziskavi je sodelovalo 40 kliničnih mentorjev in 61 študentov zdravstvene nege. Avtorici nadalje ugotavljata, da bi bilo treba za

izboljšanje znanja in pridobitev pozitivnega odnosa do starejših razviti specialne izobraževalne vsebine iz gerontologije v obliki obveznih ali izbirnih predmetov na vseh stopnjah študija, ravno tako pa bi bila po končanem visokošolskem izobraževanju potrebna specializacija s področja zdravstvene nege starostnika.

Raziskovalci (Blazinšek, et al., 2013) so ugotavljali, kako pomembno je znanje komunikacije pri zdravstveni obravnavi starostnikov z demenco. V raziskavi, ki so jo izvedli med 72 medicinskimi sestrami na oddelkih za demenco v psihiatričnih bolnišnicah, kjer sta bili zajeti Psihiatrična klinika Ljubljana in Psihiatrična bolnišnica Begunje, ugotavljajo, da imajo diplomirane medicinske sestre več znanja. V povprečju so pravilno odgovorile na 12,6 vprašanj od možnih 19. Srednje medicinske sestre so v povprečju pravilno odgovorile na 10 vprašanj od 19 možnih. Ugotavljajo tudi, da je največ znanja o komunikaciji z osebo z demenco pokazala starostna skupina 41 let in več.

### **2.3 POMEN IZOBRAŽEVANJA NEGOVALNEGA OSEBJA O DEMENCI IN POTREBA PO ZNANJIH**

Medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno nego in oskrbo oseb z demenco, potrebujejo veliko znanja, empatije, odgovornosti, stalnega izobraževanja in usposabljanja (Kobentar, 2016). Ministrstvo za zdravje (2016) navaja, da je treba vključiti vsebine o demenci v vse srednješolske programe, ki so primarno namenjeni usposabljanju za poklice, pri katerih se dijaki neposredno vključijo v stik s starostnikom. Ministrstvo za zdravje (2016) navaja tudi, da je treba vsebine, povezane z demenco, vključiti v podiplomske študije medicine in zdravstvene nege. Priporočajo tudi izobraževanja v bolnišnicah in v lokalnih skupnostih s poudarkom na praktičnem usposabljanju prostovoljcev.

(Hvalič Touzery, 2015) na podlagi pregleda socialnih in zdravstvenih visokošolskih izobraževalnih programov s področja demence v sedmih evropskih državah (Češka, Finska, Portugalska, Slovenija, Švedska, Španija in Škotska) ugotavlja velik primanjkljaj vsebin s področja demence v visokošolskih izobraževalnih programih. Poudarja, da obstoječi visokošolski programi pogosto ne nudijo ustreznega znanja in spretnosti, ki so potrebni za kakovostno zdravstveno ali socialno oskrbo oseb z demenco. Sklepa, da



mnogim strokovnjakom primanjkuje specializiranih znanj s področja demence. (Hvalič Touzery, et al., 2015) ugotavljajo, da večina držav, vključenih v raziskavo, v akreditiranih dodiplomskih in magistrskih zdravstvenih in socialnih izobraževalnih programih ne ponuja vsebin s področja demence niti v obliki obveznih niti izbirnih predmetov, primanjkuje pa jim tudi znanj s področja oskrbe v obdobju napredovale demence (Hvalič Touzery, et al., 2015).

Na pomanjkljivo znanje o napredovali demenci opozarjajo tudi drugi strokovnjaki (Hvalič Touzery, et al., 2014), o čemer govori tudi novejša analiza študije primera o napredovali demenci v sedmih evropskih državah, kjer se omenja pomanjkanje strokovnjakov s tega področja in pomanjkanje konsenza o izobraževanju s področja demence in izobraževanja za formalne oskrbovalce.

Tako formalni kot neformalni oskrbovalci nimajo zadostnega znanja o ustreznem ravnanju in sodelovanju z osebo z demenco (Mali, et al., 2011). Izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe ocenjujejo, da imajo premalo znanja, in si želijo več znanja za delo z osebo z demenco, ker pogosto nimajo ustreznih informacij o tem, kaj demenca sploh je.

Howie (2012) v svojem članku navaja, da so proučili izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi na Škotskem, kjer delajo z osebami z demenco. Zaposleni na urgenci, ki se običajno prvi srečajo z osebo z demenco, ob prvem srečanju niso prepoznali obravnavane osebe kot osebe z diagnozo demence. Zato so razvili mini test, ki je sestavljen iz štirih vprašanj in je zaposlenim omogočil lažje prepoznavanje oseb z demenco. Glede na pridobljene odgovore so lahko presejalno ocenili, ali ima oseba nakazane simptome demence.

Mlakar (2016) v svoji obsežni raziskavi ugotavlja, da se 26,4 % zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše o delu z osebami z demenco izobražuje preko interneta, 23,6 % z obiskovanjem izobraževanja izven doma, 25 % s prenosom znanja med zaposlenimi in 24,3 % z razpoložljivo literaturo. V omenjeni raziskavi je sodelovalo 13 različnih skupin oz. 240 zaposlenih v različnih domovih za starejše v Sloveniji.

Delo za zaposlene, ki skrbijo za ljudi z demenco, je zelo zahtevno, odgovorno in stresno (Kobentar & Gorše Muhič, 2011). Zaposleni so psihično zelo obremenjeni, saj se vedno znova sprašujejo, ali so naredili vse za obolelo osebo z demenco ali bi mogoče kdo ravnal drugače in bi bil pri tem uspešnejši (Mali, et al., 2011).

Digby, et al., (2016) poročajo, da je pomanjkanje znanja eden glavnih vzrokov za nezadovoljstvo medicinskih sester pri delu z osebo z demenco. Navajajo dva glavna dejavnika, ki sta potrebna za izboljšanje odnosa z obolelimi, empatijo do ljudi z demenco ter izobraževanje ob podpori medicinskim sestram in drugemu osebju.

Kontinuirano izobraževanje o demenci je bistvenega pomena za medicinske sestre, ki skrbijo za obolele osebe, saj bodo le tako pridobile ustrezno specifično znanje in razvile potrebne strategije za kakovostno in učinkovito skrb za ljudi z demenco. Brez dobrega poznavanja in razumevanja vseh procesov pri demenci medicinske sestre niso sposobne prepoznavanja njihovih potreb, posameznikovega vedenja in se posledično ne morejo ustrezno odzvati na potrebe obolelih (Chenoweth, et al., 2014).

Raziskava v domovih za starejše občane je dokazala (Ličen, et al., 2010), da zaposleni, ki se izobražujejo o demenci, doživljajo manjšo obremenitev na delovnem mestu, z opozorilom, da kljub temu zadovoljstvo zaposlenih pri delu upada. Sodobna stališča in pristopi pri obravnavi stanovalcev z demenco zahtevajo od zaposlenih kompleksna procesna znanja ter multidisciplinarno in interdisciplinarno povezovanje različnih strokovnjakov, katerih del so tudi zaposleni v zdravstveni negi. V raziskavi poročajo, da je psihična obremenjenost zaradi narave dela z obolelimi tudi posledica preslabe seznanjenosti z boleznijo ter pomanjkanjem ustrezno izobraženega strokovnega kadra. Ugotovili so tudi, da bi morali zaposlenim na varovanih in tudi drugih oddelkih omogočiti izvajanje supervizije in nadaljnje izobraževanje vseh, ki so v stiku z osebami z demenco (Ličen, et al., 2010).

Novejši mednarodni dokument med ključnimi izzivi na področju demence med drugim omenja, da mora strokovni kader na področju demence uporabljati predvsem pozitiven pristop z osredotočanjem na osebo z demenco. Za doseganje tega cilja pa je potrebno

izobraževanje strokovnega kadra z znanji, s spretnostmi in z vedenji, da bodo zaposleni sposobni implementirati orodja, s katerimi bodo omogočili najboljšo možno kakovost življenja oseb z demenco in njihovih družin (Holmerova, et al., 2016). Kakovostna obravnava v času bolezni ter individualna in koordinirana obravnava osebe z demenco je tudi ena od pravic, opredeljenih v Glasgowski deklaraciji – Za prioriteto demence (World Health Organization, 2015).

V obstoječih izobraževalnih programih visokošolskih zavodov na področju zdravstva je o izobraževanju o demenci zelo malo znanega. Na vseh nivojih dodiplomskega in podiplomskega študija bi bilo treba v učne programe vključiti z dokazi podprte vsebine s področja demence. Vključevanje vsebin in zahteve po višji stopnji znanja o demenci bo v prihodnosti predstavljalo velik izziv, saj bo le dobro izobraževanje za zdravstvene delavce, zdravnike in socialne delavce prineslo dovolj strokovnih kompetenc za obravnavo oseb z demenco (Collier, et al., 2015). Avtorji v omenjeni raziskavi poudarijo, da bodo šele takrat osebe z demenco in njihovi svojci lahko zaupali v kakovostno obravnavo zaposlenih.

Hvalič Touzery, et al. (2014) navajajo, da so z raziskavo o izobraževalnih programih s področja demence ugotovili, da v večini držav v akreditiranih diplomskih in podiplomskih izobraževanjih zdravstvenih in socialnih programov ni predmetov o demenci ne v obliki obveznih predmetov ne kot izbirnih predmetov. Prav tako jim primanjkuje znanj o vseh stopnjah demence. Prišli so do ugotovitve, da je zgolj Škotska ena od enajstih svetovnih držav, ki ima nacionalni program s področja demence. Finska ima zgolj nacionalni akcijski načrt glede demence, nima pa določenega kriterija, kako znanje o demenci vključiti v visokošolsko izobraževanje. V Sloveniji je nacionalni program obravnave oseb in njihovih svojcev s področja demence v pripravi.

## **2.4 DELO Z OSEBAMI Z DEMENCO IN MEDSEBOJNI ODNOSI PRI NUDENJU ZDRAVSTVENE OSKRBE**

V začetnem obdobju demence je najbolje, da oboleli ostanejo v domačem okolju z ustrežno zdravstveno oskrbo in strokovno pomočjo, navaja Mali (2007). Tudi Schpolarich

(2016) navaja, da imajo osebe z demenco boljši občutek, če ostanejo v domačem okolju, ker se v takem okolju počutijo varneje in ker zanje poskrbijo osebe, ki jih poznajo in jim zaupajo.

Z napredovanjem bolezenskega procesa so vse bolj izraženi kognitivni primanjkljaji v smislu spominskih motenj, naprej za kratkoročni, nato pa tudi za dolgoročni spomin. Izraženi znaki spominskih in kognitivnih motenj s pridruženimi drugimi znaki pomembno vplivajo na samostojnost in neodvisnost obolelih pri izvajanju osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnosti (Kobentar, 2011b). Spoprijemanje obolelih z upadom funkcionalnih sposobnosti na začetku bolezni je še obvladljivo z diskretno pomočjo svojcev in neformalnih pomočnikov, vendar do stopnje, ko je priklic informacij še možen na podlagi asociacij. Z zniževanjem kapacitete zadrževanja večjega števila informacij v obliki ustnih in pisnih navodil, usmeritev in pripomb je življenje z obolelim v domačem okolju vse bolj oteženo. Svojci nimajo strokovnega znanja niti ustreznih strategij, kako in na kakšen način pomagati obolelem, da bi čim dalj časa ostal v domači oskrbi (Kobentar, 2011a). Gendron (2015) navaja, da obolela oseba z napredovanjem bolezenskega procesa vse bolj izgublja svojo identiteto, kar pomeni, da mentalni procesi, ki človeku omogočajo razmišljanje o samem sebi, izginjajo. Kadar se kognitivnim spremembam pridružijo druge vedenjske in čustvene motnje, je neizogibna institucionalna obravnava za krajši ali daljši čas (Kobentar, 2011b).

Zdravstvena obravnava oseb z demenco predstavlja večji problem in izziv pri reševanju specifičnih potreb obolelih, kjer je oboleli aktivni subjekt v procesu oskrbe, in ne pasivni prejemnik storitev. Vzpostavljanje in vključevanje medosebnega odnosa z obolelim v sistem obravnave mora temeljiti na psihosocialnem modelu obravnave, ki poudarja socialni kontekst obravnave s poudarkom na zadovoljstvu in ohranjanju identitete obolelih (Kobentar, 2011a). Gendron (2015) in Schpolarich (2016) pravita, da se je treba pri pogovoru z obolelimi z demenco vedno osredotočiti na osebo z demenco in njene potrebe ter poudariti njene pozitivne lastnosti in izkušnje, in ne slabosti. Pogovor naj bi tekkel o starih spominih, čustvih in dogodkih, ki so osebi z demenco znani in razumljivi. Avtorici nadalje tudi navajata, da je socialni stik pomemben, ker smo družabna bitja in

nam odnosi z drugimi vzbujajo veselje in nas izpopolnjujejo. Socialna interakcija je zelo pomembna za ohranjanje in dvig samozavesti in samospoštovanja.

S komunikacijo omogočamo negovanje medosebnih odnosov (Jootun & McGhee, 2011; Zeindliner, 2014). Z načrtovanjem psihosocialnih aktivnosti in intervencij se ohranja socialna vključenost ter zviša občutek pripadnosti, varnosti, ljubezni in samopotrditve in kakovosti življenja (Kobentar, 2011a). Strokovnjaki ugotavljajo, da se pri osebah z demenco sposobnost komunikacije postopno slabša, kar posledično vpliva na medosebne odnose in izgubo lastne identitete (Jootun & McGhee, 2011; Zeindliner, 2014).

Zaposleni v zdravstveni obravnavi pri delu z osebami z demenco kažejo visoko stopnjo obremenitve, ki izhaja iz medicinskega pojmovanja bolezenskih primanjkljajev obolelih z neposredno kompenzacijo izgubljenih sposobnosti in rutinskim zadovoljevanjem življenjskih potreb. Zaradi pomanjkanja specifičnega znanja s področja zdravstvene obravnave oseb z demenco so zaposleni pogosto v stiski, saj rutinirana opravila nimajo pravega učinka (Kobentar, 2011a). Ošlak in Musil (2017) v svoji raziskavi, kjer je sodelovalo 153 zdravstvenih delavcev z različno izobrazbo, ugotavljata, da se 58,1 % udeležencev strinja, da od večine sodelujočih v raziskavi ni pričakovati, da bi sodelovali v pogovorih z osebo z demenco. Približno 9,7 % vprašanih meni, da ne bi preživelo veliko časa z osebo, ki ima demenco. Kar 37,9 % jih meni, da so osebe z demenco nadležne, ker ponavljajo iste zgodbe.

Strokovni pristop osebami z demenco vključuje veliko več kot le zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb, saj je demenca individualen proces, na katerem naj bi temeljila tudi individualizirana obravnava. Zato je poleg medicinskega pomembno poznavanje sodobnih metod obravnave oseb z demenco, kot so: psihosocialni, rehabilitacijski, ekološki, socioterapevtski in integrirani model (Kobentar, 2011a). Van Hulsen (2010) pravi, da metoda validacije po Naomi Feil vsebuje s komunikacijo zelo učinkovite načine pomoči pri izboljševanju odnosov med osebami z demenco in njihovimi svojci ter strokovnim osebjem. Validirati pomeni upoštevati za veljavno to, kar oboleli želi izraziti na način in s sredstvi, ki so na voljo. Beseda validacija pomeni metodo komunikacije, s katero na različne načine pomagamo osebami z demenco in njihovim svojcem. Osnovno

vodilo komunikacije sloni na dejstvu, da oboleli z demenco ne zmore shranjevanja novih informacij, zato ga z ustreznimi vprašalnicami *kaj, kako, kdo, koliko, kje* spodbujamo k priklicu nekoč shranjenih podatkov in informacij, da bi se izognili vprašanju *zakaj*, s katerim bi moral pokazati svoje sposobnosti presoje, ki so zaradi bolezni dokaj okrnjene. Komunikacija pri osebah z demenco je v različnih stadijih bolezni različno motena v smislu razumevanja sporočila, ker je sprejemnik oseba z demenco, ki ima sicer veliko težav pri sporazumevanju z ljudmi v svojem okolju. Pojavijo se različne motnje govornega izražanja kot senzomotorična afazija, kar pomeni, da oseba naših besed ne razume, jih ne zaznava niti nanje ni sposobna ustrezno odgovoriti. Kobentarjeva (2011a) v svojem delu opisuje pomen komunikacije v smislu nosilca terapevtskega odnosa in orodja, s katerim učinkovito delujemo na spremembe vedenja, izmenjavo občutkov, doživljanj in izkušenj.

Lesae (2008) pravi, da je zelo pomemben prvi stik med medicinsko sestro in osebo z demenco. Oseba z demenco si želi iskren in zaupljiv odnos. Zelo pomembni so diskretnost, empatija in poznavanje širše zdravstvene in socialne problematike obravnave oseb z demenco. Medicinska sestra mora komunicirati umirjeno, jasno in razločno, uporabljati mora besede, ki jih bo oseba z demenco razumela.

V diagnostično-terapevtskem procesu Kogoj in Vodušek (2011) navajata, da je treba zmanjšati zvoke iz okolja, odstraniti vse moteče dejavnike in se posvetiti izključno osebi z demenco, ker težje sledi pogovoru ali testom, ki jih je treba v okviru pregleda opraviti. Priporočata ločene pogovore s svojci in bolnikom ter na koncu še skupen pogovor. V komunikaciji z obolelimi je pomemben glas svojcev in zaposlenih, ki mora biti umirjen in topel. Osebe z demenco lažje sledijo kratkim jedrnatim stavkom, zato pri delu z njimi uporabljamo enostavne besede. Izogibamo se tujkam, simbolom in zaimkom. Pri poznejših stadijih bolezni uporabimo vprašanja, na katera lahko odgovorimo z da ali ne. Pozorni smo na počasnejše procesiranje informacij, zato osebi z demenco pustimo dovolj časa za odgovor.

Pri delu z obolelim za demenco je treba upoštevati ohranjene sposobnosti komuniciranja in pridružene motnje, kot so strah, negotovost, apatija, žalost in nemir. Poznavanje

ustreznih komunikacijskih tehnik omogoča učinkovito obvladovanje in zmanjšanje motečega vedenja in se uporablja v nefarmakoloških metodah zdravljenja (Kobentar, 2011a).

## 2.5 ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO OSEB Z DEMENCO

Empatija je sestavni del vsakega odnosa. Brez nje medicinska sestra ne more razumeti bolnikove perspektive, ustvariti zaupanja in zagotoviti ustrezne oskrbe (Digby, et al., 2016). Avtorji navajajo, da perspektiva osebe z demenco vključuje vpogled v zmeden svet, ki je lahko nepredvidljiv, se spreminja in je včasih celo zastrašujoč. Medicinske sestre morajo uporabiti sočuten in profesionalen pristop, s terapevtskim upoštevanjem mej lastnih zmožnosti in ločevanjem med zasebnim ter poklicnim življenjem (Edberg & Edfors, 2008). Pomembno je zavedanje, da medicinska sestra pri delu z obolelimi lahko postane čustveno ranljiva in posledično nekoristna za pacienta (Austin, 2011). Razočaranje in čustvena izčrpanost sta pogost pojav med medicinskimi sestrami, ki skrbijo za osebe z demenco (Griffiths, et al., 2014).

Osebe z demenco imajo največ težav z vzpostavitvijo in vzdrževanjem socialnih stikov (Mali, et al., 2011). Nekateri omenjajo, da so osamljeni, da jim je dolgčas in pogrešajo druženja in stike s sorodniki in znanci. Nekateri pomanjkanje stikov kompenzirajo s hišnimi ljubljenci. Stik z okolico navežejo z vonjem, dotiki in preko drugih oblik čutnega sporazumevanja. Včasih se pojavijo tudi konflikti, ki nastanejo zaradi nerazumevanja vedenja in odzivanja oseb z demenco na običajne življenjske zahteve. Pomembno vlogo pri obravnavi in delu z osebami z demenco ima tudi partnerski odnos, ki v mreži odnosov ostaja ključni člen. Zato je pomembno, kako vstopamo v odnose z osebami z demenco. Osebam z demenco je zelo pomemben osebni pristop, pogovor, predvsem pa način, kako se z njimi sporazumevamo v navezovanju stikov in vzpostavljanju odnosov. Proces demence pogosto spremlja izguba interesov, zato mora medicinska sestra poznati tudi načine motiviranja za kakršnokoli delo, opravilo, pogovor ob upoštevanju zmanjšanih sposobnosti in njihovih zmožnosti. Temeljni odnos do oseb z demenco mora biti spoštljiv, dostojanstven in naj odraža edinstvenost slehernega posameznika. Svojci oseb z demenco

pravijo, da je kakovost odnosa odvisna od odnosa, ki so ga vzdrževali pred boleznijo (Mali, et al., 2011).

Malijeva (2009) poudarja pomen načina vstopanja v odnose z osebami z demenco in pravi, da je zato potrebna vztrajnost, prilagodljivost, potrpežljivost in velika mera razumevanja. Pri vzpostavljanju odnosa imajo pomembno vlogo tudi svojci, ki s poučenostjo o bolezenskem procesu in pričakovanjih glede prihodnosti lahko ustvarijo pozitiven odnos ali imajo v nasprotnem primeru zelo odklonilen odnos, kar predstavlja oviro pri razumevanju spremenjenega funkcioniranja in vedenja osebe, obolele za demenco (Innes, 2009; Challis, et al., 2009).

Odnos med zaposlenimi in osebo z demenco se vzpostavlja pri vsakodnevnih aktivnostih, kot so hranjenje, osebna higiena, odvajanje, oblačenje, in med ostalimi aktivnostmi, ki jih je oseba z demenco še sposobna opravljati. Kakšen bo odnos zaposlenih, je odvisno od osebnostnih lastnosti zaposlenega, njegovega znanja, izkušenj, empatije, sposobnosti poslušanja, razumevanja spremenjenega sveta ljudi z demenco, upoštevanja individualnosti, poznavanja učinkovitih metod dela, spoštovanja dostojanstva ter etičnih in kulturnih vrednot (Rihtar, 2011).

Ljudem z demenco pomenijo več kot besede občutki, ki jih čutijo v stiku s sogovornikom, zato je treba ustvariti usklajeno, prijetno okolje, kjer se bo oseba z demenco počutila sprejeto in varno (Mali, et al., 2011).

Wang, et al. (2018) so v raziskavi med zdravstvenimi delavci v eni od kitajskih provinc proučevali njihovo znanje, odnos in oskrbo pri osebah z demenco. Ugotovili so, da ima izobraževanje s področja demence pozitiven učinek na znanje zaposlenih ter njihov odnos do oseb z demenco.

Scerri in Scerri (2012) v raziskavi, ki je potekala med študenti zdravstvene nege na eni od malteških univerz za zdravstveno nego, ugotavljata, da bi lahko znanje in odnos študentov do oseb z demenco izboljšali z dodatnimi znanji s področja demence in dodatno klinično prakso na tem področju. V svoji raziskavi ugotavljata tudi povezanost med



zadovoljstvom s klinično prakso, znanjem, starostjo študentov in odnosom do oseb z demenco. V raziskavo je bilo vključenih 457 študentov, uporabljen je bil vprašalnik Alzheimer's Disease Knowledge Scale (v nadaljevanju ADKS). Na vprašalnik je odgovorilo 280 študentov. V raziskavo so bili vključeni študenti prvih, drugih in tretjih letnikov. Približno 75 % vprašanih so bile ženske s povprečno starostjo 22,6 leta. Navajata, da okoli 71 % anketiranih študentov ni imelo izobraževanja o Alzheimerjevi bolezni, med tem ko je 74 % študentov že imelo srečanje z osebami z demenco. Na vprašalnik ADKS je pravilno odgovorilo 64 % študentov (Scerri & Scerri, 2012).

Pri pregledu literature ugotavljamo, da je v Sloveniji zelo malo raziskav, ravno tako tudi znanstvenih in strokovnih prispevkov o znanju medicinskih sester o demenci, še manj pa je napisanega o odnosu medicinskih sester do oseb z demenco. Raziskava Skele Savič (2018) je na vzorcu 242 izvajalcev zdravstvene nege iz 13 domov za starejše v Sloveniji med drugimi orodji za ugotavljanje splošnega znanja o starostnikih, odnosa do dela z njimi in odnosa do starostnikov uporabila tudi lestvico ADKS za ugotavljanje znanja zaposlenih o Alzheimerjevi bolezni. Rezultati raziskave so pokazali pomanjkljivo znanje udeležencev.

Enako ugotavljata Rodica in Starc (2016), ki ob pregledu slovenske literature med letoma 2005 in 2015 odkrijeta le nekaj člankov, ki se osredotočajo na problem obolelih z demenco. V tem obdobju nista našla niti ene objavljene slovenske raziskave, v kateri bi bila uporabljena lestvica ADKS, ki pa je bila v tujini uporabljena kar nekajkrat. V slovenskem prostoru najdemo le nekaj prispevkov v obliki konferenčnih zbornikov, dodiplomskih del in zelo malo magistrskih del o znanju in odnosu do oseb z demenco. Bolj kot pri zdravstveni negi se raziskave na temo demence navezujejo na področje socialnega dela, ki podrobneje raziskuje težave svojcev obolelih z demenco, ne pa odnosov do oseb z demenco. Najdemo pa nekaj znanstvene in strokovne literature o demenci z medicinskega vidika, in sicer o diagnostiki, medikamentoznem zdravljenju in o zdravljenju simptomov.

Tudi Schepers, et al. (2012) in Telban in Milavec Kapun (2013) pravijo, da je premalo raziskav in instrumentov s področja znanja in odnosa do obolelih za demenco.

Z raziskavami o potrebnem znanju zaposlenih in njihovem odnosu do obolelih za demenco bi bistveno pripomogli k izboljšanju obravnave, kakovosti in varnosti zdravstvene in socialne oskrbe, zvišanju kompetenc pri delu z obolelimi, prispevali k razumevanju procesa demence in doživljanju obolelih, ustvarili terapevtski odnos do oseb ter v določenem času odpravili večino stereotipov in stigmatizacije oseb z demenco.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen magistrskega dela je ugotoviti, (1) koliko znanja o demenci imajo medicinske sestre iz zdravstvenih domov, socialnih zavodov in bolnišnic, ki so v stiku z osebami z demenco, (2) kakšen je odnos medicinskih sester do oseb z demenco in (3) kako poteka komunikacija med medicinsko sestro in osebo z demenco.

Cilji magistrskega dela so:

C1 – Ugotoviti stopnjo znanja medicinskih sester in drugih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi o prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco.

C2 – Ugotoviti pomembnost demografskih dejavnikov in dejavnikov delovnega okolja, ki vplivajo na znanje, komunikacijo in odnos z obolelimi.

C3 – Ugotoviti odnos medicinskih sester in drugih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi do oseb z demenco.

#### **3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE**

H1 – Medicinske sestre in drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi so v večji meri potrdili, da imajo dovolj znanja za prepoznavanje znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, in so pri reševanju vprašalnika dosegli vsaj 16 točk in več.

H2 – Pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna povezanost v znanju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede na stopnjo izobrazbe.

H3 – Med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in ki »nimajo znanja« pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna povezanost glede na delovno mesto.

H4 – Pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna povezanost v znanju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede na starost anketiranih.

H5 – Medicinske sestre in drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi z daljšo delovno dobo imajo statistično več znanja pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, kot zaposleni s krajšo delovno dobo.

H6 – Zaposleni iz skupine »imajo znanje« o demenci in z njo povezanih dejavnikih kažejo statistično pomembno razliko pri pomenu medosebnih odnosov z osebo z demenco.

H7 – Med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in »nimajo znanja« o demenci in z njo povezanih dejavnikih, obstaja statistično značilna razlika pri pomenu komunikacije z osebo z demenco.

H8 – Med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in »nimajo znanja« o demenci in z njo povezanih dejavnikih, obstajajo statistično pomembne razlike v oceni odnosa vodstva do zaposlenih, ki delajo z osebami z demenco.

### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

#### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Magistrsko delo temeljijo na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi. Prvi, teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, drugi del pa temelji na empiričnem kvantitativnem raziskovanju. Za teoretični del magistrskega dela smo pregledali literaturo iz podatkovnih baz CINAHL, PROQUEST, ERIC, MEDLINE, PUBMED ter SPRINGERLINK z iskalnimi poizvedbami: demenca/dementia, starostnik/elderly,

medicinska sestra/nurses, terapijska komunikacija/therapeutic communication, zdravstvena nega/healthcare, prevalenca/prevalenca, znaki demence/signs of dementia, odnos zaposlenih do ljudi z demenco/relationships of people with dementia, izobraževanje zaposlenih/education of employees v različnih kombinacijah, z omejitvijo na polni tekst in časovno omejitvijo zadnjih petih let, izjemoma deset let zaradi relevantnosti literature.

V bibliografski podatkovni bazi COBISS smo poiskali strokovno literaturo v slovenskem jeziku in pri tem uporabili ključne besede: zdravstvena nega, demenca, komunikacija, znanje v zdravstveni negi. Rezultate iskanja smo omejili na zadnjih pet (izjemoma 10) let.

### 3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

V empiričnem delu smo uporabili neeksperimentalni kvantitativni pristop, pri čemer smo podatke zbirali s tehniko anketiranja.

Uporabili smo strukturirani standardizirani vprašalnik, ki ocenjuje znanje o demenci in z njo povezanih dejstvih, ter vprašalnik, ki je bil samostojno oblikovan na podlagi strokovne in znanstvene literature. Vprašalnikoma smo dodali še vprašanja o socialno-demografskih značilnostih anketirancev, kot so spol, starost, izobrazba in delovna doba.

Prvi vprašalnik vsebuje 30 trditev, ki zadevajo znanje o demenci in predstavljajo del standardizirane lestvice ADKS z možnostjo dihotomnih odgovorov drži oz. ne drži, ki je bila oblikovana v raziskavi Carpenter, et al. (2009). Vsak pravilni odgovor smo ovrednotili z eno točko, kar pomeni, da je bilo najvišje število točk 30. Za potrditev znanja anketirancev o demenci in z njo povezanih dejavnikih smo vzeli mejno vrednost 16 točk in več, kar predstavlja polovico zastavljenih vprašanj.

Drugi del vprašalnika vsebuje dva sklopa. Oblikovali smo ga na podlagi pregleda strokovne literature naslednjih avtorjev: Mali (2008), Mali, et al. (2011) in Schpolarich (2016). Prvi sklop vključuje 13 trditev, ki se nanašajo na medosebne odnose (sedem

trditve) in pomen komunikacije z osebami z demenco (pet trditvev). Drugi sklop vključuje štiri trditve, ki se nanašajo na odnos vodstva do zaposlenih, ki delajo z osebami z demenco. Uporabili smo petstopenjsko lestvico strinjanja Likertovega tipa, kjer ocena 1 pomeni popolno nestrinjanje s trditvijo, 2 ne (ne)strinjanje, 3 niti/niti (ne)strinjanje, 4 strinjanje, 5 popolno strinjanje s trditvijo.

V raziskavi smo iz prvega vprašalnika oblikovali dve spremenljivki, in sicer »nimajo znanja«, kamor so vključeni vsi anketiranci, ki so dosegli do vključno 15 točk, ter »imajo znanje«, kjer so anketiranci s 16 in več točkami, pri čemer je najvišje številko točk 30.

V drugem vprašalniku smo oblikovali dve spremenljivki, in sicer »medsebojne odnose« in »komunikacijo« ter nazadnje »odnos vodstva do zaposlenih, ki delajo z obolenimi za demenco«. Medosebni odnos smo opredelili kot povprečje vseh doseženih vrednosti odgovorov na lestvici (s sedmimi trditvami) v intervalu od 1 (se ne strinjam) do 5 (se zelo strinjam). Tudi »komunikacijo« smo opredelili kot povprečje vseh rezultatov na lestvici (pet trditvev) v intervalu od 1 (se ne strinjam) do 5 (se zelo strinjam).

Zanesljivost in konsistentnost vprašalnika smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa. Cronbachov koeficient alfa meri notranjo konsistentnost vprašalnika in določa, kako dobro se ujemajo trditve v vprašalniku, oz. se uporablja za ocenjevanje zanesljivosti merjenja nekega stališča o pojavu ali lastnosti. Iz tabele 1 je razvidno, da je zanesljivost še sprejemljiva, kar pomeni, da bi ob ponovitvi vprašalnika dobili podobne rezultate (Ferligoj, et al., 1995).

**Tabela 1: Koeficient Cronbach ( $\alpha$ ) – zanesljivost (Ferligoj, et al., 1995)**

Koeficient Cronbach ( $\alpha$ )	Zanesljivost
$\alpha \geq 0,9$	Odlična
$0,7 \leq \alpha < 0,9$	Dobra
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Sprejemljiva
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Slaba
$\alpha < 0,5$	Nesprejemljiva

**Tabela 2: Zanesljivost instrumenta**

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach ( $\alpha$ )
Medosebni odnosi z osebami z demenco, komunikacija z osebami z demenco in odnos vodstva do zaposlenih, ki delajo z osebami z demenco	16	0,69

Zanesljivost petstopenjske lestvice drugega vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, ki znaša 0,69 točk, kar je razvidno iz tabele 2, in predstavlja še sprejemljivo zanesljivost lestvice.

### 3.3.3 Opis vzorca

Pisno privolitev za sodelovanje v raziskavi so nam podali v Splošni bolnišnici Jesenice, Zdravstvenem domu Jesenice, Zdravstvenem domu Radovljica, Psihiatrični bolnišnici Begunje, Domu starejših občanov Kranjska Gora – Dom Viharnik, Domu upokojencev dr. Franceta Bergla Jesenice, Domu Petra Uzarja Tržič in Zavodu sv. Terezije Videm-Dobrepolje. Razdelili smo 325 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 221, kar pomeni, da je bila realizacija 68-odstotna (Tabela 3). Raziskavo smo izvedli na vzorcu diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih zdravstvenikov, zdravstvenih tehnikov in magistrstov zdravstvene nege, ki so pri svojem delu v stiku z osebami z demenco. Predhodno smo vodstvo ustanov prosili za podatek o številu zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Anketiranje v ustanovah so izvedli zaposleni, ki so bili naprošeni za izpolnjevanje anket.

**Tabela 3: Število razdeljenih in vrnjenih vprašalnikov**

Ustanova	Število razdeljenih vprašalnikov	Število vrnjenih vprašalnikov	Delež vrnjenih vprašalnikov (%)
Splošna bolnišnica Jesenice	145	94	64,83
Psihiatrična bolnišnica Begunje	40	28	70
<b>Bolnišnice skupaj</b>	<b>185</b>	<b>122</b>	<b>65,95</b>
Zdravstveni dom Radovljica	20	18	90
Zdravstveni dom Jesenice	30	12	40
<b>Zdravstveni dom skupaj</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>60</b>
Dom starejših občanov Kranjska Gora – Dom Viharnik	20	20	100
Dom upokojencev dr. Franceta Bergla Jesenice	30	15	50
Dom Petra Uzarja Tržič	20	18	90
Zavod sv. Terezije Videm-Dobropolje	20	16	80
<b>Domovi skupaj</b>	<b>90</b>	<b>69</b>	<b>76,67</b>
<b>SKUPAJ</b>	<b>325</b>	<b>221</b>	<b>68</b>

V ustanove smo poslali 325 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 221 vprašalnikov, kar je 68-odstotni delež poslanih vprašalnikov. Iz tabele 3 je razvidno, da je bila odzivnost največja v domovih za starejše občane in najnižja v zdravstvenih domovih.

**Tabela 4: Razporeditev anketirancev glede na starost**

	N	Minimum	Maksimum	Povprečje	SO
Starost	221	20	60	36,32	10,55

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

Iz tabele 4 je razvidno, da je bil najmlajši udeleženec star 20 let in najstarejši 60 let, povprečna starost anketirancev pa je bila 36,32 leta.

**Tabela 5: Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo**

	N	Minimum	Maksimum	Povprečje	SO
Delovna doba	221	1	40	14,04	10,80

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon



Iz tabele 5 lahko razberemo, da je bila povprečna delovna doba 14,04 leta. Najnižja delovna doba anketirancev je bila eno leto, najvišja pa 40 let.

**Tabela 6: Razporeditev anketirancev glede na spol**

Spol	Frekvenca (f)	Odstotek (%)
Ženski	187	84,6
Moški	34	15,4
Skupaj	221	100,0

Iz tabele 6 vidimo, da je sodelovalo 187 žensk in 34 moških, kar pomeni 84,6 % žensk in 15,4 % moških vseh anketiranih oseb.

**Tabela 7: Razporeditev zaposlenih glede na ustanovo po izobrazbi**

Izobrazba	N	Bolnišnica	Dom za ostarele	Zdravstveni dom
Srednješolska izobrazba	127	65	54	8
Višja ali visoka strokovna izobrazba	85	50	13	22
Univerzitetna izobrazba	4	2	2	0
Magisterij zdravstvene nege	5	5	0	0
<b>Skupaj</b>	<b>221</b>	<b>122</b>	<b>69</b>	<b>30</b>

Legenda: N = število anketirancev

Iz tabele 7 je razvidno, da ima srednješolsko izobrazbo 65 anketirancev iz bolnišnic, 54 anketirancev iz domov za ostarele in osem anketirancev iz zdravstvenega doma. Višjo ali visoko strokovno izobrazbo ima 50 anketirancev iz bolnišnice, 12 iz domov za ostarele in 22 iz zdravstvenega doma. Univerzitetno izobrazbo imajo le štirje anketiranci; dva anketiranca iz bolnišnice in dva anketiranca iz domov za ostarele. Pet anketirancev, zaposlenih v bolnišnici, je magistrov zdravstvene nege.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketirati smo pričeli januarja 2018 in končali marca 2018. Vodstvu bolnišnic, zdravstvenih domov in domov za ostarele (N = 11) smo poslali vso potrebno

dokumentacijo za pridobitev soglasja za izvedbo raziskovanja v njihovih ustanovah. Soglasje je potrdilo osem ustanov, tri ustanove so raziskavo zavrnilo ali pa se niso odzvale na prošnjo za sodelovanje.

Ker smo anketirali zaposlene, nam ni bilo treba pridobiti dovoljenja etične komisije. Udeležba pri anketiranju je bila prostovoljna in anonimna. Anketnemu vprašalniku smo priložili navodila, kako vprašalnik izpolniti. Anketiranje v ustanovah je potekalo tako, da so glavne medicinske sestre vprašalnike razdelile vodjem zdravstvene nege, ki so prejete vprašalnike razdelili zaposlenim z obrazložitvijo, da z izpolnjenim in oddanim vprašalnikom izrazijo svojo privolitev k sodelovanju v raziskavi za namen raziskovanja v okviru magistrske naloge in da lahko brez kakršnikoli posledic odklonijo sodelovanje.

Opis vzorca in nekatere spremenljivke smo prikazali z metodami opisne statistike (frekvence, odstotki, standardni odklon, mediana, maksimalne in minimalne vrednosti). Za preverjanje hipotez smo uporabili t-test za dva neodvisna vzorca in analizo variance ANOVO. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali stopnjo statistične pomembnosti na ravni  $p = 0,05$  ali manj. Rezultate smo prikazali s pomočjo grafov in tabel. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 20,0, in programom MS Excel 2013.

### **3.4 REZULTATI**

V tem poglavju bomo prikazali rezultate statistične obdelave podatkov. Rezultati so predstavljeni po posameznih zastavljenih trditvah in postavljenih hipotezah.

#### **3.4.1 Rezultati anketiranja po posameznih sklopih vprašanj**

V prvem vprašalniku, ki zajema trditve o znanju o demenci in z njo povezanih dejstvih, smo ponudili 30 trditev, do katerih so se morali anketiranci opredeliti z dihotomnimi odgovori »drži«, »ne drži«. Opredelitve posameznih anketirancev prikazuje tabela 8.

**Tabela 8: Prikaz znanja zaposlenih o Alzheimerjevi bolezni z lestvico ADKS**

		Trditev	Rezultati pravih trditvev	Frekvenca (f)	Odstotek %
B1	Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo so še posebej nagnjeni k depresiji.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	163 58	73,8 26,2
B2	Znanstveno je dokazano, da lahko vaje z miselnimi aktivnostmi preprečijo pojav Alzheimerjeve bolezni.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	127 94	57,5 42,5
B3	Po pojavu simptomov Alzheimerjeve bolezni je povprečna pričakovana življenjska doba še od 6 do 12 let.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	99 122	44,8 55,2
B4	Ko bolnik z Alzheimerjevo boleznijo postane vznemirjen, lahko zdravniški pregled pokaže druge zdravstvene težave, ki so povzročile vznemirjenost.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	166 55	75,1 24,9
B5	Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo se najbolje odzivajo na enostavna navodila po korakih.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	203 18	91,9 8,1
B6	Takoj ko se pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo pokaže, da težko skrbijo zase, mora skrb zanje prevzeti negovalec.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	108 113	48,9 51,1
B7	Če oseba z Alzheimerjevo boleznijo ponoči postane vznemirjena, je primerna strategija poskrbeti, da je ta oseba čez dan dovolj fizično aktivna.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	158 63	71,5 28,5
B8	V redkih primerih so bolniki z Alzheimerjevo boleznijo ozdraveli.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	78 143	35,3 64,7
B9	Ljudem, pri katerih Alzheimerjeva bolezen še ni zelo resna, lahko koristi psihoterapija za depresijo in tesnobo.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	153 38	69,2 30,8
B10	Če se težave s spominom in zmedeno razmišljanje pojavijo nenadoma, gre verjetno za Alzheimerjevo bolezen.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	50 171	22,6 77,4
B11	Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo živi v domovih za ostarele.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	72 149	32,6 67,4
B12	Simptomi Alzheimerjeve bolezni se lahko poslabšajo zaradi slabe prehrane.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	86 135	38,9 61,1
B13	Za Alzheimerjevo boleznijo lahko zbolijo tudi ljudje med tridesetim in štiridesetim letom starosti.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	181 40	81,9 18,1
B14	Pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo so ob napredovanju bolezni padci čedalje verjetnejši.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	198 23	89,6 10,4
B15	Ko ljudje z Alzheimerjevo boleznijo ponovijo vprašanje ali zgodbo, jim koristi, če jih opomnimo, da se ponavljajo.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	70 151	31,7 68,3
B16	Ko ljudje zbolijo za Alzheimerjevo boleznijo, niso več sposobni sprejemati odločitev o svoji negi.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	110 11	49,8 50,2
B17	Slej ko prej bo oseba z Alzheimerjevo boleznijo potrebovala 24-urno oskrbo.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	166 55	75,1 24,9

		Trditev	Rezultati pravih trditvev	Frekvenca (f)	Odstotek %
B18	Visoka raven holesterola lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	83 138	37,6 62,4
B19	Tremor ali tresenje rok je pogost simptom pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	129 92	58,4 41,6
B20	Simptome resne depresije si je mogoče napačno razlagati kot simptome Alzheimerjeve bolezni.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	160 61	72,4 27,6
B21	Alzheimerjeva bolezen je ena od vrst demence.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	198 23	89,6 10,4
B22	Težave pri ravnanju z denarjem ali plačevanju računov so pogost zgodnji simptom Alzheimerjeve bolezni.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	127 94	57,5 42,5
B23	Simptom, do katerega lahko pride pri Alzheimerjevi bolezni, je prepričanje bolnika, da mu drugi kradejo stvari.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	178 43	80,5 19,5
B24	Pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo uporaba listov z opomniki prispeva k izboljšanju stanja.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	181 40	81,9 18,1
B25	Na voljo so zdravila na recept, ki preprečujejo Alzheimerjevo bolezen.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	72 149	32,6 67,4
B26	Visok krvni tlak lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	97 124	43,9 56,1
B27	Genetika le delno pojasnjuje nastanek Alzheimerjeve bolezni.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	179 42	81,0 19,0
B28	Bolniki z Alzheimerjevo boleznijo lahko vozijo, če imajo s seboj vedno sopotnika.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	37 184	16,7 83,3
B29	Alzheimerjeve bolezni ni mogoče pozdraviti.	Drži Ne drži	<b>Drži</b>	187 34	84,6 15,4
B30	Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo se bolje spominja nedavnih dogodkov kot stvari, ki so se zgodile v preteklosti.	Drži Ne drži	<b>Ne drži</b>	78 143	35,3 64,7

Tabela 8 prikazuje vprašalnik s trditvami in število odgovorov za posamezne trditve, na katere so anketiranci odgovarjali.

**Tabela 9: Prikaz znanja o demenci**

Spremenljivke	Frekvenca (f)	Odstotek (%)
Imajo znanje	114	51,6
Nimajo znanja	107	48,4
<b>Skupaj</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>

V tabeli 9 smo predstavili skupni delež anketirancev, ki so odgovarjali na vprašalnik. Razvidno je, da 107 anketirancev nima dovolj znanja o demenci, kar predstavlja 48,4 %

vseh anketirancev, samo 114 ali 51,6 % pa jih znanje o demenci ima. Za kriterij »imajo znanje« smo postavili mejo 16 točk ali več, kar je polovica točk od največ možnih 30 točk. Pri tem smo opredelili dve skupini zaposlenih – zaposleni s 15 točkami in manj, ki »nimajo znanja«, in zaposleni s 16 točkami in več, ki »imajo znanje«. Tako smo dobili dve novi spremenljivki, s katerima smo operirali v nadaljevanju raziskovalnega postopka.

**Tabela 10: Število doseženih točk po vprašalniku ADKS**

Spremenljivka	N	Minimum	Maksimum	Povprečje	SO
Indeks znanja	221	10,00	28,00	19,56	3,44

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

Tabela 10 prikazuje povprečno vrednost pravih odgovorov. Povprečje pravih odgovorov je 19,56. Standardni odklon je 3,44. Vprašani so na vprašanja odgovorili najmanj z 10 pravih odgovori in največ z 28 pravih odgovori, kot je razvidno v tabeli. Nihče od vprašanih ni zbral vseh 30 točk.

V drugem sklopu vprašalnika smo zastavili 16 vprašanj o medosebnem odnosu zaposlenih do osebe z demenco in o pomembnosti komunikacije z osebo z demenco. Anketiranci so se morali opredeliti na Likertovi lestvici stališč. Anketiranci so se do posameznih trditev glede na stopnjo strinjanja opredelili, kot prikazujeta tabela 11 in slika 1.

**Tabela 11: Medosebni odnosi z osebo z demenco**

	Trditve	N	M	Me	Mo	SO	Minimum	Maksimum
C1	Odnosi med osebami z demenco in njihovimi družinskimi člani so odvisni od kakovosti odnosa, ki so ga imeli pred boleznijo.	221	3,70	4,00	4	1,153	1	5
C7	Na medosebne odnose v instituciji vplivajo nezdružljive naloge zaposlenih – po eni strani je treba ugoditi organizacijskim zahtevam, po drugi pa pritiskom iz zunanjega sveta.	221	3,73	4,00	4	0,908	1	5

	Trditve	N	M	Me	Mo	SO	Minimum	Maksimum
C8	Cilj sodelovanja s svojci ni vzpostavitev dobrih medosebnih odnosov, temveč uresničitev zahtev institucij.	221	2,67	3,00	2	1,170	1	5
C9	Ločitev oseb z demenco od ostalih starostnikov dodatno stigmatizira osebe z demenco.	221	3,38	3,00	3	1,036	1	5
C10	Osebe z demenco na varovanem oddelku ne morejo vzdrževati stikov z ostalimi starostniki, s katerimi so prej skupaj bivale.	221	3,08	3,00	3	1,092	1	5
C13	Osebi z demenco vedno pristopamo od spredaj in počasi.	221	4,56	5,00	5	0,649	2	5
C16	Medosebnim odnosom med zaposlenimi in osebami z demenco ne posvečamo dovolj pozornosti.	221	3,43	4,00	4	1,191	1	5

Legenda: N = število anketirancev; M = povprečna vrednost; Me = mediana; Mo = modus; SO = standardni odklon,

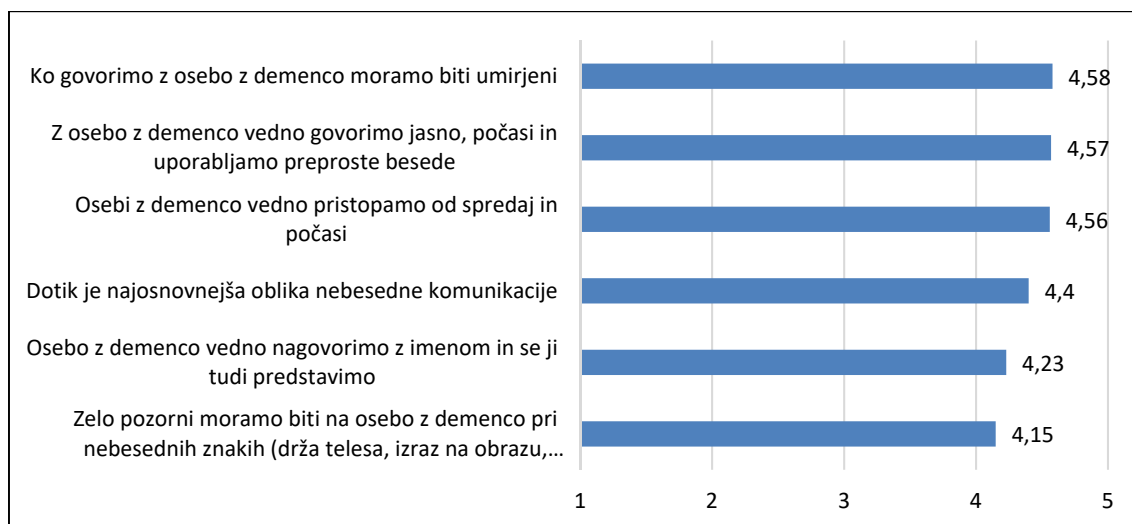
Tabela 11 prikazuje opisno statistiko lestvice medosebnih odnosov z osebo z demenco. Razvidno je, da se v povprečju največ anketirancev, in sicer z oceno 4,56, strinja s trditvijo, da je treba pristopati k osebi z demenco počasi in od spredaj.

**Tabela 12: Strinjanje pomembnosti komunikacije z osebo z demenco**

	Trditve	N	M	Me	Mo	SO	Minimum	Maksimum
C6	Pri osebi z demenco moramo biti zelo pozorni na nebesedne znake (drža telesa, izraz na obrazu, primeren ton govora).	221	4,15	4,00	4 <sup>a</sup>	0,879	1	5
C11	Osebo z demenco vedno nagovorimo z imenom in se ji tudi predstavimo.	221	4,23	4,00	5	0,811	1	5
C12	Z osebo z demenco vedno govorimo jasno, počasi in uporabljamo preproste besede.	221	4,57	5,00	5	0,662	2	5
C14	Ko govorimo z osebo z demenco, moramo biti umirjeni.	221	4,58	5,00	5	0,625	2	5
C15	Dotik je najosnovnejša oblika nebesedne komunikacije.	221	4,40	5,00	5	0,840	1	5

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

Iz tabele 12 je razvidno, da se večina strinja s trditvami o pomembnosti komunikacije z osebami z demenco, kar je razvidno v povprečnih ocenah trditev, ki se gibljejo med ocenama 4,15 in 4,58. Za potrebe nadaljnje statistične obdelave smo oblikovali spremenljivko kot povprečje vrednosti vseh trditev (z ohranitvijo podatkov v razponu 1–5) in jo poimenovali »komunikacija«.



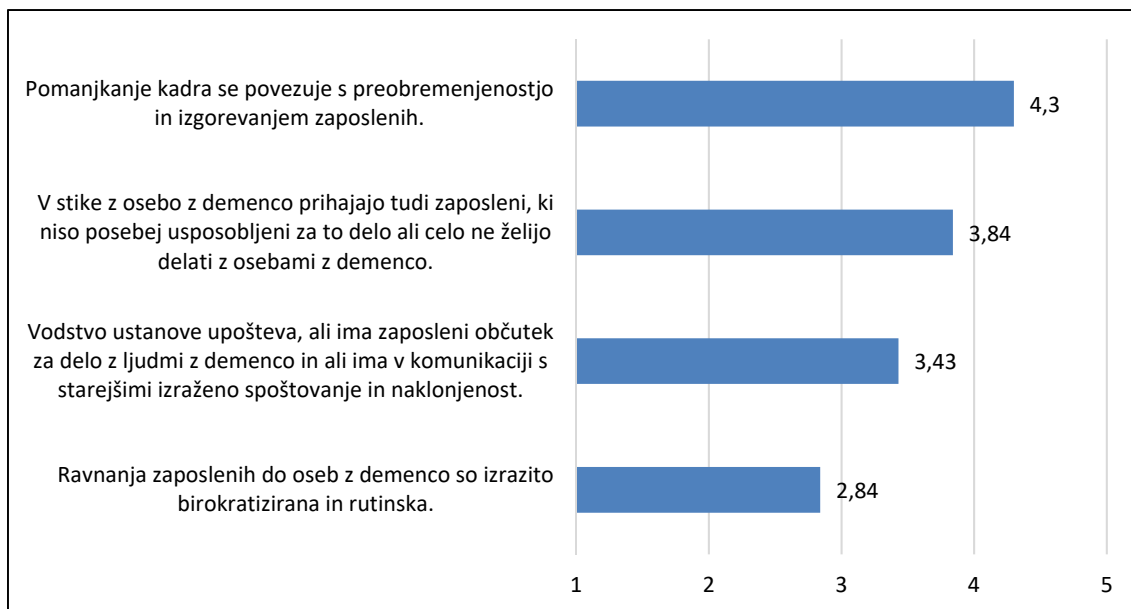
**Slika 1: Strinjanje o pomembnosti komunikacije z osebo z demenco**

**Tabela 13: Odnos vodstva do zaposlenih, ki skrbijo za osebe z demenco**

	Trditve	N	Povprečje	Mediana	Modus	SO	Minimum
C2	Vodstvo ustanove upošteva, ali ima zaposleni občutek za delo z ljudmi z demenco in ali v komunikaciji s starejšimi izraža spoštovanje in naklonjenost.	221	3,43	3,00	3	1,156	1
C3	V stike z osebo z demenco prihajajo tudi zaposleni, ki niso posebej usposobljeni za to delo ali celo ne želijo delati z osebami z demenco.	221	3,84	4,00	4	1,017	1
C4	Pomanjkanje kadra se povezuje s preobremenjenostjo in izgorelostjo zaposlenih.	221	4,30	5,00	5	0,950	1
C5	Ravnanja zaposlenih do oseb z demenco so izrazito birokratizirana in rutinska.	221	2,84	3,00	3	1,128	1

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

S povprečjem 4,30 so anketiranci ocenili trditev, da je pomanjkanje kadra povezano s preobremenjenostjo in izgorelostjo zaposlenih. Najmanj se strinjajo s trditvijo, da so ravnanja zaposlenih do oseb z demenco izrazito birokratizirana in rutinska, kar so anketiranci v povprečju ocenili z 2,84 točke (Tabela 13).



**Slika 2: Odnos vodstva do zaposlenih, ki skrbijo za osebe z demenco**

Anketiranci se najmanj strinjajo s trditvijo, da so ravnanja zaposlenih do oseb z demenco izrazito birokratizirana in rutinska, in jo v povprečju ocenili z 2,84 točke (Slika 2).

### 3.4.2 Preverjanje hipotez

V tem poglavju predstavljamo rezultate, ki so vezani na postavljene hipoteze.

**H1 – Medicinske sestre in drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi so v večji meri potrdili, da imajo dovolj znanja za prepoznavanje znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, in so pri reševanju vprašalnika dosegli vsaj 16 in več točk.**



V tabelah 8 in 14 izstopata napačni strinjanji anketirancev s trditvama, da pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo uporaba listov z opomniki prispeva k izboljšanju stanja pri 81,9 % in da visoka raven holesterola lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni pri 62,4 % vseh anketirancev.

**Tabela 14: Delež pravilnih in nepravilnih odgovorov na trditve**

	Trditve	Pravilni odgovori (f)	Nepravilni odgovori (f)	Pravilni odgovori (%)	Nepravilni odgovori (%)
B1	Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo so še posebej nagnjeni k depresiji.	163	58	73,8	26,2
B2	Znanstveno je dokazano, da lahko vaje z miselnimi aktivnostmi preprečijo pojav Alzheimerjeve bolezni.	94	127	42,5	57,5
B3	Po pojavu simptomov Alzheimerjeve bolezni je povprečna pričakovana življenjska doba še od 6 do 12 let.	99	122	44,8	55,2
B4	Ko bolnik z Alzheimerjevo boleznijo postane vznemirjen, lahko zdravniški pregled pokaže druge zdravstvene težave, ki so povzročile vznemirjenost.	166	55	75,1	24,9
B5	Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo se najbolje odzivajo na enostavna navodila po korakih.	203	18	91,9	8,1
B6	Takoj ko se pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo pokaže, da težko skrbijo zase, mora skrb zanje prevzeti negovalec.	113	108	51,1	48,9
B7	Če oseba z Alzheimerjevo boleznijo ponoči postane vznemirjena, je primerna strategija poskrbeti, da je ta oseba čez dan dovolj fizično aktivna.	158	63	71,5	28,5
B8	V redkih primerih so bolniki z Alzheimerjevo boleznijo ozdraveli.	143	78	64,7	35,3
B9	Ljudem, pri katerih Alzheimerjeva bolezen še ni zelo resna, lahko koristi psihoterapija za depresijo in tesnobo.	153	38	69,2	30,8
B10	Če se težave s spominom in zmedeno razmišljanje pojavijo nenadoma, gre verjetno za Alzheimerjevo bolezen.	171	50	77,4	22,6

	<b>Trditve</b>	<b>Pravilni odgovori (f)</b>	<b>Nepravilni odgovori (f)</b>	<b>Pravilni odgovori (%)</b>	<b>Nepravilni odgovori (%)</b>
B11	Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo živi v domovih za ostarele.	149	72	67,4	32,6
B12	Simptomi Alzheimerjeve bolezni se lahko poslabšajo zaradi slabe prehrane.	86	135	38,9	61,1
B13	Za Alzheimerjevo boleznijo lahko zbolijo tudi ljudje med tridesetim in štiridesetim letom starosti.	181	40	81,9	18,1
B14	Pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo so ob napredovanju bolezni padci čedalje verjetnejši.	198	23	89,6	10,4
B15	Ko ljudje z Alzheimerjevo boleznijo ponovijo vprašanje ali zgodbo, jim koristi, če jih opomnimo, da se ponavljajo.	151	70	68,3	31,7
B16	Ko ljudje zbolijo za Alzheimerjevo boleznijo, niso več sposobni sprejemati odločitev o svoji negi.	111	110	50,2	49,8
B17	Slej ko prej bo oseba z Alzheimerjevo boleznijo potrebovala 24-urno oskrbo.	166	55	75,1	24,9
B18	Visoka raven holesterola lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni.	83	138	37,6	62,4
B19	Tremor ali tresenje rok je pogost simptom pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo.	92	129	41,6	58,4
B20	Simptome resne depresije si je mogoče napačno razlagati kot simptome Alzheimerjeve bolezni.	160	61	72,4	27,6
B21	Alzheimerjeva bolezen je ena od vrst demence.	198	23	89,6	10,4
B22	Težave pri ravnanju z denarjem ali plačevanju računov so pogost zgodnji simptom Alzheimerjeve bolezni.	127	94	57,5	42,5
B23	Simptom, do katerega lahko pride pri Alzheimerjevi bolezni, je prepričanje bolnika, da mu drugi kradejo stvari.	178	43	80,5	19,5
B24	Pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo uporaba listov z opomniki prispeva k izboljšanju stanja.	40	181	18,1	81,9
B25	Na voljo so zdravila na recept, ki preprečujejo Alzheimerjevo bolezen.	149	72	67,4	32,6
B26	Visok krvni tlak lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni.	97	124	43,9	56,1

	Trditve	Pravilni odgovori (f)	Nepravilni odgovori (f)	Pravilni odgovori (%)	Nepravilni odgovori (%)
B27	Genetika le delno pojasnjuje nastanek Alzheimerjeve bolezni.	179	42	81,0	19,0
B28	Bolniki z Alzheimerjevo boleznijo lahko vozijo, če imajo s seboj vedno sopotnika.	184	37	83,3	16,7
B29	Alzheimerjeve bolezni ni mogoče pozdraviti.	187	34	84,6	15,4
B30	Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo se bolje spominja nedavnih dogodkov kot stvari, ki so se zgodile v preteklosti.	134	78	64,7	35,3

Največ pravih odgovorov je bilo pri trditvah, da so pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo ob napredovanju bolezni padci čedalje verjetnejši (B14) in da je Alzheimerjeva bolezen ena od vrst demence (B21). V tabeli 14 z 81,9-odstotnim deležem izstopa napačno strinjanje anketirancev s trditvijo, da pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo uporaba listov z opomniki prispeva k izboljšanju stanja (B24). Visok je tudi delež napačnega strinjanja s trditvijo, da lahko visoka raven holesterola poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni (B18), pri 62,4 % vseh anketirancev.

Glede na pridobljene rezultate v tabeli 9 smo oblikovali dve skupini zaposlenih; tiste s presečiščno točko 15 in manj smo opredelili z »nimajo znanja«, tiste s 16 in več točkami pa z »imajo znanje«. Tako opredeljeni skupini bomo uporabili v nadaljnji statistični obdelavi.

Hipoteze 1 ne moremo zanesljivo potrditi.

**H2 – Pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna povezanost v znanju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede na stopnjo izobrazbe.**

Zanimalo nas je, ali glede na stopnjo izobrazbe obstaja statistično značilna razlika v znanju anketirancev. Spremenljivko »izobrazba« smo preoblikovali v »nižja stopnja izobrazbe« (srednješolska in višješolska izobrazba) in »višja stopnja izobrazbe«

(univerzitetna, magisterij zdravstvene nege, višješolska s specializacijo) (Tabela 15). Za preverbo smo uporabili t-test za neodvisne vzorce, pri čemer smo spremenljivko znanje obravnavali kot ordinalno spremenljivko, da smo lahko izvedli analizo povprečij. Pri spremenljivki »imajo znanje« višje povprečje pomeni, da anketiranci imajo znanje, pri spremenljivki »nimajo znanja« višje povprečje pomeni, da znanja nimajo. Če bodo razlike v znanju glede na stopnjo izobrazbe statistično značilne, bomo hipotezo potrdili.

**Tabela 15: Opisna statistika (H2)**

Izobrazba		N	Povprečje	SO	Napaka povprečja
Imajo znanje	Nižja stopnja izobrazbe	212	1,30	0,14	0,01
	Višja stopnja izobrazbe	9	1,21	0,11	0,04
Nimajo znanja	Nižja stopnja izobrazbe	212	1,60	0,19	0,01
	Višja stopnja izobrazbe	9	1,61	0,12	0,04

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

P-vrednost t-testa za analizo povprečij je pri obeh spremenljivkah višja ali enaka 0,05 (Tabela 16), kar pomeni, da ne moremo trditi, da so med anketiranci z različno stopnjo izobrazbe razlike v znanju.

**Tabela 16: T-test za neodvisne vzorce (H2)**

		Levenov test za enakost varianc		T-test za enakost povprečij						
		F	p-vrednost	t	df	Asimptotična p-vrednost (2-stranska)	Razlika v povprečjih	Napaka razlike v povprečjih	95-odstotni interval zaupanja	
									Nizki	Visoki
Imajo znanje	Predpostavljene so enake variance	1,155	0,284	1,969	219	0,050	0,095	0,048	0,000	0,190
	Enake variance niso predpostavljene			2,423	9,100	0,038	0,095	0,039	0,006	0,183
Nimajo znanja	Predpostavljene so enake variance	3,175	0,076	-0,216	219	0,829	-0,014	0,063	-0,138	0,111
	Enake variance niso predpostavljene			-0,330	9,810	0,749	0,014	0,041	-0,106	0,079

Legenda: F= vrednost; t = test, df = razpršenost

Hipotezo 2 zavrnemo.

**H3 – Med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in ki »nimajo znanja« pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna povezanost glede na delovno mesto.**

**Tabela 17: Opisna statistika (H3)**

	N	Povprečje	SO	SN	95-odstotni interval zaupanja		Minimum	Maksimum	
					Nizki	Visoki			
Imajo znanje	Bolnišnica	122	1,31	0,13	0,01	1,29	1,34	1,06	1,61
	Dom za ostarele	69	1,27	0,16	0,02	1,24	1,31	1,00	1,61
	Zdravstveni dom	30	1,32	0,15	0,03	1,26	1,37	1,00	1,61
	Skupaj	221	1,30	0,14	0,01	1,28	1,32	1,00	1,61
Nimajo znanja	Bolnišnica	122	1,60	0,17	0,02	1,57	1,63	1,08	2,00
	Dom za ostarele	69	1,58	0,22	0,03	1,53	1,64	1,00	2,00
	Zdravstveni dom	30	1,62	0,15	0,03	1,56	1,67	1,17	1,75
	Skupaj	221	1,60	0,19	0,01	1,57	1,62	1,00	2,00

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka

Če bodo razlike v znanju glede na delovišče statistično značilne, bomo hipotezo potrdili. Tabela 17 prikazuje znanje glede na ustanovo zaposlitve.

**Tabela 18: Levenov test homogenosti varianc (H3)**

	Levenova statistika	df1	df2	Asimptotična p-vrednost
Imajo znanje	2,994	2	218	0,052
Nimajo znanja	3,283	2	218	0,059

Legenda: df1 = razpršenost prve skupine; df2 = razpršenost druge skupine

ANOVA oz. analiza variance analizira variance skupin in preverja, ali se skupine v povprečju med seboj statistično pomembno razlikujejo. Ker je p-vrednost večja od 0,05 pri obeh spremenljivkah, ne moremo trditi, da so razlike statistično značilne. Z ozirom na delovišče nismo našli statistično značilnih razlik.

**Tabela 19: Test ANOVA (H3)**

	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Asimptotična p-vrednost
Imajo znanje	0,075	2	0,038	1,861	0,158
Nimajo znanja	0,027	2	0,014	0,392	0,676

Legenda: df = razpršenost; F = vrednost

Hipotezo 3 zavrnamo.

**H4 – Pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna povezanost v znanju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede na starost anketiranih.**

Zanimalo nas je, ali glede na starost anketirancev obstaja statistično značilna razlika v znanju anketirancev (Tabela 20). Za preverbo smo uporabili test ANOVO oz. analizo variance. Če bodo razlike v znanju glede na starost statistično značilne, bomo hipotezo potrdili.

**Tabela 20: Opisna statistika (H4)**

		N	Povprečje	SO	SN	95 % interval zaupanja		Minimum	Maksimum
						Nizki	Visoki		
Imajo znanje	20 – 30 let	77	1,31	0,14	0,02	1,28	1,34	1,00	1,61
	31 – 40 let	70	1,32	0,14	0,02	1,29	1,35	1,11	1,61
	41 – 50 let	41	1,26	0,15	0,02	1,21	1,31	1,00	1,61
	Skupaj	188	1,30	0,14	0,01	1,28	1,32	1,00	1,61
Nimajo znanja	20 – 30 let	77	1,56	0,21	0,02	1,51	1,60	1,00	2,00
	31 – 40 let	70	1,63	0,15	0,02	1,59	1,67	1,25	2,00
	41 – 50 let	41	1,62	0,17	0,03	1,57	1,68	1,25	1,92
	Skupaj	188	1,60	0,18	0,01	1,57	1,62	1,00	2,00

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka

Tabela 20 prikazuje znanje glede na starost anketirancev po starostnih skupinah. Anketiranci v skupini »imajo znanje« imajo skupaj v povprečju 1,3 točke in v skupini »nimajo znanja« 1,6 točke.

**Tabela 21: Levenov test homogenosti varianc (H4)**

	Levenova statistika	df1	df2	Asimptotična p-vrednost
Imajo znanje	0,619	2	185	0,540
Nimajo znanja	5,981	2	185	0,053

Legenda: df1 = razpršenost ene skupine; df2 = razpršenost druge skupine

ANOVA oz. analiza variance analizira variance skupin in preveri, ali se skupine v povprečju med seboj statistično pomembno razlikujejo. P-vrednost je nižja od 0,05 pri spremenljivki »nimajo znanja« (Tabela 22). Glede te spremenljivke lahko trdimo, da so razlike v povprečju med starostnimi skupinami statistično značilne. Anketiranci v starostni skupini 31–40 let imajo najvišje povprečje (1,63) in s tem najmanj znanja.

**Tabela 22: Test ANOVA (H4)**

	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Asimptotična p-vrednost
Imajo znanje	0,104	2	0,052	2,635	0,074
Nimajo znanja	0,232	2	0,116	3,555	0,031

Legenda: df = razpršenost; F = vrednost

Hipotezo 4 delno potrdimo.

**H5 – Medicinske sestre in drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi z daljšo delovno dobo imajo statistično več znanja pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, kot zaposleni s krajšo delovno dobo.**

Zanimalo nas je, ali glede na delovno dobo obstaja statistično značilna razlika v znanju anketirancev (Tabela 23). Za preverbo smo uporabili test ANOVA oz. analizo variance. Če bodo razlike v znanju glede na delovno dobo statistično značilne, bomo hipotezo potrdili. Spremenljivko »delovna doba« v obliki številke smo preoblikovali v nominalno spremenljivko.

**Tabela 23: Opisna statistika (H5)**

	N	Povprečje	SO	SN	95-odstotni interval zaupanja		Minimum	Maksimum	
					Nizki	Visoki			
Imajo znanje	0 - 10 let	101	1,31	0,14	0,01	1,29	1,34	1,06	1,61
	11 - 20 let	62	1,30	0,14	0,02	1,26	1,33	1,00	1,56
	21 - 30 let	34	1,27	0,16	0,03	1,21	1,33	1,00	1,61
	31 - 40 let	24	1,29	0,15	0,03	1,23	1,36	1,00	1,50
	Skupaj	221	1,30	0,14	0,01	1,28	1,32	1,00	1,61
Nimajo znanja	0 - 10 let	101	1,59	0,20	0,02	1,55	1,63	1,08	2,00
	11 - 20 let	62	1,60	0,17	0,02	1,55	1,64	1,00	1,92
	21 - 30 let	34	1,60	0,19	0,03	1,54	1,67	1,00	2,00
	31 - 40 let	24	1,64	0,16	0,03	1,57	1,70	1,25	1,83
	Skupaj	221	1,60	0,19	0,01	1,57	1,62	1,00	2,00

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka

Ali so variance skupin homogene, preverimo z Levenovim testom homogenosti varianc. Če so variance homogene, pomeni, da med variancami skupin ni statistično pomembnih razlik. Ker je p-vrednost več kot 0,05 (Tabela 24), so variance homogene in lahko izvedemo ANOVO.

**Tabela 24: Levenov test homogenosti varianc (H5)**

	Levenova statistika	df1	df2	Asimptotična p-vrednost
Imajo znanje	1,106	3	217	0,347
Nimajo znanja	1,006	3	217	0,391

Legenda: df1 = razpršenost prve skupine; df2 = razpršenost druge skupine

ANOVA oz. analiza variance analizira variance skupin in preveri, ali se skupine v povprečju med seboj statistično pomembno razlikujejo. Ker je p-vrednost večja od 0,05 pri obeh spremenljivkah, ne moremo trditi, da so razlike statistično značilne (Tabela 25). Glede na delovišče ni statistično značilnih razlik.



**Tabela 25: Test ANOVA (H5)**

	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Asimptotična p-vrednost
Imajo znanje	0,051	3	0,017	0,832	0,477
Nimajo znanje	0,046	3	0,015	0,440	0,724

Legenda: df = razpršenost; F = vrednost

Hipotezo 5 zavrnamo.

**H6 – Zaposleni iz skupine »imajo znanje« o demenci in z njo povezanih dejavnikih kažejo statistično pomembno razliko pri pomenu medosebnih odnosov z osebo z demenco.**

Zanimalo nas je, ali glede na dimenzijo »medosebni odnosi«, ki smo jo dobili z združevanjem trditev in izračunom povprečne vrednosti, v sklopu medosebni odnosi obstaja statistično značilna razlika glede na znanje anketirancev (Tabela 26). Za preverbo smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Če bodo razlike v znanju glede na medosebne odnose statistično značilne, bomo hipotezo potrdili.

**Tabela 26: Opisna statistika (H6)**

Znanje demenca		N	Povprečje	SO	Napaka povprečja
Medosebni odnosi	Imajo znanje	114	3,77	0,45	0,04
	Nimajo znanja	107	3,62	0,47	0,05

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

Iz tabele 26 je razvidno, da so anketiranci iz skupine, ki »imajo znanje«, medosebne odnose ocenili v povprečju s 3,77 in anketiranci, ki »nimajo znanja«, z oceno 3,62 na petstopenjski lestvici. P-vrednost t-testa za analizo povprečij je nižja od 0,05 ( $p = 0,018$ ) (Tabela 27), kar pomeni, da lahko trdimo, da med anketiranci z različnim znanjem obstajajo razlike glede strinjanja z dimenzijo medosebnih odnosov.

**Tabela 27: Prikaz t-test za dva neodvisna vzorca – medosebni odnosi (H6)**

		Levenov test za enakost varianc		T-test za enakost povprečij						
		F	p-vrednost	t	df	Asimptotična p-vrednost (2-stranska)	Razlika v povprečjih	Napaka razlike v povprečjih	95-odstotni interval zaupanja	
									Nizki	Visoki
Medsebojni odnosi	Predpostavljene so enake variance	0,480	0,489	2,389	219	0,018	0,148	0,062	0,026	0,270
	Enake variance niso predpostavljene			2,385	216	0,018	0,148	0,062	0,026	0,270

Legenda: F = vrednost; p = vrednost, df = razpršenost

Anketiranci, ki imajo več znanja, imajo višje povprečje (3,77) kot anketiranci, ki imajo manj znanja (3,62).

Hipotezo 6 potrdimo.

**H7 – Med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in »nimajo znanja« o demenci in z njo povezanih dejavnikih, obstaja statistično značilna razlika pri pomenu komunikacije z osebo z demenco.**

Zanimalo nas je, ali glede na dimenzijo komunikacija, ki smo jo dobili z združevanjem trditev in izračunom povprečne vrednosti, v sklopu komunikacija obstaja statistično značilna razlika glede na znanje anketirancev (Tabela 28). Za preverbo smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Če bodo razlike v znanju glede na dimenzijo komunikacija statistično značilne, bomo hipotezo potrdili.

**Tabela 28: Opisna statistika za spremenljivko komunikacije (H7)**

Znanje demenca		N	Povprečje	SO	Napaka povprečja
Komunikacija	Imajo znanje	114	4,22	0,43	0,04
	Nimajo znanja	107	4,01	0,54	0,05

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

Iz tabele 28 je razvidno, da so anketiranci, ki »imajo znanje« o demenci, ocenili komunikacijo v povprečju s 4,22, tisti, ki »nimajo znanja«, pa v povprečju s 4,01. P-

vrednost t-testa za analizo povprečij je nižja od 0,05 ( $p = 0,001$ ), kar pomeni, da lahko trdimo, da med anketiranci z različnim znanjem obstajajo razlike glede strinjanja z dimenzijo komunikacije (Tabela 29).

**Tabela 29: Prikaz t-test za dva neodvisna vzorca (H7)**

		Levenov test za enakost varianc		T-test za enakost povprečij						
		F	P-vrednost	t	df	Asimptotična p-vrednost (2-stranska)	Razlika v povprečjih	Napaka razlike v povprečjih	95-odstotni interval zaupanja	
									Nizki	Visoki
Komunikacija	Predpostavljene so enake variance	5,437	0,021	3,267	219	0,001	0,214	0,065	0,085	0,343
	Enake variance niso predpostavljene			3,252	201	0,001	0,0214	0,065	0,084	0,344

Legenda: F= vrednost; p = vrednost; t = test; df = razpršenost

Anketiranci, ki imajo več znanja, imajo višje povprečje pri spremenljivki komunikacija (4,22) kot anketiranci, ki imajo manj znanja (4,01). Anketiranci, ki imajo več znanja, pripisujejo komunikaciji večji pomen oz. se s trditvijo bolj strinjajo.

Hipotezo 7 potrdimo.

**H8 – Med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in »nimajo znanja« o demenci in z njo povezanih dejavnikih, obstajajo statistično pomembne razlike v oceni odnosa vodstva do zaposlenih, ki delajo z osebami z demenco.**

Za konec nas je zanimalo, ali glede na kategoriji »imajo znanje« in »nimajo znanja«, pri čemer vodstvo ustanove upošteva, ali ima zaposleni občutek za delo z ljudmi z demenco in ali ima v komunikaciji s starejšimi izraženo spoštovanje in naklonjenost, obstaja statistično značilna razlika (Tabela 30). Za preverbo smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Če bodo razlike v znanju glede na izbrano trditev statistično značilne, bomo hipotezo potrdili.

**Tabela 30: Opisna statistika za spremenljivko komunikacije (H8)**

Znanje demenca		N	Povprečje	SO	Napaka povprečja
Ocena vodstva do zaposlenih	Imajo znanje	114	3,66	0,48	0,03
	Nimajo znanja	107	3,98	0,59	0,05

Legenda: N = število anketirancev; SO = standardni odklon

P-vrednost t-testa za analizo povprečij je nižja od 0,05 ( $p = 0,04$ ), kar pomeni, da lahko trdimo, da med anketiranci z različnim znanjem obstajajo razlike glede strinjanja s trditvijo, da vodstvo ustanove upošteva, ali ima zaposleni občutek za delo z ljudmi z demenco in ali ima v komunikaciji s starejšimi izraženo spoštovanje in naklonjenost (Tabela 31).

**Tabela 31: Prikaz t-test za dva neodvisna vzorca (H8)**

		Levenov test za enakost varianc		T-test za enakost povprečij						
		F	P-vrednost	t	df	Asimptotična p-vrednost (2-stranska)	Razlika v povprečjih	Napaka razlike v povprečjih	95 % interval zaupanja	
									Nizki	Visoki
Ocena vodstva do zaposlenih	Predpostavljene so enake variance	5,787	0,041	3,569	219	0,004	0,324	0,074	0,078	0,253
	Enake variance niso predpostavljene			3,835	2018	0,041	0,214	0,075	0,075	0,354

Legenda: F = vrednost; p = vrednost; t = test; df = razpršenost

Anketiranci, ki imajo manj znanja, kažejo pri oceni vodstva do zaposlenih višje povprečje (3,98) od anketirancev, ki imajo več znanja (3,66). Anketiranci z manj znanja se bolj strinjajo, da vodstvo upošteva občutek za delo z ljudmi z demenco zaposlenega in ali ta v komunikaciji s starejšimi izraža spoštovanje in naklonjenost.

Hipotezo 8 potrdimo.

### 3.5 RAZPRAVA

Namen magistrskega dela je ugotoviti stopnjo znanja medicinskih sester in drugih zaposlenih o prepoznavanju znakov in drugih dejavnikov, povezanih z demenco, ter

odnos medicinskih sester do oseb z demenco in primernost komunikacije medicinskih sester z osebami z demenco. Z namenom pridobitve podatkov smo v ta namen zaprosili osem ustanov.

Ugotavljamo, da je bila odzivnost vrnjenih vprašalnikov najslabša pri zdravstvenih domih. Predvidevamo, da bi bil lahko eden izmed razlogov, da se zaposleni v zdravstvenih domovih problematike pacientov z demenco ne zavedajo, saj se pacienti navadno v obravnavi zadržujejo krajši čas.

82,8 % ameriških zdravstvenih delavcev je ocenilo, da je znanje o demenci zelo pomembno (Adler, et al., 2015). Avtor ugotavlja, da je žal samo 8,1 % zdravstvenih delavcev deležnih dodatnega izobraževanja s področja demence. Tudi v Sloveniji je znanja s področja zagotavljanja zdravstvene in socialne oskrbe o demenci zelo malo (Hvalič Touzery, et al., 2014). Samo ena fakulteta ponuja predmet s področja demence na ravni dodiplomskega študija, nobena pa na podiplomskem študiju.

Zanimalo nas je, ali imajo medicinske sestre in drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi dovolj znanja za prepoznavanje znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, in so dosegli pri reševanju vprašalnika vsaj 16 točk ali več, kar predstavlja polovico vseh možnih odgovorov (H1).

Te trditve ne moremo zanesljivo potrditi, saj so razlike med skupinama zelo majhne. V raziskavi ugotavljamo, da je povprečje pravih odgovorov anketirancev z vprašalnikom ADKS 19,56 točke. Podobne rezultate navaja tudi avtorica raziskave Skela Savič (2018), kjer so anketiranci (zaposleni na področju zdravstvene nege) pri vprašalniku ADKS dosegli povprečno 19,47 točke. Glede na pričakovano število oseb z demenco v prihodnje je zelo zaskrbljujoče, kako bo poskrbljeno in kako bomo v prihodnjih letih še poskrbeli za varno in kakovostno obravnavo oseb z demenco. Ena od tujih raziskav je potekala tudi med malteškimi študenti zdravstvene nege, v kateri ugotavljajo, da bi lahko znanje in odnos študentov do oseb z demenco izboljšali z dodatnimi znanji s področja demence in dodatno klinično prakso na tem področju (Scerri & Scerri, 2012).

Tudi norveški psihologi ugotavljajo nizko raven znanja, saj je bila povprečna uspešnost na ADKS 24,10 točke (Nordhus, et al., 2012). Podobno ugotavljajo tudi v Avstralskem mestu Queensland, kjer je povprečna ocena znanja o demenci znašala 23,6 točke (Smyth, et al., 2013). Avtorji avstralske raziskave (Smith, et al., 2013) menijo, da je izobraževanje zelo pomembno, saj predvidena rast oseb z demenco kaže, da bodo zaposleni na vseh ravneh zdravstva stopili v stik z osebami z demenco, in samo izobraževanje je tisto, ki bo prispevalo k zagotovitvi kakovostne obravnave oseb z demenco. Tudi mi menimo, da je treba dati večji pomen obveščanju in poučevanju celotne družbe o dejanskih vzrokih, simptomih in obravnavi oseb z demenco. Zelo veliko vlogo pri vsem tem imajo tudi mediji, saj običajno poudarjajo končno fazo bolezni in s tem predstavijo osebo z demenco kot nesposobno skrbeti zase, zaradi česar jo že vnaprej izločimo iz družbe. Vemo, da se osebe z demenco večinoma že same zaprejo vase, a jih zaradi neznanja dodatno izključi še ostala družba. Tudi Skela Savič in Hvalič Touzery (2014) ugotavljata, da je znanje s področja dela s starimi ljudmi pomanjkljivo. Ravno tako ugotavljata negativen odnos do starih pri študentih in pri kliničnih mentorjih.

Zanimalo nas je, ali pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, ki so povezani z demenco, obstaja statistično pomembna razlika v znanju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede na stopnjo izobrazbe (H2). Ker razlike v znanju glede na stopnjo izobrazbe niso bile statistično značilne, smo drugo hipotezo zavrnilo.

V naši raziskavi je sodelovalo 127 anketirancev s srednješolsko izobrazbo, 85 z višješolsko izobrazbo, štiri z univerzitetno izobrazbo ter pet magistrstov zdravstvene nege. Od 221 anketiranih jih je 51,6 % izkazalo znanje o demenci, 48,4 % anketirancev znanja o demenci ni imelo. Povprečje pravih odgovorov o znanju je bilo 19,56 točke.

Skela Savič (2018) ugotavlja, da so najnižje število točk glede znanja dosegli anketiranci, ki so dokončali srednjo šolo, najvišje število pa tisti, ki so dokončali višjo šolo ali več, pri čemer opaža, da se znanje glede na stopnjo izobrazbe nekoliko dviguje. Izobrazbena struktura zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi se bolj nagiba k nižje izobraženim zlasti v domovih za ostarele, kar smo ugotovili tudi v naši raziskavi. V različnih prispevkih avtorji ugotavljajo, da imajo zaposleni z nižjo izobrazbo večjo stisko pri izvajanju

aktivnosti oskrbe pri osebah z demenco, ker nimajo dovolj znanja o demenci (Borbasi, et al., 2011; Kobentar, 2011b; Travers, et al., 2013). Posledično jim primanjkuje tudi spoštovanja in dostojanstva do oseb z demenco, zato menijo, da bi redno izobraževanje pomembno prispevalo k boljšemu pristopu v zdravstveni negi in oskrbi. S tem bi se izboljšala raven znanja in hkrati zmanjšal prepad med znanjem in pristojnostmi. S tem bi tudi vplivali na pogoje za izvajanje varne in kakovostne obravnave oseb z demenco.

Diplomirane medicinske sestre so pri učinkovitosti komunikacije z osebo z demenco dosegle boljše rezultate kot srednje medicinske sestre (Blazinšek, et al., 2013).

Manj izobraženi ljudje imajo na splošno manj znanja o demenci ter posledično manj razumevanja in večjo željo po izogibanju (Ošlak in Musil, 2017). Prav tako imajo tako formalni kot neformalni oskrbovalci premalo zadostnega znanja o ravnanju in sodelovanju z osebo z demenco (Mali, et al., 2011). Zdravstveni delavci, ki se srečujejo z osebami z demenco, ocenjujejo, da imajo premalo znanja, in ob tem izražajo željo po več znanja o ravnanju z osebo z demenco.

V naši raziskavi nas je zanimalo, ali je med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in ki »znanja nimajo«, pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna razlika glede na delovno okolje (H3).

Z našo raziskavo ugotavljamo, da razlike v povprečju znanja glede na delovišče sicer obstajajo, vendar nismo dokazali statistične značilnosti glede na delovišče, zato tretjo hipotezo zavrnamo.

Ne smemo pa pozabiti, da bi bilo poleg znanja, ki ga zaposleni potrebujejo oz. ga morajo imeti, treba povečati število zaposlenih, saj bi bil ob boljših pogojih dela tudi pristop do oseb z demenco bolj osebni, varen in kakovosten. Zaposleni bi lahko tako več časa preživeli z osebo z demenco. Kastelic (2011) navaja, da imajo zaposleni, ki so dalj časa izpostavljeni nizkim kadrovskim standardom in so odgovorni za preveliko število oseb z

demenco ali kronično bolnim pacientom, večje možnosti za tveganje izgorelosti na delovnem mestu.

Osebni zdravniki in medicinske sestre imajo zelo pomembno vlogo pri osebah z demenco, saj so prav oni prvi, ki prepoznajo in stopijo v stik z osebo z demenco in njihovimi svojci (Mali, et al., 2011). Osebni zdravnik je tisti, ki pošlje osebo, za katero domneva, da ima demenco, na nadaljnjo obravnavo in diagnostiko. Dobro prakso je izpostavil Howie (2012), ki pravi, da na Škotskem zaposleni, ki se prvi na urgenci srečajo z osebo z demenco in sumijo, da gre za osebo z demenco, to preverijo s kratkim presejalnim vprašalnikom, s katerim ocenijo, ali ima oseba nakazane simptome demence, in jo nato pošljejo na nadaljnjo obravnavo. Pri pregledu literature nismo našli raziskave, s katero bi lahko primerjali različne vire glede na delovno mesto.

Za namen magistrskega dela smo želeli ugotoviti, ali pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, obstaja statistično pomembna razlika v znanju med zaposlenimi v zdravstveni negi in oskrbi glede na starost anketiranih (H4).

Ugotavljamo, da je zelo malo razlik v znanju glede na starost anketirancev. Hipotezo smo delno potrdili. Presenetila nas je ugotovitev, da imajo najmanj znanja anketiranci v povprečni starosti med 31 in 40 let. Pričakovali bi, da ima omenjena skupina več znanja, saj znanje o demenci pridobimo tudi z izkušnjami. Lahko pa domnevamo, da se zaposleni v tej starostni skupini manj izobražujejo ali so naveličani svojega dela in ga opravljajo rutinsko. Ne smemo izključiti možnosti, da so po vseh letih dela iztrošeni. Pri zaposlenih, ki so mlajši, lahko ugotavljamo, da imajo več znanja, ki so ga sicer pridobili v času šolanja, in delovne energije, saj so šele v začetni fazi zaposlitve. Podobno ugotavljata tudi Ošlak in Musil (2017), ki sta v svoji raziskavi opisala, da imajo največ znanja in pozitivnega odnosa do oseb z demenco zaposleni v starosti 26–35 let.

Nekoliko drugačne rezultate je pokazala raziskava, v kateri se je izkazalo, da imajo največ znanja zdravstveni delavci v starosti 41 let in več let (Blazinšek, et al., 2013). Znanje ni bilo merjeno s standardiziranim orodjem in se je navezovalo na komunikacijo



medicinskih sester do oseb z demenco. Razlago pripisujejo ugotovitvam, da se tehnike obravnave razvijajo s starostjo.

V naši raziskavi nas je med drugim zanimalo tudi, ali imajo medicinske sestre in drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi z daljšo delovno dobo več znanja pri prepoznavanju znakov, dejavnikov in drugih dejstev, povezanih z demenco, kot tisti zaposleni, ki imajo krajšo delovno dobo (H5).

Ugotovili smo, da razlike niso statistično značilne in peto hipotezo ovrgli. Predvidevali smo, da imajo medicinske sestre z več delovne dobe tudi več znanja, vendar je naša raziskava pokazala, da smo se o tej trditvi motili. Pri pregledu literature nismo našli podobne raziskave, s katero bi lahko primerjali naše ugotovitve. Domnevamo, da se starejše medicinske sestre bolj zanašajo na izkušnje iz prakse in manj na strokovno podprte dokaze, saj so svoje izobraževanje zaključile pred desetletji. Menimo, da bi obnavljanje znanja in na splošno dvig ravni znanja o demenci lahko vplivala na zadovoljstvo pri obravnavi in na kakovost življenja oseb z demenco.

Zanimalo nas je tudi, ali zaposleni iz skupine »imajo znanje« in skupine »nimajo znanja« o demenci in z njo povezanih dejavnikov kažejo statistično značilno razliko v strinjanju s trditvami o medosebnih odnosih z osebo z demenco (H6).

Raziskava, ki smo jo opravili, je potrdila domnevo, da so razlike v znanju glede na »medosebne odnose« statistično značilne, zato hipotezo potrdimo. Anketiranci, ki imajo znanje o demenci, so svoj »medosebni odnos« ocenili s 3,77 točke, tisti, ki znanja nimajo, pa s 3,62 točke, kar pomeni, da je razlika statistično pomembna. Mali (2009) navaja, da je odnos do oseb z demenco zelo pomemben, ravno tako moramo biti do njih potrpežljivi in imeti veliko mero razumevanja. Rihtar (2011) ugotavlja, da se odnos med zaposlenimi in osebami z demenco vzpostavi pri vsakodnevnih aktivnostih. Scerri in Scerri (2012) navajata, da je treba imeti dober odnos do oseb z demenco, in zatrjujeta, da je nadvse potrebno tudi znanje. Z raziskavo smo ugotovili, da se je največ anketirancev strinjalo, da je treba k osebi z demenco pristopati počasi in od spredaj, kar navajata tudi Gendron (2015) in Schpolarich (2016). Podobno ugotavljata tudi Edberg & Edfors, (2008), ki

navajata, da morajo medicinske sestre imeti sočuten in ustrezen pristop. Osebe z demenco imajo namreč veliko težav, da vzpostavijo in vzdržujejo socialne stike (Mali, et al., 2011). Skela Savič (2018) v raziskavi ugotavlja, da so anketiranci iz zdravstvene nege pokazali pozitiven odnos do dela z osebami z demenco, saj so dosegli 58,82 točke od možnih 75 točk. Tudi drugi raziskovalci v raziskavi o odnosih do dela s starostniki med kliničnimi mentorji ugotavljajo, da je delo s starostniki velik izziv (Hvalič Touzery, et al., 2014). Hvalič Touzery (2015), Kydd, et al. (2014) ter Skela Savič in Hvalič Touzery (2015) pa ugotavljajo, da si rezultati raziskav včasih tudi nasprotujejo, saj nekatere raziskave kažejo negativen odnos do oseb z demenco, nekatere pa pozitiven odnos.

Tudi Jootun in McGhee (2011) ter Zeindliner (2014) v svojih raziskavah ugotavljajo, da manj izobraženi načeloma odražajo večjo mero negativnih prepričanj do oseb z demenco kot izobraženi, kar vpliva na medosebne odnose v procesu obravnave obolelih ob izgubi njihove lastne identitete in socialne interakcije.

Skela Savič in Hvalič Touzery (2014) ugotavljata, da se zaradi premalo znanja o gerontologiji posledično prikaže nasploh negativen odnos do starejših. Ugotavljata tudi, da se študentje in klinični mentorji zavedajo pomanjkanja gerontološkega znanja, vendar si kljub temu ne želijo povečanja ur izobraževanja s področja geriatrije.

Zanimalo nas je, ali med skupinama zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki »imajo znanje« in ki »nimajo znanja« o demenci in z njo povezanih dejavnikih, obstajajo statistično značilne razlike v strinjanju s trditvami o komunikaciji z osebo z demenco (H7). Z raziskavo smo ugotovili, da imajo anketiranci z več znanja tudi več znanja o komuniciranju z osebo z demenco. Zato smo to hipotezo potrdili. Znanje o demenci in z njo povezanih dejstvih je osnova za vzpostavljanje učinkovite komunikacije. Strokovna literatura potrjuje, da se zaposleni do oseb z demenco prevečkrat odzivajo agresivno ali žaljivo, jih ne poslušajo, preveč hitijo in ne upoštevajo pravil, ki so pomembna pri delu z osebami z demenco (Blazinšek, et al., 2013). Že od rojstva se učimo komunicirati, pri čemer je zelo pomembno poslušanje (Perušek, et al., 2013). V svoji raziskavi sta Ošlak in Musil (2013) mnenja, da od večine ljudi, ki nimajo dovolj znanja, ni pričakovati, da bi

sodelovali v pogovorih z osebo z demenco. Pravita, da jih kar 37,9 % meni, da so osebe z demenco nadležne, ker ponavljajo iste zgodbe.

Komunikacija je torej zelo pomembna, predvsem na oddelkih, kjer so osebe z demenco (Blazinšek, et al., 2013). Navajajo, da sta pri komunikaciji z osebo z demenco pomembna izobraževanje zaposlenih in klinični nadzor za izboljšanje strokovne usposobljenosti zaposlenih.

Med drugim nas je zanimalo tudi, ali med skupinama zaposlenih, ki »imajo znanje« in ki »nimajo znanja«, obstajajo statistično pomembne razlike v oceni odnosa vodstva do zaposlenih, ki delajo z osebami z demenco (H8). Z našo raziskavo smo potrdili statistično pomembno korelacijo glede ustreznega odnosa vodstva do zaposlenih, ki delajo z osebami z demenco, kar lahko razložimo tako, da sta osebni odnos zaposlenih in spoštovanje dostojanstva obolelih vplivala na višjo oceno. Ugotavljamo, da anketiranci menijo, da je pomanjkanje kadra povezano s preobremenjenostjo in izgorevanjem zaposlenih. Kastelic (2011) ugotavlja, da so pogoji dela zelo pomembni, saj pomanjkanje kadra predstavlja velik časovni pritisk na zaposlene. Zato v daljšem časovnem obdobju prihaja do tveganja izgorelosti zaposlenih.

Menimo, da je treba omeniti nekaj najpomembnejših omejitev naše raziskave. Prva omejitev je v nereprezentativnem vzorcu, saj je bila odzivnost zaposlenih v ustanovah precej nizka. Mogoče smo bili nekoliko manj uspešni pri izbiri vprašalnika ADKS, ki nam z dihonomnimi odgovori ni podal natančnejših podatkov o znanju medicinskih sester in drugih zaposlenih o demenci. Norveška raziskava ocenjuje ADKS kot nespecifičen in splošnejši inštrument za ocenjevanje znanja, zato prihaja do rezultatov, ki so včasih neskladni s pričakovanji (Nordhus, et al., 2012). Struktura drugega vprašalnika ni imela zelo visoke stopnje konsistentnosti, saj ga poprej nismo testirali, zato ni bil standardiziran za ujemanje trditev. Vzorec sestavljajo večinoma zdravstveni tehniki in manjše število visoko izobraženih medicinskih sester, zato smo bili pri oblikovanju skupin z nižjo in višjo izobrazbo omejeni. Nismo povsem prepričani o iskrenosti vseh anketirancev, saj smo opazili neresne odgovore ali odgovore po intuiciji. Zdi se nam, da imajo s kvantitativnimi vprašalniki anketiranci več težav, veliko zaposlenih je reševanje anket

tudi odklonilo. Naš anketni vprašalnik je nekaj zaposlenih reševalo po različnem postopku, npr. cikcak ali z obkroževanjem vseh odgovorov ipd. Zastavlja se nam tudi vprašanje, ali so si anketiranci ob izpolnjevanju vprašalnika ADKS pomagali med seboj, z internetnimi vsebinami ipd.

## 4 ZAKLJUČEK

Demenca je bolezen sodobnega časa. Treba se je zavedati, da se v vsakem okolju in vsaki družini kaže na individualen način. Predstavlja enega najtežjih izzivov sodobne družbe, kako bomo v prihodnje poskrbeli za osebe z demenco. Osebe z demenco moramo obravnavati s celostnim pristopom. Pomembno se je zavedati, da brez dodatnega znanja na dodiplomskem in podiplomskem študiju ne bomo uspeli nuditi kakovostne zdravstvene obravnave. Medicinske sestre bi kot nosilke zdravstvene nege in oskrbe morale imeti največ znanja, višje kompetence ter več odgovornosti za zelo zahtevno obravnavo oseb, obolelih za demenco. Znanje in na dokazih temelječa praksa zdravstvene nege sta temeljni izhodišči dejavnika za kakovostno, varno in odlično obravnavo oseb z demenco. Nikakor nam kot strokovnjakom na področju zdravstvene nege ne sme biti vseeno, da smo na tem področju dokaj šibki. Družba bi na tem področju morala že včeraj oblikovati standarde obravnave, ki bi temeljili na osebno usmerjeni, individualizirani in dostojanstveni obravnavi in bi nas približali deželam z odličnimi dokazi ter uspešno in vrhunsko obravnavo.

Samo usmerjeno in ciljno izobraževanje z nadgradnjo in dopolnjevanjem znanja ob izmenjavi dobrih praks in s spremljanjem in preverjanjem rezultatov krepi kritično razmišljanje in nas usmerja v izboljšanje dosedanje prakse zdravstvene nege. Zato je znanstveni doprinos te raziskave za namen magistrskega dela toliko pomembnejši, saj se bodo strokovnjaki za delo z obolelimi za demenco morali izobraževati in v naši klinični praksi udeleževati in preverjati sodobne pristope. Verjamemo, da zadeve niso spremenljive čez noč, a vendar številke in dokazi govorijo v prid sistemskim spremembam, za kar pa bo potrebnih še veliko strokovnih razprav, raziskovanj, dokazov, podpore, materialnih in finančnih resursov. Dejstva govorijo v prid potrebnim spremembam, a politično moč odločevalcev imajo ministrstva, direktorji javnih in zasebnih zdravstvenih zavodov. Ali želimo in hočemo, ker zmoremo, delati dobro za ljudi, za prihodnost bodočih generacij? Smo na pravi poti.

Predlogi za prakso se nanašajo na obnavljanje in utrjevanje ter dopolnjevanje znanja s področja demenc ter prenašanje dobrih praks v klinično okolje. Dodatno raziskovanje

odnosa, znanja in komunikacije z osebami z demenco na večjem vzorcu zaposlenih s kvalitativnim in kvantitativnim dizajnom bi verjetno pokazalo objektivnejše in zanesljivejše rezultate. Ob ponovni raziskavi bi morali uporabiti uveljavljen standardizirani vprašalnik z boljšimi psihometričnimi lastnostmi, ki bi bil prenosljiv v naše okolje. Menimo, da mora biti pridobivanje dodatnih znanj s področja demence imperativ v vsaki instituciji, saj tako dvigamo kakovost obravnave in skrbimo za varno, kakovostno in dostojanstveno obravnavo.

## 5 LITERATURA

Adler, G., Lawrence, B., Ounpraseuth, S. & Asghar-Ali, A.A., 2015. A survey on dementia training needs among staff at community-based outpatient clinics. *Educational Gerontology*, 41(12), pp. 903-915.

Ambrožič, M. & Mohar, Š., 2015. Metode socialnega dela s starimi ljudmi in njihova uporaba pri delu z ljudmi z demenco. *Socialno delo*, 54(1), pp. 53-62.

Austin, W., 2011. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: An evolutionary threat to the discipline. *Nursing Philosophy*, 12(3), pp. 158-166.

Batsch, N.L., Mittelman, M.S. & Alzheimers Disease International, 2012. *Overcoming the stigma of dementia*. London: Alzheimer's Disease International.

Benbow, S. & Jolley, D., 2012. Dementia: stigma and effects. *Neurodegenerative Disease Management*, 2(2), pp. 165-172.

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

Borbasi, S., Emmanuel, E., Farrell, B. & Ashcroft, J., 2011. Report on an evaluation of a Nurse-led-Dementia Outreach Service for people with the behavioural and psychological symptoms of dementia living in residential aged care facilities. *Perspectives in Public Health*, 131(3), pp. 124-130.

Carpenter, B., Balsis, S.D., Otilingam, P.G., Hanson, P. & Gatz, M., 2009. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and psychometric properties. *Gerontologist*, 49(2), pp. 236-247.

Challis, D., Sutcliffe, C., Hughes, J., von Abendorff, R., Brown, P. & Chesterman, J., 2009. Supporting people with dementia at home: challenges and opportunities for the 21st century. Farnham, Burlington: Ashgate.

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. *Nurs Education Today*, 35(6), pp. 731-732.

Darovec, J., Kogoj, K., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljarič, M., Pregelj, P. & Stokin, B.G., 2014. Smernice za obravnavo bolnikov z demenco. *Zdravstveni vestnik*, 83(7-8), pp. 497-504.

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.

Dragar, J., 2010. Nemoč in (ne) pomoč svojcem bolnikov z demenco. In: A. Kogoj & M. Strbad, eds. *V korak z demenco – poti in stranpoti. 6. Psiho-geriatrično srečanje. Laško, 23.-24. april 2009*. Ljubljana: Spominčica – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, p. 138.

Edberg, A.K. & Edfors, E., 2008. Nursing care for people with frontal-lobe dementia – difficulties and possibilities. *British Journal of Psychiatry*, 20(2), pp. 361-374.

Ferligoj, A., Leskošek, K. & Kogovšek, T., 1995. *Merjenje zanesljivosti in veljavnosti*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 1-162.

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



Graham, N. & Warner, J., 2013. *Demence in Alzheimerjeva bolezen*. Ljubljana: eBesede.

Gregorčič Kramberger, M. & Pirtošek, Z., 2010. Klinična slika najpogostejših demenc. In: Z. Pirtošek & M. Trošt, eds. *Parkinsonizem in demenca*. Ljubljana, Slovenija: Center za ekstrapiramidalne bolezni in Center za kognitivne motnje Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 64-68.

Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R. & Gladman, J.R.F., 2014. Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. *Age and Ageing*, 43(4), pp. 521-527.

Holmerova, I., Waugh, A., MacRae, R., Veprkova, R., Sandvide, A., Hanson, 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](https://www.fzab.si/uploads/file/2016_Dementia_Palliare_BPS_W.pdf) [Accessed 10 June 2016].

Howie, P., 2012. A new strategy for patients with dementia. *Emergency Nurse*, 20(4), pp. 6-12.

Hvalič Touzery, S., 2015. Project Palliare: equipping the qualified dementia workforce to support advanced dementia care and family caring. In: D. Tolson, R. MacRae, A. Waugh, I. Holmerova, E. Hanson & K. Watchman, eds. *25th Alzheimer Europe Conference. Dementia: putting strategies and research into practice. Ljubljana, 2.–4. september 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, p. 30.

Hvalič Touzery, S., Kydd, A. & Skela Savič, B., 2014. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik zdravstvene nege*, 4(2), pp. 157-168.

Hvalič Touzery, S., Macrae, R., Waugh, A., Abreu, W.C. & Pesjak, K., 2015. Akreditirani izobraževalni programi s področja demence: primer sedmih evropskih držav. In: V. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in*

socialnem varstvu. Mednarodna znanstvena konferenca- *Holistic approach to the patient: health and social care of the elderly: conference proceedings : international scientific conference: zbornik prispevkov. Novo mesto, 12. november 2015.* Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 169-177.

Innes, A. 2009. *Dementia studies: A social science perspective.* London, England: SAGE Publications Ltd.

Jootun, D. & McGhee, G., 2011. Effective communication with people who have dementia. Learning zone continuing professional development. *Nursing standard*, 25(25), pp. 40-46.

JPND, 2012. *Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND strategy: tackling the challenge of alzheimer' s and other neurodegenerative diseases in europe: povzetek, EU joint programme – neurodegenerative disease research.* [pdf] EU joint programme. Available at: [http://www.neurodegenerationresearch.eu/fileadmin/documents/2012/Srrelated/translat ions/Slovenian\\_translation.pdf](http://www.neurodegenerationresearch.eu/fileadmin/documents/2012/Srrelated/translat ions/Slovenian_translation.pdf) [Accessed 10 June 2016].

Kastelic, M., 2011. *Zadovoljstvo zaposlenih v socialno varstvenih zavodih kot dejavnik proti izgorevanju pri delu: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj.

Kavčič, V., 2015. *Uvodna beseda za bistre možgane v poznih letih.* Dob pri Domžalah: Miš založba.

Kobentar, R. & Gorše Muhič, M., 2011. Sodobni pogledi obravnave oseb z demenco. In: K. Wirth, ed. *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, p. 32.

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., 2016. Samoocena kompetentnosti pri delu z obolelimi za demenco – rezultati pilotskega preizkusa. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zbornik predavanj 9. mednarodna znanstvena konferenca: Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave. Bled, 6. junij 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 135.

Kogoj, A., 2008. Etiologija Alzheimerjeve bolezni in drugih najpogostejših demenc. *Farmacevtski vestnik*, 59(2), pp. 55-58.

Kogoj, A., 2009. *Najpogostejše oblike demence. Bolezen in sindromi v starosti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 31-34.

Kogoj, A. & Vodusek, V., 2011. Obravnava in (psiho) terapevtski ukrepi za bolnika z demenco in njegove svojce. In: A. Žmitek, ed. *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo: zbornik. Begunje, 18.–19. november 2011*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 14-16.

Kogoj, A. & Ličina, M., 2013. Organske duševne motnje. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, B. Tomori, M. Zalar, & B. Zihlerl, eds. *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 140-156.

Kydd, A., Engström, G., Touhy, T., Newman, D., Skela Savič, B., Touzery Hvalič, S., Zurc, J., Galatsch, M., Ito, M. & Fagerberg, I., 2014. Attitudes of nurses, and student

nurses towards working with older people and to gerontological nursing as a career in Germany, Scotland, Slovenia, Sweden, Japan and the United States. *International Journal of Nursing Education*, 6(2), pp. 182-190.

Lesae, Y., 2008. Komunikacija – ključni dejavnik varne in učinkovite perioperativne zdravstvene nege. In: M. Rebernik Milić, ed. *Vseživljenjsko izobraževanje, zbornik XXIV. Ljubljana, 21.-22. november 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 42-62.

Ličen, S., Trobec, I., Čemažar, M. & Plazar, N., 2010. Demenca – izziv ali stiska zaposlenih v domovih za starejše. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 9-13.

Lipar, T., 2016. Živeti z demenco doma. *Časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 19(2), pp. 41-45.

Mali, J., 2007. Socialno delo z osebami z demenco. In: J. Mali & V. Milošević Arnold, eds. *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo Ljubljana, pp. 42.

Mali, J., 2009. *Od hiralnice do domov za ostarele*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.

Mali, J., Mešl, N. & Rihtr, L., 2011. *Socialno delo z osebami z demenco. Raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo Ljubljana, pp. 67-112.

Meglič, B., 2010. Zdravljenje demence. In: V.Z. Pirtošek & M. Trošt, eds. *Parkinsonizem in demenca*. Ljubljana: Center za ekstrapiramidne bolezni in Center za kognitivne motnje Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 82-88.

Milne, A., 2010. The 'D' word: Reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *Journal of Mental Health*, 19(3), pp. 227-233.

Ministrstvo za zdravje, 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. [pdf] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/25052016\\_Sr\\_trategija\\_obvladovanje\\_demence.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/25052016_Sr_trategija_obvladovanje_demence.pdf) [Accessed 5 June 2016].

Mlakar, K. & Praprotnik, A., 2013. Vloga socialnega dela pri zagotavljanju kakovosti življenja osebam z demenco in njihovim svojcem. *Socialno delo*, 52(4), pp. 281-284.

Mlakar, B., 2016. *Usmeritev za delo z osebami z demenco v domovih za starejše: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

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

Nordhus, H.I., Siversten, B. & Pallesen, S., 2012. Knowledge about Alzheimer's Disease among Norwegian psychologists: The Alzheimer's disease knowledge scale. *Aging & Mental health*, 16(4), pp. 521-528.

O'Connor, L.M. & McFadden, H.S., 2012. Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*.

Ošlak, K. & Musil, B., 2017. Odnosi do demence in stigma demence. *Javno zdravje* 1(1), pp. 74-83.

Perušek, A., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2013. Komunikacija in kakovost odnosa med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 253-259.

Phillipson, L., Magee, C.A., Jones, S.C. & Skladzien, E., 2012. Correlates of dementia attitudes in a sample of middle-aged Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 33(3), pp. 158-163.

Rihtar, L., 2011. Dejavniki pomembni za sožitje z osebo z demenco. In: J. Mali & V. Milošević Arnold, eds. *Demenca - izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 91-114.

Rodica, B. & Starc, J., 2016. *Vpliv raziskovanja medicinskih sester na dvig kakovosti zdravstvene nege: zbornik prispevkov. Celostna obravnava pacienta. Novo Mesto, 10. november 2016*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 417-427.

Roljič, S., 2011. Pravice in dostojanstvo pacientov z demenco. In: T. Š. Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *Zbornik predavanj 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov. Maribor, 12.–14. maj 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 70-74.

Scerri, A. & Scerri, C., 2012. *Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia – A questionnaire survey, Nurse Education Today*. [online] Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.001> [Accessed 17 November 2016].

Schepers, A.K., Orrell, M., Shanahan, N. & Spector, A., 2012. Sense of competence in dementia care staff (scids) scale: Development, reliability and validity. *International Psychogeriatrics*, 24(7), pp. 1153-1162.

Schpolarich, D., 2016. *Nega bolnika na domu: V objemu Alzheimerjeve bolezni*. Kranj: Založba Narava d.o.o.

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

Skela Savič, B., 2018. Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni, starosti in odnos do dela s starostniki med zaposlenimi v domovih za starejše v Sloveniji – rezultati raziskave. In: S. Kalender Smajlović & S. Pivač, eds. *Posvet o izzivih pri zdravstveno socialni obravnavi starejših in zdravstveni oskrbi pacientov z demenco. Zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 6. julij 2018.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 1–10.

Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., Hines, S. & MacAndrew, M., 2013. A survey based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics*, 13(2), pp. 2-8.

Stokin, G.B., 2009. Alzheimerjeva bolezen. *Jama-si*, 17(1), pp. 7-8.

Telban, U. & Milavec Kapun, M., 2013. Možnost obravnave oseb z demenco. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 260-267.

Trahan, M.A., Kahng, S., Fisher, A.B. & Hausman, N.L., 2011. Behavior-analytic research on dementia in older adults. *Jurnal of Applied Behavior Analysis*, 44(3), pp. 687-691.

Travers, C.M., Beattie, E., Martin-Khan, M. & Fielding, E., 2013. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatrics*, 13(1), p. 101.

Van Hulsen, A., 2010. Oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. In: A. Van Hulsen, ed. *Zid molka*. Logatec: Firis Imperl, pp. 20-27.

Wang, Y., Xiao, L.D., Luo, Y., Xiao, 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, 2015. *Dementia a public health priority - Summary*. [online] Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/) [Accessed 7 Junij 2018].

Zeindliner, E., 2014. Between the Lines: Communication with people with dementia in creative moment sessions. *Antropology in Action*, 21(1), pp. 24-29.

Žmuc Veranič, L., 2015. Zdravila blažijo le simptome demence. *Spominčica*, 13(1), pp. 16-18.



## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **Anketni vprašalnik**

Sem Gordana Sivec, dipl. m. s. absolventka magistrskega študija programa Zdravstvene nege na Fakulteti za Zdravstveno nego Angele Boškin na Jesenicah. Pripravljam magistrsko delo z naslovom Odnosi medicinskih sester do ljudi z demenco in njihovo znanje s področja demence pod mentorstvom doc. dr. Radojke Kobentar, viš. pred. Z raziskavo želimo ugotoviti, ali imajo medicinske sestre dovolj znanja za delo z osebami z demenco in kakšen odnos imajo do oseb z demenco. Vljudno vas prosim za vaše sodelovanje. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za potrebe magistrskega dela.

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Gordana Sivec

**1. SKLOP A – DEMOGRAFSKI PODATKI (obkrožite samo en odgovor)**

A1 Spol:

- a) ženski
- b) moški

A2 Vaša starost v letih:

1. \_\_\_\_\_

A3 Izobrazba:

- a) Srednješolska izobrazba
- b) Višja ali visoka strokovna izobrazba
- c) Univerzitetna izobrazba
- d) Magisterij zdravstvene nege
- e) Višješolska s specializacijo

A4 Kje ste zaposleni?

- a) Bolnišnica
- b) Dom za ostarele
- c) Zdravstveni dom

A5 Delovna doba v letih:

1. \_\_\_\_\_

**2. SKLOP B – ZNANJE O ALZHEIMERJEVI BOLEZNI – Lestvica ADKS  
Carpenter, et al. (2009)**

V nadaljevanju so izjave o Alzheimerjevi bolezni. Vsako izjavo pozorno preberite in označite, ali drži ali ne. Če niste prepričani o odgovoru, poskusite po svojih najboljših močeh uganiti. Pomembno je, da označite odgovore na vsa vprašanja, četudi niste povsem prepričani o odgovoru.

<b>Trditev</b>		<b>1 - Drži</b>	<b>2 - Ne drži</b>
B1	Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo so še posebej nagnjeni k depresiji.		
B2	Znanstveno je dokazano, da lahko vaje z miselnimi aktivnostmi preprečijo pojav Alzheimerjeve bolezni.		
B3	Po pojavu simptomov Alzheimerjeve bolezni je povprečna pričakovana življenjska doba še 6–12 let.		
B4	Ko bolnik z Alzheimerjevo boleznijo postane vznemirjen, lahko zdravniški pregled pokaže druge zdravstvene težave, ki so povzročile vznemirjenost.		
B5	Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo se najboljše odzivajo na enostavna navodila po korakih.		
B6	Takoj ko se pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo pokaže, da s težavo skrbijo zase, mora skrb za njih prevzeti negovalec.		
B7	Če oseba z Alzheimerjevo boleznijo ponoči postane pozorna in vznemirjena, je primerna strategija poskrbeti, da je ta oseba čez dan dovolj fizično aktivna.		
B8	V redkih primerih so bolniki z Alzheimerjevo boleznijo ozdraveli.		
B9	Ljudem, pri katerih Alzheimerjeva bolezen še ni zelo resna, lahko koristi psihoterapija za depresijo in tesnobo.		
B10	Če se težave s spominom in zmedeno razmišljanje pojavijo nenadoma, gre verjetno za Alzheimerjevo bolezen.		
B11	Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo živi v domih za ostarele.		
B12	Simptomi Alzheimerjeve bolezni se lahko poslabšajo zaradi slabe prehrane.		
B13	Za Alzheimerjevo boleznijo lahko zbolijo tudi ljudje med tridesetim in štiridesetim letom starosti.		

<b>Trditev</b>		<b>1 - Drži</b>	<b>2 - Ne drži</b>
B14	Pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo so ob napredovanju boleznici padci čedalje verjetnejši.		
B15	Ko ljudje z Alzheimerjevo boleznijo ponovijo vprašanje ali zgodbo, jim koristi, če jih opomnimo, da se ponavljajo.		
B16	Ko ljudje zbolijo za Alzheimerjevo boleznijo, niso več sposobni sprejemati odločitev o svoji negi.		
B17	Slej ko prej bo oseba z Alzheimerjevo boleznijo potrebovala 24-urno oskrbo.		
B18	Visoka raven holesterola lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni.		
B19	Tremor ali tresenje rok je pogost simptom pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo.		
B20	Simptome resne depresije si je mogoče napačno razlagati kot simptome Alzheimerjeve bolezni.		
B21	Alzheimerjeva bolezen je ena od vrst demence.		
B22	Težave pri ravnanju z denarjem ali plačevanju računov so pogost zgodnji simptom Alzheimerjeve bolezni.		
B23	Simptom, do katerega lahko pride pri Alzheimerjevi bolezni, je prepričanje bolnika, da mu drugi kradejo stvari.		
B24	Pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo uporaba listov z opomniki prispeva k izboljšanju stanja.		
B25	Na voljo so zdravila na recept, ki preprečujejo Alzheimerjevo bolezen.		
B26	Visok krvni tlak lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni.		
B27	Genetika le delno pojasnjuje nastanek Alzheimerjeve bolezni.		
B28	Bolniki z Alzheimerjevo boleznijo lahko vozijo, če imajo s seboj vedno sopotnika.		

Trditev		1 - Drži	2 - Ne drži
B29	Alzheimerjeve bolezni ni mogoče pozdraviti.		
B30	Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo se bolje spominja nedavnih dogodkov kot stvari, ki so se zgodile v preteklosti.		

### 3. SKLOP C – MEDOSEBNI ODNOSI Z OSEBO Z DEMENCO IN KOMUNIKACIJ Z OSEBO Z DEMENCO

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

Trditev		Ocena				
C1	Odnosi med sorodniki z demenco in njihovimi družinskimi člani so odvisni od kakovosti odnosa, ki so ga imeli pred boleznijo.	1	2	3	4	5
C2	Vodstvo ustanove upošteva, ali ima zaposleni občutek za delo z ljudmi z demenco in ali ima v komunikaciji s starejšimi izraženo spoštovanje in naklonjenost.	1	2	3	4	5
C3	V stike z osebo z demenco prihajajo tudi zaposleni, ki niso posebej usposobljeni za to delo ali celo ne želijo delati z osebami z demenco.	1	2	3	4	5
C4	Pomanjkanje kadra se povezuje s preobremenjenostjo in izgorevanjem zaposlenih.	1	2	3	4	5
C5	Ravnanja zaposlenih do oseb z demenco so izrazito birokratizirana in rutinska.	1	2	3	4	5

Trditev		Ocena				
C6	Zelo pozorni moramo biti na osebo z demenco pri nebesednih znakih (drža telesa, izraz na obrazu, primerni ton).	1	2	3	4	5
C7	Na medosebne odnose v instituciji vplivajo nezdržljive naloge zaposlenih – na eni strani je treba ugoditi organizacijskim zahtevam in na drugi pritiskom iz zunanjega sveta.	1	2	3	4	5
C8	Cilj sodelovanja s svojci ni vzpostaviti dobrih medosebnih odnosov temveč uresničiti zahteve institucij.	1	2	3	4	5
C9	Z izločitvijo oseb z demenco od ostalih starostnikov so se osebe z demenco dodatno stigmatizirale.	1	2	3	4	5
C10	Osebe z demenco na varovanem oddelku ne morejo vzdrževati stikov z ostalimi, ki so na oddelku, kjer so bivali prej.	1	2	3	4	5
C11	Osebo z demenco vedno nagovorimo z imenom in se ji tudi predstavimo.	1	2	3	4	5
C12	Z osebo z demenco vedno govorimo jasno, počasi in uporabljamo preproste besede.	1	2	3	4	5
C13	Osebi z demenco vedno pristopamo od spredaj in počasi.	1	2	3	4	5
C14	Ko govorimo z osebo z demenco, moramo biti umirjeni.	1	2	3	4	5
C15	Dotik je najosnovnejša oblika nebesedne komunikacije.	1	2	3	4	5
C16	Medosebnim odnosom med zaposlenimi in osebo z demenco ne posvečamo dovolj pozornosti.	1	2	3	4	5