

IZPROTOT IZAICINOŠO UZVEDĪBU

Ievads

Personas ar demenci slimības gaitā dažkārt parāda uzmanību, kas ne vienmēr atbilst uzvedībai, ko sagaida no viņa apkārtējās vides. Šī “neatbilstošā” uzvedība izraisa dažādas reakcijas viņu vidē.

Tas ir atkarīgs no konteksta, kurā uzvedība, ko izraisa demence, noris. Vai mums ir darīšana ar mājas vidi persona atrodas akūtā, dienas vai ilgtermiņa aprūpē?

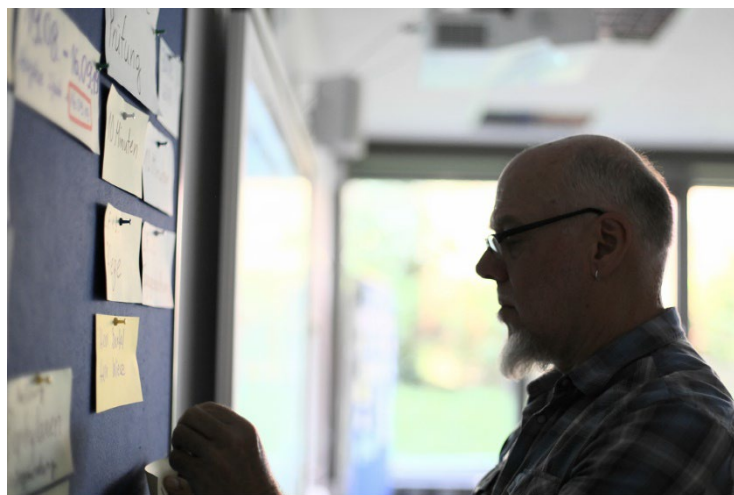
Reālā vide personām ar demenci izvirza prasības, kas ne vienmēr atbilst viņu pieredzētajai realitātei. No tā izrietošās personu ar demenci darbības un reakcijas bieži tiek no apkārtējād vides uztvertas kā izaicinošas.

Šī izaicinošā personu ar demenci uzvedība bieži aprūpētājiem rada neatrisināmus uzdevumus.

Tāpēc ir absolūti nepieciešams saprast personu ar demenci izaicinošās uzvedības iemeslus, lai spētu adekvāti reaģēt.

Terminu skaidrojums

Pavadīt personas ar demenci biežu var būt aprūpētājiem ļoti sarežģīti. Tas, jo īpaši attiecas uz



gadījumiem, kad rodas agresija, pastiprināta vēlme pārvietoties, ievērojamas orientācijas problēmas, augsta bīstamība pret citiem un sevi vai rodas cita uzvedība. Uzvedības modeļi personām, kurām ar demenci ir saistītas izmaiņas, bieži tiek raksturoti, kā “traucējoši”, balstoties uz dabaszinību medicīnisko fokusu un medicīnas māsu fokusu.

Jaunākajā gerontoloģijas literatūrā ir iekļauts termins “uzvedības traucējumi”. Šim terminam ir negatīva pieskaņa. Uzvedības ziņā aizdomīga ir persona, kura neievēro apkārtējās vides noteiktās normas, kā rezultātā viņš vai viņa izceļas sociālajā vidē.

1995. gadā Starptautiskā Psihogeriatriiskā biedrība definēja bezvērtības jēdzienu Demences uzvedības un psiholoģiskie simptomi (BPSD). Tas ietver traucētas uztveres simptomus, domas, garastāvokli vai uzvedību, kas ir raksturīga personām ar demenci izraisītām izmaiņām. Saskaņā ar Finkel teikto, šo uzvedības simptomu grupā ietilpst: fiziskā agresija, kliegšana, uzbudinājums (piemēram, staigāšana apkārt, pulcēšanās, lamāšanās, ēnošana, seksuālītātes noliegums).

Angļu valodā, termini grūti, uzvedības traucējumi, traucējoša uzvedība, disfunkcionāla uzvedība, nesakārtota uzvedība, neatbilstošā, problemātiska uzvedība un ne-kognitīvi simptomi tiek izmantoti, lai aprakstītu uzvedību, kas tiek uzskatīta par problemātisku medicīnas māsu mijiedarbībā.

Termini norāda uz uzvedības patieso izcelsmi, t.i., ko izraisa pati persona ar demenci. Šajā gadījumā mazāk tiek ņemta vērā apkārtējā vide kā izraisošais faktors.

Terminu “izaicinoša uzvedība” lieto sociāli psiholoģisko skolu pārstāvji, un tas ir ņemts no sociālās pedagoģijas. Šis termins nenozīmē negatīvu nozīmi vai attiecinājumu, bet parādības cēlonis izrier no starppersonu konteksta, kas var mainīties.

Šis termins skaidri norāda, ka ta sir atkarīgs no personas ar demenci partnera interpretācijas maiņas “vai uzvedība tiek uztverta kā izaicinoša un nav atkarīga no tā, kurš pats ar to slimo”.

Uzbudinājums

Koens-Mensfīlds terminu “uzbudinājums” lieto kā sinonīmu izaicinošai uzvedībai. Tādējādi uzbudinājums tiek definēts kā “nepiemērota verbāla, lingvistiska vai motoriska darbība, ko nevar izskaidrot ar skaidrām vajadzībām vai apjukumu”. Koena-Mensfīlda šī termina interpretācija vairāk koncentrējas uz parādīto agresīvo uzvedību. Amerikāņu psihiatrs izšķir četras kategorijas:

- Fiziski agresīva uzvedība (piemēram, sitiens),
- Fiziski neagresīva uzvedība (piemēram, bezmērķīga klejošana),
- Verbāli agresīva uzvedība (kliegšana) un
- Verbāli neagresīva uzvedība (piemēram, atteikums).

Uzbudinājums tiek interpretēts kā saziņas veids, kad tiek zaudēta situācijas kontrole. Persona, kas izrāda agresīvu uzvedību, var šķist zaudējusi kontaktu ar realitāti, kā to uztver aprūpētāji. Viņš var parādīt emocionālas reakcijas, kas citiem nešķiet atbilstošas uzvedības pašreizējā situācijā. Šī definīcija ir balstīta uz personu, kas parāda šo parādību, un ignorē mijiedarbības procesus starp mijiedarbības partneriem.

Apātija

Pasīvās uzvedības formas, piemēram, apātija, sociālā atstumtība, depresīva uzvedība, katru dienu rodas personām ar demences izraisītām pārmaiņām un tiek raksturotas kā izturīgas pret intervenci. Intervences jēdzieni, piemēram, orientēšanās uz realitāti apmācība vai bazālā stimulācija, galvenokārt koncentrējas uz kognitīvo resursu veicināšanu un identitātes aizkavēšanu. Ierobežoti un mierīgi pacienti mazāk izaicina aprūpētāja uzmanību un šī iemesladēļ tiek uzskatīti par mazāk stresa saspringtiem.

Skaidrojošas pieejas

Uzvedība bieži ir saziņas veids cilvēkiem ar demenci. Šis neverbālās komunikācijas veids izpaužas kā uzbudinājums, nemiers, agresija un kareivīgums, un to bieži var interpretēt kā tādu neapmierinātu vajadzību izpaušmi kā sāpes, izsalkums, slāpes vai urinēšana. Atkārtota vokalizācija vai izmaiņas tonī, spiedienā vai runas ātrumā var liecināt par neapmierinātām vajadzībām, pat ja tā ir bezjēdzīga vokalizācija.

Tādējādi aprūpētājiem nevajadzētu uztvert minēto uzvedību tikai kā demences simptomus vai neiroloģisku slimību procesa sekas, bet gan mēģināt aplūkot un interpretēt nozīmi mijiedarbības līmenī.

Radzejs pieņem, ka izaicinošas uzvedības rašanās ir tikai daļēji saistīta ar kognitīvo spēju un dzīves aktivitāšu traucējumiem un ka atbildes vairāk jāgūst no demences procesa dinamikas.

Autors apgalvo, ka parādības rašanās ir saistīta ar neiroloģiski noteiktu, dzīves pasaulei un aprūpes videi raksturīgu faktoru mijiedarbību.

Savā esejā "Uz iestādē balstītas pētniecības perspektīvas medicīnas māsām" Norberga izvirza jautājumu, vai izaicinoša uzvedība ir jāvērtē kā bezjēdzīga uzvedība vai drīzāk kā likumīga reakcija uz stresa situāciju, kas tiek uztverta kā satraucoša. Tāpēc šī parādība vienmēr ir jāinterpretē neviennozīmīgi dažādos līmeņos.

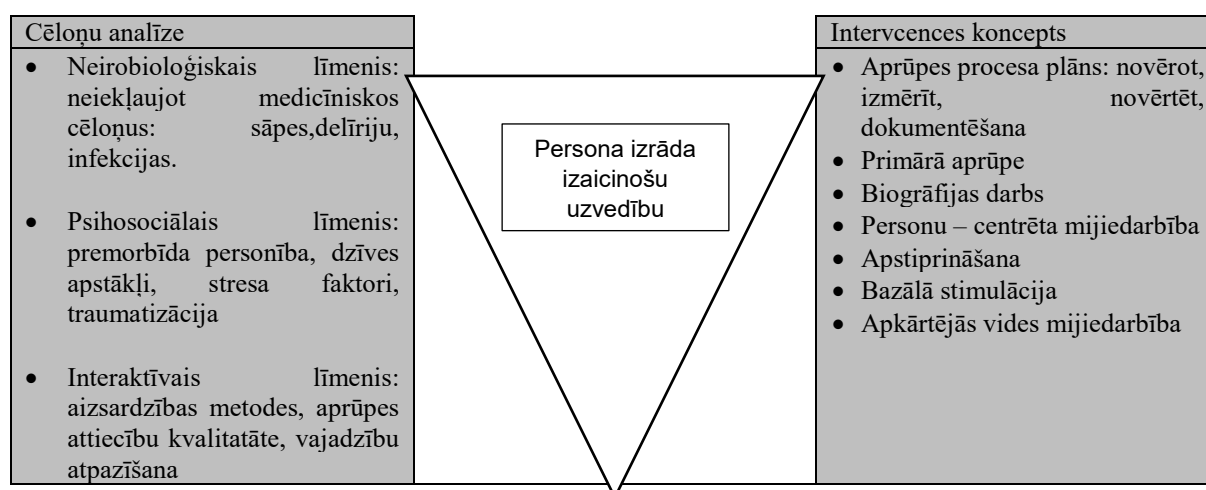
Teinisans pieņem, ka šī parādība jāinterpretē kā kognitīvi traucētu personu "izdzīvošanas stratēģija".

Pamatojoties uz šīm pieejām, "izaicinošai uzvedībai" var būt dažādi iemesli:

- būt ar demenci saistītas slimības (piemēram, Pika slimības) medicīniski identificējams simptoms,
- būt izmisīgai pašnoteikšanās izpausmei, kad vecāka gadagājuma cilvēks nevar savādāk īstenot savu gribu vai vēlmes,
- saziņas līdzeklis,
- reakcija uz psihosociālu trūkumu, piemēram, aprūpes trūkuma dēļ,
- aicināt, lūgt palīdzību, ziņot vai signalizēt par uzvedību apkārtējā vidē, lai pievērstu uzmanību psiholoģiskām vai fiziskām vajadzībām,
- radoša pielāgošanās mājām vai slimnīcas videi, ko vecāka gadagājuma cilvēki ir grūti panesami un kļūst viņiem nesaprotamāki, un tas var būt
- tikt pārprastam kā uzbrukumam, apvainojumam, apgānīšanai vai apmulsumam pret aprūpētājiem attiecību līmenī.

Šie saziņas veidi vienmēr kļūst redzami, ja pamanāmo uzvedību nenomāc psihotropo zāļu lietošana. Nomierinošu līdzekļu lietošana, lai imobilizētu un ierobežotu hroniski apjukušus vecāka gadagājuma cilvēkus pašapdraudēšanas gadījumos, ētiski ir pretrunā ar cilvēk-centrētu pieeju, apstiprinot sarunu un biogrāfijas darbu. Izaicinošas uzvedības izpausmju spektrs indivīdiem var atšķirties; formas ir atkarīgas no prāta stāvokļa un skarto personu reakcijas modeļiem.

Nosacījumu ietvars



Mērķis: Minimizēt uzvedības izpausmes ar adekvātu komunikāciju dzīves vietā.	

Attēls 1 *Nosacījumu ietvars*

Izaicinoša uzvedība šeit tiek saprasta kā personas ar demenci reakcija uz arvien nepazīstamāku un neparedzamāku vidi, kurā viņam vairs neizdodas izveidot kontaktu ar citiem cilvēkiem un tikt saprastam, un kurā viņš jūtas bezspēcīgs. Tādā veidā apkārtējie cilvēki tiek aicināti uzskatīt attiecību veidošanas un sociālās vides aspektus par svarīgiem maināmiem faktoriem, kas ietekmē uzvedību.

Nozīmīgākie izaicinošās uzvedības cēloņi personām ar demenci interaktīvā līmenī ir:

- Aizsardzības metožu izmantošana (piemēram, fiksācija, psihotropo zāļu lietošana imobilizācijai, atņemšana),
- Rūpju (gādīgo) attiecību kvalitāte,
- Aprūpētāju spēja interpretēt attiecīgās personas psiholoģiskās un fiziskās vajadzības.

Mijiedarbības procesus var negatīvi ietekmēt aprūpētāji un viņu uzvedība, t.i., viņiem ir iespēja atteikties būt ar personu un viņi var no tā izslēgt personas ar demenci; kā reakcija uz to, skartās personas var reaģēt izaicinoši.

Aizsardzības metodes

Profesionālās māsu attiecības, īpaši ar pacientiem ar kognitīviem traucējumiem, ir balstītas uz nelīdzsvarotību. Tā kā skarto personu problemātiskā uzvedība parasti nav pakļauta ar gadījumu saistītai un vispārējai refleksijas un dialoga kultūrai telpās, pastāv risks, ka dēļ medicīnas māsas vienusējās intereses, tiks ieviests, lai pēc iespējas ātrāk nomierinātu pacientu.



Aizsardzības metodes izmantošanas mērķis ir tikai aizsargāt personu ar demenci, ne sodīt, ne vainot vai nosodīt viņu. Aizsardzības metodes izmantošana paredz, ka pacienti, kuriem ir uzbudināta uzvedība, var rīkoties tā, lai tie varētu sevi kaitēt vai kaitēt citiem. Neziņa par aizsardzības metodēm, ko veic aprūpētāji, ietver izpratnes trūkumu par gādīgās darbības sekām un nezināšanu par to, kā apmierināt satraukto vecāka gadagājuma cilvēku psiholoģiskās un fiziskās vajadzības, nekaitējot sev vai citiem.

Slikti apmācīti aprūpētāji, visticamāk, izmantos aizsargājošas metodes, strādājot ar skarto personu, jo viņi mazāk spēj reaģēt uz skartās personas izaicinošo uzvedību ar demences specifisku mijiedarbību.

Fiksācija

Fiksācija (kustību ierobežojošs pasākums) ir viena no vispretrunīgākajām fiziski ierobežojošajām intervences darbībām izaicinošai uzvedībai personām ar demenci. Tā ietver ķermeņa un ekstremitāšu ierobežojumu, kas novērš brīvprātīgas stāvokļa izmaiņas, piem. piecelties un staigāt, un persona to patstāvīgi nevar noņemt. Ja tiek ņemti vērā citi pārvietošanās ierobežojumi, piemēram, gultas režīms, tad vairāk nekā 80 % personu ar demenci saistītām izmaiņām šādi tiek ietekmēti aprūpes institūcijās.

Kongs kritiski norāda, ka satraukta uzvedība personām ar demences izraisītām izmaiņām ir izplatītāka, kad aprūpētāji izmanto ierobežojumus.

Psihofarmaceutiski preparāti

Aprūpētāji, kuri iestājas par psihotropo zāļu lietošanu, parasti pieņem, ka aprūpe balstās tikai uz biomedicīnas parametriem. Ārsta izrakstītā psihotropo zāļu lietošana bieži vien nedod vēlamo efektu, lai imobilizētu satrauktu cilvēku ar demenci.

Lai gan medikamentu, parasti neiroleptisko līdzekļu, izrakstīšana ir medicīnisks uzdevums, pastāvīgi klātesošajām medmāsām ir galvenā loma psihofarmakoloģisko blakusparādību (stīvums, urīna aizture, aizcietējums, delīrijs) atpazīšanā, kas var izraisīt psihomotorisku uzbudinājumu un kritiena risku. Izdegšanas skartās medmāsas un medmāsas, kurām nav (geronto) psihiatriskās aprūpes prasmju, visticamāk aizstāvēs sedatīvus medikamentus ar neiroleptiskiem līdzekļiem. Šo zāļu lietošana veicina patoloģisku regresiju. Cita starpā braukšanu ietekmē zāļu lietošana. Daudzas psihotropās zāles pastiprina jau esošos atmiņas traucējumus, izmantojot savu antiholīnērgisko komponentu. Tie var izraisīt akūtu apjukuma stāvokli un izteiktus veģetatīvās sistēmas traucējumus, kurus var viegli ignorēt, jo personām ar demenci ir nepietiekamas komunikācijas spējas.

Personiskās uzmanības novirzīšana (novirzes (detractions))

Daži medicīnas māsu uzvedības modeļi var izraisīt klientiem agresīvas reakcijas. Amerikāņu literatūrā tas tiek dēvēts par "piekautās māsas sindromu" ("battered nurse syndrome"). Medmāsām raksturīga necieņas - pavēlnieciska uzvedība, viņas ir neiecietīgas un izmanto "personiskus šķēršļus". Personiskās uzmanības novēršana ir niansētas vecāka gadagājuma cilvēku pazemošanas un noniecināšanas formas, kas ir iekļautas ikdienas mijiedarbībā un var atklāt tādas negatīvas izjūtas kā naidīgumu, kairinājumu, nepatiku vai nicinājumu. Personiskās uzmanības novirzīšana tiek izmantota, lai nodrošinātu aprūpi.

Dažādas personiskās uzmanības novēršanas formas tiek izmantotas, lai īstenotu aprūpes pasākumus. Aprūpētāji šīs uzmanības novēršanas formas izmanto ļoti destruktīvā veidā, īpaši sadarbībā ar hroniski apjukušiem klientiem. Dažādas darbības un uztvere var savstarpēji ietekmēt mijiedarbības partneru uzvedību. Ne tikai vecāka gadagājuma cilvēks reaģē uz darbībām ar noteiktu uzvedību, bet arī pati aprūpētāja.

Ja persona ar demenci pastāvīgi saņem personiskās uzmanības novēršanu niansētā/smalkā veidā, viņš sāk šaubīties par aprūpētāja sirsnību un kļūst aizdomīgs, reaģē ar nedrošības sajūtu, bailēm, apātiju, agresiju un var izaicinoši izturēties pret aprūpētājiem.

Tā kā cietušajiem ir izteikta noskaņojuma un sajūtu mainība neverbālajā komunikācijā, kā arī dubultie ziņojumi, personiskās uzmanības novēršanai var būt vairāk vai mazāk niansēta ietekme uz demences procesu. Saskaņā ar Kitvudas teikto, personiskā uzmanības novirzīšanās parasti

nav sliktu nodomu izpausme, bet drīzāk rodas bezpalīdzības, pārmērīgu prasību, nepietiekamu zināšanu par ar demenci saistītu slimību dēļ un refleksijas trūkuma dēļ. Kitvuds norāda, ka personiskās uzmanības novēršana ir labi domāti, bet kļūdaini mēģinājumi mijiedarbības procesā aizpildīt interaktīvo tukšumu.

Medicīnas māsu attiecību kvalitāte



Aprūpētāji, kuriem ir maz psihosociālu un profesionālu iemaņu, lai tiktu galā ar personām ar demenci, visticamāk jutīsies bezpalīdzīgi izaicinošā situācijā. Viņi izjutīs neapmierinātību, dusmas un aizsardzību pret pacientu. Šīs emocijas var radīt no aprūpētāja puses mazāk empātisku un gādīgu attieksmi turpmākajos kontaktos un attiecīgi var pastiprināt

izaicinošu klienta uzvedību.

No aprūpētāju attieksmes, kas neatzīst personas ar demenci personību un kam raksturīga uzmanības novirzīšana, var secināt, ka ar demenci saistītās izmaiņas var ietekmēt aprūpētāju uzvedību. Savu bezspēcību ir grūti panest.

Liels pieprasījums pēc perfekcionisma ikdienas aprūpē, kas ievērojami ierobežo personas ar demenci, nozīmē, ka viņi vēl mazāk spēj saskaņot savu pieredzēto pasauli ar realitāti. Tas kopā ar zināšanu trūkumu par cilvēka centrētu aprūpi, izraisa bailes un pretestību aprūpētājos, kas savukārt var izraisīt reakcijas un negatīvi ietekmēt aprūpes attiecības.

Vajadzību noteikšana

Saskaņā ar Kitvudu, vissvarīgākās psihiskās vajadzības personām ar demences izmaiņām ir mīlestība, pieķeršanās, komforts, identitāte, nodarbinātība un iekļaušanās sociālajā sabiedrībā. Personas, kuras demences procesā pilnībā zaudē savas kognitīvās spējas, maz vai vairs nespēj patstāvīgi apmierināt šīs vajadzības. Piemēram, personai progresējošā stadijā nav iespējams atlikt psiholoģiskās vajadzības.

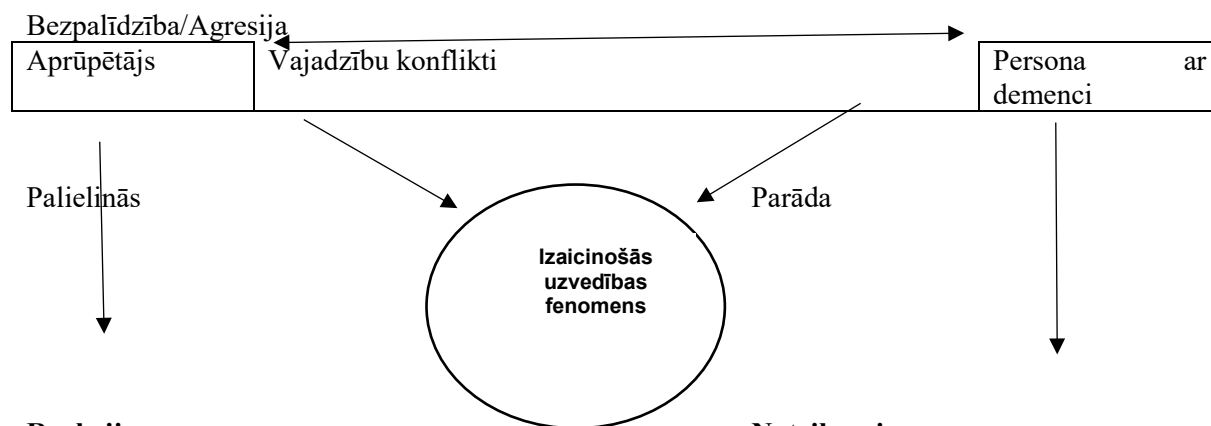
Strādājot ar izaicinošām personām, ne vienmēr ir iespējams strādāt saskaņā ar plānu tiešā aprūpē, jo vecā cilvēka paša griba un viņa psiholoģiskās un fiziskās vajadzības, kuras nav viegli interpretēt, padara izturēšanos ar pretestību un prasa visu uzmanību, lai panāktu apmierinošu aprūpes rezultātu. Uzlabotā demences procesā var zaudēt verbālo spēju runāt. Pēc tam cietušie paziņo par savām vajadzībām aprūpētājiem, galvenokārt ar sejas izteiksmēm, žestiem, vokalizāciju, raudāšanu, smiekliem vai stereotipiskām kustībām.

Ja aprūpētājs ilgu laiku neatzīst vai neinterpretē vajadzību, cietušajai personai nepieciešama lielāka uzmanība: bieža zvanīšana, atkārtota zvanīšana, tendence bēgt utt. Tad aprūpētājam ir

jārūpējas par skarto personu. Pārsteidzoši, ka aprūpētāji iejaucas tikai tad, kad izaicinošā uzvedība jau ir notikusi.

Kļūst skaidrs, ka personas ar demenci pašreizējā uzvedība un labklājība un aprūpētāja uzvedība ir savstarpēji saistītas. Šīs savstarpējās attiecības ir ilustrētas grafiski un paskaidrotas turpmāk.

Vajadzību konflikts



Reakcijas:

- Rutīnas darbības dēļ laika spiediena
- Mijiedarbības prasmju neesamība
- “Tu” ziņojums
- Spēka izmantošana un novēršana

Noteikumi:

- Nepiepildītās vajadzības
- Emocionālā un fiziskā neapmierinātība
- Samazināta dzīves kvalitāte

Attēls 2 Izaicinoša uzvedība kā vajadzību konflikts. Personas ar demenci un aprūpētāja stāvoklis ir savstarpēji atkarīgi.

Personas ar demenci stāvoklis

Persona ar demences izmaiņām ir jutīga persona. Papildus izziņas zudumam pastāv trauma, kas saistīta ar atsvešināšanos no daudzām pazīstamām lietām (piemēram, ģimene), personīgās mantas zaudēšanu, bailes no dzīvošanas nenoteiktu laiku viņiem svešā vietā.

Fiziskās novecošanās process atkal rada briesmas būt bezpalīdzīgam, atrasties citu žēlastībā. Tas rada traumas atkārtotas aktivizēšanās draudus, ko izraisa "uzplaiksnījumi", piem., personīgās higiēnas laikā. Šī iemesla dēļ daudz no saziņas pavada jūtas: mīlestība, lepnums, naids, bailes, dusmas, vilšanās, skumjas. Personai progresējošā demences procesā, īpaši ar papildu motorikas un maņu traucējumiem, ir ierobežots uzvedības mehānisms ar spēju izteikt un mijiedarboties.

Šī iemesla dēļ psiholoģiskās un fiziskās vajadzības, piem. uzmanība, nodarbošanās, nepatikaun jūtas, vēlmi aizbraukt utt., citiem var tikt nodota tikai ar grūtībām. Tā kā vecāka gadagājuma vecumam tik un tā ir lielāka loma, regresīvi procesi (vainas un kauna sajūta) spēcīgāk virzās uz apziņu.

Aprūpes personu situācija

Aprūpētājam ir jānodrošina optimāla aprūpe un lai viņu darbu atzīst persona, kurai nepieciešama aprūpe. Sazinoties ar attiecīgo personu, aprūpētāja bieži reaģē zem laika spiediena, neapzināti veicot ikdienas darbības nepietiekamu interaktīvo prasmju, kā arī “jūs” ziņojumu dēļ, iespējams, jūtas emocionāli vai fiziski neērti, pati izmanto aizsardzības spēka

metodes, lai sasniegtu savas vajadzības, piemēram, aprūpes pasākuma rezultāts noteiktā laika periodā.

Šādos apstākļos viņa nevar jutīgi novērot un uztvert neverbālos signālus kā personas vajadzību izpausmes. Persona ar kognitīviem traucējumiem šos ķermeņa signālus uztver intensīvāk un daudz jutīgāk reaģē uz neatbilstību starp teikto un pievienotajiem signāliem: pacelts rādītājpirksts, salocītas rokas, dūres uz gurniem vai rokas, kas paslēptas aiz muguras, var izraisīt agresīvu uzvedību. Savukārt atvērta plauksta un apstiprinošs mājiens klausoties var situāciju noskaidrot.

Vajadzību konflikts notiek ar līdzīgu reakciju abās iesaistīto mijiedarbības partneru pusēs. Ja aprūpētājs nevar iejusties personas ar demenci situācijā, personas jutīgu "antenu" dēļ, tad uzskata, ka viņš nav saprasts, un mijiedarbības gaitā reaģē ar neadekvātu uzvedību, tāpat kā pati aprūpes persona.

Sargājot, atbalsta attiecībām šis vajadzību konflikts ir "patiesības patiesības brīdis". Tāpēc ir jānovērtē abu partneru psiholoģiskās un fiziskās vajadzības mijiedarbībā.

Izaicinošās situācijas personām ar migrācijas pieredzi

Cilvēki ar migrācijas pieredzi piedzīvo dubultu svešumu kā skartās personas un kā radnieki: no vienas puses, notiek pāreja uz citu kultūru, un, no otras puses, ir iegriezums, kas rodas demences dēļ. Mūsdienu rietumu dzīves un darba veids saduras ar tradicionālajām vērtībām cilvēkiem ar migrācijas pieredzi. Šo ģimenes un kultūras atsvešinātību pastiprina demence.

Konfliktiem, nespēka pieredzei saslimušo personu un viņu tuvinieku ikdienā, neapmierinātības pieredzēm attiecībās starp cilvēkiem ar migrāciju un etnisko minoritāšu pakalpojumu sniedzējiem, ir būtiska loma.

Jau demences dēļ rodas atsvešināšanās no ikdienas praktiskajiem dzīves un izpratnes veidiem. Tā kā daudzu gadu laikā tiek zaudēta apgūtā valsts valoda, tagad ir arī nopietni traucēta verbālā komunikācijas spēja.

Neverbālās izpausmes, piemēram, ķermeņa valoda vai balss augstums, ir ļoti kulturāli ietekmētas. Tādējādi atšķirīga kultūras/etniskā izcelsme rada pārpratumus arī neverbālajā komunikācijā.

Tāpēc var redzēt, ka iepriekš aprakstītais vajadzību konflikts saistībā ar demences un migrācijas pieredzes ieguvušo cilvēku aprūpi var ievērojami palielināties kultūru sadursmes dēļ. Patiesībā šeit nevar runāt tikai par divām kultūrām. Persona ar demenci un migrācijas pieredzi institūcijā saskaras ar daudzām nezināmām kultūrām, kuras pārstāv dažādas paaudzes ar dažādu etnisko izcelsmi un tiekas institūcijā.

Avoti:

Bredthauer, D. (2006): Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohner vermieden werden? In: *Betreuungsmanagement*, Nr. 4. Heidelberg, S. 184–190

Cohen-Mansfield, J. (1999): Measurement of inappropriate behavior associated with dementia, *Journal of Gerontological Nursing*, Jg. 25, Nr. 2, S. 42–51

Finkel, S. (1998): Module 1: An introduction to BPSD, In: Finkel, S.: *Behavioral and Psychological Symptoms of dementia*. Gardiner Caldwell Communications Ltd.

- Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche
- Heijkoop, J. (1998): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Weinheim und Basel: Beltz
- Höwler, E. (2007a): Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Höwler, E. (2007b): Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege. Hannover: Schlütersche
- Juchli, L. (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Stuttgart: Thieme
- Kitwood, T. (2000): Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber
- Koczy, P., Bredthauer, D., Klein, A. (2006): Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Projektdurchführung Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, Förderung durch BMFSFJ, Kapitel 1702, Titel 68432
- Kong, E.H. (2005): Agitation in dementia: concept clarification. Journal of Advanced Nursing, Jg. 5, Nr. 52, S. 523–536
- Lawlor, B. (1998): Pharmacological Management, In: Finkel, S.: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Educational pack Module 6. Gardiner Caldwell Communications
- Linke, M. (2010): Herausforderndes Verhalten von Demenzerkrankten als Ausdruck von Bedürfnissen und Wünschen, Wien: Diplomarbeit
- Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (2001): Pflege HEUTE. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. München: Urban & Fischer
- Norberg, A. (1996): Perspectives of an Institution-Based Research Nurse. Psychogeriatr, Jg. 8, Nr. 3, S. 459–463
- Pantel, J., Bockheimer-Lucius, G., Ebsen, I. (2005): Abschlussbericht Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt/M.: BHF-Bank- Stiftung
- Radzey, B. (2004): Minimal-Status-Test und Cohen-Mansfield Agitation Inventory. In: Bartholomeyczik, S., Halek, M.: Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover: Schlütersche, S. 104–107
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A.J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel: Recom
- Roth, G. (2006): Dilemma der Altenpflege: Beiträge zur Analyse eines prekären sozialen Feldes. Nov. 2006, Studienmaterial, Mülheim/Ruhr
- Scharfetter, C. (1992): Aggression und Aggressivität im therapeutischen Umgang. TWNeurologie Psychiatrie, Nr. 6, S. 58–67
- Steeman, E., Nevelsteen, D. (2004): Verhaltensauffälligkeiten und erlebnisorientierte Therapie bei dementen älteren Menschen. In: Milisen, de Maesschalck, Abraham: Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen. Berlin: Springer, S. 171–191

- Schwerdt, R. (2002): Interpersonalität in der Pflege. Konzeptionelle, empirische und philosophische Grundlagen. In: Schnell, M.W.: Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Bern: Huber, S. 109–135
- Schwerdt, R., Tschainer, S. (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Hannover: Vincentz, S. 181–287
- Schwerdt, R. (2005): Lernen von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Zeitschrift für Medizinische Ethik, Jg.1, Nr. 51, S. 59–76
- Teising, M. (1996): Beziehungsorientierte Pflege dementer Patienten – emotionale Belastung und Hilfen. Psychiatrische Pflege, Jg. 3, Nr. 2, S. 160–164
- Theunissen, G. (2000): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt
- Theunissen, G. (2001): Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt
- Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten: Zum Stellenwert psychiatrischer Pflege in der Heimversorgung. In: Krause, P., Schulz, M., Bauer, R.: Interventionen psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: Ibicura, S. 44–51