

**VISOKA ZDRAVSTVENA ŠOLA V CELJU**

**OCENA BOLEČINE PRI DEMENTNIH BOLNIKI**

**Magistrsko delo**

**Marcela ZABRET**

**Celje, 2022**



## **MAGISTRSKO DELO**

**MARCELA ZABRET**

**CELJE, 2022**

**VISOKA ZDRAVSTVENA ŠOLA V CELJU**

**OCENA BOLEČINE PRI DEMENTNIH BOLNIKI  
ASSESSMENT OF PAIN IN DEMENTIA PATIENTS**

**Študentka: MARCELA ZABRET**

**Mentorica: doc. dr. NEVENKA KRČEVSKI ŠKVARČ, dr. med.**

**Študijski program: MAGISTRSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM  
PALIATIVNA OSKRBA**

**CELJE, 2022**

## KAZALO

KAZALO.....	I
KAZALO SLIK.....	III
KAZALO TABEL.....	IV
POVZETEK.....	V
SUMMARY.....	VI
1 UVOD.....	1
1.1 Opis raziskovalnega problema.....	1
1.2 Namen in cilji raziskovanja.....	5
2 TEORETIČNI DEL.....	6
2.1 Demenca in upad kognitivnih sposobnosti.....	6
2.1.1 Vedenjski in psihični simptomi bolnikov z demenco.....	9
2.1.2 Stopnje demence.....	10
2.2 Pojavnost bolečine.....	12
2.2.1 Pojavnost bolečine pri bolniku z demenco.....	13
2.2.2 Orodja za oceno bolečine.....	16
2.2.3 Vloga zdravstvenih delavcev pri oceni bolečine bolnika z demenco.....	18
3 METODA.....	21
3.1 Razvoj hipotez.....	21
3.2 Zbiranje podatkov in merski instrument.....	21
3.2.1 Metode raziskovanja.....	21
3.2.2 Iskanje in kritični pregled literature.....	21
3.2.3 Merski instrument.....	22
3.2.4 Vzorec.....	22
3.2.5 Postopek zbiranja podatkov.....	23
3.2.6 Etični vidik raziskovanja.....	24
3.3 Analiza podatkov.....	24
4 REZULTATI.....	25
5 RAZPRAVA.....	36
6 ZAKLJUČEK.....	42
6.1 Povzetek vsebine poglavij.....	42
6.2 Povzetek rezultatov.....	43

6.3	Prispevek k stroki.....	44
6.4	Omejitev raziskave.....	44
6.5	Predlogi nadaljnjega raziskovanja .....	44
7	LITERATURA IN VIRI .....	46

PRILOGE

## **KAZALO SLIK**

Slika 4.1. Uporaba lestvic za oceno bolečine .....	27
Slika 4.2. Pogostost strokovnih izobraževanj o bolečini pri demenci .....	30

**KAZALO TABEL**

Tabela 3.1. Vključitveni in izključitveni kriteriji.....	22
Tabela 3.2. Starost anketirancev .....	23
Tabela 4.1. Ocena znanja zdravstvenih delavcev o demenci .....	25
Tabela 4.2. Opredelitev demence.....	25
Tabela 4.3. Pogostost obravnave bolnika z demenco, ki so sposobni komuniciranja in izražanja bolečine .....	26
Tabela 4.4. Pogostost obravnave bolnika z demenco, ki niso zmožni komuniciranja.....	26
Tabela 4.5. Prepoznavna bolečine pri bolnikih z demenco.....	27
Tabela 4.6. Pomen izobraževanja zaposlenih o bolečini pri bolnikih z demenco.....	29
Tabela 4.7. Trditve anketirancev o prepoznavi bolečine pri bolniku z demenco .....	30
Tabela 4.8. Znanje o demenci glede na starost anketirancev .....	31
Tabela 4.9. Znanje o demenci glede na starost z opisno statistiko .....	31
Tabela 4.10. Znanje o demenci glede na starost s testom ANOVA.....	31
Tabela 4.11. Znanje o demenci glede na izobrazbo anketirancev.....	32
Tabela 4.12. Ocena znanja o demenci glede na izobrazbo z opisno statistiko.....	32
Tabela 4.13. Ocena znanja o demenci glede na izobrazbo s testom ANOVA.....	32
Tabela 4.14. Bolečina pri demenci.....	33
Tabela 4.15. Bolečina in spremenjeno vedenje.....	33
Tabela 4.16. Bolečina v povezavi s spremenjenim vedenjem z enostranskim testom.....	33
Tabela 4.17. Samoocena bolnika z demenco o bolečini .....	34
Tabela 4.18. Samoocena bolnika z demenco o bolečini z enostranskim t-testom .....	34
Tabela 4.19. Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine .....	34
Tabela 4.20. Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine z enostranskim t-testom .....	35
Tabela 4.21. Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine med zdravstvenimi delavci .....	35

## POVZETEK

**Uvod:** Bolniki z demenco se težko ali pa se niso sposobni sporazumevati z okolico zaradi kognitivnega upada. Zato imajo omejitve pri izražanju bolečine. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, koliko zdravstveni delavci vedo o demenci ter kako prepoznajo in ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Uporabili smo nenaključni kvotni vzorec. V raziskavi je sodelovalo 275 zdravstvenih delavcev iz 10 socialnovarstvenih zavodov celjske regije, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z demenco. Zbrani podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 25.0.

**Rezultati:** V raziskavi smo ugotovili, da zdravstveni delavci svoje znanje o demenci ocenjujejo kot dobro v 44,7 % (123). Glede na starost ne obstajajo statistično pomembne razlike glede znanja o demenci ( $p = 0,850$ ), prav tako ne obstajajo statistično pomembne razlike glede na izobrazbo zaposlenih in njihovega mnenja o demenci ( $p = 0,718$ ). 172 anketiranih (62,5 %) meni, da je bolečina pri bolnikih z demenco pogosto neprepoznana in nezdravljena. Anketiranci se s povprečno oceno 4,26 strinjajo, da se bolečina pri bolnikih z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje ( $SO = 0,81$ ;  $P = 0,000$ ). Anketiranci se s povprečno oceno 3,30 strinjajo ( $SO = 1,07$ ;  $p = 0,000$ ), da je samoocena bolnika z demenco najbolj zanesljiva metoda ocenjevanja bolečine. Zdravstveni delavci bolečino pri bolnikih z demenco le občasno ocenjujejo z lestvicami opazovanja in številčnimi lestvicami ( $PV = 2,46$ ;  $SO = 1,450$ ;  $p = 0,000$ ).

**Razprava:** Naša raziskava pokaže, da zdravstveni delavci svoje znanje o demenci ocenjujejo kot dobro, vendar je bolečina pri bolnikih z demenco še vedno pogosto neprepoznana in nezdravljena, čeprav spremenjeno vedenje bolnikov z demenco pogosto povezujejo z bolečino. Samoocena bolnika z demenco o bolečini je za zdravstvene delavce najbolj zanesljiva metoda ocene bolečine.

**Originalnost:** Rezultati raziskave kažejo, da imajo zdravstveni delavci znanje o demenci in prepoznajo znake, ki kažejo na prisotnost bolečine, vendar premalo uporabljajo orodja za oceno bolečine.

**Omejitve/nadaljnje raziskovanje:** Omejitev raziskave je v izbrani metodologiji in izbranem vzorcu. Nadaljnje raziskave bi bilo smiselno usmeriti v spremljanje in oceno bolečine pri bolnikih z demenco ter v uvedbo enotnih standardiziranih orodij za oceno bolečine v socialnovarstvenih zavodih.

**Ključne besede:** ocena bolečine, demenca, kognitivni upad, institucionalno varstvo



## SUMMARY

**Introduction:** Dementia patients find it hard or even impossible to communicate with people around them because of cognitive decline. They thus have difficulties in expressing pain. In our study we wanted to determine how much health workers knew about dementia and how they recognised and assessed pain in dementia patients.

**Methods:** In the study we used a quantitative research approach. The data were collected through a survey. A non-random (quota) sample was used. Two hundred seventy-five health workers working with dementia patients from 10 social welfare institutions in the Celje region participated in the survey. The collected data were analysed using SPSS 25.0.

**Results:** In the survey we found that 44.7% (123) of health workers rated their knowledge of dementia as “good”. No age-based statistically significant differences in knowledge about dementia were observed ( $p = 0.850$ ). Furthermore, no statistically significant differences between employee education and their opinions on dementia were found ( $p = 0.718$ ). One hundred seventy-two respondents (62.5%) believed that pain in dementia patients was often unrecognised and left untreated. Respondents agreed with average mark 4,6 that pain in dementia patients is often manifested as behavioural disturbances, i.e. agitation (SO = 0.81;  $p = 0.000$ ). In addition, the respondents agreed with average mark 3,30 that self-assessment of dementia patients was the most reliable method of pain assessment (SO = 1.07;  $P = 0.000$ ). Health workers only occasionally used observation scales and numeric rating scales to assess pain in dementia patients (on average mark 2.46; SO = 1.450;  $p = 0.000$ ).

**Discussion:** Our survey showed that health workers considered their dementia knowledge to be good, but that pain in dementia patients was still often unrecognised and untreated, even though behavioural disturbances in dementia patients were commonly associated with pain. Self-assessment of pain in dementia patients was considered the most reliable method of pain assessment by health workers.

**Originality:** The study results found that health workers had knowledge of dementia and recognised signs that indicated the presence of pain. However, they made insufficient use of pain assessment tools.

**Limitations and Further Research:** The study's limitations lie in the methods chosen and its sample size. Further research should focus on monitoring and assessing pain in dementia patients and introducing uniform, standardised pain assessment tools in social welfare institutions.

**Keywords:** pain assessment, dementia, cognitive decline, institutional care

# 1 UVOD

## 1.1 Opis raziskovalnega problema

Bolečina je pogosta spremljevalka demence in je velikokrat neprepoznana ter predstavlja izziv, ugotavlja Passmore s sodelavci (2010), zato je bolečino težko oceniti in je pogosto zanemarjena in neobvladana (Lešnik et al., 2019).

Demenca je skupno ime za progresivne možganske sindrome, ki vplivajo na spomin, mišljenje, vedenje, čustva (Kogoj, 2011). Demenca je glavni vzrok invalidnosti in odvisnosti med starejšimi. Prizadene 50 milijonov ljudi po vsem svetu, nov primer demence se pojavi vsake 3 sekunde. Prav tako lahko demenca prizadene tudi ljudi, mlajše od 65 let (mlada demenca). Čeprav jo vsak bolnik doživi na svoj način, na koncu bolnik z demenco ne zmore skrbeti zase in potrebuje pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih (Alzheimer Disease International, 2018). Kot navaja mednarodno združenje za demenco, obstaja več kot 100 oblik demence.

Meje med različnimi vrstami demence so lahko zabrisane, vendar sta Alzheimerjeva bolezen ter vaskularna demenca odgovorni za do 90 % primerov demence (Alzheimer Disease International, 2018). Alzheimerjeva bolezen je najbolj znana oblika demence in predstavlja 50–60 % vseh primerov bolnikov z demenco. Druge pogosteje omenjane demence so vaskularna demenca, demenca z Lewyjevim telesci in frontotemporalna demenca (Petrič et al., 2016). Več kot 200 osnovnih bolezni, ki povzročajo spremembe v možganih, lahko tudi povzročijo simptome demence. Te bolezni so lahko posledica infekcij (HIV, TBC), zastrupitev (svinec ali aluminij) ali presnovnega vzroka. Reverzibilne demence so tudi posledica hipotireoze ali hipovitaminoze B12 (Brus Hladen in Šlebinger, 2011).

Značilni simptomi demence in njihov vrstni red ponavljanja so odvisni od vrste demence. Med te simptome spadajo upad spominskih sposobnosti, upad sposobnosti govornega izražanja (afazija), zmanjšana uporabnost motoričnega aparata (apraksija), težave z zaznavanjem (agnozija), zmanjšana sposobnost izvršitvenih funkcij ter vedenjske in psihične spremembe (Kogoj, 2011).

Natančno diagnozo demence postavi družinski zdravnik z avto in hetero anamnezo ter s pregledom bolnikovega fizičnega in duševnega stanja. Preprostega testa za postavitev diagnoze demenca ni (Darovec et al., 2013). Demenco je mogoče z gotovostjo potrditi le s pregledom možganov po smrti. Pri postavitvi diagnoze je pomembno izključiti druga ozdravljiva stanja, ki povzročajo izgubo spomina, kot so depresija, urinska okužba, pomanjkanje vitamina B in možganski tumor. Diagnoza, postavljena zgodaj v poteku bolezni, je koristna, ker omogoča zdravstvenim delavcem in bolnikom z demenco, da so boljše pripravljene za napredovanje demence, ponuja možnost bolnikom sprejeti odločitve o svojih finančnih in pravnih zadevah, dokler so to še sposobni. Prav tako omogoča bolnikom večjo učinkovitost zdravljenja z zdravili in brez zdravil, ki lahko izboljša njihovo spoznanje in kakovost njihovega življenja (Petrič et al., 2016).

Darovec in sodelavci (2013) ugotavljajo, da je prepoznavanje in ugotavljanje vzrokov vedenjskih in psihičnih simptomov pri demenci nujno in ključnega pomena, saj je lahko vzrok zanje tudi telesne narave in bolečina. Vedenjski simptomi so vprašanja, vsiljivost, motnje hranjenja, odklonilno vedenje, zbiranje zalog. Psihični simptomi, ki so opredeljeni po pogovoru z bolnikom in njegovimi bližnjimi, so apatija, nespečnost, tesnoba, depresija, napačno prepoznavanje, halucinacije in blodnje. Darovec in sodelavci (2013) ugotavljajo, da vedenjski in psihični simptomi dodatno zmanjšajo funkcionalnost in kakovost življenja bolnikov z demenco ter napovedujejo napredovanje demence. Vedenjski in psihični simptomi bolnika vplivajo tudi na izgorevanje in posledično obolevnost zdravstvenih delavcev in so vzrok za sprejem bolnika v socialnovarstveni zavod (Corbett et al., 2014). Glede na stopnjo demence oziroma bolnikove zmogljivosti je nujno stalno prilagajanje ukrepov, kar pomeni, da se je treba znati vživeti v svet bolnika z demenco. Zdravstveni delavci in bolnikovi bližnji se morajo znati prilagajati bolnikovim zmožnostim, potrebam ter željam.

Psihosocialni ukrepi blažijo napredovanje demence in moteče vedenjske ter psihične simptome, še zlasti agitacijo in depresijo (Darovec et al., 2013). Ugotavljajo, da je prav tako potrebno sprotno preverjanje učinkovitosti in prilagajanje aktivnosti glede na bolnika z demenco. Psihosocialni ukrepi vključujejo tudi prilagoditev okolja glede svetlobe, hrupa, označevanja, varnosti, pripomočkov in barv. Zelo pomembno pri bolniku z demenco je aktivno poslušanje, enostavnost, nezahtevnost, vzdrževanje očesnega stika in mirnost. Zelo pomembne so tudi prostočasne aktivnosti, kot so ples, delovna terapija, druženje, hoja, skrb zase, enostavne telesne vaje, terapija z živalmi. Nepogrešljiva je bazalna stimulacija, to pomeni multisenzorna stimulacija, masaža, aromaterapija, fototerapija in muzikoterapija (Scuteri et al., 2017). Med psihosocialne ukrepe še spada kognitivna stimulacija, terapija spominjanja in orientacija v realnosti. Nefarmakološki ukrepi imajo prednost pri vedenjskih spremembah (Strbadova, 2018).

Trije glavni cilji strategije za obvladovanje demence so:

- postaviti zgodnjo diagnozo demence;
- zdravljenje z antidementivi;
- podpora bolnikom, svojcem in skrbnikom (Petrič et al., 2016).

Večja ozaveščenost in razumevanje demence sta pomembna za njeno lažje prepoznavanje (Alzheimer Disease International, 2018; Petrič et al., 2016).

Bolniki z demenco imajo pogosto bolečine, ki so posledica sprememb osrednjih živčnih struktur in drugih vzrokov. Petdeset odstotkov dementnih redno občuti bolečino (van Kooten et al., 2015).

Mednarodno združenje za preučevanje bolečine definira bolečino kot neprijetno čustveno in čutno doživetje, ki je povezano z možno ali neposredno poškodbo tkiva. Bolečina je prav tako raznovrstno in zapleteno neprijetno stanje, ki ga določajo čustveni, zaznavni, kulturni in socialni dejavniki (Lahajnar-Čavlovič et al., 2015). Občutenje fizične bolečine je zelo

individualno in vsak bolnik bolečino zaradi enakega vzroka občuti drugače (Achterberg s sodelavci, 2013). Bolniki največkrat iščejo pomoč pri zdravniku prav zaradi bolečine. Zelo težko je, kadar je bolečina močna in kronična ter povezana z resno boleznijo, ki ogroža bolnikovo življenje. V 80 do 90 odstotkih lahko bolečino lajšamo z ustreznimi zdravili in le redko je ne moremo ustrezno nadzirati. Tako je uspešnost zdravljenja bolečine pri bolnikih odvisna od znanja zdravnikov, uspešnega sodelovanja z drugimi strokovnjaki ter sodelovanja z bolnikom in njegovimi bližnjimi (Lahajnar-Čavlovič et al., 2015, Tarter et al., 2016).

Za zdravljenje kronične bolečine uporabljamo neopioidne in opioidne analgetike, dodatna zdravila za nevropatsko bolečino ter dopolnilna zdravila za preprečevanje in zdravljenje neželenih stranskih učinkov analgetikov (Achterberg et al., 2013). Na izbiro zdravila, pot vnosa in odmerka zdravila vpliva več dejavnikov: jakost in vrsta bolečine, starost bolnika ter njegove pridružene bolezni, prejšnje izkušnje z zdravljenjem bolečine in splošno stanje bolnika (Lahajnar-Čavlovič et al., 2015). Kot ugotavlja Nisandzić (2018), so za zdravljenje bolečine pri bolnikih z demenco nujno potrebni farmakološki in nefarmakološki ukrepi ter redno strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki so največ ob bolniku z demenco. Potrebna je vključenost vseh zdravstvenih delavcev v multidisciplinarni tim, kar izboljša rezultate zdravljenja bolečine, dodaja Štusajeva (2014).

Bolnikova ocena jakosti bolečine mora biti izhodišče za njeno zdravljenje. Zdravstveni delavci pogosto podcenjujejo jakost bolečine pri bolniku z demenco in menijo, da bolečina ni tako huda, kot jo prikazuje bolnik. Največkrat je to izraz nemoči in pomanjkanja znanja zdravstvenih delavcev, ugotavljajo Lešnik in sodelavci (2019). Razlika med oceno in stvarnostjo bolečine se lahko povečuje, čim hujša je bolečina. Prav tako bolečina ni nujno samo telesna, saj lahko bolnikovo psihično in socialno stanje bolečino spremeni in zato je nujen individualni pristop do vsakega bolnika z demenco (Lahajnar-Čavlovič et al., 2015; Nisandzić, 2018).

Pogosto se ugotavlja, da je nadziranje bolečine nepopolno zaradi pomanjkanja znanja, pomanjkanja sporazumevanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev z bolnikom, njegovimi bližnjimi in okolico (Repec, 2016). Zaradi neustrezne obravnave bolečine bolniki-občutijo bolečino tudi tedaj, ko za to ni pravega vzroka. Pogosto so napoteni na različne preglede in neustrezno uporabljajo zdravila (Lahajnar-Čavlovič et al., 2015; Tarter et al., 2016).

Bolečina je pri bolnikih z demenco pogosta. Elo (2018) ugotavlja, da bolečino v zadnjih šestih mesecih življenja doživlja mnogo več bolnikov z demenco kot bolnikov z rakom, to je 75 % v primerjavi s 60 % . Podatek govori o nezadostnem lajšanju bolečine pri bolnikih z demenco. Ni dokazov, da je občutenje bolečine pri napredovali demenci manj intenzivno kot pri bolnikih brez demence. Bolniki z demenco pogosto ne morejo oceniti svoje bolečine, pogosto se izražajo skozi vedenjske simptome, kot so nemir, uporniško vedenje in umik iz družbe. Tako se vedno znova ugotavlja, da je bolečina pri teh bolnikih z motnjami komuniciranja premalo prepoznana in premalo zdravljena (Corbett et al., 2014; Elo, 2018; Lešnik et al., 2019).

Poglavitni vzroki bolečine bolnika z demenco so artritis, angina pektoris, okužbe sečil, obstipacija, zadrževanje urina, kompresijski zlomi. Zdravstveni delavci morajo imeti zato dovolj znanja o demenci in bolečini, da simptomov, ki nakazujejo bolečino, ne opredelijo kot del demence. Pomanjkanja znanja in izkušenj zdravstvenih delavcev so povezana s pozno oceno in neustreznim lajšanjem bolečine pri bolnikih z demenco (Elo, 2018, Nowak et al., 2018).

Ocenjevanje in opazovanje bolečine sta za bolnika z demenco pomembna. Razlikovati je treba vedenjske in neverbalne kazalnike bolečin od vedenj, ki niso vzrok za bolečino. Za razlikovanje le-tega so potrebne izkušnje in znanje (De Witt Jansen s sodelavci, 2017).

Neverbalni znaki bolnika z demenco, ki doživlja bolečino, so lahko grimase na obrazu, nemir, vznemirjenost, guganje, napetost mišic, varovanje dela telesa, povečana frekvenca pulza ali povišan krvni pritisk, potenje, tudi ponavljajoči se zvoki in neutolažljivo stokanje. Prav tako morajo zdravstveni delavci poskušati ugotoviti, ali je lahko bolečina povezana z gibanjem bolnika z demenco, ali je ta periodična ali trajna, povezana s hranjenjem ali postopkom, ki se izvaja, ali je hujša ob uriniranju ali odvajanju, jo povzroča že rahel dotik ali jo spremljajo kožne spremembe okoli bolečega predela (Elo, 2018; Strbad, 2018; Corbett et al., 2014; Achterberg et al., 2013). Zato Kobentarjeva (2014) ugotavlja, da je treba ocenjevati bolečino bolnikov z demenco celostno v kontekstu vedenjskih motenj, funkcioniranja in življenjskih pogojev.

Za oceno bolečine bolnikov z demenco se priporoča samoocena bolnika kot zlati standard (Herr et al., 2006; Malara et al., 2016). Treba pa je poiskati vzroke bolečine, opazovati vedenje bolnika z demenco nekaj minut, medtem ko sedi, nato se je treba posvetovati z zdravstvenimi delavci, bolnikovimi bližnjimi o spremembah in šele nato uporabiti analgetike. Pri bolniku z demenco s težavo v komuniciranju je treba uporabiti potrjene opazovalne lestvice za bolečino, nato pa bolečino ponovno oceniti in dokumentirati (Malara s sodelavci, 2016). Nezdravljena kronična bolečina lahko povzroča depresijo, vznemirjenost, agresijo in ima močan vpliv na duševno stanje bolnika z demenco (Malara s sodelavci, 2016, Repec, 2016), zato je pri takšnih bolnikih z demenco potrebna redna uporaba analgetikov (Achterberg et al., 2013).

Lestvice za oceno jakosti bolečine so pomembne za spremljanje uspešnosti protibolečinskega zdravljenja. Najbolj pogosta uporabljena in enostavna je lestvica VAS (vizualna analogna lestvica) (Lešnik et al., 2019), ki jo pretvorimo v številčno lestvico, ter uporaba kratkega vprašalnika o bolečini z intervjujem. Posebno pozornost je treba nameniti bolnikom z demenco, ki ne morejo sodelovati pri oceni bolečine zaradi napredovale demence. Takrat bolečino ocenijo zdravstveni delavci z ocenjevalnimi orodji (Benc, 2019), z opazovalno lestvico PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), ki se v Sloveniji uporablja v redkih primerih (Lešnik et al., 2019). Vedno se uporabi ocenjevalna lestvica za oceno bolečine, ki je najbolj primerna za posameznega bolnika z demenco (Lahajnar et al., 2015). Nisandžić (2018) pa ugotavlja, da zdravstveni delavci premalo poznajo bolečinske

lestvice in da samo polovica zdravstvenih delavcev pozna ocenjevalno lestvico PAINAD, zato priporoča redno strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev. Achterberg s sodelavci (2013) ugotavlja premajhno usposobljenost zdravstvenih delavcev in pomanjkanje časa, potrebnega za oceno bolečine pri bolnikih z demenco. Štusajeva (2014) navaja, da so lestvica VAS, lestvica PAINAD in Analgoscore lestvica za oceno bolečine med seboj primerljive, odvisno glede na ohranjene kognitivne sposobnosti bolnika z demenco. Kobentar (2014) ugotavlja, da mora uporaba primerne orodja za oceno bolečine postati standard bolnikov z demenco.

Na podlagi omenjenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kaj zdravstveni delavci razumejo pod terminom demenca?
- Kako zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih razumejo bolečino pri bolnikih z demenco?
- Kako zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih ocenjujejo bolečino pri bolniku z demenco z blagim kognitivnim upadom?
- Kako zdravstveni delavci ocenijo bolečino pri bolniku z demenco z močnim kognitivnim upadom?
- Kaj je za zdravstvene delavce najbolj pomembno pri oceni bolečine bolnika z demenco?

## **1.2 Namen in cilji raziskovanja**

Namen magistrskega dela je predstaviti pomen ocene bolečine pri bolnikih z demenco in ugotoviti, koliko zdravstveni delavci (zdravnik/zdravnica, magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, delovni terapevt/delovna terapevtka, fizioterapevt/fizioterapevtka, zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka, bolničar negovalc/bolničarka negovalka) v socialnovarstvenih zavodih vedo o demenci ter kako prepoznajo in ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco.

Cilji so:

- ugotoviti, kakšno je znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih;
- ugotoviti, kako zdravstveni delavci prepoznajo bolečino pri bolnikih z demenco;
- ugotoviti, kako in s katerimi orodji zdravstveni delavci ocenjujejo intenziteto bolečine bolnikov z demenco.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 Demenca in upad kognitivnih sposobnosti

Demenca je sindrom oziroma skupek simptomov, ki so posledica bolezni možganov in upada kognitivnih sposobnosti. Pri pravočasnem odkritju demence se lahko upočasni upad kognitivnih sposobnosti in s pravilnim pristopom zagotovi boljša kakovost življenja bolnikov z demenco (Kavčič, 2017; International Association for the Study of Pain, 2019). Gordan (2017) dodaja, da demenca spada v skupino nevrodegenerativnih bolezni, ki so progresivne in neozdravljive. Staranje svetovnega prebivalstva je povzročilo povečanje populacije z upadom kognitivnih sposobnosti. Pri demenci gre za progresivno obliko bolezni s prolongirano in stopnjujočo se manjšo zmogljivostjo, ki se prepleta s potrebami starostnikov in visoko stopnjo komorbidnosti s somatskimi boleznimi, kar vse otežuje prepoznavanje terminalne faze demence, ugotavlja Strbad (2017).

S podaljševanjem življenjske dobe raste tudi prevalenca demence in ugotavlja se, da ima 10 % ljudi, starih nad 65 let že eno obliko demence, ugotavlja Gordan (2017). Po podatkih Svetovne organizacije za Alzheimerjevo bolezen je bilo leta 2015 na svetu 46,8 milijona ljudi obolelih za demenco, leta 2030 naj bi jih bilo 78 milijonov obolelih, predvidevajo, da bo leta 2050 obolelih za demenco že 139 milijonov ljudi (Alzheimer Disease International, 2018). Prav tako ugotavlja Gordan (2017), da so vzroki za demenco poleg višanja starosti tudi kardiovaskularne bolezni, vplivi okolja, sladkorna bolezen, poškodbe glave, izpostavljenost stresu.

Kognitivno staranje pomeni zmanjševanje zaznavnih in spoznavnih sposobnosti (Kavčič, 2018). Možgani se s starostjo spreminjajo, ugotavlja Žmuc Veranič (2018). Kognitivno funkcioniranje v starosti lahko postane bolezensko in se prevesi v blag kognitivni upad in posledično v demenco, ugotavlja Žmuc Veranič (2018). Pospešeno kognitivno staranje, ki ga lahko izmerimo z nevropsihološkimi testi in ki dosega kognitivni upad več kot 1,5 standardne deviacije, pomeni eno ključnih informacij za ugotavljanje diagnoze demenca, ugotavlja Kavčič (2018) in dodaja, da se pri starostnikih v dveh tretjinah nevrodegenerativnih bolezni izraža kot Alzheimerjeva bolezen. Osnovne kognitivne sposobnosti so pozornost, govor, spomin, vidno-prostorska sposobnost ter izvršilna sposobnost. Ko pride do zmanjševanja kognitivnih sposobnosti, govorimo o kognitivnem upadu (Darovec et al., 2013). Upad kognitivnih sposobnosti pomeni motnje spomina in orientacije, spremembe razpoloženja in vedenja, težave s pisanjem in komunikacijo ter zmedenost in depresijo. Kognitivnemu upadu je običajno pridružena vedenjska spremenjenost in drugi psihični simptomi.

Mejo med blagim kognitivnim upadom in demenco predstavlja ohranjena samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih opravil (Darovec et al., 2013). Blag kognitivni upad pomeni, da je večji kot v starostno primerljivi populaciji, vendar ne vpliva na samostojno opravljanje vsakodnevnih opravil. Darovec s sodelavci (2013) ugotavlja, da je pri demenci kognitivni

upad tako obsežen, da človek ni samostojen pri opravljanju vsakodnevnih opravil. Delitev kognitivnega upada na blagi upad ali demenco ima pomembno vlogo v medicini, ker vpliva na načrtovanje zdravstvene obravnave in oskrbe ter zdravljenje pri bolnikih s kognitivnim upadom (Darovec et al., 2013).

Kognitivni preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS) uporabljamo za klinično ugotavljanje stopnje zmanjšanja spoznavnih sposobnosti pri že diagnosticirani demenci. KPSS je le presejalni test, za potrditev demence so potrebne klinične preiskave, ugotavljata Brus Hladen in Šlebinger (2011). Avtorja dodajata, da pri nizkem rezultatu KPSS zanesljivo govorimo o kognitivnem upadu, vendar nizek rezultat lahko pomeni tudi depresivnega, manj izobraženega in sociokulturno prikrajšanega starostnika. Test KPSS obsega 30 vprašanj, pri izpolnjevanju testa z bolnikom potrebujemo pisalo, list papirja, podlago za risanje in ročno uro. Na obrazec vpisujemo ocene in vsak odgovor ocenimo s točko. Pri izvedbi in vrednotenju je treba upoštevati naslednje smernice:

- orientacija obsega postavke od 1 do 10. Ocenjuje se orientiranost v času in prostoru in ne znanje;
- pomnjenje obsega postavke od 11 do 13, kjer se besede povedo v razmiku ene sekunde in jo mora takoj ponoviti. Za vsako pravilno ponovljeno besedo dobi eno točko;
- pozornost in računanje obsega postavke od 14 do 18, na razpolago pa sta dve nalogi, odštevanje po 7 od 100 ali črkovanje besede njiva nazaj;
- obnavljanje po spominu obsega postavke od 19 do 21, kjer se povpraša po treh besedah iz postavk 11 do 13, ki jih mora bolnik ponoviti;
- poimenovanje zajema postavke od 22 do 23, kjer pokažemo uro in svinčnik ter vprašamo bolnika, kaj je to;
- ponovitev stavka je postavka 24, kjer bolnik dobesedno ponovi stavek;
- izvajanje tristopenjskega ukaza zajemajo postavke od 25 do 27, kjer se izvaja tristopenjski ukaz, ki se vsak posamezno točkuje;
- izvajanje ustnega navodila obsega postavko 28, kjer se bolniku pokaže predloga z napisom, Zaprite oči;
- oblikovanje stavka je postavka 29, kjer mora bolnik napisati stavek z osebkom in povedkom;
- prerisovanje je postavka 30, kjer bolnik prerisuje s predloge, ki jo ima ves čas pred seboj.

Nato sledi točkovanje in vrednotenje. Največje število možnih točk je 30, sledijo pa rezultati po intervalih:

- 23 do 19 točk pomeni lažji kognitivni upad,
- 18 do 11 točk pomeni zmerni kognitivni upad,
- 10 in manj točk pa pomeni hud kognitivni upad (Brus Hladen & Šlebinger, 2011).

Pri obravnavi bolnikov po 14 življenjskih aktivnostih Virginie Henderson so te aktivnosti koristne za nego bolnika z demenco. Ocenjuje se:

- dihanje,



- hranjenje in pitje,
- izločanje in odvajanje,
- gibanje in ustrezna lega,
- spanje in počitek,
- oblačenje in slačenje,
- vzdrževanje normalne telesne temperature,
- osebna higiena in urejenost,
- izogibanje nevarnostim v okolju,
- komuniciranje in izražanje čustev,
- izražanje verskih čustev,
- koristno delo,
- razvedrilo in rekreacija,
- učenje in pridobivanje znanja o razvoju in zdravju. Tako se lahko ugotovi povezanost med doseženim številom točk KPSS in potrebami po zdravstveni negi glede na 14 življenjskih aktivnosti, še dodajata Brus Hladen in Šlebinger (2011).

V Evropi je glavni vzrok za demenco in kognitivni upad v 60–70 % Alzheimerjeva bolezen (Viceversa, 2013), 10–20 % je vaskularne demence, 10–25 % pa so druge demence, katerih povzročitelji so Lewyjeva telesca, Parkinsonova bolezen, Pickova bolezen, Huntingtonova bolezen, Creutzfeldt-Jakobova bolezen, AIDS (Gordan, 2017; Pain Management and Dementia, 2019).

Borovečki (2017) ugotavlja, da predstavlja Alzheimerjeva bolezen v moderni družbi enega glavnih zdravstvenih problemov, ker je najbolj pogosta nevrodegenerativna bolezen. Alzheimerjeva bolezen prizadene skorjo velikih možganov, znaki in simptomi pa so odvisni od predela možganov, ki ga zajame bolezenski proces (Pirtovšek, 2017). Možganske celice začnejo najprej propadati v centru za spomin, globoko v senčnem predelu možganov, kar bolnik opiše kot pozabljenost. Bolnik pozabi na dogodke, in se ne spomni imena oseb, predmetov, je neorientiran v prostoru in času. Drugo področje možganov, ki ga Alzheimerjeva bolezen tudi pogosto prizadene, pa je center za orientacijo v prostoru v temenskem predelu. Pri bolniku se ta prizadetost opaža kot pogosto izgubljanje v prostoru, utemeljuje Pirtovšek (2017).

Pirtovšek in Borovečki (2017) navajata, da je napredek v medicini omogočil zgodnjo diagnostiko Alzheimerjeve bolezni, zato je zgodnja postavitev diagnoze demenca zelo pomembna zaradi pravočasnega začetka terapije in upočasnjenega poteka Alzheimerjeve bolezni. Obstoječe terapije temeljijo na zvišanju acetilholina v možganih ali znižanju glutamata in zdravijo simptomatsko, razvijajo pa se nova zdravila, ki izplavljajo abnormne beljakovine iz možganov, zato je zelo pomembna vloga specialista nevrologa in psihiatra pri zgodnji diagnostiki demence in njenem zdravljenju, dodajata Pirtovšek in Borovečki (2017). Pomembno je vedeti, da se beljakovini začneta nalagati v možgane že leta pred znaki in simptomi Alzheimerjeve bolezni, zato je tako zelo pomembna zgodnja diagnostika te bolezni (Pirtovšek, 2017).

Zdravljenje bolnikov z demenco ali blagim kognitivnim upadom je simptomatsko in preventivno (Darovec et al., 2013). Zdravstveni sistemi v zahodnih državah se soočajo z izzivi pri oskrbi bolnikov z demenco, najbolj pomembna izziva sta ocena in ustrezno obvladovanje bolečine, ki potrebujeta rešitve za kakovostno oskrbo bolnikov z demenco (WHO, 2017). Demenca je bolezen, ki ne prizadene le bolnika z demenco, temveč tudi njegove svojce in njemu bližnje in je povezana z velikimi družbeno-ekonomskimi stroški, ugotavljata Kogoj (2011) in Ministrstvo za zdravje (2016).

### **2.1.1 Vedenjski in psihični simptomi bolnikov z demenco**

Vedenjski in psihični simptomi se pri bolnikih z demenco pojavijo v 90 %, ugotavlja Darovec s sodelavci (2013), Rqen s sodelavci (2017) pa dodaja, da bolniki z demenco pogosteje doživljajo blodnje, halucinacije, vznemirjenost, tesnobo, dezinhibicijo, razdražljivost in motnje v motoričnem vedenju.

Najbolj pogosti vedenjski simptomi pri bolnikih z demenco so:

- nasilno vedenje,
- kričanje,
- preklinjanje,
- jokanje,
- nemir,
- vznemirjenost,
- tavanje,
- socialno neustrezno vedenje,
- spolno dezinhibirano vedenje,
- zbiranje zalog,
- ponavljajoča se vprašanja,
- motnja hranjenja,
- vsiljivost,
- odklonilno vedenje (Darovec et al., 2013).

Najbolj pogosti psihični simptomi pri bolnikih z demenco pa so:

- tesnoba,
- depresija,
- apatija,
- nespečnost,
- blodnje,
- napačno prepoznavanje,
- halucinacije (Darovec et al., 2013).

Darovec s sodelavci (2013) ugotavlja, da sta prepoznavna in ugotovitev vzrokov vedenjskih in psihičnih simptomov pri bolnikih z demenco nujni, saj so lahko vzroki zanje bolečina in telesne bolezni. Psihični simptomi so dobro odzivni na zdravljenje, vedenjski pa razen nemira in agresivnosti precej slabše. Vedenjski simptomi slabijo funkcioniranje in kakovost

življenja bolnikov z demenco ter napovedujejo slabo prognozo bolezni (Darovec et al., 2013), Schofield (2018) pa dodaja, da so v Veliki Britaniji ugotovili močne povezave med bolečino in depresijo, osamljenostjo in socialno izolacijo. Depresija in anksioznost sta bila najbolj pogosta simptoma pri bolnikih z demenco v norveških socialnovarstvenih zavodih, ugotavlja Rgen s sodelavci (2017). Depresija, ki pogosto spremlja bolečino pri bolnikih s kognitivnim upadom, lahko vodi v socialno izolacijo, ki pa zmanjšuje možnost takšnega bolnika, da bo poiskal pomoč, ugotavlja Lahajnar (2004). Lahajnar (2004) navaja, da je vzrok za nepravilno oceno bolečine pri bolniku s kognitivnim upadom pomanjkanje znanja in časa zdravstvenih delavcev, prav tako nekateri zdravniki slabo poznajo nefarmakološke pristope zdravljenja bolečine in farmakologijo zdravil za zdravljenje bolečine, bojijo se toksičnosti opioidov in njihovih stranskih učinkov ter ne poznajo zakonodaje njihovega predpisovanja (Lahajnar, 2004).

### 2.1.2 Stopnje demence

Napredovanje demence je počasno in postopno in traja 4–6 let oziroma 3–12 let, ugotavlja Strbad (2018), Elo (2014) pa dodaja, da je povprečna dolžina preživetja Alzheimerjeve demence od postavitve diagnoze do smrti 8 let. Infekcijske bolezni, operativni posegi, institucionalizacija, delirij in drugi dejavniki praviloma poslabšajo kognitivni upad ter vedenjske in psihične simptome. Stanje se običajno ne vrne v prvotno, a vendar je individualno prognozo demence zelo težko napovedati (Strbad, 2018).

Napredovala demenca pomeni:

- ko postane bolnik popolnoma odvisen od pomoči drugih;
- da je dvakrat toliko časa bolnik v napredovali in zmerno napredovali fazi kot v zgodnejših fazah bolezni;
- ko so eno tretjino trajanja demence bolniki popolnoma odvisni od drugih;
- ko bolniki ne morejo več izražati svojih potreb in želja;
- pomembno vlogo zdravstvenih delavcev, da prepoznajo znake neudobja pri bolniku;
- veliko prisotnost vedenjskih in psihičnih simptomov;
- pomembno vlogo svojcev, ki potrebujejo strokovno podporo zdravstvenih delavcev (Strbad, 2018).

Terminalna faza demence pa pomeni:

- izgubo sposobnosti komunikacije;
- nepomičnost;
- motnje požiranja;
- inkontinenco (Lunder, 2009).

Lundrova (2009) prav tako dodaja slabe prognostične dejavnike, ki so povezani s skrajšanim preživetjem bolnika z demenco:

- večino dneva bolnik z demenco prespi;
- slab vnos hranil;
- izguba telesne teže v zadnjih 6 mesecih več kot 10 % telesne teže;

- dehidracija;
- povišana telesna temperatura;
- preležanine;
- krči;
- znaki oteženega dihanja;
- aspiracije;
- periferni edemi.

Lundrova (2009) navaja tudi najpogostejše pridružene bolezni, ki skrajšujejo preživetje bolnika z napredovalo demenco, ki so:

- sladkorna bolezen;
- kronično srčno popuščanje;
- motnje srčnega ritma;
- kronična obstruktivna pljučna bolezen;
- rak.

Ocena prognoze je pri različnih vrstah demence zelo težavna, ugotavlja Lundrova (2009) in dodaja, da je ZDA edina država, ki je določila merila za obravnavo napredovale demence v paliativnih oddelkih in hospicijih, saj njihovo zdravstveno zavarovanje krije stroške paliativne oskrbe in hospicija le pri opredeljenem manj kot šestmesečnem preživetju bolnika z demenco. Zato NHPCO – National Hospice and Palliative Care Organization od leta 1996 predlaga opredelitev stadija demence s 7-stopenjskim sistemom FAST (Functional Assessment Scale). Smernice NHPCO obravnavajo fazo 7A kot primerno merilo za vstop bolnika z demenco v paliativno ali hospic obravnavo, če je ob tem prisotno eno ali več komorbidnih stanj, kot so aspiracije, infekcije zgornjega dela urotrakta, sepse, razjede zaradi pritiska stopnje 3–4, neobvladana povišana telesna temperatura, izguba telesne teže več kot 10 % v zadnjih 6 mesecih (Lunder, 2009).

Lestvici za napredovalo demenco sta:

- kognitivni pregled spoznavnih sposobnosti (KPSS) pod 10, ki kaže na kognitivni status, ne pa vedenjskega in funkcionalnega;
- funkcijska ocenjevalna lestvica (FAST) je lestvica za ocenjevanje stopnje demence, kjer faza 6 pomeni zmerno napredovalo demenco, kjer bolnik občasno pozabi ime skrbnika, se ne zaveda nedavnih dogodkov in izkušenj, ima težave pri štetju do 10, potrebuje pomoč pri dnevni aktivnosti, ima občasno inkontinenco, ima moten dnevno-nočni ritem, je osebnostno še orientiran in so vedenjski in psihični simptomi že prisotni; faza 7 je napredovala demenca, kjer bolnik ne prepozna več svojcev, sposoben je govoriti posamezne besede in fraze, ne zmore verbalno komunicirati, ni zmožen samostojnega hranjenja, postopno izgublja sposobnost hoje, možgani ne zmorejo več kontrolirati telesa (Strbad, 2018). Ocenjevanje zmerne in napredovale demence po funkcijski lestvici FAST:
  - 6a: bolnik potrebuje pomoč pri oblačenju,
  - 6b: bolnik potrebuje pomoč pri kopanju,

- 6c: potrebuje pomoč pri uporabi stranišča,
- 6d: prisotna je občasna inkontinenca na urin in blato,
- 6e: prisotna je težka inkontinenca na urin in blato,
- 7a: govor je omejen na nekaj besed dnevno,
- 7b: zmore eno razumljivo besedo,
- 7c: nezmožnost hoje brez pomoči,
- 7d: ne more sedeti brez opore,
- 7e: ne more se nasmehniti,
- 7f: ne more držati glavo pokonci (Strbad, 2017).

## 2.2 Pojavnost bolečine

Bolečina je ena najpogostejših težav, o kateri poročajo bolniki pri posvetu z zdravnikom. Doživljanje fizične bolečine je zelo individualno, ker vsak drugače občuti bolečino, tudi če je vzrok enak (Achterberg et al., 2013). Bolečina se lahko izrazi kot neprijetna in boleča kot mravljinčenje, zbadanje, pekoč občutek, utripanje, grimase na obrazu ali umik bolečega dela telesa ob dotiku (Pain and dementia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017) in predstavlja neprijetno čustveno doživetje, v povezavi z neposredno ali možno poškodbo tkiva (Stepanović, 2015). Bolečina je več dimenzionalna izkušnja in je modulirana z njenim pomenom za posameznika, družbenimi normami in psihološkim stanjem človeka (Lahajnar, 2004).

Bolečina je lahko akutna ali kronična. Akutna bolečina se pojavi nenadoma kot posledica poškodbe ali okužbe. Akutna bolečina se običajno umiri, ko se prizadeti del telesa zaceli. Kronična bolečina je tista, ki ostane po običajnem poteku bolezni ali celjenju poškodbe. Požlep (2018) dodaja, da kronična bolečina izgubi svojo zaščitno funkcijo in zniža kakovost življenja posameznika, ker vpliva na številne funkcije. Kronična bolečina je trajna in je lahko posledica dolgotrajne osnovne bolezni. Lahko tudi pride in izgine za nekaj časa (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017) in zmanjša kakovost življenja (Svilenković & Trobec, 2018). Kronična bolečina pri starostnikih je zelo razširjena in je prisotna pri 60 % starejših od 75 let (Lunder, 2009) ter je lahko povezana z anksioznostjo in depresivnostjo (Požlep, 2018), s trpljenjem, invalidnostjo, socialno izolacijo ter večjimi stroški in obremenitvijo zdravstvenih sistemov.

Podatki o razširjenosti bolečin pri starejših v socialnovarstvenih zavodih pa niso popolnoma natančni zaradi razlik v raziskovalnih metodologijah. Ocenjuje se, da se bolečine v evropskih socialnovarstvenih ustanovah v različnih državah pojavljajo pri 32 % do 57 % stanovalcev. Zmerne do hude bolečine so prisotne pri stanovalcih v več kot 50 % primerov. Starostniki in njihovi negovalci menijo, da je bolečina značilnost staranja, zato ne poročajo o bolečini (Achterberg s sodelavci, 2013). Občutenje in izražanje bolečine je lahko spremenjeno pri depresiji, prestrašenosti, zmedenosti, osamljenosti, jezi in odvisnosti od drugih, ugotavlja Lahajnar (2004).

Pri starostnikih bolečino pogosto spremlja kognitivni upad, nezdravljena bolečina pa

stopnjuje kognitivni upad in to zmanjšuje prepoznavo, pravilno oceno ter zdravljenje bolečine (Achterberg et al., 2013). Čaušević (2017) navaja, da je bolečino težko oceniti, ker jo vsak doživlja drugače in je med seboj ni mogoče primerjati.

Kronična bolečina je izjemno neprijetna in osebna izkušnja, zato mora zdravstveni delavec upoštevati bolnikovo lastno oceno jakosti bolečine. Zdravstveni delavec mora aktivno poslušati, slišati in verjeti bolniku ter ob tem zmanjševati strah, ki spremlja bolečino, dodajata Svilenković in Trobec (2018). Kronična bolečina je dejavnik tveganja za prezgodnjo smrt in pospešen kognitivni upad (Požlep, 2018), kar kaže na skupne mehanizme med kronično bolečino in demenco.

### **2.2.1 Pojavnost bolečine pri bolniku z demenco**

V socialnovarstvenih zavodih 60–80 % bolnikov z demenco redno občuti bolečino (Achterberg et al., 2020), ki jo lahko povzročajo mišično-skeletna obolenja, prebavna in srčna obolenja, genito-urinarne okužbe, kronične rane ter spremembe v ustih in obrazu. Lundrova (2009) dodaja kot vzrok kronične bolečine tudi sladkorno bolezen, artritis in rak. Vzroki za bolečino pri bolnikih z demenco so dodatno enaki kot pri ostalih bolnikih:

- obstipacija in okužba sečil,
- predolgo sedenje ali ležanje v istem položaju,
- razjede zaradi pritiska,
- artritis, osteoporoza,
- stare poškodbe,
- neopažene ali nezdravljene poškodbe,
- glavoboli ali migrene,
- težave s hrbtom,
- težave s stopali,
- težave z zobmi,
- sladkorna bolezen,
- okužbe (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017).

Pri 70 % bolnikov z demenco v socialnovarstvenih zavodih je prisotna nociceptivna bolečina, ki pomeni neki dražilni vzrok bolečine, nato sledi mešanica nociceptivne in nevropatske bolečine, ki pomeni posledico bolezni ali poškodbe somatosenzoričnega živčevja, v 10 % pa je prisotna orofacialna bolečina, ki je posledica slabe nege ustne votline (Achterberg s sodelavci, 2020).

Spremembe v možganih zaradi vseh oblik demence ne povzročajo bolečin, vendar so bolniki z demenco izpostavljeni številnim zdravstvenim težavam, ki lahko povzročajo bolečino, prav tako padcem in poškodbam (Dementia Australia, 2017). Ugotovljeno je, da bolniki z demenco občutijo bolečino enako kot bolniki brez demence, vendar je zaradi motenj v komuniciranju ne morejo enako izraziti (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of B. C., 2020). Nevropatološke in biokemične spremembe povzročijo pri bolnikih z demenco drugačno dožemanje bolečine (Corbett et al., 2014). Skupaj z otežkočeno komunikacijo pride

posledično do zapletov pri odločitvah o zdravljenju bolečine (Domenichiello & Ramsden, 2019).

Mallon s sodelavci (2018) ugotavlja, da je bolečina pri starostnikih nad 85 let še vedno zelo razširjena in je uspešno obvladovanje bolečine nujno. Mallon s sodelavci (2018) tudi ugotavlja, da zlasti ženske in bolniki s spremljajočimi boleznimi, kot je depresija, pogosteje občutijo bolečino. Bolečino lahko prav tako povzročijo tudi agresija, vznemirjenost in tesnoba (Marinič, 2020). Po ugotovitvah Mallona s sodelavci (2018) starostniki v domačem okolju občutijo večkrat in hujšo bolečino kot starostniki s kognitivno okvaro v institucionalnem varstvu, kar kaže na veliko potrebo po obvladovanju in zdravljenju bolečine tudi v lokalnem okolju.

Bolniki z demenco v institucionalnem varstvu, posebej tisti z motnjami komuniciranja imajo predpisanih manj analgetikov in več antipsihotikov (49-65 %) (Bauer et al., 2016). To pomeni, da prejemajo manj analgetikov v primerjavi s starostniki brez kognitivnega upada in namesto analgetika dobijo antipsihotike (Achterberg et al., 2013, Neumann-Podczaska et al., 2016, Lapane s sodelavci, 2020). V češki raziskavi so v institucionalnem varstvu najmanj analgetikov prejeli bolniki z demenco z motnjo komunikacije. Ugotovljen je bil skrb vzbujajoč odstotek bolnikov z demenco, ki ni bil dovolj obravnavan, ugotavlja Holmerova s sodelavci (2018). Kognitivni upad, nevrološke motnje in izguba sposobnosti komunikacije otežujejo obvladovanje bolečine pri bolnikih z demenco, zato vodi to do nezadostnega zdravljenja bolečine (Lautenbacher et al., 2018; Alzheimer Society of B. C., 2020). Agitacija in agresija, ki sta prisotni pri polovici bolnikov z demenco, sta lahko posledici nezdravljene bolečine. Z ustreznim obvladovanjem bolečine pri bolnikih z demenco lahko zmanjšamo vedenjske motnje, lahko tudi znižamo odmerke antipsihotikov. Tako se lahko izognemo resnim in nevarnim škodljivim učinkom teh zdravil (Nowak et al., 2019).

Posledice neprepoznane in nezdravljene bolečine pri bolnikih z demenco so lahko:

- nepotrebno trpljenje;
- neprimerna zdravila (antipsihotiki, antidepresivi) zaradi spremenjenega vedenja;
- zmanjšana gibljivost;
- povečano tveganje za padce in poškodbe;
- motnje v delovanju možganov in razmišljanju imajo lahko za posledico poslabšanje demence;
- poslabšanje zdravstvenega stanja bolnika z demenco (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017).

Za neustrezno obvladovanje bolečine pri bolnikih z demenco sta najpogostejša vzroka pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev (Marinič, 2020) in posledično premajhna uporaba ocenjevalnih orodij ter motena komunikacija bolnikov z demenco (Nowak et al., 2019). Mamhidir s sodelavci (2017) ugotavlja, da se ocena bolečine pri bolnikih z demenco v socialnovarstvenih zavodih lahko izboljša z znanjem in skupnim sodelovanjem vseh zdravstvenih delavcev, ki delajo ob bolniku z demenco.

Z uporabo analgetikov lahko zmanjšamo nepotrebno uporabo psihotropnih zdravil (Lahajnar, 2004). Corbett s sodelavci (2014) navaja, da se verbalno vznemirljivo vedenje, kot so pritoževanje, negativizem, ponavljajoči se stavki in vprašanja, iskanje nenehne pozornosti, preklinjanje, verbalna agresija, nemir, pozitivno odzivajo na protibolečinsko zdravljenje. Medikamentozno zdravljenje kronične bolečine pri starostnikih je le delno učinkovito in pogosto omejeno s stranskimi učinki, vključno z zastajanjem urina, zaprtjem, sedacijo, kognitivnimi motnjami in povečanim tveganjem za padce, ugotavljata Domenichiello in Ramsden (2019). Nastanek stranskih in toksičnih učinkov analgetikov pri bolnikih z demenco preprečimo s prilagojenim odmerkom in časovnim presledkom dajanja analgetikov (Lahajnar, 2004).

Raziskava iz Anglije ugotavlja tri pomembne ugotovitve za prepoznavo in oceno bolečine:

- zbiranje informacij in stalno strokovno izpopolnjevanje ter sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev za prepoznavo bolečine;
- dobro poznavanje in opazovanje bolnika z demenco;
- uporabo orodij za oceno bolečine, uporabo večdimenzionalnih lestvic, samoocena bolnika z demenco (Bullock et al., 2020).

Standardizirana ocena bolečine, prilagojena kognitivnim sposobnostim bolnikov z demenco, lahko izboljša prepoznavanje in obvladovanje bolečine, zmanjša neustrezno zdravljenje in posledično poveča možnost enako učinkovitega zdravljenja bolečine ne glede na kognitivno stanje (Bauer et al., 2016).

Herr in sodelavci (2011) priporočajo doslednost zdravstvenih delavcev pri oceni in obvladovanju bolečine pri bolniku z demenco, kar pomeni:

- samooceno bolečine pri ohranjeni komunikaciji in blagi demenci, pri napredovali demenci pa je potrebno uporabiti primerno ocenjevalno orodje;
- poiskati možne vzroke bolečine (mišično-skeletne in nevrološke motnje, osteoartritis, diabetična nevropatija, bolečine v križu ...);
- opazovanje vedenja bolnika z demenco;
- sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev v timu;
- da je potrebno uporabiti načela varnega predpisovanja analgetikov.

Posebno pozornost je treba nameniti bolnikom z demenco brez bolečin in ob prisotnosti vedenjskih in psihičnih simptomov. Obstajajo tudi pomisleki glede uporabe analgetikov, njihovih stranskih učinkov, vpliva drugih zdravil, uporabe večjega števila zdravil, zato je pomembno sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo z bolnikom z demenco (Bullock s sodelavci, 2020).

Neverbalni znaki bolnikov z demenco, ki lahko kažejo na bolečino, so:

- obrazne grimase;
- kretnje, ki kažejo na stisko;
- varovanje določenega dela telesa ali nenaklonjenost gibanju;
- stokanje ob gibanju;



- omejen obseg gibanja ali počasno gibanje;
- povečan srčni utrip, povečan krvni pritisk ali znojenje;
- nemir;
- jok ali stiska;
- povečana ali zmanjšana glasnost;
- asocialno vedenje;
- letargija ali povečan spanec;
- moten ali nemiren spanec;
- zmanjšan apetit in zmanjšan prehranski vnos;
- povečana zmedenost;
- jeza, agresivnost, razdražljivost, vznemirjenost (Dementia Australia, 2017, Alzheimer Society of Canada, 2017).

Ti neverbalni znaki so lahko posledica drugih težav, vendar moramo vedno pomisliti na bolečino kot možen vzrok teh znakov pri bolnikih z demenco. Nekateri bolniki z demenco pa ne kažejo nobenih neverbalnih znakov, ki so lahko posledica za bolečino (Pain in dementia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017).

## 2.2.2 Orodja za oceno bolečine

Orodja za oceno bolečine ne morejo v celoti prikazati vseh dimenzij bolečine, zato je pri bolniku z demenco treba ugotavljati še prisotnost vedenjskih in psihičnih simptomov, stopnjo dnevnih aktivnosti ter prisotnost vizualnih in slušnih motenj (Lahajnar, 2004, Corbet, 2014, Kobentar, 2014) ter z opazovanjem ugotoviti prisotnost bolečine in začeti zdravljenje, dodaja Krčevski Škvarč (2004). Ovira pri oceni bolečine je tudi, da je težko ločiti vedenje bolnika z demenco, ki nakazuje bolečino, od drugih vedenjskih in psihičnih simptomov, ki so pogosti pri bolnikih z demenco. 90 % bolnikov z demenco v določenem trenutku doživi vedenjske in psihične simptome, katerih vzroki so zapleteni in različni, a je bolečina pogosto eden glavnih vzrokov, ugotavlja Corbett s sodelavci (2014).

Pri bolnikih z demenco za ocenjevanje bolečine uporabljamo enodimenzionalne in večdimenzionalne lestvice. Najbolj zanesljivi oceni za bolečino pri bolniku z demenco sta samoocena bolnika in enostavna vprašanja o bolečini (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017; Cravello et al., 2019; Krčevski Škvarč, 2004). Bolnik z demenco lahko bolečino oceni z enodimenzionalno številčno lestvico od 1–10 ali obrazno lestvico, če nima večjih težav s komunikacijo in razume navodila ter vprašanja o bolečini (Dementia Australia, 2017). Pri tem je treba upoštevati čutilne in čustvene razlike v doživljanju bolečine pri bolnikih z demenco, navaja Krčevski Škvarč (2004).

The Australian Pain Society (2017) in Alzheimer Society of Canada (2019) priporočata za bolnike z demenco z otežkočeno verbalno komunikacijo uporabo Abbey Pain večdimenzionalne ocenjevalne lestvice, s katero se ocenjuje šest možnih znakov bolečine:

- vokalizacija (stokanje, vpitje),
- izraz obraza (grimase, mežikanje),

- spremembe v govorici telesa,
- vedenjske spremembe (podaljšan počitek),
- fiziološke spremembe (povečan pulz, povečan krvni pritisk),
- fizične spremembe (artritis).

Razlaga Abbey Pain ocenjevalne lestvice je naslednja: 0–2 točki pomenita odsotnost bolečine, 3–7 točk pomeni blago bolečino, 8–13 pomeni zmerno bolečino, ocena 14 in več pa ustreza močni bolečini (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of Canada, 2017).

Večdimenzionalna ocenjevalna lestvica PAINAD je orodje priznane uporabnosti za oceno bolečine pri ljudeh s kognitivnimi motnjami in nezmožnostjo komuniciranja (Rababa, 2018). Z lestvico PAINAD se ocenjuje pet vedenjskih kategorij:

- od vokalizacije neodvisno dihanje,
- negativna vokalizacija,
- mimika obraza,
- govorica telesa,
- utolažljivost (Marinič, 2020).

Višji seštevek točk pomeni močnejšo bolečino. Točke od 0 do 3 predstavljajo blago bolečino, ocena od 4 do 7 pomeni srednje močno bolečino, od 8 do 10 točk pa je bolečina zelo močna (Marinič, 2020).

Večdimenzionalna lestvica PACSLAC II (Kontrolni seznam za ocenjevanje bolečine za starejše z omejeno sposobnostjo komuniciranja) je prav tako zanesljiva in uporabna opazovalna lestvica za ocenjevanje bolečine (Elo, 2014). Orodje je opremljeno z datumom in časom ocenjevanja ter seznamom 31 postavk, ki so postavljene v šestih sklopih:

- obrazni izraz (grimase, trpeči izraz, povečano gibanje oči, trzanje, odpiranje ust, gubanje, mežikanje, dvigovanje lic, naguban nos, zapiranje oči);
- verbalizacija in vokalizacija (jok, specifičen zvok za bolečino, stokanje, grgranje, glasno dihanje);
- premiki telesa (se zaščiti, se potegne vstran, razmetavanje in razbijanje, zavračanje premika, počasno premikanje, čuvanje svojega prostora, premikanje po prostoru, šepanje, stiskanje pesti, položaj fetusa, trd in tog, tresenje in trepetanje);
- spremembe v interakciji (se ne želi dotikati, ne želi bližine drugih);
- spremembe aktivnosti (zmanjšana aktivnost);
- spremembe mentalnega statusa (posledica bolečine in ne delirija ali uživanja zdravil).

Uporabnik ocenjevalnega orodja ugotovi prisotnost ali odsotnost posamezne postavke. Pritrdilno število odgovorov se zabeleži kot skupni rezultat. Ocenjuje se enkrat tedensko, ponovna ocena pa je priporočena po uporabi analgetika in ob spremembi vedenja. Pred uporabo orodja si je treba vzeti dovolj časa za opazovanje bolnika. Orodje PACSLAC II naj uporabljajo usposobljene medicinske sestre, ki znajo oceniti in prepoznati bolečino, o njej poročati in jo dokumentirati (Chan et al., 2014).

Van Dalen-Kok s sodelavci (2018) v svoji raziskavi ugotavljajo, da zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih različno ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco glede na mimiko obraza, kar kaže na potrebo po stalnem strokovnem izobraževanju med zdravstvenimi delavci.

Raziskava določanja koncentracije biomarkerjev bolečine v slini (sekretorni IgA, topni receptor tumorske nekroze faktorja II) bo v prihodnosti lahko natančno orodje za ocenjevanje bolečine pri bolnikih z demenco. Povezava med vrednostjo lestvice PAINAD in vrednostjo biomarkerjev bolečine, pridobljene v vzorcih slin, bo odražala dopolnilnost obeh orodij za oceno bolečine. Povezava rezultatov obeh orodij bo zdravstvenim delavcem, pa tudi svojim bolnikom z demenco, omogočila znanje za pravilno oceno bolečine in njeno zdravljenje (Canton-Habas et al., 2019).

### **2.2.3 Vloga zdravstvenih delavcev pri oceni bolečine bolnika z demenco**

Vloga medicinske sestre vključuje zgodnjo oceno bolečine in merjenje njene jakosti v rednih časovnih presledkih, uporabo enodimenzionalnih in večdimenzionalnih lestvic, aplikacijo predpisanega analgetika, preverjanje učinkovitosti apliciranega analgetika, spremljanje stranskih učinkov analgetikov, nadzor bolnika glede na metodo analgezije, dokumentiranje ocene bolečine in postopkov aktivnosti ter poročanje o učinkovitosti, ugotavljata Svilenković in Trobec (2018). Pri bolnikih z demenco je zelo pomembna ocena in zdravljenje bolečine kot del načrta zdravstvene nege. Bolečino moramo redno ocenjevati in zdravljenje bolečine prilagajati bolniku z demenco. Analgetiki se morajo jemati redno v intervalih in ne po potrebi (Dementia Australia, 2017).

Pozitiven pristop medicinske sestre, profesionalno znanje in sposobnost empatije pomembno prispevajo k učinkovitemu sodelovanju z bolnikom in pri zdravljenju kronične bolečine (Svilenković in Trobec, 2018). Bolniki z demenco so izpostavljeni slabši prepoznavi, oceni in nezadostnemu zdravljenju bolečine (International Association for the Study of Pain, 2019). Svilenković in Trobec (2018) dodajata, da se zdravljenje vsake bolečine začne s pravočasno prepoznavo, oceno ter izmerjeno jakostjo bolečine. Doživljanje bolečine je vedno subjektiven in večplasten občutek pri bolniku, ker nanj vplivajo številni psihični in socialni dejavniki, zato je pomemben individualen in celostni pristop, dodaja Limonšek (2019).

Limonšek (2019) ugotavlja, da je vloga zdravstvenih delavcev pri oceni bolečine zelo pomembna. Ocena bolečine mora biti verodostojna, zato je pomembno pazljivo in občutljivo opazovanje obnašanja bolnika z demenco. Vedno je potrebno pomisliti na prisotnost bolečine pri bolniku z demenco brez možnosti komuniciranja, dodaja Lunder (2009).

Ocena bolečine pri bolnikih z demenco je za zdravstvene delavce zahtevna zaradi otežkočene komunikacije in razumevanja bolnikov. Bolečine se ne da objektivno izmeriti kot temperaturo, krvni pritisk, pulz in dihanje. Neprepoznana in nezadostno olajšana bolečina vpliva na počutje in kakovost življenja bolnika z demenco (Mlinar Reljić et al.,

2015).

Pravilna ocena bolečine je pogoj za dobro obvladovanje bolečine in v idealnem primeru upošteva več dimenzij bolečine, kot so:

- intenzivnost;
- lokacija;
- učinek;
- kognitivnost;
- vedenje;
- družbena aktivnost (Achterberg et al., 2020).

Lahajnar (2004) priporoča pri oceni bolečine celostno obravnavo bolnika z demenco, skupno uporabo farmakoloških in nefarmakoloških ukrepov ter uporabo zdravil, ki so prilagojena starosti bolnika z demenco in posledično slabšemu delovanju nekaterih organskih sistemov.

Na voljo je 28 ocenjevalnih orodij, ki jih je mogoče uporabiti za oceno bolečine pri bolnikih z demenco, vendar jih Lichtner s sodelavci (2014) na podlagi raziskave ne priporoča za uporabo zaradi pomanjkanja dokazov o zanesljivosti, veljavnosti, izvedbi in uporabnosti. Samoocena bolečine bolnika z demenco je najbolj pomembna za zdravstvenega delavca. Bolnik opiše jakost, kakovost, mesto in časovni potek bolečin ter kaj bolečino poveča ali omili (Lahajnar, 2004). Cravello s sodelavci (2019) dodaja, da 61 % bolnikov z napredujočo demenco razume enodimenzionalne lestvice. Bolnik z demenco lahko oceni bolečino številčno, lahko lažje oceni bolečino opisno z besedami (blaga, srednje močna, močna, neznosna) ali pa samo odgovori da ali ne. Ponovno se oceni bolečina 20 minut po parenteralni aplikaciji in 60 minut po peroralni aplikaciji, dodajata Svilenković in Trobec (2018).

Pri bolnikih z napredujočo demenco pa ocenjujemo bolečino z večdimenzionalnimi lestvicami (PAINAD, DoloPlus, Abey in druge), ugotavlja Lahajnar (2004). Prisotnost bolečine in višja ocena bolečine (VAS 4 in več) zahtevata od medicinske sestre pogostejše ocenjevanje bolečine in aplikacijo protibolečinske terapije ter oceno njihovih učinkov.

Ovira za primerno oceno bolečine pri bolnikih z demenco je pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev, to pa je vzrok za neuporabo primernih ocenjevalnih lestvic, ugotavlja Herr s sodelavci (2006), ter različne ocene bolečine pri istih bolnikih z demenco (van Dalen-Kok et al., 2018). Krčevski Škvarč (2004) ugotavlja, da si je za oceno bolečine za bolnike z demenco treba vzeti čas in bolečino meriti z njim primernimi pripomočki, potrpežljivim intervjujem ter opazovanjem obnašanja. Plankova (2014) navaja, da ima zaznavanje bolečine več dimenzij, saj vsak bolnik zaznava bolečino drugače in je zaznavanje in izražanje bolečine odvisno od psiholoških, socialnih, kulturnih in duhovnih dejavnikov. Zato morata biti ocena in zdravljenje bolečine večplastna, dodaja Plankova (2014).

Izobraževanje osebja o oceni bolečine in njenem zdravljenju je nujno potrebno (Nowak et al., 2019; International Association for the Study of Pain, 2019). Izobraževanje zdravstvenih

delavcev v institucionalnem varstvu pozitivno vpliva na prepoznavo in oceno bolečine (van Dalen-Kok et al., 2018, Kutschar et al., 2020). Hrga (2019) ugotavlja, da si zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih želijo več izobraževanj pri delu z bolniki z demenco. Zagotavljanje izobraževanj in pridobivanje dodatnih znanj zdravstvenih delavcev sta pogoja za kakovostni in strokovni pristop prepoznave in ocene bolečine, dodaja Limonšek (2019). Pomembno vlogo za prepoznavanje bolečine pri dementnih imajo svojci bolnikov in drugi, ki lahko najprej opazijo spremembe vedenja bolnika z demenco, ki nakazujejo bolečino (Dementia Australia, 2017; Alzheimer Society of B. C., 2020; Cravello et al., 2019).

Cilji zdravljenja bolečine so zmanjšati bolečino in izboljšati funkcioniranje bolnika z demenco, kar se kaže v dnevnih aktivnostih, spanju in socializaciji, ugotavlja Lahajnar (2004). Cilj zdravljenja oziroma lajšanja kronične bolečine za medicinsko sestro pomeni:

- odstranitev ali vsaj omilitev bolečine;
- odpravo ali vsaj zmanjšanje bolnikovega neugodja in neprijetnih občutkov;
- omogočiti bolnikovo samostojnost in neodvisnost pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti;
- zagotoviti udobje in miren počitek bolnika;
- spodbuditi sodelovanje in zaupanje bolnika v zdravljenje;
- ohranitev bolnikovega dostojanstva in njegove avtonomije;
- vključevanje in informiranje bolnikovih bližnjih v proces zdravljenja;
- sodelovanje v multidisciplinarnem timu (Svilenković & Trobec, 2018).

## **3 METODA**

### **3.1 Razvoj hipotez**

Na podlagi teoretičnih izhodišč in raziskovalnih ciljev smo oblikovali naslednje hipoteze:

H1: Znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih je pomanjkljivo, vendar se razlikuje glede na izobrazbo in starost.

H2: Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in nezdravljena.

H3: Ocena bolečine je povezana s spremenjenim vedenjem bolnikov z demenco.

H4: Samoocena bolnika z demenco je najzanesljivejša metoda za oceno bolečine za zdravstvene delavce.

H5: Zdravstveni delavci bolečino pri bolnikih z demenco le občasno ocenjujejo z lestvicami opazovanja in številčno lestvico.

### **3.2 Zbiranje podatkov in merski instrument**

#### **3.2.1 Metode raziskovanja**

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo metodo deskripcije, sinteze in komparacije. Za empirični del so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri podatkov. Primarni podatki so bili pridobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika, sekundarni viri pa so bili zbrani s pomočjo pregleda znanstvene literature s področja ocene bolečine pri bolnikih z demenco. Uporabljeni pristop je ponudil kakovostne izvirne, strokovne in pregledne znanstvene članke. Izbor kriterijev je temeljil na dostopnosti, vsebinski ustreznosti, aktualnosti in znanstvenosti članka.

Z izbrano metodo deskripcije smo predstavili teoretične vsebine in predstavili raziskovalni problem, s pomočjo komparacije in sinteze pa smo povzeli bistvene značilnosti in tako prišli do novih spoznanj.

#### **3.2.2 Iskanje in kritični pregled literature**

Opravili smo pregled strokovnih in znanstvenih člankov ter pregled strokovne literature in internetnih virov s pomočjo slovenske vzajemne bibliografske baze podatkov COBISS.SI in tujih podatkovnih baz Google učenjak, PubMed, ProQuest ter ResearchGate. Vključeni so bili le članki, do katerih smo lahko dostopali v obsegu celotnih besedil, pri jezikovnem kriteriju pa smo se omejili na članke v slovenščini in angleščini. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede: pain assessment, dementia, advanced dementia, pain management, people with dementia, nursing care, nursing home, institutional care, cognitive decline, povezane z Boolovimi operaterji (AND). Slovenska literatura je bila iskana z naslednjimi ključnimi besedami: ocena bolečine, dementni bolnik, napredovala demenca, obvladovanje bolečine, ljudje z demenco, zdravstvena nega, dom starejših, institucionalno varstvo. Uporabili smo literaturo, ki je bila objavljena od 1. 1. 2013 do 29. 2. 2020. Uporabili

smo tudi besedila starejšega datuma od leta 2004 pa do leta 2012. Iskanje literature je potekalo v letu 2019 in do oktobra 2020 z vmesnimi presledki. Nekateri zborniki srečanj in knjige so bili prosto dostopni v knjižnici. Vključitveni in izključitveni kriteriji za uvrstitev člankov v analizo so prikazani v tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Vključitveni in izključitveni kriteriji

<b>Kriterij</b>	<b>Vključitveni kriterij</b>	<b>Izključitveni kriterij</b>
<b>Bolečina</b>	Prisotnost bolečine	Odsotnost bolečine
<b>Demenca</b>	Kognitivni upad	Brez kognitivnega upada
<b>Starost</b>	Več kot 65 let	Manj od 65 let
<b>Vrsta publikacij</b>	Izvirni, pregledni znanstveni članki	Nerecenzirani in poljudni članki
<b>Časovno obdobje</b>	Do 15 let	Starejši od 15 let
<b>Jezik</b>	Slovenski in angleški	Drugi jeziki
<b>Dostop</b>	Celotna besedila	Kratka poročila, opisi

Specifikacija iskalnih pojmov in različne kombinacije ključnih besed z Boolovim operatorjem so podali širši nabor relevantne literature, prosto dostopne v celotnih besedilih, in sicer 150 v slovenskem in angleškem jeziku. S prebiranjem člankov smo število literature omejili na 100 enot, od teh smo za namen pisanja magistrskega dela vključili 94 enot.

### 3.2.3 Merski instrument

Kot instrument za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature: (De Witt Jansen et al., 2017; Hoti et al., 2018; Koppitz et al., 2017; Scuteri et al., 2017; Nowak et al., 2018; Achterberg et al., 2013; Schofield, 2018; Lipar in Ramovš, 2014; Malotte and McPherson, 2016; Jennings et al., 2018; Kligler et al., 2016; Costardi et al., 2007; Rodger et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Kobentar, 2014).

Anketni vprašalnik je bil razdeljen v dva dela. Prvi del je vseboval 4 vprašanja zaprtega tipa, ki se nanašajo na demografske podatke o anketirancu: spol, starost, izobrazba in delovno mesto, na katero je delavec razporejen. Drugi del se je nanašal na znanje zdravstvenih delavcev o demenci, bolečini ter pogostosti njihovih stikov z bolniki z demenco ter uporabi instrumentov za oceno bolečine. Vseboval je 7 vprašanj zaprtega tipa. Sledila je tabela s trditvami o prepoznavanju in oceni bolečine, tabela s trditvami o izobraževanju zaposlenih, eno vprašanje o pogostosti strokovnih izobraževanj zaposlenih in tabela s trditvami o udeležnosti oseb v skrbi za bolnika z demenco. Zaposleni anketiranci so opredelili strinjanje/nestrinjanje s posamezno trditvijo po Likertovi lestvici, pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 se ne morem opredeliti, 4 se strinjam in 5 se popolnoma strinjam.

### 3.2.4 Vzorec

Uporabili smo neslučajnostni kvotni vzorec. V vzorec so bili vključeni zdravstveni delavci (zdravnik/zdravnica, magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, delovni terapevt/delovna terapevtka, fizioterapevt/fizioterapevtka, zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka, bolničar negovalec/bolničarka negovalka) v socialnovarstvenih zavodih, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z demenco. V raziskavi je sodelovalo 275 anketiranih, od tega 244 žensk (88,7 %) in 31 moških (11,3 %). Glede na delovno mesto, ki ga anketirani opravljajo, je v raziskavi sodelovalo 133 (48,4 %) bolničarjev negovalcev/bolničark negovalk, 94 (34,2 %) zdravstvenih tehnikov/zdravstvenih tehnic, 14 (5,1 %) diplomiranih medicinskih sester vodja tima/diplomiranih zdravstvenikov vodja tima, 11 (4,1 %) fizioterapevtov/fizioterapevtk, 8 (2,9 %) diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov, 8 (2,9 %) vodij zdravstvene nege/pomočnik direktorja za zdravstveno nego, 5 (1,8 %) delovnih terapevtov/delovnih terapevtk in 2 (0,7 %) zdravnika/zdravnici. Starost anketirancev je prikazana v tabeli 3.2. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno in anonimno.

Tabela 3.2. Starost anketirancev

	N	%
Do 30 let	84	30,5
31–40 let	64	23,3
41–50 let	63	22,9
51–60 let	64	23,3
Skupno	275	100,0

*N – število, % – odstotek*

### 3.2.5 Postopek zbiranja podatkov

Raziskava je potekala od 25. junija do 20. avgusta 2020 v desetih socialnovarstvenih zavodih. Povabilo za sodelovanje v raziskavi smo poslali 13 socialnovarstvenim zavodom, ki so vključeni v celjsko regijo socialnovarstvenih zavodov. Trije so odklonili sodelovanje. Raziskava je tako potekala v 10 socialnovarstvenih zavodih (DS Laško Thermana, Dom ob Savinji Celje, Dom Lipa Štore, Dom starejših Šmarje pri Jelšah, Dom Jožefov hrib Celje, Dom starejših Šentjur, Dom starejših Polzela, Lambrechtov dom Slovenske Konjice, Zimzelen Topolšica, Dom Senecura Vojnik). Razdelili smo 500 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 275 anketnih vprašalnikov. Vloge za pridobitev soglasja k raziskavi smo po predhodni odobritvi za sodelovanje z direktorji socialnovarstvenih zavodov in nato komunikaciji po telefonu z glavnimi medicinskimi sestrami v socialnovarstvenih zavodih poslali v tajništva zavodov 25. junija 2020, in sicer po predhodni pridobitvi sklepa Komisije za znanstveno raziskovalno delo in razvoj Visoke zdravstvene šole v Celju. Za sodelovanje v raziskavi so anketirance obvestile glavne medicinske sestre v socialnovarstvenih zavodih, ker je raziskovalec imel omejen dostop zaradi covid-19. Ankete so bile razdeljene med zdravstvene delavce, razlago anketnih vprašanj so jim podale glavne medicinske sestre zavodov. Izpolnjeno anketo so oddali v zaprti pisemski ovojnici v nabiralnik v tajništvu



socialnovarstvenega zavoda, kjer smo jih poiskali. Anonimnost je bila zagotovljena na način, da so anketiranci izpolnjen anketni vprašalnik oddali v pisemsko ovojnico, ki je bila v tajništvu socialnovarstvenega zavoda.

### **3.2.6 Etični vidik raziskovanja**

Pri izvedbi raziskave smo zagotovili vse etične vidike raziskovanja: načelo pravičnosti, neškodljivosti, zaupnosti, resnicoljubnosti, varnosti in koristnosti. Anketirancem smo ustno in pisno pojasnili potek, namen in cilje magistrskega dela. Anketiranci so imeli možnost odklonitve sodelovanja v raziskavi. Pridobljeni podatki so bili uporabljeni izključno za namen izdelave magistrskega dela. Upoštevali smo tudi vsa načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Vsak anketiranec je prav tako podal informirano soglasje k raziskavi. Anketiranim je bilo razloženo, da lahko sodelovanje v raziskavi odklonijo.

### **3.3 Analiza podatkov**

Zbrane podatke smo statistično obdelali s statističnim programom SPSS 25.0 ter jih tabelarno prikazujemo v magistrskem delu. Izvedli smo osnovno statistično analizo, kjer smo uporabili povprečno vrednost, standardni odklon, frekvence, odstotek frekvence. Glede na postavljene hipoteze smo uporabili statistične analize: analizo variance – ANOVA (H1), opisno statistiko (H2), t-test (H3, H4, H5). Vprašanja odprtega tipa smo analizirali s kvalitativno analizo besedil.

Zanesljivost merjenja anketnih vprašalnikov smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je 0,900 in pomeni zelo dobro zanesljivost.

## 4 REZULTATI

V nadaljevanju prikazujemo rezultate raziskave, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika med zaposlenimi zdravstvenimi delavci v socialnovarstvenih zavodih celjske regije.

Tabela 4.1. Ocena znanja zdravstvenih delavcev o demenci

<b>Skupinska statistika</b>		
	N	%
Nezadostno	6	2,2
Zadostno	22	8,0
Dobro	123	44,7
Prav dobro	105	38,2
Odlično	19	6,9
Skupno	275	100,0

N – število, % – odstotek

Iz tabele 4.1 je razvidno, da je največ anketiranih (44,7 %) svoje znanje o demenci ocenilo kot dobro, najmanj anketiranih (2,2 %) pa je svoje znanje o demenci ocenilo kot nezadostno.

Tabela 4.2. Opredelitev demence

<b>Skupinska statistika</b>		
	N	%
To je kronično napredujoča možganska bolezen.	214	77,8
To je virusna možganska bolezen.	8	2,9
To je izguba spomina.	53	19,3
Skupno	275	100,0

N – število, % – odstotek

Tabela 4.2 prikazuje, da večina anketiranih (77,8 %) demenco opredeli kot kronično napredujočo možgansko bolezen, le nekaj anketirancev (2,9 %) je opredelilo demenco kot virusno možgansko bolezen.

Tabela 4.3. Pogostost obravnave bolnikov z demenco, ki so sposobni komuniciranja in izražanja bolečine

<b>Skupinska statistika</b>		
	N	%
Nikoli	5	1,8
Redko (1–3-krat na mesec)	44	16,0
Občasno (4–6-krat na mesec)	59	21,5
Pogosto (7–10-krat na mesec)	41	14,9
Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)	20	7,3
Vsakodnevno	106	38,5
Skupno	275	100,0

*N – število, % – odstotek*

Iz tabele 4.3 je razvidno, da se največ anketiranih zdravstvenih delavcev pri svojem delu vsakodnevno, zelo pogosto in pogosto srečuje z bolnikom z demenco, ki lahko komunicira in zna izraziti bolečino (60,7 %). Nekoliko manj se z bolniki z demenco s sposobnostjo komuniciranja in izražanja bolečine srečuje občasno (21,5 %) in redko (16 %). Najmanj anketiranih (1,8 %) pa se nikoli ne srečuje s takimi bolniki z demenco.

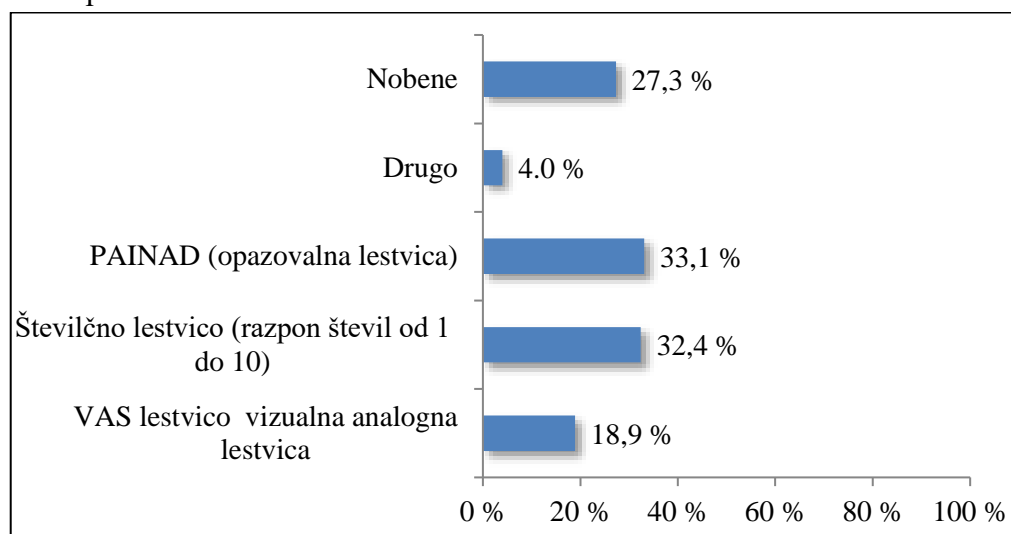
Tabela 4.4. Pogostost obravnave bolnikov z demenco, ki niso zmožni komuniciranja

<b>Skupinska statistika</b>		
	N	%
Nikoli (v celem mesecu nikoli)	4	1,5
Redko (1–3-krat na mesec)	37	13,5
Občasno (4–6-krat na mesec)	50	18,2
Pogosto (7–10-krat na mesec)	55	20,0
Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)	40	14,5
Vsakodnevno (vsak dan, ko sem v službi)	89	32,4
Skupno	275	100,0

*N – število, % – odstotek*

Največ anketiranih (66,9 %) se pri svojem delu vsakodnevno, zelo pogosto in pogosto srečuje z bolnikom z demenco, ki svoje bolečine ne zmore izraziti. Občasno in redko se s takšnimi bolniki srečuje 31,7 % zdravstvenih delavcev, 1,5 % zdravstvenih delavcev pa nima stika s takšnimi bolniki.

Slika 4.1. Uporaba lestvic za oceno bolečine



Iz slike 4.1 je razvidno, da največ anketiranih (84,4 %) za ocenjevanje bolečine pri bolniku z demenco uporablja opazovalno lestvico PAINAD, številčno lestvico od 0–10 in lestvico VAS, kjer bolnik označi, kako močna je bolečina. 27,3 % zdravstvenih delavcev ne uporablja nobene lestvice za oceno bolečine, 4,0 % zdravstvenih delavcev pa uporablja druge lestvice za oceno bolečine, med katere so našli mimiko obraza, opazovanje bolnika, držo, gibanje, grimase na obrazu, opišejo bolečino ali se pogovorijo z medicinsko sestro.

Tabela 4.5. Prepoznavna bolečine pri bolnikih z demenco

Skupinska statistika					
	N	Min	Max	PV	SO
Bolečina se pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje (vznemirjenje).	275	1	5	4,26	0,81
Zdravstveni delavci redko uporabljajo analgetike pri spremenjenem vedenju bolnika z demenco.	275	1	5	3,08	1,01
Zdravstveni delavci pogosto uporabljajo antipsihotike (zdravila za pomiritev) pri spremenjenem vedenju bolnika z demenco.	275	1	5	3,57	1,01
Elektronska orodja za oceno bolečine (uporaba video analize obraza v povezavi s kliničnimi kazalci prisotnosti in intenzitete bolečine) so prihodnost ocenjevanja bolečine pri dementnih bolnikih.	275	1	5	2,95	1,08
Nefarmakološke intervencije morajo biti prva možnost izbire za zdravljenje vznemirjenosti, ki je lahko vzrok za bolečino.	275	1	5	3,53	1,07
Uporaba nefarmakoloških intervencij (aromaterapije, glasbene terapije, bazalne stimulacije, svetlobe, joge in eteričnih olj) pozitivno vpliva na vedenjske in psihične motnje pri dementnih bolnikih, ki so lahko vzrok za bolečino.	275	1	5	3,80	1,12

<b>Skupinska statistika</b>					
	N	Min	Max	PV	SO
Izguba apetita in motnje spanja so lahko vzrok bolečine pri bolnikih z demenco.	275	1	5	4,03	0,92
Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in tako nezdravljena.	275	1	5	3,74	1,01
Agitacija in agresija lahko vodita do predpisovanja antipsihotičnih zdravil (zdravila za pomiritev) namesto v predpisovanje protibolečinske terapije pri bolnikih z demenco.	275	1	5	3,88	0,88
Časovne in delovne obremenitve zaposlenih vplivajo na pomanjkljivo prepoznavo in oceno bolečine bolnikov z demenco.	275	1	5	3,85	0,99
Bolniki z demenco pogosto doživljajo bolečino, povezano z mišično-skeletnim sistemom, prebavnim in srčnim stanjem, infekcijo sečil in spolovil ter zobovjem.	275	1	5	3,81	0,92
Dolgotrajno neprepoznana bolečina lahko pri bolniku z demenco povzroči spremenjeno vedenje.	275	1	5	4,15	0,87
Neprepoznana bolečina lahko pri bolniku z demenco povzroči hudo stisko.	275	2	5	4,32	0,73
Vprašanja o bolečini morajo biti pri bolniku z demenco neposredna in preprosta.	275	1	5	4,37	0,82
Samoocena bolnikov z demenco o bolečini je najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene.	275	1	5	3,30	1,07
Ocena bolečine pri bolniku z demenco mora postati rutina.	275	1	5	3,71	1,05
Ocena nevropatske bolečine (diabetična nevropatija, po možganski kapi in amputaciji) pri bolnikih z demenco je zelo zahtevna.	275	1	5	3,95	0,87
Z dobro prepoznavo in zdravljenjem bolečine bi se lahko zmanjšala uporaba antipsihotikov pri dementnih bolnikih.	275	1	5	3,99	0,89
Daljšo opazovanje bolnika vpliva na pravilno oceno bolečine.	275	1	5	4,16	0,86
O bolečini je treba znati zastavljati vprašanja na različne načine.	275	2	5	4,25	0,82
Socialna izolacija in depresija sta lahko znaka za že obstoječo bolečino.	275	1	5	3,99	0,91

*N* – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odstavek

Zaposleni zdravstveni delavci so na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 5 pa popolnoma se strinjam, ocenjevali strinjanje s trditvami prepoznave bolečine pri bolniku

z demenco. Glede na povprečne vrednosti v tabeli 4.5 se zaposleni v povprečju najbolj strinjajo, da morajo biti vprašanja o bolečini pri bolniku z demenco neposredna in preprosta (PV = 4,37), da lahko neprepoznana bolečina pri bolniku z demenco povzroči hudo stisko (PO = 4,32), da se bolečina pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje – vznemirjenje (PV = 4,26) in da je treba znati o bolečini postavljati vprašanja na različne načine (PV = 4,25). Prav tako se zdravstveni delavci strinjajo, da daljše opazovanje bolnika z demenco vpliva na pravilno oceno bolečine (PV = 4,16) in da lahko dolgotrajno neprepoznana bolečina pri bolniku z demenco povzroči spremenjeno vedenje (PV = 4,15) ter da sta izguba apetita in motnje spanja lahko vzrok za bolečino (PV = 4,03). Najmanj pa se zdravstveni delavci strinjajo s trditvama, da pri svojem delu redko uporabljajo analgetike pri spremenjenem vedenju bolnika z demenco (PV = 3,08) ter da so elektronska orodja za oceno bolečine prihodnost ocenjevanja bolečine pri dementnih bolnikih (PV = 2,95).

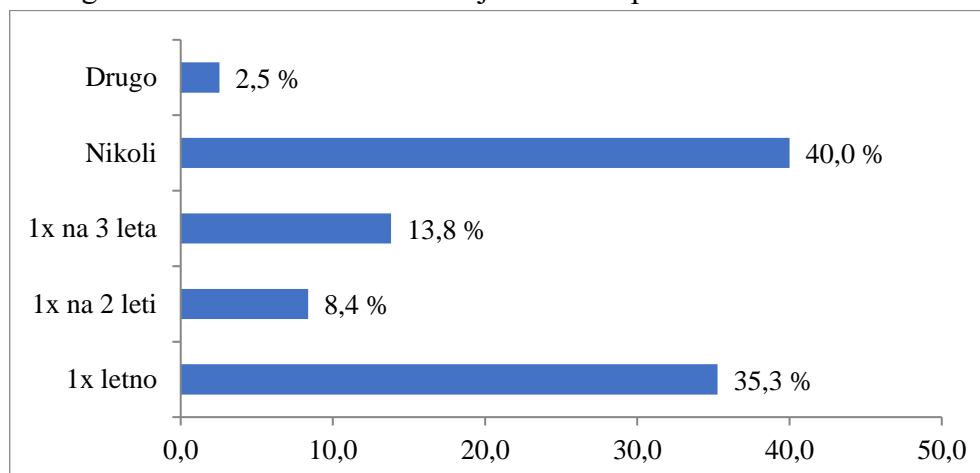
Tabela 4.6. Pomen izobraževanja zaposlenih o bolečini pri bolnikih z demenco

<b>Trditve</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
Zdravstveni delavci in sodelavci v socialnovarstvenih zavodih imajo premalo znanja za prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco.	275	1	5	3,61	0,91
Za prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco je potrebno strokovno izobraževanje.	275	1	5	4,07	0,92
Kratke enourne delavnice o demenci za zdravstvene delavce na tri mesece bi pripomogle k lažji oceni bolečine bolnikov z demenco.	275	2	5	4,11	0,81
Pomanjkanje strokovnega izobraževanja za zdravstvene delavce je ovira za pravilno oceno bolečine bolnikov z demenco.	275	2	5	3,91	0,90

*N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon*

Anketirani se v tabeli 4.6 v povprečju najbolj strinjajo, da bi kratke enourne delavnice o demenci za zdravstvene delavce na tri mesece pripomogle k lažji oceni bolečine bolnikov z demenco (PV = 4,11) ter da je za prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco potrebno strokovno izobraževanje (PV = 4,07), najmanj pa se zdravstveni delavci v povprečju strinjajo, da imajo zaposleni v socialnovarstvenih zavodih premalo znanja za prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco (PV = 3,91).

Slika 4.2. Pogostost strokovnih izobraževanj o bolečini pri demenci



Največ anketiranih (40,0 %) se do sedaj še nikoli ni udeležilo strokovnih izobraževanj o bolečini pri demenci, 35,3 % anketiranih zdravstvenih delavcev pa ima izobraževanja 1-krat letno, 22,2 % jih ima izobraževanje o bolečini pri demenci 1-krat na tri leta in 1-krat na dve leti, 2,5 % zdravstvenih delavcev pa se izobražuje v obliki prenosa znanj med sodelavci oziroma sami.

Tabela 4.7. Trditve anketirancev o prepoznavi bolečine pri bolniku z demenco

	N	Min	Max	PV	SO
Na pravilno poročanje o bolečini bolnikov z demenco vplivajo dobri medsebojni odnosi med vsemi zaposlenimi, ki delajo z dementskimi bolniki.	275	1	5	4,15	0,90
Svojci bolnikov z demenco so s svojimi rednimi obiski pomemben člen pri oceni bolečine.	275	1	5	4,09	0,85
Zdravstveni delavci, ki vsakodnevno delajo z bolniki z demenco, prvi opazijo spremembe, ki so lahko vzrok za bolečino.	275	1	5	4,38	0,82

*N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon*

Anketirani se v tabeli 4.7 v povprečju najbolj strinjajo s trditvijo, da zdravstveni delavci, ki vsakodnevno delajo z bolniki z demenco, prvi opazijo spremembe, ki so lahko vzrok za bolečino (PV = 4,38), anketiranci se prav tako strinjajo s trditvijo, da na pravilno poročanje o bolečini pri bolnikih z demenco vplivajo dobri medsebojni odnosi med vsemi zaposlenimi, ki delajo z bolnikom (PV = 4,15), najmanj pa se v povprečju strinjajo, da so svojci bolnikov z demenco s svojimi rednimi obiski pomemben člen pri oceni bolečin (PV = 4,09).

### Preverjanje hipotez

V tem delu analize smo preverili pet predhodno zastavljenih hipotez.

**H1: Znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih je**

**pomanjkljivo, vendar se razlikuje glede na izobrazbo in starost.**

Tabela 4.8. Znanje o demenci glede na starost anketirancev

	N	PV	SO	p
Do 30 let	84	3,38	0,74	0,850
31–40 let	64	3,38	0,85	
41–50 let	63	3,48	0,74	
51–60 let	64	3,36	0,97	
Skupno	275	3,40	0,82	

*N* – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odklon, *p* – statistična verjetnost

Tabela 4.9. Znanje o demenci glede na starost z opisno statistiko

	Opisna statistika							
	N	PV	SO	SE	95-% interval zaupanja		Min	Max
					Nizki	Visoki		
Do 30 let	84	3,38	,743	,081	3,22		2	5
31–40 let	64	3,38	,845	,106	3,16	3,59	1	5
41–50 let	63	3,48	,737	,093	3,29	3,66	1	5
51–60 let	64	3,36	,966	,121	3,12	3,60	1	5
Skupno	275	3,40	,819	,049	3,30	3,49	1	5

*N* – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odklon, *SE* – standardna napaka

Tabela 4.10. Znanje o demenci glede na starost s testom ANOVA

	Vsota kvadratov	df	Srednji kvadrat	F	p
Med skupinami	,538	3	,179	,265	,850
Znotraj skupin	183,258	271	,676		
Skupaj	183,796	274			

*F* – statistika, *p* – statistična verjetnost, *df* – stopnje prostosti

Upoštevali smo odgovore na trditev: »Prosim, ocenite svoje znanje o demenci.« Hipotezo smo preverili z analizo variance **ANOVA**.

V anketi smo ugotovili, da anketirani svoje znanje o demenci v socialnovarstvenih zavodih ocenjujejo s povprečno oceno 3,40 (standardni odklon = 0,82). Največ anketiranih (123; 44,7 %) je svoje znanje o demenci ocenilo kot dobro, nato kot prav dobro (105; 38,2 %), najmanj anketiranih (6; 2,2 %) pa je svoje znanje o demenci ocenilo kot nezadostno (tabela 4.1). Iz tabele 4.8 je razvidno, da med anketiranimi glede na starost ne obstajajo statistično pomembne razlike glede znanja o demenci v socialnovarstvenih zavodih ( $p = 0,850$ ).



Tabela 4.11. Znanje o demenci glede na izobrazbo anketirancev

	N	PV	SO	p
Nižje poklicno izobraževanje III. (2-letno)	9	3,22	0,67	0,718
Srednje poklicno izobraževanje IV. (3-letno)	87	3,47	0,80	
Srednje tehnično izobraževanje V. (4-letno)	128	3,39	0,77	
Višješolski program VI/1.	13	3,54	0,66	
Visokošolski strokovni program VI/2.	30	3,27	1,05	
Specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program VII.	6	3,00	1,41	
Drugo	2	3,50	0,71	
Skupno	275	3,40	0,82	

*N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, p – statistična verjetnost*

Tabela 4.12. Ocena znanja o demenci glede na izobrazbo z opisno statistiko

	N	PV	SO	SE	95-% interval zaupanja		Min	Max
					Nizki	Visoki		
Nižje poklicno izobraževanje III. (2-letno)	9	3,22	,667	,222	2,71	3,73	2	4
Srednje poklicno izobraževanje IV. (3-letno)	87	3,47	,805	,086	3,30	3,64	2	5
Srednje tehnično izobraževanje V. (4-letno)	128	3,39	,766	,068	3,26	3,52	1	5
Višješolski program VI/1.	13	3,54	,660	,183	3,14	3,94	2	4
Visokošolski strokovni program VI/2.	30	3,27	1,048	,191	2,88	3,66	1	5
Specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program VII.	6	3,00	1,414	,577	1,52	4,48	1	5
Drugo	2	3,50	,707	,500	-2,85	9,85	3	4
Skupno	275	3,40	,819	,049	3,30	3,49	1	5

*N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SE – standardna napaka*

Tabela 4.13. Ocena znanja o demenci glede na izobrazbo s testom ANOVA

	Vsota kvadratov	df	Srednji kvadrat	F	p
Med skupinami	2,496	6	,416	,615	,718
Znotraj skupin	181,300	268	,676		
Skupaj	183,796	274			

*F – statistika, p – statistična verjetnost, df – stopnje prostosti*

Iz tabele 4.11 je razvidno, da med anketiranimi glede na izobrazbo prav tako ne obstajajo statistično pomembne razlike v znanju o demenci v socialnovarstvenih zavodih ( $p = 0,718$ ),

zato **hipoteze H1 ne sprejmemo.**

**H2: Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in nezdravljena.**

Tabela 4.14. Bolečina pri demenci

	N	%
To je enostavno stanje, ki ga določajo zaznavni, čustveni, socialni in kulturni dejavniki.	65	23,6
Je pogosto neprepoznana in nezdravljena.	172	62,5
To je stanje, ki ga pri bolniku z demenco hitro oceniš.	38	13,8
Skupaj	275	100,0

*N – število, % – odstotek*

Upoštevali smo odgovore na vprašanje: »Kako bi opredelili bolečino pri demenci?«

Hipotezo H2 smo preverili z **opisno statistiko** (tabela 4.14). Ugotovili smo, da največ anketiranih (172; 62,5 %) meni, da je pri bolnikih z demenco bolečina pogosto neprepoznana in nezdravljena, zato **hipotezo H2 sprejmemo.**

**H3: Ocena bolečine je povezana s spremenjenim vedenjem bolnikov z demenco.**

Tabela 4.15. Bolečina in spremenjeno vedenje

	N	PV	SO	p
Bolečina se pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje (vznemirjenje).	275	4,26	0,81	0,000

*N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, p – statistična verjetnost*

Tabela 4.16. Bolečina v povezavi s spremenjenim vedenjem z enostranskim testom

	Enostranski test					
	Testna vrednost = 3					
	t	df	p	Razlike v PV	95-% interval zaupanja	
				Nizki	Visoki	
1. Bolečina se pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje (vznemirjenje).	25,735	274	,000	1,262	1,17	1,36

*t – t-test za neodvisne vzorce, df – stopnje prostosti, p – statistična verjetnost, PV – povprečna vrednost*

Upoštevali smo strinjanje anketiranih na zastavljeno trditev: »Bolečina se pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje (vznemirjenje).«

Hipotezo smo preverili s **t-testom** za en vzorec, kot testno vrednost smo določili oceno 3

(tabela 4.16.). Iz tabele 4.15. je razvidno, da se anketirani v povprečju strinjajo (povprečje = 4,26; standardni odklon = 0,81;  $p = 0,000$ ), da se bolečina pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje, zato **hipotezo H3 sprejmemo**.

**H4: Samoocena bolnika z demenco je najzanesljivejša metoda za oceno bolečine za zdravstvene delavce.**

Tabela 4.17. Samoocena bolnika z demenco o bolečini

	N	PV	SO	p
Samoocena bolnikov z demenco o bolečini je najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene.	275	3,30	1,07	0,000

*N* – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odklon, *p* – statistična verjetnost

Tabela 4.18. Samoocena bolnika z demenco o bolečini z enostranskim t-testom

	Enostranski test					
	Testna vrednost = 3					
	t	df	p	Razlike v PV	95-% interval zaupanja	
					Nizki	Visoki
Samoocena bolnikov z demenco o bolečini je najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene.	4,691	274	,000	,302	,18	,43

*t* – t-test za neodvisne vzorce, *df* – stopnje prostosti, *p* – statistična verjetnost, *PV* – povprečna vrednost

Upoštevali smo strinjanje anketiranih na zastavljeno trditev: »Samoocena bolnikov z demenco o bolečini je najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene.«

Hipotezo smo preverili s **t-testom** za en vzorec, kot testno vrednost smo določili oceno 3 (tabela 4.18). Iz tabele 4.17 je razvidno, da se anketirani v povprečju strinjajo (povprečje = 3,30; standardni odklon = 1,07;  $p = 0,000$ ), da je samoocena bolnikov z demenco o bolečini najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene, zato **hipotezo H4 sprejmemo**.

**H5: Zdravstveni delavci bolečino pri bolnikih z demenco le občasno ocenjujejo z lestvicami opazovanja in številčno lestvico.**

Tabela 4.19. Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine

	N	PV	SO	p
Kako pogosto uporabljate lestvice za ocenjevanje bolečine?	275	2,46	1,450	0,000

*N* – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odklon, *p* – statistična verjetnost

Tabela 4.20. Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine z enostranskim testom

	Enostranski test					
	Testna vrednost = 3					
	t	df	p	Razlike v PV	95-% interval zaupanja	
				Nizki	Visoki	
Kako pogosto uporabljate lestvice za ocenjevanje bolečine?	-6,196	274	,000	-,542	-,71	-,37

*t* – *t*-test za neodvisne vzorce, *df* – stopnje prostosti, *p* – statistična verjetnost

Tabela 4.21. Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine med zdravstvenimi delavci

	N	%
Nikoli	93	33,8
Redko (1–3-krat na mesec)	64	23,3
Občasno (4–6-krat na mesec)	62	22,5
Pogosto (7–10-krat na mesec)	26	9,5
Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)	15	5,5
Vsakodnevno	15	5,5
Total	275	100,0

*N* – število, % – odstotek

Upoštevali smo odgovore anketiranih na vprašanje: »Kako pogosto uporabljate lestvice za ocenjevanje bolečine?« Največ anketiranih (33,8 %) lestvic za ocenjevanje bolečine ne uporablja, 23,3 % anketiranih lestvice za bolečino uporablja redko (1–3-krat na mesec), 22,5 % anketiranih lestvice za oceno bolečine uporablja občasno (4–6-krat na mesec), pogosto (7–10-krat na mesec) lestvice za oceno bolečine uporablja 9,5 % anketiranih zdravstvenih delavcev, najmanj anketiranih (5,5 %) pa lestvice za ocenjevanje bolečine uporablja vsakodnevno in zelo pogosto (11–15-krat na mesec) (tabela 4.21).

Hipotezo smo preverili s **t-testom** za en vzorec, kot testno vrednost smo določili oceno 3 (tabela 4.20).

Anketirani so pogostost uporabljanja lestvice za ocenjevanje bolečine ocenili s povprečno oceno 2,46 (standardni odklon = 1,45). **Hipotezo H5 sprejmemo.**

## 5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, koliko zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih vedo o demenci ter kako prepoznajo in ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco.

Zanimalo nas je, ali je znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih pomanjkljivo in ali se razlikuje glede na izobrazbo in starost. Na podlagi raziskovalnega cilja smo oblikovali hipotezo 1: **Znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih je pomanjkljivo, vendar se razlikuje glede na izobrazbo in starost.**

Na podlagi podatkov, pridobljenih s pomočjo anketnega vprašalnika, smo ugotovili, da ne glede na izobrazbo in starost zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih svoje znanje o demenci ocenjujejo kot dobro v 44,7 %, v 38,2 % pa kot prav dobro (tabela 4.1). Večina anketiranih razume, da je demenca kronično napredujoča bolezen (tabela 4.2). Glede na rezultate analiz in raziskav domačih in tujih raziskovalcev Kmetčeva (2019) ugotavlja, da se zaposleni v socialnovarstvenem zavodu redno strokovno izobražujejo za delo z bolniki z demenco v obliki prebiranja strokovnih člankov, ogleda strokovnih oddaj po televiziji, tudi v obliki raznih srečanj in timskih sestankov, kjer izpostavijo težave, ter tudi zamenjajo oddelek. Kmetčeva (2019) prav tako ugotavlja, da si zaposleni želijo več izobraževanj za svojce bolnikov z demenco. Zaposleni pa bi želeli več izobraževanj psihiatra in nevrologa. Zdravstveni delavci, ki negujejo bolnika z demenco, imajo pomembno vlogo pri obravnavi bolečine, ugotavlja Marinič (2020). Zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo in višjo izobrazbo imajo več znanja pri oceni in prepoznavi bolečine bolnika z demenco, dodaja Nišandžić (2017). Kmetčeva (2019) v svoji raziskavi ugotavlja, da se v socialnovarstvenem zavodu zdravstveni delavci redno strokovno izobražujejo, si pa želijo več izobraževanj za sorodnike bolnikov z demenco v obliki izkustvenih delavnic. Mlakar (2016) v svoji raziskavi ugotavlja, da se 26,4 % zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih izobražuje preko interneta, 23,6 % izven socialnovarstvenih zavodov, 25 % s prenosom znanja med zaposlenimi in 24,3 % z razpoložljivo literaturo. Kobentarjeva (2016) dodaja, da potrebujejo zdravstveni delavci pri delu z bolniki z demenco veliko znanja, empatije, odgovornosti, usposabljanja ter stalnega strokovnega izobraževanja. Skela Savič in Hvalič Touzery (2014) v svoji raziskavi ugotavljata pomanjkljivo znanje s področja dela s starostniki pri študentih zdravstvene nege in prav tako negativen odnos do starostnikov pri študentih zdravstvene nege in kliničnih mentorjih.

Na podlagi znanja zdravstvenih delavcev o demenci smo v raziskavi ugotovili, da glede na izobrazbo ni pomembnih statističnih razlik v socialnovarstvenih zavodih. Sivčeva (2018) enako ugotavlja, da med skupinama zdravstvenih delavcev z znanjem o demenci in brez znanja o demenci ni statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo, ustanovo, starost in delovno dobo. Najnižje število točk so o poznavanju demence v raziskavi Skele Savič (2018) dosegli zaposleni s srednješolsko izobrazbo, najvišje število točk pa zaposleni z višješolsko izobrazbo in več in se znanje glede na stopnjo izobrazbe nekoliko dviguje. Izobrazbena struktura v institucionalnem varstvu se bolj nagiba k nižje izobraženemu kadru, ugotavlja Skela Savič (2018) in prav enako ugotavljamo v svoji raziskavi, kjer ima 46,5 % anketiranih

končano štiriletno izobraževanje in 31,6 % končano triletno izobraževanje. Iz tega sklepamo, da se izobrazbena struktura v institucionalnem varstvu bolj nagiba k nižje izobraženim zdravstvenim delavcem. Travers s sodelavci (2013) v svoji raziskavi ugotavlja, da imajo zdravstveni delavci z nižjo izobrazbo večjo stisko pri oskrbi bolnikov z demenco zaradi pomanjkanja znanja. To pomeni pomanjkanje spoštovanja in dostojanstva do bolnikov z demenco, zato zdravstveni delavci menijo, da bi redno strokovno izobraževanje izboljšalo znanje in pristop do bolnikov z demenco. Ošlak in Musil (2017) v svoji raziskavi navajata, da imajo ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe manj znanja o demenci in posledično manj razumevanja in več izogibanja do bolnikov z demenco.

Med anketiranimi glede na starost ne obstajajo statistično pomembne razlike glede znanja o demenci med zdravstvenimi delavci v socialnovarstvenih zavodih ( $PV = 3,40$ ;  $p = 0,850$ ). Sivčeva (2018) v svoji raziskavi ugotavlja, da imajo najmanj znanja zdravstveni delavci o demenci v starosti 31–40 let. Sivčeva (2018) domneva, da se zaposleni v tej starosti manj izobražujejo ali so naveličani svojega dela in ga opravljajo rutinsko. Blazinšek (2013) v svoji raziskavi ne ugotavlja statistično pomembnih razlik o znanju demence glede na starost zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih.

Ugotovili smo, da je znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih pomanjkljivo, vendar glede na izobrazbo in starost ne obstajajo statistično pomembne razlike, zato **hipoteze H1 ne sprejmemo**.

Z naslednjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kako zdravstveni delavci prepoznajo bolečino pri bolnikih z demenco. Na podlagi raziskovalnega vprašanja smo oblikovali hipotezo 2: **Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in nezdravljena**.

Na podlagi podatkov, pridobljenih s pomočjo anketnega vprašalnika, smo ugotovili, da 62,5 % zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih meni, da je bolečina pri bolnikih z demenco pogosto neprepoznana in nezdravljena (tabela 4.14). Nowak s sodelavci (2018) v svoji poljski raziskavi ugotavlja, da je v njihovih socialnovarstvenih zavodih uporaba psihotropnih zdravil prevladala nad uporabo analgetikov, čeprav je znano, da so vedenjski in psihični simptomi pri bolnikih z demenco posledica bolečine. Ocena bolečine pri bolnikih z demenco predstavlja velik izziv, se strinja Nowak s sodelavci (2018). Sampson s sodelavci (2015) in Guerriero s sodelavci (2016) prav tako ugotavljajo, da je bolečina pri bolnikih z napredovalo demenco premalo prepoznana, premalo zdravljena in podcenjena, temu se pridružuje tudi Cravello s sodelavci (2019). Lichtner s sodelavci (2016) navaja, da je bolečina pri bolnikih z demenco slabo nadzorovana v bolnišničnem okolju in ugotavlja, da je ocena bolečine bolnika z demenco težko pravilno ocenjena zaradi komunikacijskih ovir bolnika ter pomanjkanja časa zaposlenih. Lichtner s sodelavci (2016) tudi ugotavlja, da je za oceno celostne bolečine pri bolnikih z demenco potreben multidisciplinarni tim. Multidisciplinarni tim mora imeti enoten pristop za ocenjevanje bolečine, člani morajo medsebojno sodelovati in imeti čas za svoje delo. Elo (2014) ugotavlja, da je bolečina pri bolnikih z demenco v paliativni oskrbi pogosto premalo prepoznana in zdravljena, istočasno

pa so ti bolniki preveč izpostavljeni nepotrebnim posegom, zato je potreba po dodatnem znanju zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju bolečine in drugih simptomov bolnikov z demenco velika. Neprepoznana in premalo zdravljena bolečina pri bolnikih z demenco vodi do zmanjšanja fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja ter kakovosti življenja bolnika z demenco, ugotavlja Elo (2014). Zaradi demence je otežkočena komunikacija bolnikov, težko podajo samooceno, pogosto tudi izražajo vedenjske simptome in zato je bolečina premalo prepoznana in premalo zdravljena (Corbett et al., 2014; Elo, 2018; Lešnik et al., 2019).

Glede na rezultate ankete smo ugotovili, da je bolečina pri bolnikih z demenco pogosto neprepoznana in nezdravljena, lahko sklepamo, da zaradi pomanjkanja časa zdravstvenih delavcev in pomanjkanja znanja, zato **hipotezo H2 sprejmemo**.

V sklopu raziskovalnega vprašanja prepoznave bolečine pri bolnikih z demenco smo oblikovali hipotezo 3: **Ocena bolečine je povezana s spremenjenim vedenjem bolnikov z demenco**.

Na podlagi pridobljenih rezultatov smo ugotovili, da se anketirani v povprečju strinjajo (PV = 4,26), da se bolečina pri bolniku z demenco pogosto izraža s spremenjenim vedenjem (tabela 4.11). Bolečina je lahko pomemben vzrok vedenjskih motenj pri bolnikih z demenco, navaja Nowak s sodelavci (2018), zato sta ključnega pomena ocena in obvladovanje bolečine, tako se izognemo preveliki uporabi antipsihotikov. Achterberg s sodelavci (2020) prav tako ugotavlja, da je bolečina v nekaj primerih dokazano povezana z vedenjskimi in psihičnimi simptomi bolnika z demenco. Agresivnost in begavost sta veliki oviri pri oskrbi bolnika z demenco, navaja Kmetec (2019), Sampson s sodelavci (2015) pa v svoji raziskavi ugotavlja, da je bolečina bolnikov z demenco, pripeljanih v akutno bolnišnično obravnavo, močno povezana z vedenjskimi in psihičnimi simptomi, najbolj z verbalno agresijo in tesnobo. Spremenjeno vedenje pri bolnikih z demenco je ključna strategija za prepoznavo in oceno bolečine in ga je treba spremljati, ugotavljajo Arnstein in Herr (2014) in Guerriero s sodelavci (2016). Spremenjeno vedenje se kaže v obliki grimas, stokanja, varovanja dela telesa, držanja, vznemirjenosti, agresije, nemira, upiranja pri izvajanju zdravstvene nege. Zdravstveni delavci se pogosto ne zavedajo pomembne vloge spremenjenega vedenja bolnika z demenco, ki je lahko vzrok za bolečino, ugotavljata Arnstein in Herr (2014). Uporaba protibolečinske terapije je lahko pomembna pri prepoznavi bolečine bolnika z demenco, pri katerem ne moremo ugotoviti vzroka za spremenjeno vedenje (Arnstein & Herr, 2014). Kmetčeva (2019) v svoji raziskavi ugotavlja stisko zdravstvenih delavcev zaradi agresije, begavosti in motenj komunikacije bolnika z demenco. Scuteri s sodelavci (2017) prav tako ugotavlja, da je zdravljenje agitacije in agresije pri bolnikih z demenco zelo zapleteno in največkrat povezano z zaznavanjem bolečine ter uporabo antipsihotikov, zato je vedno več zanimanja za aromaterapijo, ki se uporablja za nadzor agitacije, agresije in drugih vedenjskih in psihičnih simptomov, dodaja v svoji raziskavi Scuteri s sodelavci (2017). Kligler s sodelavci (2016) ugotavlja, da je akupunktura zelo primerna za zdravljenje kronične bolečine. Bolečina je lahko pomemben razlog spremembe obnašanja bolnikov z demenco, navaja Elo (2014), prav tako je bolečina zelo prisotna pri bolnikih z napredovalo demenco, ki so zdravljeni zaradi vedenjskih in psihičnih simptomov, ne glede na tip

demence, v svoji raziskavi ugotavljajo Atee s sodelavci (2020) in Schofield (2018). Atee s sodelavci (2020) prav tako potrjuje, da je bolečina pri bolnikih z demenco močno povezana s spremenjenim vedenjem, posebej z vznemirjenostjo in agresijo.

Glede na rezultat, da se zaposleni v povprečju strinjajo, da je bolečina pri bolnikih z demenco povezana s spremenjenim vedenjem, **hipotezo H3 sprejmemo**.

Z vidika ocene bolečine nas je zanimalo, kako zdravstveni delavci ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco. Na podlagi raziskovalnega cilja smo oblikovali hipotezo 4: **Samoocena bolnika z demenco je najzanesljivejša metoda za oceno bolečine za zdravstvene delavce**.

Na podlagi pridobljenih podatkov smo ugotovili, da se zdravstveni delavci v povprečju strinjajo (PV = 3,30), da je samoocena bolnikov z demenco o bolečini najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine (tabela 4.17). Verjetno je razmeroma nizka ocena posledica tega, da anketiranci menijo, da samoocena bolnika z demenco ni pogosto izvedljiva in menijo, da so bolj pomembne opazovalne lestvice za oceno bolečine. Napredovanje demence zelo vpliva na sposobnost komunikacije in razumevanja bolnikov z demenco o oceni bolečine. Anketirani zdravstveni delavci (tabela 4.5) se zelo strinjajo s trditvijo, da morajo biti vprašanja o oceni bolečine za bolnika z demenco enostavna in neposredna ter da je treba vprašanja o oceni bolečine znati postavljati na različne načine.

De Witt Jansen s sodelavci (2017) v svoji raziskavi ugotavlja, da so bolničarji/negovalci prvi, ki opazijo vzroke za bolečino in odkrijejo spremembe v obnašanju bolnika z demenco, ki so lahko vzrok za bolečino, posledično na poročanje o bolečini pri bolniku z demenco močno vplivajo medsebojni odnosi v timu in spoštovanje bolničarjev/negovalcev med člani tima. Pozitivni odnosi med člani tima privedejo do celostnega poročanja o bolečini, negativni odnosi med člani tima pa do nepopolnega poročanja o bolečini pri bolnikih z demenco, dodaja De Witt Jansen s sodelavci (2017). Da bi bila ocena bolečine čim bolj popolna, morajo biti bolničarji/negovalci enakopravno vključeni v tim in upoštevani, ker preživijo največ časa z bolniki. Bolničarji/negovalci najprej opazijo spremembe v telesnem in kognitivnem delovanju, ki lahko povzročijo bolečino in takoj opozorijo medicinske sestre, še dodaja De Witt Jansen s sodelavci (2017).

Samoocena bolnika z demenco o bolečini je zlati standard, ki je omejen s kognitivnim upadom, ugotavljajo Williams in Ackroyd (2017), Schofield (2018), Cravello s sodelavci (2019) in Achterberg s sodelavci (2020). Pri hudem kognitivnem upadu je treba uporabiti večdimenzionalne lestvice, dodaja Cravello s sodelavci (2019). Samoocena bolnika z demenco je najzanesljivejša metoda za oceno bolečine, nato sledi številčna ocena, pri hudi demenci pa sta v Veliki Britaniji zanesljivi metodi lestvica PAINAD in Doloplus-2, ki sta zanesljivi in veljavni, ugotavlja Schofield (2018).

Ugotovili smo, da se zdravstveni delavci v povprečju strinjajo, da je samoocena bolnikov z demenco o bolečini najzanesljivejša metoda ocene bolečine, zato **hipotezo H4 sprejmemo**.



Z zadnjo hipotezo smo želeli ugotoviti, s katerimi orodji zdravstveni delavci ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco v socialnovarstvenih zavodih in smo oblikovali hipotezo 5: **Zdravstveni delavci bolečino pri bolnikih z demenco le občasno ocenjujejo z lestvicami opazovanja in številčno lestvico.**

S pomočjo pridobljenih rezultatov smo ugotovili, da so zdravstveni delavci pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine ocenili s povprečno oceno 2,46 (tabela 4.13). Lestvica PAINAD je zanesljivo in uporabno orodje za ocenjevanje bolečine pri bolnikih z napredovalo demenco, ugotavlja Marinič (2020), prav tako dodaja, da neprepoznana in nezdravljena bolečina lahko povzroči veliko težav. Rodger s sodelavci (2015) v svoji raziskavi med strokovnjaki geriatrije v Veliki Britaniji ugotavlja, da je paracetamol prvo zdravilo pri lajšanju bolečine z najmanj stranskimi učinki za bolnike z demenco. Večina strokovnjakov s področja geriatrije strinja, da je pri večji stopnji bolečine predpisovanje analgetikov težje v takšni rizični skupini, kot so bolniki z demenco. Ocena in ponovno ocenjevanje bolečine sta najbolj pomembna pri bolnikih z demenco, prav tako tudi sodelovanje svojcev, skrbnikov in okolja, v katerem živijo. Bolnike z demenco je treba obravnavati celostno, ugotavljajo strokovnjaki geriatrije. Hoti s sodelavci (2018) je v svoji raziskavi uporabil video analizo obraza v povezavi s kliničnimi kazalci za oceno in prisotnost bolečine (ePAT) pri bolnikih z demenco in ugotovitve so primerjali z Abbey Pain lestvico. Rezultati so pokazali klinično uporabnost ePAT pri oceni bolečine pri bolniku z demenco in nezmožnostjo samoocene. Nowak s sodelavci (2018) ugotavlja, da je treba za celostno oceno bolečine uporabiti opazovalne lestvice bolečine. Schofield (2018) ugotavlja, da je ocenjevanje bolečine pri bolnikih z demenco zapleten proces, ki ga ovirajo komunikacija, kognitivni upad in družbeno-kulturni dejavniki. Za oceno in obvladovanje bolečine je treba zagotoviti standardizirano izobraževanje za vse zdravstvene delavce, dodaja Schofield (2018). Za oceno bolečine je bilo pri bolnikih z demenco razvitih več kot dvajset opazovalnih orodij različne stopnje veljavnosti in zanesljivosti, uporabljajo se glede na kognitivni upad bolnikov z demenco, razlagata Arnstein in Herr (2014) in dodajata, da je treba ocenjevati bolečino ne samo med mirovanjem, ampak tudi med gibanjem bolnika z demenco, ker je bolečina takrat največkrat prisotna. Svojci bolnikov z demenco imajo pomembno vlogo pri prepoznavi in oceni bolečine in bi morali biti izobraženi v tej smeri, ugotavljata Arnstein in Herr (2014). V institucionalnem varstvu v ZDA sta najbolj priporočljivi orodji za oceno bolečine PAINAD in PACSLAC-II (Arnstein & Herr, 2014). Marinič (2019) je v svoji raziskavi ugotovila, da je lestvica PAINAD zanesljivo orodje za oceno bolečine pri bolnikih z napredovalo demenco, vendar pri nas premalo uporabljeno, ugotavlja Nisandžić (2017). De Witt Jansen s sodelavci (2018) pa ugotavlja, da so v Angliji priporočila za oceno bolečine pri bolnikih z demenco uporaba številčnih in obraznih ocenjevalnih lestvic, pri napredovali demenci pa uporaba Abbey Pain ocenjevalne lestvice, pri zelo napredovali demenci je treba vključiti v celostno oceno bolečine tudi bolnikove bližnje, ki sodelujejo pri oskrbi bolnika z demenco. Kobentarjeva (2014) in Marinič (2019) v svoji raziskavi priporočata, da se bolečina pri bolnikih z demenco ocenjuje celostno, v kontekstu vedenjskih motenj, funkcioniranja in življenjskih pogojev bolnika z demenco, nato pa naj se uporabi ustrezna ocenjevalna lestvica, primerna za bolnika. V našem okolju se ocenjevalni lestvici PAINAD in PACSLAC redkeje uporabljata, bolj pogosto se uporabljajo enodimenzionalne lestvice in

opazovanje bolnika. Uporaba primerne orodja za oceno bolečine bi morala postati standard bolnikov z demenco, ugotavlja Kobentarjeva (2014). Menimo, da bi bilo nujno čim hitreje v socialnovarstvene zavode obvezno uvesti oceno bolečine kot enega izmed kazalnikov kakovosti.

Na podlagi rezultatov ankete smo ugotovili, da zdravstveni delavci le občasno uporabljajo lestvice za oceno bolečine pri bolnikih z demenco, to pomeni 4–6-krat mesečno, zato **hipotezo H5 sprejmemo.**

Z raziskavo smo pridobili tudi druge rezultate, ki jih predstavljamo v nadaljevanju. Anketirani zdravstveni delavci se zelo strinjajo s trditvijo, da bi kratke enourne delavnice o demenci na vsake tri mesece pripomogle k lažji oceni bolečine bolnikov z demenco, prav tako se strinjajo s trditvijo, da je za prepoznavo in oceno bolečine potrebno strokovno izobraževanje (tabela 4.6). Anketiranci so v 40 % povedali, da se še niso udeležili izobraževanj o bolečini pri demenci, 35,3 % zdravstvenih delavcev pa ima izobraževanja enkrat letno (slika 4.2), 22,2 % anketiranih zdravstvenih delavcev se izobraževanj o bolečini pri demenci udeležuje enkrat na dve ali tri leta.

Burns in McIlpatrick (2015) ugotavljata, da pomanjkanje izobraževanja, slabo medsebojno sodelovanje in povečan obseg dela vplivajo na pravilno oceno bolečine. Lešnik s sodelavci (2019) v svoji raziskavi prav tako ugotavlja, da je pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev velikokrat vzrok za podcenjevanje jakosti bolečine bolnikov z demenco. Lahajnar (2004) in Marinič (2020) ugotavljata podobno, da je za nepravilno oceno bolečine bolnika z demenco vzrok pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev in časa ter posledično premajhna uporaba ocenjevalnih orodij, dodaja Nowak s sodelavci (2019). Kobentar (2014) dodaja, da imajo dodatno izobražene in opolnomočene medicinske sestre ključno vlogo pri prepoznavi in oceni bolečine bolnika z demenco.

Anketiranci v naši raziskavi se zelo strinjajo s trditvijo, da zaposleni, ki vsakodnevno skrbijo za bolnika z demenco, prvi opazijo spremembe, ki so lahko vzrok ali posledica bolečine, prav tako se strinjajo s trditvijo, da na pravilno oceno bolečine bolnika z demenco vplivajo dobri medsebojni odnosi v timu (tabela 4.7). Podobno se anketiranci v raziskavi strinjajo s trditvijo, da so lahko svojci bolnikov z demenco s svojimi rednimi obiski pomemben člen pri oceni bolečine.

Repec (2016) ugotavlja, da je lahko vzrok za nepravilno oceno bolečine bolnikov z demenco pomanjkanje sporazumevanja v timu. Williams in Ackroyd (2017) dodajata, da svojci bolnikov z demenco velikokrat bolje prepoznajo njihovo bolečino, zato so pomemben člen pri oceni bolečine.

## 6 ZAKLJUČEK

### 6.1 Povzetek vsebine poglavij

V teoretičnem delu magistrske naloge smo predstavili bolečino kot pogosto spremljevalko demence, ki ostane velikokrat neprepoznana in predstavlja izziv zdravstvenim delavcem.

Uvodno poglavje smo razdelili v dve podpoglavji. V prvem podpoglavju smo opredelili raziskovalni problem. Med simptome demence spadajo upad spominskih sposobnosti, upad sposobnosti govornega izražanja, zmanjšana uporabnost motoričnega aparata, težave z zaznavanjem, zmanjšana sposobnost izvršitvenih funkcij ter vedenjske in psihične spremembe, ugotavlja Kogoj (2011). Petrič s sodelavci (2016) je poudaril tri glavne cilje za obvladovanje demence, ki so postavitve zgodnje diagnoze, zdravljenje z antidementivi ter podpora bolniku in svojcem. Znano je, da je pri nas demenca pogosto neprepoznana, premalo zdravljena in svojci nimajo dovolj podpore. Ugotavljamo, da je uspešnost zdravljenja bolečine odvisna od znanja zdravstvenih delavcev, uspešnega medsebojnega sodelovanja z drugimi strokovnjaki ter sodelovanja z bolnikom in svojci (Lahajnar-Čavlovič et al., 2015, Tarter et al., 2016). Bolečina je pri bolnikih z demenco pogosta, ugotavlja Elo (2018). Zlati standard za oceno bolečine je samoocena bolnika (Herr et al., 2006; Malara et al., 2016), prav tako pa so lestvice za oceno jakosti bolečine pomembne za spremljanje uspešnosti protibolečinskega zdravljenja (Lešnik et al., 2019). Ugotavljamo, da zdravstveni delavci premalo poznajo bolečinske lestvice (Nisandžić, 2017), zato se priporoča redno strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev.

V drugem podpoglavju smo opredelili namen in cilje magistrskega dela, s katerimi smo želeli predstaviti pomen ocene bolečine pri bolnikih z demenco in ugotoviti, koliko zdravstveni delavci vedo o demenci ter kako prepoznajo in ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco.

Teoretični del magistrskega dela smo razdelili na dve poglavji. V prvem poglavju, ki je razdeljeno na dva sklopa, smo opredelili demenco kot skupek simptomov, ki so posledica bolezni možganov in kognitivnega upada (Kavčič, 2017; International Association for the Study of Pain, 2019). Nadalje smo opisali vedenjske in psihične simptome pri demenci, ki so lahko vzrok za bolečino pri bolnikih z demenco, ugotavlja Darovec s sodelavci (2013). Ugotovili smo močno povezavo med bolečino, depresijo, osamljenostjo in socialno izolacijo (Schofield, 2018).

V drugem podpoglavju smo razložili kaj pomeni napredovala demenca (Strbad, 2018) in da terminalna faza demence pomeni izgubo komunikacije, nepomičnost, motnje požiranja in inkontinenco, ugotavlja Lundrova (2009). Ker je ocena prognoze demence zelo težka, si lahko pomagamo s Fast ocenjevalno lestvico napredovale demence. To poglavje smo razdelili na tri sklope. Bolečino smo opredelili na akutno ali kronično (Požlep, 2018). Kronična bolečina je izjemno neprijetna osebna izkušnja, zato mora zdravstveni delavec aktivno poslušati in verjeti bolniku ter ob tem zmanjšati strah bolnika (Svilenković in

Trobec, 2018). V prvem podpoglavju smo ugotovili, kako močno lahko demenca vpliva na zaznavanje in poročanje o bolečini bolnika in posledično privede do nezdravljenja bolečine (Corbett et al., 2014). V drugem podpoglavju smo opisali tri najpogostejše večdimenzionalne ocenjevalne lestvice Abbey Pain, PAINAD in PACSLAC. Ugotovili smo, da orodja za oceno bolečine ne morejo v celoti prikazati vseh dimenzij bolečine, zato je treba prikazati še prisotnost vedenjskih in psihičnih simptomov, stopnjo dnevnih aktivnosti ter prisotnost vizualnih in slušnih motenj (Lahajnar, 2004; Kobentar, 2014). V tretjem podpoglavju pa smo povzeli, da imajo pozitiven pristop zdravstvenih delavcev, znanje in empatija pomemben prispevek k učinkovitemu zdravljenju bolečine (Svilenkovič in Trobec, 2018).

## 6.2 Povzetek rezultatov

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu in je bila opravljena v 10 socialnovarstvenih zavodih celjske regije. Uporabili smo neslučajnostni kvotni vzorec. Razdelili smo 500 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 275 anketnih vprašalnikov. V raziskavi so sodelovali zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z demenco. Pridobljeni podatki so bili analizirani s programom SPSS 25.0.

Ključne ugotovitve postavljenih hipotez so naslednje:

**Hipoteza 1: Znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih je pomanjkljivo, vendar se razlikuje glede na izobrazbo in starost.** Prehodno smo ugotovili, da anketirani svoje znanje o demenci v socialnovarstvenih zavodih ocenjujejo s povprečno oceno 3,40 (standardni odklon = 0,82). Največ anketiranih (123; 44,7 %) je svoje znanje o demenci ocenilo kot dobro, nato kot prav dobro (105; 38,2 %), najmanj anketiranih (6; 2,2 %) pa je svoje znanje o demenci ocenilo kot nezadostno. Iz tabele 4.8. je razvidno, da med anketiranimi glede na starost ne obstajajo statistično pomembne razlike glede mnenja o znanju o demenci v socialnovarstvenih zavodih ( $p = 0,850$ ). Iz tabele 4.9. je razvidno, da med anketiranimi glede na izobrazbo prav tako ne obstajajo statistično pomembne razlike glede mnenja o znanju demence v socialnovarstvenih zavodih ( $p = 0,718$ ), zato **hipoteze H1 ne sprejmemo.**

**Hipoteza 2: Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in nezdravljena.** Upoštevali smo odgovore na vprašanje: »Kako bi opredelili bolečino pri demenci?«

Hipotezo H2 smo preverili z **opisno statistiko**. Ugotovili smo, da največ anketiranih (172; 62,5 %) meni, da je pri bolnikih z demenco bolečina pogosto neprepoznana in nezdravljena, zato **hipotezo H2 sprejmemo.**

**Hipoteza 3: Ocena bolečine je povezana s spremenjenim vedenjem bolnikov z demenco.** Hipotezo smo preverili s **t-testom**, kot testno vrednost smo določili oceno 3 (Priloga 2). Iz tabele 4.11. je razvidno, da se anketirani v povprečju strinjajo (povprečje = 4,26; standardni odklon = 0,81;  $p = 0,000$ ), da se bolečina pri bolniku z demenco pogosto izraža

kot spremenjeno vedenje, zato **hipotezo H3 sprejmemo**.

**Hipoteza 4: Samoocena bolnika z demenco je najzanesljivejša metoda za oceno bolečine za zdravstvene delavce.** Hipotezo smo preverili s **t-testom**, kot testno vrednost smo določili oceno 3 (Priloga 3). Iz tabele 4.18. je razvidno, da se anketirani v povprečju strinjajo (povprečje = 3,30; standardni odklon = 1,07;  $p = 0,000$ ), da je samoocena bolnikov z demenco o bolečini najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene, zato **hipotezo H4 sprejmemo**.

**Hipoteza 5: Zdravstveni delavci bolečino pri bolnikih z demenco le občasno ocenjujejo z lestvicami opazovanja in številčno lestvico.** Hipotezo smo preverili s **t-testom**, kot testno vrednost smo določili oceno 3 (Priloga 4). Anketirani so pogostost uporabljanja lestvice za ocenjevanje bolečine ocenili s povprečno oceno 2,46 (standardni odklon = 1,45). Največ anketiranih (93; 33,8 %) lestvic za ocenjevanje bolečine ne uporablja, sledijo anketirani, ki lestvice za ocenjevanje bolečine uporabljajo redko (64; 23,3 %) in občasno (62; 22,5 %), najmanj anketiranih (15; 5,5 %) pa lestvice za ocenjevanje bolečine uporabljajo vsakodnevno. **Hipotezo H5 sprejmemo**.

### 6.3 Prispevek k stroki

Naša raziskava predstavlja svojevrsten primer raziskave v socialnovarstvenih zavodih celjske regije v Sloveniji. Ugotovili smo, da je demenca med zdravstvenimi delavci dobro poznana, manj poznana pa je prepoznavna in ocena bolečine ter uporaba ocenjevalnih orodij. Rezultati raziskave predstavljajo izhodišče za nadaljnje raziskovanje bolečine pri bolnikih z demenco ter uporabo enotnih standardov za oceno bolečine.

### 6.4 Omejitve raziskave

Raziskava je imela naslednje omejitve:

- **Omejitev raziskave z vidika izbrane metodologije:** uporabili smo samo kvantitativno raziskovalno metodo. Nismo uporabili mešanih metod raziskovanja.
- **Omejitev raziskave z vidika uporabljenega vzorca:** raziskava je bila narejena na vzorcu zdravstvenih delavcev socialnovarstvenih zavodov celjske regije, ne pa še ostalih regij v Sloveniji.

### 6.5 Predlogi nadaljnjega raziskovanja

Na podlagi pregleda znanstvene literature in opravljene raziskave predstavljamo predloge za nadaljnja raziskovanja:

- Sodelovanje med socialnovarstvenimi zavodi glede metod ocenjevanja bolečine.
- Ugotoviti kako svojci bolnikov razumejo in prepoznajo demenco in bolečino.
- Testiranje različnih metod za oceno bolečine pri bolnikih z demenco in jih primerjati.
- Redna izobraževanja o prepoznavi bolečine pri bolniku z demenco ter na koncu

izobraževanja razdelitev anketnega vprašalnika z namenom ugotavljanja stopnje usvojenega znanja.

## 7 LITERATURA IN VIRI

1. Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A. & Herr, K., 2020. Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1), pp. 1–8.
2. Achterberg, W. P., Pieper, M.J.C., Van Dalen-Kok, A. H., De Waal, M. W. M., Husebo, B. S., Lautenbacher, S. et al., 2013. Pain management in patients with dementia. *Clinical Intervention in Aging*, 8(2013), pp. 1471–1482.
3. Alzheimer Society of B. C., 2020 *Pain Management at end-of-life*. Available at: <http://www.alzheimer.co> [16. 9. 2020].
4. Alzheimer Society of Canada, 2017. *How does pain affect people with dementia?* Available at: <http://www.alzheimer.ca> [16. 9. 2020].
5. Alzheimer Disease International, 2018. *World Alzheimer Report*. Available at: <https://www.alz.co.uk-research-world-report-2018> [25. 8. 2019].
6. Arnstein, P. & Herr, K., 2014. Persistent Pain Management in Older Adults. In: Butcher, H. K. ed. *The University of Iowa College of Nursing: Barbara and Richard Csomay Center for Gerontological Excellence*, pp. 8–21. Available at: <http://www.IowaNursingGuidelines.com> [10. 10. 2020].
7. Atee, M., Morris, T., Macfarlane, S. & Cunningham, C., 2020. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(6), pp. 1–12.
8. Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., Alzner, R. & Iglseder, B., 2016. Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16(124), pp. 1–10.
9. Benc, J., 2019. *Primerjava ocenjevalnih orodij za oceno bolečine pri pacientih z demenco v kliničnem okolju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta, p. 32.
10. Blazinšek, U., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2013. Učinkovitost komunikacije diplomiranih in srednjih medicinskih sester z dementnimi bolniki v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik Zdravstvene nege*, 47(1), pp. 38–46.
11. Borovečki, F., 2017. *Izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco na čezmejnem območju – Demenca aCROsSLO 2014–2020*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/izboljsanje-kakovosti-zivljenja-oseb-z-demenco-na-cezmejnem-obmocju-demenca-acrosslo> [2. 9. 2020].
12. Brus Hladen, Z. & Šlebinger, R., 2011. Demenca in KPSS kot pomemben podatek pri delu s stanovalci na varovanem oddelku v sklopu demence. In: Kavaš, E. ed. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik strokovnih predavanj 2011. Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstveni tehnikov Pomurja, Murska Sobota, 26. maj 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 40–47. Available at: <http://www.drustvo-mszt-pomurja.si> [10. 10. 2020].

13. Bullock, L., Chew-Graham, C. A., Bedson, J., Bartlam, B. & Campbell, P., 2020. The challenge of pain identification assessment and management in people with dementia: a qualitative study. *BJGP Open*, 4(2), pp. 1–14.
14. Burns, M. & McIlfratrick, S., 2015. Palliative care in dementia: literature review of nurses knowledge and attitudes towards pain assesment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), pp. 400–407.
15. Canton-Habas, V., Carrera Gonzales, M. P., Moreno Casbas, M. T., Quesada Gomez, J. M. & Rich Ruiz, M., 2019. Correlation between biomarkers of pain in saliva and PAINAD scale in elderly people with cognitive inpairment and inability to communicate: descriptive study protocol. *BMJ Open*, 9(11), pp. 1–5.
16. Chan, S., Hadjistavropoulos, T., Wiliams, J., Lints-Martindale, A., 2014. Evidence-Based development and initial validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate-II (PACSLAC II). *Clinical J Pain* 30(9), pp. 816-24.
17. Corbett, A., Achterberg, W., Husebo, B., Lobbizzo, F., de Vet, H., Kunz, M. et al., 2014. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology*, 14(1), p. 11–14.
18. Corbett, A., Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Aarsland, D., Erdal, A. & Flo, E., 2014. The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin*, 111(1), pp. 139–148.
19. Costardi, D., Rozzini, L., Costanzi, C., Ghianda, D., Franzoni, S., Padovani, A. et al., 2007. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(2), pp.175–180.
20. Cravello, L., Di Santo, S., Varrassi, G., Benincasa, D., Marchettini, P., De Tommaso, M. et al., 2019. Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. *Pain and therapy* 8, pp. 53–65.
21. Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljari, M., Pregelj, P. et al., 2013. *Smernice za obravnavo pacientov z demenco*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, pp. 20–30.
22. Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljari, M., Pregelj, P. et al., 2013. *Smernice za obravnavo pacientov z demenco*. *VICEVERSA: glasilo Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu*, pp. 8–12.
23. De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J. et al., 2018. Evaluation of the impact of telementoring using ECHO tecnology on healthcare professionals knowledge and self-efficacy in assessing and managing pain for people with advanced dementia nearing the end of life. *BMC Health Services Research*, 18(228), pp. 2–12.
24. De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D. J., McIlfratrick, S. et al., 2017. Exploring healthcare assistants role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16(6), pp. 2–11.
25. Dementia Australia, 2017. *Pain and dementia*. Avilable at: <http://www.dementia.org.au> [15. 9. 2020].



26. Domenichiello, A. F. & Ramsden, C. E., 2019. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 93, 284–290.
27. Elo, S. & Tervola, J., 2014. Palliative care and environment in which we look after people with dementia – some examples from Finland. In: Kaučič, B. M., Plank, D., Presker Planko, A., Esih, K., Filej, B., Maze, H. & Voga, G. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: zbornik predavanj z recenzijo. V. Stiki zdravstvene nege: Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, Celje, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 46–53.
28. Elo, S., 2018. *Paliativna oskrba pacientov z demenco*. Available at: <http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/predmetnik/2.st.%20povzetki%20za%20splet/PALIATIVNA%20OSKRBA%20PACIENTOV%20Z%20DEMENCO.pdf> [2. 9. 2020].
29. Gordan, B., 2017. Izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco na čezmejnem območju – *Demenca aCROsSLO 2014–2020*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/izboljsanje-kakovosti-zivljenja-oseb-z-demenco-na-cezmejnem-obmocju-demenca-acrosslo> [2. 9. 2020].
30. Guerriero, F., Sgarlata, C., Maurizi, N., Francis, M., Rollone, M., Carbone, M. et al., 2016. Pain management in dementia: so far, not so good. *Geriatrics and Gerontology Elsewhere*, 64, pp. 31–39.
31. Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S., 2006. Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), pp. 170–192.
32. Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R. & Merkel, S., 2011. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), pp. 230–250.
33. Holmerova, I., Auer, S. R., Berankova, A., Hofler, M., Ratajczak, P. & Šteffl, M., 2018. Cognitive status and use of analgesics and anxiolytics in residents of nursing homes in the Czech Republic. *Clinical Interventions in Aging* 13, pp. 2511–2515.
34. Hoti, K., Atee, M. & Hughes, J. D., 2018. Clinimetric properties of the electronic Pain Assessment Tool (ePAT) for aged-care residents with moderate to severe dementia. *Journal of Pain Research*, 11, pp. 1037–1044.
35. Hrga, B., 2019. *Izkušnje negovalnega osebja z negovanjem starostnika z demenco: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 1–8.
36. International Association for the Study of Pain, 2019. *Pain Management in Dementia*. Available at: <http://www.europeanpainfederation> [16. 9. 2020].
37. Jennings, A. A., Linehan, M. & Foley, T., 2018. The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. *BMC Family Practice*, 19(166), pp. 1–11.
38. Kavčič, V., 2017. *Izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco na čezmejnem območju – Demenca aCROsSLO 2014–2020*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/izboljsanje-kakovosti-zivljenja-oseb-z-demenco-na-cezmejnem-obmocju-demenca-acrosslo> [2. 9. 2020].
39. Kavčič, V., 2018. Kognitivno staranje – od normalnega staranja do demence. In: Plank, D., Presker Planko, A., Esih, K., Filej, B., Maze, H. & Voga, G. eds. *Staranje in s*

- starostjo povezane spremembe zdravstvenega stanja. IX. Stiki zdravstvene nege, 17. maj 2018. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 21–29.
40. Kligler, B., Teets, R. & Quick, M., 2016. Complementary/Integrative Therapies That Work: A Review of the Evidence. *American Family Physician*, 94(5), pp. 369–374.
  41. Kmetec, M., 2019. *Načini dela in ovire pri oskrbi ljudi z demenco v institucionalnem varstvu: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, pp. 47–50.
  42. Kobentar, R., 2014. Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 227–237.
  43. Kobentar, R., 2016. Samoocena kompetentnosti pri delu z obolelimi za demenco – rezultati pilotskega preizkusa. In: Skela Savič, B. & Hvalič Touzery, S., eds. *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: zbornik predavanj 9. mednarodna znanstvena konferenca, Bled, 6. junij 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 135.
  44. Kogoj, A., 2011a. *Duševne motnje in stiske v starosti*. Celje: Visoka zdravstvena šola.
  45. Kogoj, A., 2011b. Ko spomini bledijo. In: Wirth, K. ed. *Celostna obravnava starostnika z demenco: zbornik predavanj, 28. strokovno srečanje, Laško, 29. in 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. 7–11.
  46. Koppitz, A., Bosshard, G., Blanc, G., Hediger, H., Payne, S. & Volken, T., 2017. Pain Intervention for people with Dementia in nursing homes (PID): study protocol for a quasi-experimental nurse intervention. *BMC Palliative Care*, 16(27), pp. 2–8.
  47. Krčevski Škvarč, N., 2004. Doživljanje bolečine pri starostniku. In: Krčevski Škvarč, N. ed. *Zbornik predavanj/ 8. Seminar o bolečini, 18. in 19. junij 2004*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 15–21.
  48. Kutschar, P., Berger, S., Brandauer, A., Freywald, N., Osterbrink, J., Seidenspinner, D. et al., 2020. Nursing Education Intervention Effects on Pain Intensity of Nursing Home Residents with Different Levels of Cognitive Impairment: A Cluster – Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain Research* 13, pp. 63–648.
  49. Lahajnar-Čavlovič, S., Krčevski Škvarč, N., Stepanović, A. & Tavčar, P., 2015. *Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom*. Maribor: Slovensko zdravniško združenje za zdravljenje bolečine, pp. 5–65.
  50. Lahajnar, S., 2004. Zdravljenje bolečine pri starostnikih. In: Krčevski Škvarč, N. ed. *Zbornik predavanj/ 8. Seminar o bolečini, 18. in 19. junij 2004*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 29–34.
  51. Lapane, K. L., Hume, A. L., Morrison, R. A. & Jesdale, B. M., 2020. Prescription analgesia and adjuvant use by pain severity at admission among nursing home resident with non-malignant pain. *European journal of clinical pharmacology*, 76(7), 1021–1028.
  52. Lautenbacher, S., Walz, A. L. & Kunz, M., 2018. Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatrics*, 18(88), pp. 1–10.

53. Lešnik, A., Tomažič, J. & Zorčič, V., 2019. *Prepoznavanje in ocena bolečine pri osebah z demenco*, Maribor: Univerzitetni klinični center, pp. 1–10.
54. Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M. et al., 2016. The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*. 16(427), pp. 1–15.
55. Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Jose Closs, J., Long, A. F., Corbett, A. et al., 2014. Pain Assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14(138), pp. 1–19.
56. Limonšek, I., 2019. Prepoznavanje in pristopi lajšanja bolečine pri osebah z motnjo v duševnem razvoju. In: Pirš, K. ed. *Bolečina – tiha epidemija sodobnega časa: zbornik predavanj/ 3. simpozij. Maribor, 6. december 2019*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 135–136.
57. Lipar, T. & Ramovš, J., 2014. Aleš Kogoj – slovenski gerontopsihiater. *Kakovostna starost*, 17(3), pp. 78–88.
58. Lunder, U., 2009. Kriteriji za vstop v paliativno obravnavo pri najpogostejših ne-rakavih kroničnih boleznih; KOPB, srčna odpoved, demenca. In: Lunder, U. ed. *Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja: zbornik klinike Golnik, Bled, 27. januar 2009*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 13–14.
59. Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M. et al., 2016. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217–1225.
60. Mallon, T., Ernst, A., Brettschneider, C., Koenig, H. H., Luck, T., Rohr, S. et al., 2018. Prevalence of pain and its associated factors among the oldest – olds in different care settings – results of the AgeQualiDe study. *BMC family practice*, 19(1), 1–9.
61. Malotte, K. L. & McPherson, M. L., 2016. Identification, assessment, and management of pain in patients with advanced dementia. *Mental Health Clinical*, 6(2), pp. 89–94.
62. Marinič, M., 2020. *Uporabnost lestvice Painad za oceno bolečine pri starejših osebah, obolelih za demenco: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 8–11, 22–25.
63. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
64. Mlakar, B., 2016. *Usmeritev za delo z osebami z demenco v domovih za starejše: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 42.
65. Mlinar Reljić, N., Strauss, M. & Donik, B., 2015. Obravnava bolnika z bolečino z vidika študentov zdravstvene nege. In: Pajnkihar, M., ed. *Mednarodna konferenca. Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu. Zbornik predavanj: 2. junij, 2015, Maribor*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 58–61.
66. Neumann-Podczaska, A., Nowak, T., Suwalska, A., Lojko, D., Krzyminska Siemaszko, R., Kozak Szkopek, E. et al., 2016. Analgesic use among nursing homes residents with and without dementia in Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 11, pp. 335–340.
67. Nisandžić, M., 2018. *Ocena bolečine pri starostniku z demenco: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice, pp. 39.

68. Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Smielecka, E., Styszynski, A. & Wieczorowska-Tobis, K., 2018. Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 13, pp. 1045–1051.
69. Ošlak, K. & Musil, B., 2017. Odnos do demence in stigma demence. *Javno zdravje I*, 1(1), pp. 73–82.
70. Passmore, P., Wilson, D., McGuinness, B. & Todd, S. (2010). Recognition and management of pain in dementia. *Cancer*, 27, p. 4.
71. Petrič, D., Kogoj, A., Pirtovšek, Z., Flisar, D., Zupan, B., Cvetko, T. et al., 2016. *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje republika Slovenija, pp. 4–26. Available at: <https://www.zod-lj.si/images/Strategija-obvladovanja-demence> [29. 9. 2019].
72. Pirtovšek, Z., 2017. *Izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco na čezmejnem območju – Demenca aCROsSLO 2014–2020*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/izboljsanje-kakovosti-zivljenja-oseb-z-demenco-na-cezmejnem-obmocju-demenca-acrosslo> [2. 9. 2020].
73. Plank, D., 2014. Vloga zdravstvene nege pri lajšanju motečih simptomov v paliativni oskrbi. In: Kaučič, B. M., Presker Planko, A., Esih, K., Filej, B., Maze, H. & Voga, G. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo V. Stiki zdravstvene nege: Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, zbornik predavanj z recenzijo, Celje, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 88–89.
74. Požlep, G., 2018. Zakaj nastane kronična bolečina? In: Tomc, D. ed. *Kakovost življenja pacienta z rano: zbornik strokovnih prispevkov, Čatež ob Savi, 9. in 10. marec 2018*. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, pp. 37.
75. Rababa, M., 2018. Pain Assessment in People With Dementia: Remaining Controversies. *Global Journal of Health Science*, 10(5), pp. 62–69.
76. Repec, S., 2016. *Obvladovanje kronične bolečine pri starostniku: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, p. 34.
77. Rodger, K.T.M., Greasley-Adams, C., Hodge, Z. & Reynish, E., 2015. Expert opinion on the management of pain in hospitalised older patients with cognitive impairment: a mixed methods analysis of a national survey. *BMC Geriatrics*, 15(56), pp. 1–5.
78. Rqen, I., Selbaek, G., Kirkevold, Q., Engedal, K., Testad, I. & Bergh, S., 2017. Resource Use and Disease Cause in dementia – Nursing Home (REDIC – NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(365), pp. 1–2.
79. Sampson, E. L., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S. et al., 2015. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Research Paper Pain*, 165(4), pp. 675–677.
80. Schofield, P., 2018. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age and Ageing*, 47, pp. i1–i22.
81. Scuteri, D., Morrone, L. A., Rombola, L., Avato, P. R., Bilia, A. R., Corasaniti, M. T. et al., 2017. Aromatherapy and Aromatic Plants for the Treatment of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Patients with Alzheimers Disease: Clinical

- Evidence and Possible Mechanisms. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, (6), pp. 1–8.
82. Sivec, G., 2018. *Odnos medicinskih sester do ljudi z demenco in njihovo znanje s področja demence: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 45–50.
83. Skela Savič, B. & Hvalič Touzery, S., 2014. Znanje in stališče študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev do dela s starostniki. *Zdravniški vestnik*, 83(2), pp. 102–114.
84. 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: Kalender Smajlovič, S., Pivač, S. eds. *Posvet o izzivih pri zdravstveno socialni oskrbi pacientov z demenco. Zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 6. julij 2018*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 1–10.
85. Stepanović, A., 2015. Pristop k zdravljenju bolečine pri aktivni populaciji. In: *Bolečina v praksi: zbornik prispevkov s strokovnega srečanja*. Ljubljana: Lek, pp. 3–9.
86. Strbad, M., 2017. Priprava priporočil za paliativno oskrbo bolnikov z napredujočo demenco. In: Kosmina Štefančič, B. ed. *Z znanjem in izkušnjami do kakovostne paliativne oskrbe. 2. Slovenski kongres paliativne oskrbe, 20. in 21. oktober 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe, p. 55.
87. Strbad, M., 2018. *Paliativna oskrba bolnikov z napredujočo demenco*. Available [http://1301.nccdn.net/4\\_4/000/000/045/863/5b-STRBAD---Smernice.pdf](http://1301.nccdn.net/4_4/000/000/045/863/5b-STRBAD---Smernice.pdf) [16. 9. 2020].
88. Svilenković, V. & Trobec, S., 2018. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s kronično rano, ki ima bolečino. In: Tomc, D. ed. *Kakovost življenja pacienta z rano: zbornik strokovnih prispevkov, Čatež ob Savi, 9. in 10. marec 2018*. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, pp. 42–49.
89. Štusaj, J., 2014. *Uporaba algoritma analgoscoring za določanje prisotnosti in stopnje bolečine pri bolnikih z demenco: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 35.
90. Travers, C. M., Beattie, E., Martin Khan, M. & Fielding, E., 2013. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. *BioMed Central Geriatrics*, 13(101), pp. 1–7.
91. Van Dalen-Kok, A. H., Achterberg, W. H., Rijkmans, W. J., Tukker van Vuuren, S.A., Delwel, S., de Vet, H. et al., 2018. Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC): content validity of the Dutch version of a new and universal tool to measure pain in dementia. *Clinical Interventions in Aging* 13, pp. 25–34.
92. Van Kooten, J., Delwel, S., T Binnekade, T., Smalbrugge, M., van der Wouden, J., Perez, R. et al., 2015. Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. *BMC Geriatrics*, 15(29), pp. 1–10.
93. Williams, A. & Ackroyd, R., 2017. Identifying and managing pain for patients with advanced dementia. *GM Journal*, 47(3), pp. 1–2.
94. Žmuc Veranič, L., 2018. Kognitivno funkcioniranje v starosti. In: Sima, Đ. ed. *Staranje – izziv prihodnosti: zbornik prispevkov 19. simpozija z mednarodno udeležbo. Ljubljana, 2018*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, p. 25.

## **PRILOGE**

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Priloga 2: Izjava o avtorstvu

## Priloga 1: Anketni vprašalnik

Spoštovani,

sem absolventka magistrskega študijskega programa Visoke zdravstvene šole v Celju. Pripravljam magistrsko delo z naslovom **Ocena bolečine pri bolniku z demenco**. V okviru raziskovalnega dela moje magistrske naloge želimo ugotoviti, koliko zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih vedo o demenci ter kako prepoznajo in ocenjujejo bolečino pri bolnikih z demenco. Vaše sodelovanje je za izdelavo magistrskega dela ključnega pomena, zato vas lepo prosim za vaše sodelovanje.

Anketa je sestavljena iz trditev in vprašanj. Izberite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu mnenju. Reševanje ankete je anonimno.

Seznanjen/a sem z namenom raziskovalne naloge in bom sodeloval/a pri izpolnjevanju tega vprašalnika. V raziskavi sodelujem prostovoljno.

Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujemo in vas lepo pozdravljamo.

Marcela Zabret, dipl. m. s.

### DEMOGRAFSKI PODATKI

**1) Spol (*Obkrožite en odgovor.*)**

- a) Moški
- b) Ženska

**2) Starost (*Obkrožite en odgovor.*)**

- a) do 30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51–60 let

**3) Delovno mesto, ki ga opravljate (*Obkrožite en odgovor.*)**

- a) Vodja zdravstvene nege/pomočnik direktorja za zdravstveno nego
- b) Zdravnik/zdravnica
- c) Diplomirana medicinska sestra vodja tima/diplomirani zdravstvenik vodja tima
- d) Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
- e) Delovni terapevt/delovna terapevtka
- f) Fizioterapevt/fizioterapevtka
- g) Zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka
- h) Bolničar negovalec/bolničarka negovalka

- 4) Izobrazba (*Obkrožite en odgovor.*)**
- a) Nižje poklicno izobraževanje III. (2-letno)
  - b) Srednje poklicno izobraževanje IV. (3-letno)
  - c) Srednje tehnično izobraževanje V. (4-letno)
  - d) Višješolski program VI/1.
  - e) Visokošolski strokovni program VI/2.
  - f) Specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program VII.
  - g) Doktorat znanosti
  - h) Drugo \_\_\_\_\_
- 5) Prosim, ocenite svoje znanje o demenci. (*Obkrožite en odgovor.*)**
- a) Nezadostno
  - b) Zadostno
  - c) Dobro
  - d) Prav dobro
  - e) Odlično
- 6) Kako bi opredelili demenco? (*Obkrožite en odgovor.*)**
- a) To je kronično napredujoča možganska bolezen.
  - b) To je virusna možganska bolezen.
  - c) To je izguba spomina.
- 7) Kako bi opredelili bolečino pri demenci? (*Obkrožite en odgovor.*)**
- a) To je enostavno stanje, ki ga določajo zaznavni, čustveni, socialni in kulturni dejavniki.
  - b) Je pogosto neprepoznana in nezdravljena.
  - c) To je stanje, ki ga pri bolniku z demenco hitro oceniš.
- 8) Kako pogosto se pri svojem delu srečujete z bolnikom z demenco, ki lahko komunicira in zna izraziti bolečino? (*Obkrožite en odgovor.*)**
- a) Nikoli
  - b) Redko (1–3-krat na mesec)
  - c) Občasno (4–6-krat na mesec)
  - d) Pogosto (7–10-krat na mesec)
  - e) Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)
  - f) Vsakodnevno
- 9) Kako pogosto se pri svojem delu srečujete z bolnikom z demenco, ki svoje bolečine ne zmore izraziti? (*Obkrožite en odgovor.*)**
- a) Nikoli (v celem mesecu nikoli)
  - b) Redko (1–3-krat na mesec)
  - c) Občasno (4–6-krat na mesec)
  - d) Pogosto (7–10-krat na mesec)
  - e) Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)



f) Vsakodnevno (vsak dan, ko sem v službi)

**10) Katere lestvice za ocenjevanje bolečine uporabljate pri bolniku z demenco? (Možnih je več odgovorov.)**

- a) Lestvico VAS (vizualna analogna lestvica) – bolnik na lestvici označi, kako močna je bolečina
- b) Številčno lestvico (razpon števil od 1 do 10) – 0 = brez bolečine, 10 = najmočnejša bolečina
- c) PAINAD (opazovalna lestvica)
- d) Drugo \_\_\_\_\_
- e) Nobene

**11) Kako pogosto uporabljate lestvice za ocenjevanje bolečine? (Obkrožite en odgovor.)**

- a) Nikoli
- b) Redko (1–3-krat na mesec)
- c) Občasno (4–6-krat na mesec)
- d) Pogosto (7–10-krat na mesec)
- e) Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)
- f) Vsakodnevno

**12) V tabeli so navedene trditve, ki se nanašajo na prepoznavo bolečine pri dementnem bolniku. Prosimo, da ocenite stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami, pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 se ne morem opredeliti (niti da niti ne), 4 se strinjam, 5 popolnoma se strinjam. (Pri vsaki trditvi obkrožite en odgovor.)**

Trditve	1	2	3	4	5
1. Bolečina se pri bolniku z demenco pogosto izraža kot spremenjeno vedenje (vznemirjenje).	1	2	3	4	5
2. Zdravstveni delavci redko uporabljajo analgetike pri spremenjenem vedenju bolnika z demenco.	1	2	3	4	5
3. Zdravstveni delavci pogosto uporabljajo antipsihotike (zdravila za pomiritev) pri spremenjenem vedenju bolnika z demenco.	1	2	3	4	5
4. Elektronska orodja za oceno bolečine (uporaba video analize obraza v povezavi s kliničnimi kazalci prisotnosti in intenzitete bolečine) so prihodnost ocenjevanja bolečine pri dementnih bolnikih.	1	2	3	4	5
5. Nefarmakološke intervencije morajo biti prva možnost izbire za zdravljenje vznemirjenosti, ki je lahko vzrok za bolečino.	1	2	3	4	5
6. Uporaba nefarmakoloških intervencij (aromaterapije, glasbene terapije, bazalne stimulacije, svetlobe, joge in eteričnih olj) pozitivno vpliva na vedenjske in psihične motnje pri dementnih bolnikih, ki so lahko vzrok za bolečino.	1	2	3	4	5

Trditve	1	2	3	4	5
7. Izguba apetita in motnje spanja so lahko vzrok bolečine pri bolnikih z demenco.	1	2	3	4	5
8. Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in tako nezdravljena.	1	2	3	4	5
9. Agitacija in agresija lahko vodita do predpisovanja antipsihotičnih zdravil (zdravila za pomiritev) namesto v predpisovanje protibolečinske terapije pri bolnikih z demenco.	1	2	3	4	5
10. Časovne in delovne obremenitve zaposlenih vplivajo na pomanjkljivo prepoznavo in oceno bolečine bolnikov z demenco.	1	2	3	4	5
11. Bolniki z demenco pogosto doživljajo bolečino, povezano z mišično-skeletnim sistemom, prebavnim in srčnim stanjem, infekcijo sečil in spolovil ter zobovjem.	1	2	3	4	5
12. Dolgotrajno neprepoznana bolečina lahko pri bolniku z demenco povzroči spremenjeno vedenje.	1	2	3	4	5
13. Neprepoznana bolečina lahko pri bolniku z demenco povzroči hudo stisko.	1	2	3	4	5
14. Vprašanja o bolečini morajo biti pri bolniku z demenco neposredna in preprosta.	1	2	3	4	5
15. Samoocena bolnikov z demenco o bolečini je najzanesljivejša in najpomembnejša ocena bolečine za zaposlene.	1	2	3	4	5
16. Ocena bolečine pri bolniku z demenco mora postati rutina.	1	2	3	4	5
17. Ocena nevropatske bolečine (diabetična nevropatija, po možganski kapi in amputaciji) pri bolnikih z demenco je zelo zahtevna.	1	2	3	4	5
18. Z dobro prepoznavo in zdravljenjem bolečine bi se lahko zmanjšala uporaba antipsihotikov pri dementnih bolnikih.	1	2	3	4	5
19. Daljše opazovanje bolnika vpliva na pravilno oceno bolečine.	1	2	3	4	5
20. O bolečini je treba znati zastavljati vprašanja na različne načine.	1	2	3	4	5
21. Socialna izolacija in depresija sta lahko znaka za že obstoječo bolečino.	1	2	3	4	5

**13) V tabeli so navedene trditve, ki se nanašajo na izobraževanje zaposlenih pri delu z bolniki z demenco. Prosimo, da ocenite stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami, pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 se ne morem opredeliti (niti da niti ne), 4 se strinjam, 5 popolnoma se strinjam. (Pri vsaki trditvi obkrožite en odgovor.)**

Trditve	1	2	3	4	5
1. Zdravstveni delavci in sodelavci v socialnovarstvenih zavodih imajo premalo znanja za prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco.	1	2	3	4	5
2. Za prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco je potrebno strokovno izobraževanje.	1	2	3	4	5

Trditev	1	2	3	4	5
3. Kratke enourne delavnice o demenci za zdravstvene delavce na tri mesece bi pripomogle k lažji oceni bolečine bolnikov z demenco.	1	2	3	4	5
4. Pomanjkanje strokovnega izobraževanja za zdravstvene delavce je ovira za pravilno oceno bolečine bolnikov z demenco.	1	2	3	4	5

**14) Kako pogosto imate strokovna izobraževanja o bolečini pri demenci? (Obkrožite en odgovor.)**

- a) 1-krat letno
- b) 1-krat na 2 leti
- c) 1-krat na 3 leta
- d) Nikoli
- e) Drugo \_\_\_\_\_

**15) V tabeli so navedene trditve, ki se nanašajo na vključenost vseh, ki so blizu bolniku z demenco.**

**Prosimo, da ocenite stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami, pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 se ne morem opredeliti (niti da niti ne), 4 se strinjam, 5 popolnoma se strinjam. (Pri vsaki trditvi obkrožite en odgovor.)**

Trditev	1	2	3	4	5
1. Na pravilno poročanje o bolečini bolnikov z demenco vplivajo dobri medsebojni odnosi med vsemi zaposlenimi, ki delajo z dementnimi bolniki.	1	2	3	4	5
2. Svojci bolnikov z demenco so s svojimi rednimi obiski pomemben člen pri oceni bolečine.	1	2	3	4	5
3. Zdravstveni delavci, ki vsakodnevno delajo z bolniki z demenco, prvi opazijo spremembe, ki so lahko vzrok za bolečino.	1	2	3	4	5

## Priloga 2: Izjava o avtorstvu



### **IZJAVA O AVTORSTVU** magistrskega dela

Spodaj podpisana Marcela Zabret, študentka magistrskega študijskega programa druge stopnje Paliativna oskrba, z vpisno številko 2011617015, sem avtorica magistrskega dela z naslovom Ocena bolečine pri dementnih bolnikih, ki je nastalo ob pomoči mentorice doc. dr. Nevenke Krčevski Škvarč.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- sem magistrsko delo napisala samostojno, s korektnim navajanjem literature ob upoštevanju Navodil za pripravo magistrskega dela na Visoki zdravstveni šoli v Celju;
- je magistrsko delo je ustrezno lektorsko pregledano, tako v slovenskem kot tudi v angleškem jeziku, ter urejeno skladno s Pravilnikom o postopku priprave in zagovora magistrskega dela na študijskem programu druge stopnje na Visoki zdravstveni šoli v Celju in z Navodili za pripravo magistrskega dela na Visoki zdravstveni šoli v Celju.
- v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno magistrsko delo objavi na portalu Digitalne knjižnice Visoke zdravstvene šole v Celju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo v kakršnikoli obliki kršitev avtorskih pravic (veljavni zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah) in poznam posledice, ki jih dokazano plagiatorstvo pomeni za moje magistrsko delo in moj status.

V Celju, 13. 6. 2021

Zabret Marcela