



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**OCENA BOLEČINE PRI STAROSTNIKU Z  
DEMENCO**

**ASSESSING PAIN IN ELDERLY DEMENTIA  
PATIENTS**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Maja Nišandžić

Jesenice, december, 2017

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred., za hitro odzivnost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki Marjani Bernot, viš. pred., za strokovno pomoč ter pravilne usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala Kaji Otovič za hitro in natančno lektoriranje dela.

Zahvalila bi se tudi družini in možu za podporo in spodbudne besede v študijskih letih.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Demenca je bolezen starostnikov, saj gre tako za degenerativne okvare možganov kot za aterosklerotične spremembe. Ocenjuje se, da 10 % starostnikov med 65. in 70. letom trpi zaradi demence. Pogostnost s starostjo strmo narašča. Tako ima demenco skoraj polovica starejših od 85 let. V državah evropske skupnosti živi 10 milijonov oseb z demenco. Prepoznavanje bolečine je pri starostnikih z demenco zaradi kognitivnega upada pogosta težava.

**Cilj:** Cilj diplomske naloge je bil na podlagi dobljenih rezultatov predstaviti pristop medicinskih sester v Splošni bolnišnici Jesenice do ocenjevanja bolečine pri pacientih obolenih za demenco in ugotoviti, ali je bolečina ustrezno obravnavana in po potrebi predlagati nekatere ukrepe.

**Metoda:** Raziskava je zasnovana kot deskriptivna neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. V diplomskem delu je merski instrument predstavljal strukturiran vprašalnik. V vzorec je bilo vključenih 100 anketiranih, kar zajema 74,62 % ( $n = 134$ ) vseh zaposlenih na anketiranih oddelkih. Anketirani so bili zaposleni Splošne bolnišnice Jesenice. S statističnim programom SPSS 22.0. smo obdelali in predstavili podatke. Rezultate smo prikazali s pomočjo frekvenc, odstotkov, povprečnih vrednosti in standardnih odklonov ter drugih statističnih metod, kot so Pearsonov koeficient ( $p < 0,05$ ), ANOVA ( $p < 0,05$ ) in t – test ( $p < 0,05$ ).

**Rezultati:** Več kot polovica anketiranih ( $n = 56$ , 56 %) pozna ocenjevalne lestvice bolečine za starostnike z demenco. Največ jih pozna vizualno analogno lestvico ( $n = 41$ , 41 %). Do statistično pomembne povezave prihaja med poznavanjem lestvic in delovno dobo. Povezava je pozitivna in šibka ( $r = 0,217$ ,  $p = 0,030$ ). Tudi med prepoznavanjem bolečine pri starostniku in delovno dobo je statistično zelo šibka pozitivna korelacija ( $r = 0,095$ ,  $p = 0,035$ ).

**Razprava:** Premalo anketiranih pozna lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco (le polovica), še posebej PAINAD lestvico, ki se uporablja pri obolelemu z demenco brez kognitivnih sposobnosti. Za izboljšanje ocenjevanja bolečine pri starostnikih z demenco bi morali v Splošni bolnišnici Jesenice stalno izobraževati zaposlene o pravih pristopih ocenjevanja bolečine in medicinske sestre teoretično in praktično poučiti o ukrepih.

**Ključne besede:** Ocenjevalne lestvice, izobraževanje, standardizacija, kognitivne sposobnosti, zdravstvena nega

## SUMMARY

**Theoretical background:** Dementia is a disease of the elderly, as it involves both degenerative brain damage and atherosclerotic changes. It is estimated that 10% of the elderly between 65 and 70 suffer from dementia. With age, the frequency is rising steeply. Thus, dementia affects almost half of the elderly over the age of 85. 10 million people with dementia live in the European Community. The ability to recognize pain in the elderly with dementia due to cognitive decline is a common problem.

**Aims:** The goal of the diploma thesis is to present the approach of nurses in General Hospital Jesenice to assessing the pain in patients suffering from dementia and use the obtained results to determine whether the pain is adequately addressed and, if necessary, propose certain measures.

**Methods:** The research was based on a descriptive non-experimental quantitative method of empirical research. The measurement instrument in the diploma part is represented by a structured questionnaire. The sample included 100 respondents, which represents 74.62% ( $n = 134$ ) of all employees in the surveyed departments. We surveyed the employees of General Hospital Jesenice. The data were processed and presented with SPSS 22.0 statistical software. The results are shown with frequencies, percentages, mean values and standard deviations and other statistical methods: t - test ( $p < 0.05$ ) ANOVA ( $p < 0.05$ ) and Pearson correlation coefficient ( $p < 0.05$ ).

**Results:** More than half of the respondents ( $n = 56.56\%$ ) are familiar with the assessment scores of pain for the elderly people with dementia. Most of them know the visual analogue scale ( $n = 41.41\%$ ). There exists a statistically significant correlation between the knowledge of scales and length of service. The relationship is positive and weak ( $r = 0.217$ ,  $p = 0.030$ ). There is also statistically very weak positive correlation ( $r = 0.095$ ,  $p = 0.035$ ) between the ability to recognize pain in the elderly and years of service.

**Discussion:** Too few respondents know the scores for assessing pain in the elderly people with dementia (only half), particularly the PAINAD scale used in persons suffering from dementia with no cognitive abilities. To improve the assessment of pain in the elderly people with dementia, staff at the General Hospital Jesenice should continually provide theoretical and practical training to its employees on the correct approaches to assessing pain and measures.

**Key words:** Assessment scales, education, standardization, cognitive abilities, nursing care

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
2.1	OPREDELITEV IN VRSTE BOLEČINE.....	3
2.1.1	Akutna bolečina.....	4
2.1.2	Kronična bolečina.....	4
2.2	OPREDELITEV STAROSTNIKA.....	6
2.2.1	Starostnik in demenca.....	6
2.3	OPREDELITEV DEMENCE .....	7
2.3.1	Glavne značilnosti demence .....	8
2.3.2	Oblike demence .....	9
2.4	OCENJEVANJE BOLEČINE PRI STAROSTNIKU Z DEMENCO .....	11
2.4.1	Lestvice za ocenjevanje bolečine .....	13
2.4.2	Ovire pri ocenjevanju bolečine.....	15
2.4.3	Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju bolečine.....	15
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>18</b>
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA .....	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	20
3.3.3	Opis vzorca.....	20
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	21
3.4	REZULTATI .....	22
3.5	RAZPRAVA.....	33

<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	



## **KAZALO SLIK**

Slika 1: VAS lestvica za ocenjevanje bolečine .....	13
Slika 2: PAINAD lestvica za ocenjevanje bolečine .....	14

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih .....	21
Tabela 2: Povezanost med poznavanjem lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco z izobrazbo in delovno dobo .....	22
Tabela 3: Povezanost med prepoznavanjem bolečine pri starostniku z demenco in izobrazbo ter delovno dobo .....	23
Tabela 4: Obravnava bolečine pri starostniku z demenco glede na izobrazbo.....	25
Tabela 5: Načini prepoznavanja bolečine pri starostniku z demenco .....	27
Tabela 6: Poznavanje in uporaba lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco.....	27
Tabela 7: Pogostost uporabe ocenjevalnih lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco .....	28
Tabela 8: Mnenje medicinskih sester glede obravnave bolečine pri starostniku z demenco .....	29
Tabela 9: Pogostost srečevanja pri delu s starostnikom z demenco .....	30
Tabela 10: Povezava med znanjem ter izobrazbo in delovno dobo .....	30
Tabela 11: Obravnava bolečine pri starostniku z demenco glede na spol.....	31

## 1 UVOD

Bolečina je neprijetna izkušnja, senzorična ali emocionalna, pri kateri gre za dejansko ali potencialno poškodbo tkiva (Kaasalainen, 2007). Bolečina je najpogostejše znak, ki nas opozarja na poškodbo ali bolezen. Na področju bolečine potekajo intenzivne raziskave in vsak dan nam prinašajo nova spoznanja in upanja za učinkovitejše obvladovanje različnih bolečinskih situacij (Borak, 2007). Bolečino delimo na akutno in kronično bolečino. Zdrav, mlad človek sam pove, kje in kaj ga boli ter opiše bolečino, težje pa to stori starostnik.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je določila starostno mejo, ki opredeljuje starostnika, na 65 let. V Sloveniji smo imeli leta 2006 14 % prebivalcev starih nad 65 let, epidemiološke študije opozarjajo, da bo leta 2025 število prebivalcev starih nad 65 let naraslo na 20 % (Pečjak, 2007).

S staranjem prebivalstva se je povečala obolevnost za boleznimi, ki so značilne za starostno obdobje, kamor sodi tudi demenca (Kogoj & Ličina, 2013). Izraz demenca izhaja iz latinščine: de – upadanje + mens, mentis – razum. Demenca je skupek različnih simptomov, ki posameznika prizadenejo na vseh področjih njegovega delovanja (Grad, 2008). Kogoj in Ličina (2013) opredeljujeta demenco kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna. Gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, orientacije, mišljenja, razumevanja, računskih zmognosti, učnih sposobnosti, govornega izražanja in presoje.

Za učinkovito obvladovanje in ocenjevanje bolečine sta pomembna odnos, ki ga ima medicinska sestra do bolečine, in znanje, ki ga ima o bolečini. Kodeks etike usmerja ravnanje in delo medicinske sestre. Prav tako mora zagovarjati koristi pacienta in mu nuditi psihično, fizično, duhovno, socialno in moralno podporo (Kodeks etike, 2006). Medicinska sestra deluje v zdravstvenem timu in je za obravnavo bolečine v soodvisni vlogi. Pri ocenjevanju jakosti bolečine in pri poučevanju pacientov o lajšanju bolečine ima samostojno funkcijo, v soodvisnosti od ostalih članov tima je pri izvajanju predpisane terapije in pri načrtovanju sprememb (Svilenković, 2005). Ocenjevanje bolečine pri

pacientu predstavlja izhodišče pri ugotavljanju potreb zdravstvene nege. Je osnovna pomoč, ki jo medicinska sestra nudi pri obravnavi pacienta (Grad, 2008). Kogoj in Ličina (2013), Mosele in drugi (2012) ter Toye in drugi (2013) ugotavljajo, da so medicinske sestre neuspešne pri prepoznavanju bolečine pri starostniku s kognitivnimi motnjami. Na podlagi teh ugotovitev bomo v diplomskem delu izpostavili to problematiko in jo raziskali.

## 2 TEORETIČNI DEL

V diplomskem delu smo se osredinili na oceno bolečine pri starostnikih z demenco. Ugotavljali smo, kako medicinske sestre pristopijo k ugotovitvi in obravnavanju bolečine pri starostniku, kako starostniki občutijo bolečino, katere instrumente za obravnavo bolečine poznajo in katere uporabljajo v Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SBJ). Predstavljene in opisane so pogostokrat uporabljene lestvice za ocenjevanje bolečine. Raziskana je pogostost uporabe opisanih lestvic v praksi ter opisana zdravstvena nega starostnika z demenco, ki čuti bolečino.

### 2.1 OPREDELITEV IN VRSTE BOLEČINE

Bolečina, za katero trpijo pacienti, je lahko kronična, akutna, prekinjajoča ali kombinacija dveh oziroma vseh treh oblik. Je svetovna zdravstvena težava, po ocenah znaša pojavnost akutne bolečine pri pacientih okoli 20 %, kronične bolečine pa 10 %. Akutno bolečino lahko opišemo kot pričakovan fiziološki odgovor na škodljive toplotne, kemične in mehanske dražljaje, ki so navadno združeni z akutno boleznijo, poškodbo ali s kirurškimi postopki. Čeprav epidemioloških podatkov ni veliko, ocenjujejo, da je akutna bolečina najpogostejša v enotah nujne medicinske pomoči in na kirurških oddelkih (Jakovljević & Puh, 2014).

Bresjanc in Repovš (2005) razlagata, da sta vsaka intenzivna akutna bolečina in kronična bolečina zdravstveni problem, ker dolgo dejavna bolečina spremeni delovanje in reaktivnost nociceptivnih povezav, ne glede na prvotni vzrok. Velikokrat kronična bolečina doseže neodvisnost od perifernih dražljajev. Sproža in ohranja jo normalna aktivacija povezav v osrednjem živčnem sistemu. Pojavi se »nevropatska« bolečina, ki se jo lahko prepreči z usmerjanjem pozornosti na težave pacienta. Kronične in intenzivne akutne bolečine je treba nujno primerno blažiti.

### 2.1.1 Akutna bolečina

Akutna bolečina je navadno vedno povezana s posledicami poškodbe, boleznimi tkiva, kot so koža, notranji organi ali globoke telesne strukture. Ni nujno, da je akutna bolečina povezana s poškodbo tkiva, lahko nastane kot posledica motene funkcije mišic in notranjih organov. Pojavlja se lahko tudi kot posledica ponavljajočega se akutnega patofiziološkega dogajanja (Jakovljević & Puh, 2014). Akutna bolečina vsebuje pozitivno fiziološko funkcijo. Tovrstna bolečina je navadno prvi opozorilni znak za ugotovitev in preprečitev dogodkov, ki organizmu lahko povzročijo fizično okvaro in poškodbo (Sobotič, 2008). Akutno bolečino delimo glede na lokacijo. Ločimo somatsko (ko prihaja iz telesne površine) in visceralno (izhaja iz notranjih organov in tkiv). Delimo jo tudi po jakosti, in sicer na (Bromley & Brander, 2012):

- šibko bolečino (vrednost po vizualni analogni skali (VAS) do 3),
- srednje močno bolečino (VAS med 3 in 6),
- močno bolečino (VAS nad 7).

Akutna bolečina je tudi pooperativna bolečina, ki nastane zaradi kirurške poškodbe tkiva. Številni pooperativni zapleti nastanejo zaradi hude bolečine v zgodnjem pooperativnem obdobju. Bolečina ovira izvajanje lokomotorne in dihalne fizioterapije (pacienti z zelo hudo bolečino imajo pogostejše zaplete v obtočilnih in dihalnih, večja vzdraženost simpatičnega živčevja spremlja bolečino, kar povzroča višjo srčno frekvenco in višji krvni tlak). Pooperativna akutna bolečina, ki ni ozdravljena, lahko preide v kronično bolečino (Mosele, et al., 2012).

### 2.1.2 Kronična bolečina

Kronična bolečina spada pod patološko bolečino, ker traja dlje časa, kot je predvideno okrevanje po bolezni ali poškodbi. Bolečina ostane še potem, ko je osrednji motiv odpravljen ali kadar ga ni možno odpraviti. Kronične bolečine ne moremo opredeliti kot trajanje ali ponavljanje akutne bolečine, temveč je obolenje z lastnimi specifikami. O kronični bolečini lahko govorimo, ko je stalna bolečina prisotna od treh do šestih

mesecev. Kronična bolečina se deli na dve skupini, in sicer bolečine pri malignih boleznih in bolečine pri nemalignih boleznih (Pirc, 2006).

Kronična bolečina nastane kot posledica slabega delovanja bolečinskih zaviralnih sistemov in zaradi centralne preobčutljivosti in vznurjenosti. Na bolečino vplivajo tudi kulturno, ekonomsko in socialno okolje ter dedni dejavniki. Pacientu trajna bolečina povzroči vedenjske, telesne, socialne in duševne motnje (Sobotič, 2008). Zdravljenje bolečine pri pacientu z zapletenim bolečinskim problemom temelji na interdisciplinarnem multimodalnem pristopu, pri katerem je namen odprava bolečine in doseganje rehabilitacije pacienta (Kaasalainen, 2007).

Kronično bolečino določimo na podlagi treh meril (Thomm, 2012):

- trajanje (vrednotenje, ali je bolečina prisotna dalj, kot ti mesece),
- vpliv bolečine na posameznika (ocena negativnega učinka, ki se kaže v vsakdanjem življenju posameznika),
- etiologija (vzroki kronične bolečine – npr. kronične bolezni, tumorji).

Kronično bolečino lahko delimo tudi po Mainzerjevem modelu, ki je sestavljen iz štirih kategorij, ki so (Hermann & Kappesser, 2014):

- časovno obdobje (pogostost, trajanje in intenzivnost bolečine),
- prostorski vidik bolečine (slika bolečine, ki jo predstavi in poda pacient),
- medikamentacija,
- potek zdravljenja (hospitalizacija zaradi bolezni, menjava zdravnikov, prisotne bolečine, operativni posegi in rehabilitacija).

Na podlagi izvedenega vprašalnika Mainzerjevega modela rezultati pokažejo, za katero vrsto bolečine gre. Bolečina se deli po treh stopnjah (Hermann & Kappesser, 2014):

- prva stopnja – akutna, subakutna in prekinjajoča bolečina,
- druga stopnja – kronična bolečina,
- tretja stopnja – dolgo trajajoča kronična bolečina.

Kronična bolečina prizadene celotno populacijo, ne glede na spol, starost in ekonomski status, po svetu je razporejena neenakomerno. Razširjenost kronične bolečine znaša po svetu od 10,1 do 55,2 % populacije, v Evropi od 20 do 26 % populacije. Bolečina je najpogosteje povezana z degenerativnimi boleznimi sklepov, rakavimi obolenji, s kirurškimi posegi itd. (Jakovljević & Puh, 2014).

## 2.2 OPREDELITEV STAROSTNIKA

Posamezniki, ki dopolnijo starost 65 let, padejo v skupino starostnikov. Slovenija je po starosti prebivalstva v evropskem povprečju, saj je po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) delež starostnikov, starejših od 65 let, 16,4 % (SURS, 2010).

Bolečina je neprijetna in zapletena osebna izkušnja, ki starostnike prizadene pogosteje kot druge starostne skupine. Zapletenost izkušnje izvira iz spoznavno-vedenjskih, čustveno-motivacijskih in čutilno-opredeljivih vsebin. Prav zaradi njih starostniki doživljajo bolečino svojstveno. Osnovne značilnosti starostnikov so težje prenašanje zmerne in hude bolečine, težja opredelitev jakosti bolečine in njene razmestitve. Razlogi za spremembe prenašanja bolečine so psihične, psihološke in kognitivne značilnosti starostnikov (Kovačič, 2012).

Jakovljević in Puh (2014) navajata, da je kronična bolečina pogostejša pri starejših posameznikih kot pri mlajših. Razširjenost kronične bolezni v pozni starosti doseže plato ali malo upada. Kronično bolečino v zgodnji starosti trpi le 10–40 % ljudi, v srednjih letih 20–80 % ljudi in v starosti 15–70 % ljudi. Razširjenost kronične bolečine je v ustanovah za oskrbo starejših kar 80 % (Kogoj & Ličina, 2013).

### 2.2.1 Starostnik in demenca

Demenca je bolezen starostnikov, saj gre tako za degenerativne okvare možganov kot za aterosklerotične spremembe. Ocenjuje se, da 10 % starostnikov med 65. in 70. letom trpi zaradi demence. Pogostnost s starostjo strmo narašča. Tako ima demenco skoraj polovica starejših od 85 let. V državah evropske skupnosti živi 10 milijonov oseb z demenco. V

Sloveniji naj jih bi bilo 25.000 (Grad, 2008). V letnem poročilu Alzheimer's Disease International naj bi bilo trenutno na svetu 35,5 milijonov pacientov z demenco (Kogoj & Ličina, 2013). Gagon in drugi (2013) navajajo, da je bolečina pri osebah z demenco pogosto prisotna, saj jo doživlja kar 45–80 % posameznikov, ki živijo v domovih za starejše in več kot 50 % posameznikov v domačem okolju in oskrbi.

Pri zdravstveni negi starostnika z demenco je značilno, da posamezniku dajemo predvsem občutek varnosti, kar pomeni, da ne izvajamo nenadne aktivnosti, aktivnosti izven vidnega polja ali drugih delujočih čutil starostnika, ampak se posamezniku približamo počasi, pokažemo se mu v pravi luči, da si pridobimo njegovo zaupanje. Za komunikacijo z dementnim pacientom si je treba vzeti več časa. Da dosežemo dobro komunikacijo, potrebujemo veliko empatije, skrbnosti in fleksibilnosti (Mali & Milošević Arnold, 2011).

### **2.3 OPREDELITEV DEMENCE**

Demenco lahko opredelimo kot proces, ki kronično napreduje in prizadene kognitivne funkcije in možgane. Bolezensko trajanje je lahko različno dolgo, od prvih znakov do smrti lahko mine kar dvajset let (Kogoj, et al., 2012). Kobentar (2011) navaja, da demenco diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj obravnava kot organsko duševno motnjo, kjer lahko ločimo 200 različnih bolezenskih oblik. Na svetu živi 35,6 milijonov obolelih za demenco, vendar se bo po demografskih podatkih število do leta 2030 zvišalo na približno 65,7 milijonov, do leta 2050 pa na 115,4 milijonov obolelih (World Health Organization – WHO, 2012).

Patološki procesi povzročijo demenco in škodo na nevrobiokemičnih strukturah v možganih, na podlagi česar je oviran pretok informacij med določenimi deli možganov. S kronološkim naraščanjem starosti narašča razširjenost bolezenskega procesa. Demenca se pojavlja pri starosti 65 let od 2 do 3 %, delež obolelih pa se pri višji starosti potroji za vsakih 10 let (Kogoj, et al., 2012).



### 2.3.1 Glavne značilnosti demence

Poznamo več oblik demence in od oblike demence je odvisno, kateri simptomi bodo prevladovali in v kakšnem vrstnem redu se bodo pojavljali. Glavne značilnosti demence so (Kogoj & Ličina, 2013):

#### 1. Upad kognitivnih sposobnosti;

- Motnje spominskih sposobnosti (amnezija), ki se običajno nanašajo na pomnjenje in priklic novih informacij. Starostniki običajno ne vedo tekočega datuma ali starosti, dalj časa pa pomnijo letnice rojstva. Čeprav so spomske funkcije pogosto zgodaj prizadete, pa pri nekaterih oblikah demence niso med prvimi bolezenskimi znaki.
- Upad sposobnosti govornega izražanja (afazija), kjer je prizadeto tako izražanje kot razumevanje govora in pisanega besedila. Govorni tok postane inkoherenten, pri pisanju izpuščajo ali ponavljajo črke, zloge, besede. Težave z izražanjem se med razvojem bolezni stopnjujejo, tako da starostniki v poznem stadiju uporabljajo le še nekaj različnih besed, ponavljajo posamezne besede ali zloge, ponavljajo besede, ki jih slišijo, ali postanejo popolnoma afazični. Tudi ko besedna komunikacija ni več mogoča, ostane nebesedna komunikacija vsaj deloma ohranjena.
- Nezmožnost uporabe motoričnega aparata (apraksija), starostniki se ne znajo več obleči, še vedno pa lahko nenadno odidejo od doma. V poznem stadiju niso več sposobni niti samostojnega hranjenja, v terminalnem stadiju lahko postanejo popolnoma nepomični.
- Težave z zaznavanjem (agnozija) tudi pri starostnikih brez okvare čutil, ki zato ne prepoznajo svojih bližnjih, svoje podobe v ogledalu ali predmetov. Slike na televiziji zaznavajo kot živo dogajanje v prostoru.
- Upad izvršilnih funkcij, kamor uvrščamo predvidevanje, izbor ciljev, načrtovanje, spremljanje dejavnosti in izkoriščanje povratnih informacij.

2. Prizadetost utečenih dnevnih dejavnosti, ki jih povzroči upad omenjenih kognitivnih sposobnosti.

3. Zavedst pri demenci ni motena, lahko pa v sklopu demence pričakujemo tudi delirantna stanja.

4. Vedenjske ali duševne spremembe prej ali slej nastopijo, čeprav za samo diagnozo niso nujne. Vedenjski simptomi, ki jih določimo s pomočjo opazovanj, so: nasilno vedenje, preklinjanje, kričanje, jokanje, vznemirjenost, nemir, tavanje, socialno neustrezno vedenje itd. Duševni simptomi so: depresija, apatija, tesnoba, nespečnost, blodnje, halucinacije (Darovec, et al., 2014).

### 2.3.2 Oblike demence

Poznamo več oblik demence. Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva bolezen, ki je opredeljena kot primarna degenerativna možganska bolezen neznane etiologije z značilnimi nevropatološkimi in nevrokemičnimi posebnostmi. V redkih družinah se deduje avtosomno dominantno. Praviloma se razvija počasi, enakomerno, običajno do deset let. Alzheimerjeva bolezen je najpogostejši vzrok demence (od 50 do 60 % vseh demenc). V slikovni diagnostiki sta najzgodnejša znaka zmanjšana presnova parietotemporalno, atrofija hipokampusa oziroma medialnega senčnega režnja, ki ji sledi atrofija možganske skorje. Diagnozo potrjuje tudi zmanjšana koncentracija amiloidne beljakovine beta v likvorju (Kogoj & Ličina, 2013).

Vaskularna (žilna) demenca je vzrok za 15 % primerov vseh demenc in se najpogosteje prične med 60. in 70. letom starosti. Ena sama možganska kap običajno ne povzroči demence. Ta se razvije po številnih zaporednih kapeh v področju malih do srednje velikih možganskih žil. Začetek je pogosto nenaden z značilnim stopničastim upadom sposobnosti, ki pogosto niso prizadete vse v enaki meri. Pogoste so kombinirane oblike Alzheimerjeve demence in vaskularne demence. Najpogostejši dejavniki tveganja za vaskularno demenco so visok krvni tlak, povišane maščobe v krvi, bolezen srca, sladkorna bolezen in kajenje (Spominčica, 2016).

Demence z Lewyjevimimi telesci je pogosta oblika hitro napredujoče demence, ki se konča s smrtjo v manj kot desetih letih. Moški obolevajo pogosteje, bolezen se lahko začne že pri 60. letih. V možganski skorji so prisotna Lewyjeva telesa, ki so značilna tudi za Parkinsonovo bolezen. Je posledica kopičenja patološke beljakovine alfa-sinukleina

predvsem v čelnem režnju in področju njegovih povezav z ostalimi možganskimi predeli. Znaki bolezni nihajo od skoraj neopaznih do hudo izraženih. Kažejo se kot težave s spominom, nevrološki znaki, motena pozornost in huda nespečnost. Oboleli postanejo počasni, imajo značilno obrazno mimiko, pojavi se tresavica okončin, pogosto padajo in postanejo za kratek čas nezavestni, izrazijo se depresivna simptomatika ter slušne in vidne halucinacije (Felc, 2015).

Frontotemporalna demenca, imenovana tudi Pickova demenca, se običajno pojavi v starosti od 35 do 75 let. Predstavlja približno 7 % vseh demenc, pri njenem nastanku pomembno vlogo igra dednost, saj je kar do 40 % frontotemporalnih demenc dednih. Prvi znaki bolezni niso motnje spomina, pač pa motnje govora: oboleli težko najdejo pravo besedo in imajo težave z izražanjem. Postopoma uporabljajo vse manj besed in na koncu sploh ne govorijo več. Med prvimi znaki so tudi spremembe osebnosti in socialnih veščin, začnejo se obnašati situaciji neprimerno in razvijejo nove oblike vedenja, na primer kraje, branje ene in iste knjige, drgnjenje rok, ploskanje. Spremenijo se tudi prehranjevalne navade, na primer kot uživanje samo določene hrane, pobiranje ostankov hrane in podobno (Pišljarič, 2014).

Demenca zaradi Jakob-Creutzfeldove bolezni: Jakob-Creutzfeldova bolezen je zelo redka bolezen, ki nastopi v srednjih letih in starosti, konča se z demenco in s smrtjo v 1 do 2 letih. Pri njej pride do propada nevronov v možganski skorji. Bolezen se kaže z nevrološkimi zapleti (epileptični napadi) in vedenjskimi motnjami (Kobentar, 2010).

Huntingtonova bolezen je dedna motnja v delovanju možganov. Gre za degenerativno bolezen, katere simptomi in znaki se pojavijo najprej zaradi izgube celic v predelu možganov, ki se imenujejo bazalni gangliji. Pozneje zajame bolezen tudi druge dele možganov in hrbtenjače. Poškodba možganskih celic oslabi miselne sposobnosti, kot so premišljevanje, presojanje, spomin, gibe in čustveno obvladovanje. Simptomi Huntingtonove bolezni se pojavljajo postopoma, običajno med 30. in 50. letom. Napreduje počasi in povzroči smrt, navadno v 10 do 15 letih (Kobal, 2011).

## 2.4 OCENJEVANJE BOLEČINE PRI STAROSTNIKU Z DEMENCO

Osebe z demenco navadno obolevajo za več boleznimi, ki se kažejo z bolečino. V domačem okolju in ustanovah prebivajo mnogi oboleli z nedvornimi značilnostmi bolečine, ki so zaradi različnih vzrokov dostikrat spregledani oziroma so bolečine neprimerno obravnavane (Lunder, 2014). Dokazana prevlada bolečine pri posameznikih z demenco je med 32 % in 56 %, ki se v institucionalnem varstvu zviša na 40–80 % (Gilmore-Bykovsky & Bowers, 2013).

Flegel (2013) ugotavlja, da je razmišljanje, da osebe z demenco čutijo manj bolečin, napačno. Opozarja, da je kronična bolečina pri osebah z demenco pogosta, vendar je velikokrat spregledana, posebno pri tistih, ki imajo hudo kognitivno motnjo. Zaradi bolečin prihaja do sprememb v razpoloženju, motenj spanja, slabšega apetita itd. Starejši ljudje bolečine ne prenašajo dobro zaradi upadanja endogenih opioidnih receptorjev v možganih, posledično pri njih nastopi preobčutljivost na bolečino ali pa pride do hiperanalgezije. Isti avtor navaja, da se za ugotavljanje bolečine pri starostniku z demenco, poleg besednega komuniciranja, uporabljajo tudi lestvice, obrazne slike, opazovanje vedenja med dnevnimi aktivnostmi, izraz na obrazu ter telesna drža. Najpogostejše oblike vedenja, preko katerih prepoznamo značilnosti bolečine pri starostnikih z demenco, so glasno dihanje, mimika obraza, vokalizacija, otopelost, agresivnost in nemir (Šeruga, 2014). Bolezni, ki povzročajo bolečino, so lahko osteoporoza, osteoartritis, revmatska obolenja, zlom ali kompresija vretenc, rak in druge (Haasum, et al., 2011).

Šeruga (2014) razlaga, da obstajajo različne raziskave, ki odražajo neprimerno obravnavanje bolečine pri osebah z demenco, in sicer zaradi različnih razlogov, kot so omejenost in odsotnost besedne komunikacije ter relativnost vedenjskih indikatorjev, ki nam pokažejo čustveno nelagodje in nezadovoljene potrebe. Omenjene vedenjske spremembe pogosto nadzirajo s psihotropnimi zdravili, vendar se pri uporabi le-teh pojavijo nezaželeni učinki. Bolečino pri osebah z demenco lahko prepoznamo na podlagi čustvenih in vedenjskih motenj, zato je ocenjevanje ključnega pomena, na žalost pa je pri obolelih za demenco bolečina še vedno podcenjena in zato velikokrat tudi neustrezno

obravnavana. Plooiy in drugi (2012) opozarjajo, da je pri zdravstveni obravnavi treba preučiti razmerje med pojavom bolečine in kognitivnim funkcioniranjem, ker ravno to razmerje vpliva na visoko tveganje za nepravilno obravnavo bolečine.

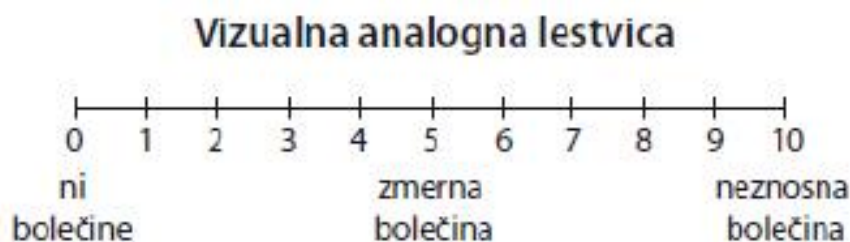
Glavni pokazatelj bolečine pri starostnikih obolelih za demenco so spremembe vedenja, ki jih moramo ovrednotiti na ustrezen način ter ugotoviti morebitno povezavo med bolečino in zadovoljenimi potrebami. Vsake spremembe vedenja ne moremo pripisati takoj pojavu bolečine, zaradi česar ima ocenjevanje bolečine izredni pomen, da se drugi dejavniki lahko izključijo (Kobentar, 2014). Za ocenjevanje bolečine pri obolelih za demenco, ki imajo ohranjene kognitivne sposobnosti, uporabljamo številne merske instrumente in lestvice, vendar v napredovalem stanju bolezni oboleli za demenco ne razumejo osnovnih vprašanj, ki se jim postavijo v povezavi z boleznijo, zato pogosto veliko instrumentov ni ustreznih (Gagon, et al., 2013). Šmitek (2008) navaja, da pojav bolečine izredno neugodno vpliva na pacienta ter na njegovo počutje in kognitivne funkcije, zato je v zvezi s pojavom bolečine pri pacientu dobro vedeti:

- pri vsakem pacientu je bolečinski prag individualen,
- od določenih okoliščin je odvisna toleranca za bolečino, ki je spremenljiva,
- obstajajo pacienti, ki imajo zmanjšan občutek za bolečino,
- k povečanemu ali zmanjšanemu občutku bolečine pripomorejo nekatera stanja (utrujenost, izčrpanost, strah itd.) ali bolezni,
- pacienti lahko bolečino čutijo brez pravega vzroka,
- pacient lahko bolečino čuti tudi v amputiranem delu okončine,
- tudi pri minimalni poškodbi tkiva je lahko bolečina zelo intenzivna (krč koronarnih arterij, ledvični kamni itd.),
- pri obsežnih poškodbah je lahko bolečina odsotna (gangrena itd.),
- bolečina je lahko prisotna na mestu poškodbe ali pa je oddaljena od mesta poškodbe,
- pacient lahko bolečino čuti po celem telesu brez poškodb,
- bolečina se lahko seli po delih telesa.

### 2.4.1 Lestvice za ocenjevanje bolečine

Bolečino pri starostnikih z blagimi ali srednje močnimi kognitivnimi motnjami najlažje ocenjujemo s številčnimi lestvicami in spraševanjem. Starostnike, ki niso zmožni sodelovati, opazujemo in poskušamo ugotoviti jakost bolečine iz njihovega obnašanja. Pri starostnikih obolelih za demenco je ocenjevanje bolečine posebno težko, saj zanemarjanje terapije bolečine poglobi demenco (Pirc, 2006).

Za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco, ki imajo ohranjene kognitivne sposobnosti in pri katerih je besedna komunikacija možna, se največkrat uporablja vizualna analogna lestvica (VAS). VAS lestvica je vizualna analogna skala, pripomoček, s katerim starostnik oceni jakost svoje bolečine. 10 cm vodoravna linija je razdeljena med dve skrajni vrednosti in na 10 stopenj, in sicer levo brez bolečine, desno najhujša bolečina (Weitzel, et al., 2011). V Sloveniji poleg VAS lestvice poznamo tudi besedno-opisno lestvico, številčno-točkovno skalo, risbo bolečine, McGillov vprašalnik in druge (Pirc, 2006).



**Slika 1: VAS lestvica za ocenjevanje bolečine (Vir: Čavlovič Labanjar, 2014)**

Jakovljević in Puh (2014) navajata, da McGillov vprašalnik oceni bolečino kvantitativno in kvalitativno. Poleg petstopenjske verbalne skale in risbe vključuje 78 izrazov bolečine, ki so razdeljeni v 20 skupin. Z vprašalnikom ocenjujemo čutno in senzorno doživljanje bolečine. Pacienti zarišejo izraz za bolečino, ki je najbližja njihovi. Poleg McGillovega vprašalnika je še veliko drugih vprašalnikov, ki temeljijo na izvornem, vendar so krajši.

Kassalainen (2007) ugotavlja, da se v Evropi največkrat uporabljajo naslednje lestvice: Pain Assessment In Advanced Dementia Scale (PAINAD), Discomfort Scale for Patients

with Dementia of the Alzheimer Type (DS-DAT), Non-Communicative Patient's Pain Assessment (NOPPAIN), Behavioral pain assessment in the elderly (DOLOPLUS-2), Numeric Rating Scale (NRS), Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE) in druge.

Pri starostnikih z napredovalno demenco, pri katerih besedna komunikacija ni mogoča in je prišlo do upada kognitivnih sposobnosti, se za ocenjevanje bolečine priporoča uporaba PAINAD lestvice (Pain Assessment In Advanced Dementia Scale). Več kot je točk (največ 10 točk), močnejša je bolečina. Lestvica je preprosta za uporabo in je zanesljiv instrument za evalvacijo bolečine pri vseh ljudeh, ki niso sposobni izražanja občutenj (Peternelj & Jakhel, 2010). Peternelj & Lunder (2010) ugotavljata, da se tudi v Sloveniji za oceno bolečine pri starostniku z demenco uporablja PAINAD lestvica. Lestvica je podobna VAS lestvici, le da se PAINAD uporablja le pri dementnih bolnikih, pri katerih je komunikacija otežena.

#### OCENA BOLEČINE PRI NAPREDOVALI DEMENCI (PAINAD)

OD VOKALIZACIJE NEODVISNO DIHANJE	normalno	0	občasno težavno dihanje, kratke dobe hiperventilacije	1	zelo glasno dihanje, dolge dobe hiperventilacije	2
NEGATIVNA VOKALIZACIJA	brez	0	občasno stokanje in ječanje, tišji govor z negativnim značajem ali z nestrinjanjem	1	ponavljajoči klic na pomoč, glasno stokanje in ječanje, jok	2
OBRAZNI IZRAZ	zmožen smejanja ali brez izraza	0	žalosten, prestrašen, z nagubanim čelom	1	obrazne grimase	2
GOVORICA TELESA	sproščena	0	napeta, neenakomerno pospeševanje, živčnost	1	napet, stisnjene pesti, kolena pritegnjena k telesu, odpiranje ali pritegovanje k sebi, udarjanje	2
UTOLAŽLJIVOST	ni potrebe	0	utolažljivost z glasom ali dotikom, preusmerjanje pozornosti drugam	1	utolažljivosti ni možna, pozornosti ni možno speljati drugam	2

Vrednotenje lestvice PAINAD:

- blaga bolečina (0 - 3 točk),
- srednje močna bolečina (4 - 7 točk),
- zelo močna bolečina (8 - 10 točk).

Vir: [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)

#### Slika 2: PAINAD lestvica za ocenjevanje bolečine (Vir: Klinika Golnik, n.d.)

Pri starostnikih obolelih za demenco je ocenjevanje bolečine sestavljeno iz merjenja vitalnih funkcij in opazovanja neverbalnih znakov bolečine. Tako pridobljena ocena je pogosto ugibanje, z aplikacijo analgetika se lahko opazujejo učinki in na podlagi tega se bolečino oceni in se jo nadzira. Tudi svoji pacienta lahko povedo, kako se pacient odziva, ko ima bolečino (Peternelj & Jakhel, 2010).

#### 2.4.2 Ovire pri ocenjevanju bolečine

Kobentar (2014) navaja, da je pri starostnikih z demenco neustrezna obravnava bolečine neposredno koherentna z izgubo komunikacijskih sposobnosti, s slabšim kognitivnim funkcioniranjem ter z motnjami pri ekspresiji bolečine. Ena od največjih ovir pri ocenjevanju bolečine pri starostniku z demenco je prisotnost vedenjskih motenj. Ovire so tudi strah pred odvisnostjo od zdravil in pred toleranco (Šmitek & Krist, 2008).

Ovire in napake, ki se zgodijo zdravstvenemu osebju je pomanjkljiv pregled pacienta, najpogosteje zaradi pomanjkanja časa in zdravja. Nekateri slabo poznajo nefarmakološke pristope k zdravljenju bolečine in farmakologijo zdravil, s katerimi se lajša bolečino. Bojijo se uporabe toksičnih opioidov in njihovih neželenih učinkov, ki so pogostejši pri starostnikih. Neizkušeno zdravstveno osebje se boji odvisnosti od opioidov in niso dobro seznanjeni z zakonodajo njihovega predpisovanja (Kobentar, 2014).

Scott in drugi (2011) navajajo, da neprimerna obravnava bolečine lahko poslabša stanje in povzroči vedenjske težave pri obolelih za demenco. Kar 42 % nepredvidenih sprejetij oseb z demenco in akutno bolečino se zgodi pri posameznikih nad 65 let, zaradi česar se podaljšuje hospitalizacija, zvišuje indeks smrtnosti ter večja tveganje za komplikacije in se povzroči škoda zaradi sočasnega jemanja večje količine predpisanih zdravil (polipragmazija). Z raziskavo so pokazali, da se je raven bolnišnične nege zvišal zaradi izboljšane ugotavljanja in zdravljenja bolečine (predvsem so se zmanjšali izdatki, popravila pa se je kakovost življenja obolelih).

#### 2.4.3 Vloga medicinske sestre pri ocenjevanju bolečine

V zdravstvenih ustanovah se za skrb starostnikov z demenco vključujejo tudi medicinske sestre in ostali zdravstveni sodelavci ter družinski člani. Ena izmed nalog medicinskih sester in njenih sodelavcev je skrb za doseganje pozitivnega in zmanjševanje negativnega zdravja posameznika. Cilj zdravstvene nege je prizadevanje za kakovostno staranje. Demenca poleg na posameznika vpliva tudi na njegove svojce, družino, prijatelje in ljudi, ki zanj skrbijo, ter predstavlja resno oviro pri medsebojnem sporazumevanju (Horvat,



2009). Številni oboleli, ki živijo doma ali v ustanovah, kažejo vidne znake bolečine, a so ti iz različnih vzrokov pogosto neustrezno obravnavani (Lunder, 2014). Starostniki, pri katerih je besedna komunikacija mogoča, zdravstvenim delavcem tudi ne povedo, da občutijo bolečino (Šmitek & Krist, 2008). Medicinske sestre imajo pri iskanju primerne instrumenta za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco težave zaradi pomanjkanja znanja (Kaasalainen, 2007). Upoštevala naj bi posebnosti pacienta, k vsakemu posamezniku mora pristopiti empatično in individualno (Šmitek & Krist, 2008). Medicinska sestra mora pri pacientu, ki ima bolečino (Šmitek & Krist, 2008):

- oceniti stanje in ugotoviti potrebe pacienta,
- preprečiti pojav bolečine v smislu, da z intervencijami zdravstvene nege ne poveča ali izzove bolečine,
- spremljati stanje skozi verbalno in neverbalno komuniciranje,
- podpirati pacienta pri odpravi bolečine z višjo toleranco za bolečino in zmanjševanjem jakosti že prisotne bolečine,
- izvajati farmakološke in nefarmakološke intervencije ter ocenjevati njihove učinke in neželene učinke,
- pridobivati kontrolo oziroma nadzor nad bolečino ter pacientu pomagati razumeti pojav bolečine, trajanje bolečine in učinkovitost analgetikov.

Starostniki oboleli za demenco se pogosto niso sposobni besedno sporazumevati, zato mora biti medicinska sestra pozorna na nebesedno komunikacijo, s katero pacient oddaja sporočila s pomočjo govornice telesa (Kobentar, 2010). Šmitek in Krist (2008) navajata, da mora medicinska sestra prepoznati naslednje znake, ki jih pacient sporoča oziroma s katerimi izraža svojo bolečino:

- zaradi bolečine je lahko pacientova lega telesa v postelji prisilna, prav tako je lahko prisilna drža telesa pri hoji, gibanje telesa je lahko v celoti moteno, lahko pa je moteno samo gibanje posameznih delov telesa,
- očesni kontakt z očmi je spremenjen (zmanjšan ali povečan), pogled je žalosten, oči so solzne, pacient je apatičen in zaskrbljen,
- pacient izraža bolečino z mimiko obraza, kot sta stiskanje zob, topi obraz,
- bolečina se lahko kaže tudi na podlagi čustvenih sprememb (izbruhi jeze, agresija, sovražnost, negotovost, žalost, odsotnost itd.),

- pacienti vitalni znaki so spremenjeni, predvsem pri akutni bolečini (pospešen pulz, zvišan krvni tlak itd.), pri kronični boleznih pa pride do rahlih odstopanj od normale.

### 3 EMPIRIČNI DEL

V nekaterih drugih državah imajo za prepoznavo in oceno bolečine pri starostniku z demenco posebna pravila in protokole, na razpolago imajo več lestvic za ocenjevanje bolečine pri obolelih za demenco. Ker je v Sloveniji narejeno zelo malo raziskav na to temo, smo v Splošni bolnišnici Jesenice izvedli raziskavo, s katero smo raziskali in ugotovili, kakšno je znanje medicinskih sester o prepoznavi in oceni bolečine pri starostniku, glede na njihovo delovno dobo in stopnjo izobrazbe.

#### 3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je, ob upoštevanju pridobljenih rezultatov, prikazati pristop medicinskih sester v Splošni bolnišnici Jesenice do ocenjevanja bolečine pri pacientih obolelih za demenco, ugotoviti, ali je bolečina ustrezno obravnavana in po potrebi predlagati nekatere ukrepe.

##### **Cilji diplomskega dela so:**

- Ugotoviti pomen stopnje izobrazbe in delovne dobe medicinskih sester na prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco.
- Ugotoviti, preko katerih znakov medicinske sestre prepoznajo bolečino pri starostniku z demenco.
- Med medicinskimi sestrami raziskati poznavanje lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco.
- Ugotoviti uporabnost različnih lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco.
- Ugotoviti mnenje medicinskih sester glede obravnave bolečine pri starostniku z demenco.

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšen pomen imata stopnja izobrazbe in delovna doba medicinskih sester na prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco?
2. Kako medicinske sestre prepoznajo bolečino pri starostniku z demenco?
3. Katere lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco poznajo medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice in katere od teh lestvic uporabljajo pri svojem delu?
4. Kako pogosto medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice uporabljajo lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco?
5. Kakšno je mnenje medicinskih sester glede obravnave bolečine pri starostniku z demenco?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je bila zasnovana kot deskriptivna metoda empiričnega neeksperimentalnega kvantitativnega raziskovanja.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Na podlagi deskriptivne metode je bil izveden pregled literature. Pregledana je bila domača in tuja strokovna literatura, prav tako strokovni članki in podatki, ki so dostopni na svetovnem spletu. Iskanje strokovne literature je potekalo preko različnih tujih podatkovnih baz: CINAHL, PROQUEST, PUBMED, SPRINGERLINK idr. Omejitvi, ki smo jih postavili pri iskanju literature, sta bili starost (med 2007 in 2016) in jezik (celotno besedilo v angleškem jeziku). Ključne besede pri iskanju literature so bile: »elderly«, »pain assessment«, »nurse knowledge«, »cognitive abilities«, »dementia«. Slovensko literaturo smo iskali v virtualni knjižnici Slovenije – COBISS, ključne besede, ki smo jih

uporabili, so bile: »starostnik«, »ocenjevanje bolečine«, »medicinska sestra znanje«, »kognitivne sposobnosti«, »demenca«.

V empiričnem delu smo podatke zbrali s tehniko anketiranja medicinskih sester v Splošni bolnišnici Jesenice.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

V diplomski nalogi je bil za merski instrument uporabljen strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je bil anonimen, na podlagi pregledane strokovne literature smo ga sestavili sami (Flegel, 2013; Ahn & Horgas, 2013; Darovec, et al., 2014; Kobentar, 2014; Šeruga, 2014; Gagnon, et al., 2014). Vprašalnik vsebuje 10 vprašanj, in sicer odprtega in zaprtega tipa. Prvi sklop vprašalnika zajema demografske podatke (spol, starost, izobrazbo in delovno dobo), nadaljevanje vprašalnika pa sestavljajo vprašanja, s katerimi smo ugotavljali znanje medicinskih sester v Splošni bolnišnici Jesenice pri delu z osebami, ki so obbolele za demenco, ugotavljali, katere lestvice za ocenjevanje bolečine pri obolelih za demenco poznajo medicinske sestre, katere lestvice uporabljajo pri svojem delu z dementnimi osebami ter preko katerih znakov prepoznajo bolečino pri obolelih za demenco. Za odgovore na vprašanja smo uporabili Likertovo lestvico, s katero so medicinske sestre vrednotile posamezne trditve (ocena 1 pomeni, da se anketirani z navedenimi trditvami sploh ne strinjajo, 2 pomeni, da se s trditvijo ne strinjajo, 3 pomeni, da se s trditvijo niti strinjajo niti ne strinjajo, 4 pomeni, da se s trditvijo strinjajo, ocena 5 pomeni popolno strinjanje s trditvijo).

Zanesljivost vprašalnika smo preverili pri zadnjem vprašanju s trditvami, in sicer s Cronbachovim koeficientom zanesljivosti (Cencič, 2009). Zanesljivost vprašalnika je bila v našem primeru visoka ( $\alpha = 0,871$ ).

### 3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskavi smo za ciljno populacijo izbrali medicinske sestre zaposlene v Splošni bolnišnici Jesenice na kirurških oddelkih (oddelek za travmatologijo, oddelek za abdominalno kirurgijo, oddelek za ortopedijo), internih oddelkih (oddelek za

kardiologijo, oddelek za gastroenterologijo, oddelek za endokrinologijo in nefrologijo), v enoti intenzivne terapije operativnih strok (v nadaljevanju EITOS) in na oddelku za zdravstveno nego. Vzorec je nenaključen in priročen. V reševanje smo dali 100 vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 100 %.

Tabela 1 prikazuje demografske podatke anketiranih. Kot je razvidno, je bilo anketiranih 14 (14 %) moških in 86 (86 %) žensk. Malo več kot polovica anketiranih ( $n = 54$ , 54 %) ima srednješolsko izobrazbo. V povprečju so anketirani stari 32,71 let ( $SO = 6,790$ ) in imajo povprečno 9,64 let delovne dobe ( $SO = 6,770$ ).

**Tabela 1: Demografski podatki anketiranih**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Spol	Ženski	86	86 %
	Moški	14	14 %
	Skupaj	100	100 %
Izobrazba	Srednja šola	54	54,0 %
	Visoka šola	44	44,0 %
	Magisterij	2	2,0 %
	Skupaj	100	100,0 %
Starost	PV	32,71	
	SO	6,790	
Delovna doba	PV	9,64	
	SO	6,770	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od februarja do marca 2017, po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela in pridobljenem soglasju zavoda za izvajanje raziskave pod vodstvom Splošne bolnišnice Jesenice. Vprašalnik smo razdelili med medicinske sestre, po izobrazbi tehnik zdravstvene nege, diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra in magister/magistrica zdravstvene nege. Vsa primerna navodila za reševanje vprašalnika so bila dodana pri vprašanih. Pri oblikovanju vprašanj je bila upoštevana etika. Anketiranim je bila zagotovljena anonimnost pri oddaji izpolnjenih vprašalnikov. S statističnim programom SPSS 22.0. smo obdelali in predstavili podatke. Rezultate smo prikazali s pomočjo frekvenc,

odstotkov, povprečnih vrednosti in standardnih odklonov ter drugih statističnih metod, kot so Pearsonov koeficient ( $p < 0,05$ ), ANOVA ( $p < 0,05$ ) in t – test ( $p < 0,05$ ).

### 3.4 REZULTATI

Rezultate bomo v nadaljevanju predstavili po raziskovalnih vprašanjih.

*Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen pomen imata stopnja izobrazbe in delovna doba medicinskih sester na prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco?*

Najprej smo preverjali poznavanje lestvic za ocenjevanje bolečine z vprašanjem o poznavanju ocenjevalnih lestvic. Anketirani so odgovorili, da v povprečju ( $PV = 2,37$ ,  $SO = 4,521$ ) ne poznajo ocenjevalnih lestvic za prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco. Visok standardni odklon nakazuje neenotnost odgovarjanja anketiranih.

Tabela 2 prikazuje povezavo med poznavanjem lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco in izobrazbo ter delovno dobo. Do statistično pomembne povezave prihaja med poznavanjem lestvic in delovno dobo. Povezava je pozitivna in šibka ( $r = 0,217$ ,  $p = 0,030$ ), na podlagi česar lahko trdimo, da anketirani z daljšo delovno dobo bolj poznajo ocenjevalne lestvice bolečine pri starostnikih z demenco.

**Tabela 2: Povezanost med poznavanjem lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco z izobrazbo in delovno dobo**

		<b>Poznavanje lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostnikih</b>
Poznavanje lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostnikih	Pearsonova korelacija	1
	p-vrednost	
	N	100
Izobrazba	Pearsonova korelacija	-0,030
	p-vrednost	0,771
	N	100

		Poznavanje lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostnikih
Delovna doba	Pearsonova korelacija	0,217*
	p-vrednost	0,030
	N	100

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Sposobnost prepoznavanja bolečine starostnikov z demenco smo pri anketiranih preverjali z vprašanjem, na kakšne načine anketirani prepoznavajo bolečine pri starostniku z demenco. Anketirani so odgovorili, da v povprečju prepoznajo bolečino z mimiko obraza (PV = 4,15, SO = 0,541), vokalizacijo (PV = 4,05, SO = 2,321) in preko ostalih vitalnih znakov (PV = 4,08, SO = 1,875). Delno se strinjajo, da prepoznavajo bolečino pri starostniku z demenco na podlagi telesne drže (PV = 3,11, SO = 1,274) in nemira ter napetosti (PV = 3,01, SO = 2,118). Anketirani v povprečju bolečine ne prepoznavajo na podlagi glasnega dihanja (PV = 2,17, SO = 2,897) in agresivnosti oziroma otopelosti (PV = 2,28, SO = 2,457).

Tabela 3 prikazuje povezanost med prepoznavanjem bolečine pri starostniku z demenco in izobrazbo ter delovno dobo. Statistično šibka pozitivna povezava je med prepoznavanjem bolečine pri starostniku z demenco in izobrazbo ( $r = 0,191$ ,  $p = 0,047$ ). Tudi med prepoznavanjem bolečine pri starostniku in delovno dobo je statistično zelo šibka pozitivna korelacija ( $r = 0,095$ ,  $p = 0,035$ ). Ker sta obe povezavi pozitivni, sklepamo, da anketirani z daljšo delovno dobo in višjo izobrazbo hitreje prepoznajo bolečino pri starostniku z demenco.

**Tabela 3: Povezanost med prepoznavanjem bolečine pri starostniku z demenco in izobrazbo ter delovno dobo**

		Prepoznavanje bolečine pri starostniku z demenco
Prepoznavanje bolečine pri starostniku z demenco	Pearsonova korelacija	1
	p-vrednost	
	N	100



		<b>Prepoznavanje bolečine pri starostniku z demenco</b>
Izobrazba	Pearsonova korelacija	0,191*
	p-vrednost	0,047
	N	100
Delovna doba	Pearsonova korelacija	0,095*
	p-vrednost	0,035
	N	100

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Tabela 4 prikazuje obravnavo bolečine pri starostniku z demenco glede na izobrazbo. Anketirani s srednjo šolo (PV = 3,890, SO = 0,839) in z visoko šolo ter magisterijem (PV = 4,16, SO = 0,745) se strinjajo, da starostniki z demenco izražajo bolečino z nebesedno komunikacijo. Prav tako se anketirani z nižjo izobrazbo (PV = 3,89, SO = 1,093) in višjo izobrazbo (PV = 4,02, SO = 1,089) strinjajo, da potrebujejo dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco. Anketirani s srednjo šolo (PV = 1,26, SO = 0,521) in anketirani z visoko šolo ter magisterijem (PV = 1,20, SO = 0,668) se v povprečju popolnoma ne strinjajo, da starostniki z demenco ne občutijo bolečine. Anketirani z nižjo izobrazbo (PV = 1,96, SO = 1,115) in anketirani z višjo izobrazbo (PV = 1,20, SO = 0,668) se ne strinjajo, da imajo starostniki višji prag bolečine. Ostali rezultati so prikazani v tabeli 4. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri trditvah: Starostniki z demenco ne občutijo bolečine ( $t = 0,203$ ,  $p = 0,043$ ), Starostniki imajo višji prag bolečine ( $t = 5,974$ ,  $p = 0,016$ ), Pri starostnikih z demenco je ocena bolečine otežena ( $t = 0,012$ ,  $p = 0,029$ ), Starostniki z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin ( $t = 4,016$ ,  $p = 0,048$ ), Telesna drža starostnikov z demenco je lahko odvisna od bolečine ( $t = 7,363$ ,  $p = 0,008$ ), Motnja spanja ni znak bolečine pri starostnikih z demenco ( $t = 2,818$ ,  $p = 0,046$ ), Nepojasnen nemir starostnikov z demenco napoveduje bolečino ( $t = 0,794$ ,  $p = 0,037$ ), Pri svojem delu za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco uporabljam ustrezno lestvico ( $t = 4,522$ ,  $p = 0,036$ ) in Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja ( $t = 2,884$ ,  $p = 0,033$ ). Pri navedenih trditvah prihaja do statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo, pri čemer se anketirani z nižjo izobrazbo bolj strinjajo z navedeno trditvijo kot anketirani z višjo izobrazbo.

**Tabela 4: Obravnava bolečine pri starostniku z demenco glede na izobrazbo**

	Izobrazba	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Starostniki z demenco ne občutijo bolečine.	Srednja šola	54	1,26	0,521	0,203	0,043
	Visoka šola	46	1,20	0,668		
Starostniki imajo višji prag bolečine.	Srednja šola	54	1,96	1,115	5,974	0,016
	Visoka šola	46	1,61	0,841		
Pri starostnikih z demenco je ocena bolečine otežena.	Srednja šola	54	3,91	0,957	0,012	0,029
	Visoka šola	46	3,95	1,011		
Pri starostnikih z demenco je bolečina neustrezno zdravljena.	Srednja šola	54	3,02	1,090	0,001	0,986
	Visoka šola	46	3,34	1,055		
Starostniki z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin.	Srednja šola	54	2,35	0,955	4,016	0,048
	Visoka šola	46	2,52	0,731		
Starostniki z demenco izražajo bolečino z nebesedno komunikacijo.	Srednja šola	54	3,89	0,839	0,445	0,506
	Visoka šola	46	4,16	0,745		
Bolečina pri starostnikih z demenco se kaže s spremembami v razpoloženju.	Srednja šola	54	3,89	0,904	0,287	0,593
	Visoka šola	46	3,91	0,802		
Bolečina pri starostnikih se nikoli ne kaže preko agresije.	Srednja šola	54	2,24	1,132	4,622	0,084
	Visoka šola	46	2,07	0,925		
Telesna drža starostnikov z demenco je lahko odvisna od bolečine.	Srednja šola	54	3,48	1,145	7,363	0,008
	Visoka šola	46	3,80	0,795		
Motnja spanja ni znak bolečine pri starostnikih z demenco.	Srednja šola	54	2,48	1,177	2,818	0,046
	Visoka šola	46	2,14	0,979		
Nepojasnen nemir starostnikov z demenco napoveduje bolečino.	Srednja šola	54	3,17	0,885	0,794	0,037
	Visoka šola	46	3,41	0,897		
Ob hipertenziji in/ali tahikardiji pri starostnikih z demenco pomislim na bolečino.	Srednja šola	54	3,56	1,110	3,360	0,070
	Visoka šola	46	3,89	0,895		
Pri starostnikih z demenco, ki glasno dihajo, pomislim na bolečino.	Srednja šola	54	3,50	1,005	0,011	0,916
	Visoka šola	46	3,66	1,033		
Starostniki z demenco imajo lahko zaradi bolečine slabši apetit.	Srednja šola	54	3,83	0,947	0,265	0,608
	Visoka šola	46	4,00	0,889		
Stokanje pri starostnikih z demenco opozarja na bolečino.	Srednja šola	54	3,69	0,948	0,178	0,674
	Visoka šola	46	3,68	0,883		

	Izobrazba	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Opazim, da starostniki z demenco trpijo bolečino, ki je ne obravnavamo.	Srednja šola	54	3,35	0,894	0,057	0,812
	Visoka šola	46	3,34	0,914		
Po aplikaciji analgetika opazim, da se je bolečina pri starostnikih z demenco zmanjšala.	Srednja šola	54	3,41	0,981	1,025	0,314
	Visoka šola	46	3,89	0,945		
Starostnikom z demenco visoke ali prepogoste doze zdravil ne morejo škodovati.	Srednja šola	54	2,26	1,247	1,374	0,244
	Visoka šola	46	1,75	0,991		
Pri svojem delu uporabljamo tudi nefarmakološke metode zdravljenja.	Srednja šola	54	2,74	1,200	0,074	0,786
	Visoka šola	46	2,73	1,169		
Pri svojem delu za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco uporabljam ustrezno lestvico.	Srednja šola	54	3,15	1,188	4,522	0,036
	Visoka šola	46	2,64	0,865		
Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja.	Srednja šola	54	3,00	1,009	2,884	0,033
	Visoka šola	46	2,36	1,080		
Potrebujem dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco.	Srednja šola	54	3,89	1,093	0,050	0,824
	Visoka šola	46	4,02	1,089		
Menim, da je za bolečino starostnikov z demenco na našem oddelku ustrezno poskrbljeno.	Srednja šola	54	3,15	1,053	2,483	0,118
	Visoka šola	46	2,98	0,821		
Menim, da bi lahko za lajšanje bolečin pri starostnikih z demenco na našem oddelku bolje poskrbeli.	Srednja šola	54	3,61	1,172	0,437	0,510
	Visoka šola	46	3,89	1,061		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

### *Raziskovalno vprašanje 2: Kako medicinske sestre prepoznajo bolečino pri starostniku z demenco?*

Tabela 5 prikazuje načine prepoznavanja bolečine pri starostniku z demenco. Anketirani so pri vprašanju imeli možnost obkrožiti več odgovorov. Večina anketiranih prepozna bolečino pri starostniku z demenco na podlagi mimike obraza (n = 92, 92 %), veliko pa jih prepozna bolečino tudi z vokalizacijo (n = 79, 79 %) in preko drugih vitalnih znakov (n = 78, 78 %).

**Tabela 5: Načini prepoznavanja bolečine pri starostniku z demenco**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Načini prepoznavanja bolečine pri starostniku z demenco	Mimika obraza	92	92 %
	Telesna drža	62	62 %
	Vokalizacija (stokanje)	79	79 %
	Glasno dihanje	40	40 %
	Nemir oz. napetost	67	67 %
	Agresivnost oz. otopelost	40	40 %
	Drugi znaki	78	78 %

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

*Raziskovalno vprašanje 3: Katere lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco poznajo medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice in katere od teh lestvic uporabljajo pri svojem delu?*

Tabela 6 prikazuje poznavanje in uporabo lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco. Več kot polovica anketiranih (n = 56, 56 %) pozna ocenjevalne lestvice bolečine za starostnike z demenco. Največ jih pozna VAS lestvico (n = 41, 41 %). Na delovnem mestu večina anketiranih za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco uporablja VAS lestvico (n = 72, 72 %) in številčno točkovno lestvico (n = 72, 72 %).

**Tabela 6: Poznavanje in uporaba lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Poznavanje lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco.	Da	56	56 %
	Ne	44	44 %
	Skupaj	100	100 %
Katere lestvice poznate?	PAINAD lestvica	37	37 %
	VAS lestvica	41	41 %
	Opisna lestvica	17	17 %
Katere lestvice uporabljate pri delu za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco?	VAS lestvica (vizualna analogna lestvica)	72	72 %
	Številčno točkovna lestvica (razpon od 1 do 10)	72	72 %
	Besedno-opisna lestvica	49	49 %

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

*Raziskovalno vprašanje 4: Kako pogosto medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice uporabljajo lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco?*

Tabela 7 prikazuje, da anketirani pogosto uporabljajo ocenjevalne lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco. Pogosto (7–10 x mesečno) uporabi lestvico za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco 44 % (n = 44) anketiranih, občasno (4–6 x mesečno) pa 32 % (n = 32) anketiranih.

**Tabela 7: Pogostost uporabe ocenjevalnih lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco**

		n	%
Pogostost uporabe ocenjevalnih lestvic za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco	Nikoli (v celem mesecu nikoli)	1	1,0 %
	Redko (1–3 x na mesec)	6	6,0 %
	Občasno (4–6 x na mesec)	32	32,0 %
	Pogosto (7–10 x na mesec)	44	44,0 %
	Zelo pogosto (več kot 10 x na mesec)	17	17,0 %
	Skupaj	100	100,0 %

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

*Raziskovalno vprašanje 5: Kakšno je mnenje medicinskih sester glede obravnave bolečine pri starostniku z demenco?*

Tabela 8 prikazuje mnenja medicinskih sester glede obravnave bolečin pri starostnikih z demenco. Anketirani se strinjajo s trditvijo, da je ocena bolečine pri starostnikih z demenco otežena (PV = 3,91, SO = 1,016). Delno se strinjajo, da je pri starostnikih z demenco bolečina neustrezno zdravljena (PV = 3,18, SO = 1,086). Delno se strinjajo s trditvijo, da pri svojem delu za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco uporabljajo ustrezno lestvico (PV = 2,93, SO = 1,094). Anketirani se v povprečju strinjajo, da potrebujejo dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco (PV = 3,95, SO = 1,077). V povprečju se tudi strinjajo s trditvijo, da bi na njihovem oddelku za lajšanje bolečin pri starostnikih z demenco lahko bolje poskrbeli (PV = 3,74, SO = 1,116). Ostali rezultati so prikazani v tabeli 8.

**Tabela 8: Mnenje medicinskih sester glede obravnave bolečine pri starostniku z demenco**

	n	PV	SO	MIN	MAX
Starostniki z demenco ne občutijo bolečine.	100	1,27	0,694	1	5
Starostniki imajo višji prag bolečine.	100	1,83	1,055	1	5
Pri starostnikih z demenco je ocena bolečine otežena.	100	3,91	1,016	1	5
Pri starostnikih z demenco je bolečina neustrezno zdravljena.	100	3,18	1,086	1	5
Starostniki z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin.	100	2,45	0,892	1	5
Starostniki z demenco izražajo bolečino z nebesedno komunikacijo.	100	4,02	0,804	2	5
Bolečina pri starostnikih z demenco se kaže s spremembami v razpoloženju.	100	3,91	0,854	1	5
Bolečina pri starostnikih se nikoli ne kaže preko agresije.	100	2,19	1,010	1	5
Telesna drža starostnikov z demenco je lahko odvisna od bolečine.	100	3,60	1,035	1	5
Motnja spanja ni znak bolečine pri starostnikih z demenco.	100	2,35	1,123	1	5
Nepojasnen nemir starostnikov z demenco napoveduje bolečino.	100	3,27	0,930	1	5
Ob hipertenziji in/ali tahikardiji pri starostnikih z demenco pomislim na bolečino.	100	3,72	1,026	1	5
Pri starostnikih z demenco, ki glasno dihajo, pomislim na bolečino.	100	3,57	1,008	1	5
Starostniki z demenco imajo lahko zaradi bolečine slabši apetit.	100	3,90	0,916	1	5
Stokanje pri starostnikih z demenco opozarja na bolečino.	100	3,69	0,907	1	5
Opazim, da starostniki z demenco trpijo bolečino, ki je ne obravnavamo.	100	3,35	0,892	1	5
Po aplikaciji analgetika opazim, da se je bolečina pri starostnikih z demenco zmanjšala.	100	3,61	0,984	1	5
Starostnikom z demenco visoke ali prepogoste doze zdravil ne morejo škodovati.	100	2,04	1,154	1	5
Pri svojem delu uporabljamo tudi nefarmakološke metode zdravljenja.	100	2,74	1,177	1	5
Pri svojem delu za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco uporabljam ustrezno lestvico.	100	2,93	1,094	1	5
Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja.	100	2,72	1,074	1	5
Potrebujem dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco.	100	3,95	1,077	1	5
Menim, da je za bolečino starostnikov z demenco na našem oddelku ustrezno poskrbljeno.	100	3,07	3,74	1	5
Menim, da bi lahko za lajšanje bolečin pri starostnikih z demenco na našem oddelku bolje poskrbeli.	100	3,74	1,116	1	5

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

V nadaljevanju so za boljše razumevanje problematike predstavljeni še ostali rezultati.

Tabela 9 prikazuje pogostost srečevanja anketiranih s starostnikom z demenco pri delu. Največkrat se anketirani zelo pogosto srečajo s starostnikom z demenco ( $n = 41$ , 41 %), dosti pa se jih sreča s starostnikom pogosto ( $n = 30$ , 30 %).

**Tabela 9: Pogostost srečevanja pri delu s starostnikom z demenco**

		n	%
Pogostost srečevanja pri delu s starostnikom z demenco	Nikoli (v celem mesecu nikoli)	1	1,0 %
	Redko (1–5 x na mesec)	9	9,0 %
	Občasno (6–10 x na mesec)	19	19,0 %
	Pogosto (10–15 x na mesec)	30	30,0 %
	Zelo pogosto (več kot 15 x na mesec)	41	41,0 %
	Skupaj	100	100,0 %

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Samooceno znanja smo pri anketiranih preverjali na podlagi trditve: »Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja«. Anketirani se v povprečju delno strinjajo ( $PV = 2,72$ ,  $SO = 1,074$ ), da imajo za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco dovolj znanja.

Tabela 10 prikazuje povezavo med samooceno znanja za prepoznavo bolečine ter izobrazbo in delovno dobo. Do statistično pomembne povezave prihaja med znanjem in izobrazbo. Povezava je negativna in šibka ( $r = -0,233$ ,  $p = 0,020$ ), zato sklepamo, da anketirani z nižjo izobrazbo menijo, da imajo za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco dovolj znanja.

**Tabela 10: Povezava med znanjem ter izobrazbo in delovno dobo**

		Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja
Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja	Pearsonova korelacija	1
	p-vrednost	
	N	100
Izobrazba	Pearsonova korelacija	-0,233*
	p-vrednost	0,020
	N	100
Delovna doba	Pearsonova korelacija	-0,045
	p-vrednost	0,660
	N	100

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Tabela 11 prikazuje obravnavo bolečine pri starostniku z demenco glede na spol. Ženske (PV = 3,91, SO = 1,013) in moški (PV = 3,93, SO = 1,072) se v povprečju strinjajo, da je pri starostnikih z demenco ocena bolečine otežena. Prav tako se ženske (PV = 4,00, SO = 0,826) in moški (PV = 4,14, SO = 0,663) strinjajo, da starostniki z demenco izražajo bolečino z nebesedno komunikacijo. Ženske (PV = 2,45, SO = 0,863) in moški (PV = 2,43, SO = 1,089) se v povprečju ne strinjajo, da starostniki z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin. Ostali rezultati so prikazani v tabeli 11. Do statistično pomembnih razlik med ženskim in moškim spolom prihaja pri naslednjih trditvah: Starostniki z demenco ne občutijo bolečine ( $t = 5,129$ ,  $p = 0,026$ ), Telesna drža starostnikov z demenco je lahko odvisna od bolečine ( $t = 5,770$ ,  $p = 0,018$ ), Starostnikom z demenco visoke ali prepogoste doze zdravil ne morejo škodovati ( $t = 5,383$ ,  $p = 0,022$ ) in Potrebujem dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco ( $t = 14,490$ ,  $p = 0,001$ ). Pri navedenih trditvah se ženske bolj strinjajo s trditvijo kot moški. Ostali rezultati so prikazani v tabeli 11.

**Tabela 11: Obravnava bolečine pri starostniku z demenco glede na spol**

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Starostniki z demenco ne občutijo bolečine.	Ženski	86	1,24	0,612	5,129	0,026
	Moški	14	1,43	1,089		
Starostniki imajo višji prag bolečine.	Ženski	86	1,84	1,050	0,184	0,669
	Moški	14	1,79	1,122		
Pri starostnikih z demenco je ocena bolečine otežena.	Ženski	86	3,91	1,013	0,074	0,787
	Moški	14	3,93	1,072		
Pri starostnikih z demenco je bolečina neustrezno zdravljena.	Ženski	86	3,26	1,054	0,432	0,513
	Moški	14	2,71	1,204		
Starostniki z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin.	Ženski	86	2,45	0,863	0,784	0,378
	Moški	14	2,43	1,089		
Starostniki z demenco izražajo bolečino z nebesedno komunikacijo.	Ženski	86	4,00	0,826	0,067	0,796
	Moški	14	4,14	0,663		
Bolečina pri starostnikih z demenco se kaže s spremembami v razpoloženju.	Ženski	86	3,88	0,873	0,153	0,696
	Moški	14	4,07	0,730		



	Spol	n	PV	SO	t- vrednosti	p- vrednosti
Bolečina pri starostnikih se nikoli ne kaže preko agresije.	Ženski	86	2,10	1,052	0,226	0,636
	Moški	14	2,71	1,069		
Telesna drža starostnikov z demenco je lahko odvisna od bolečine.	Ženski	86	3,55	1,081	5,770	0,018
	Moški	14	3,93	0,616		
Motnja spanja ni znak bolečine pri starostnikih z demenco.	Ženski	86	2,31	1,109	0,528	0,469
	Moški	14	2,57	1,222		
Nepojasnen nemir starostnikov z demenco napoveduje bolečino.	Ženski	86	3,22	0,938	0,002	0,963
	Moški	14	3,57	0,852		
Ob hipertenziji in/ali tahikardiji pri starostnikih z demenco pomislim na bolečino.	Ženski	86	3,73	1,011	0,138	0,711
	Moški	14	3,64	1,151		
Pri starostnikih z demenco, ki glasno dihajo, pomislim na bolečino.	Ženski	86	3,58	0,988	0,568	0,453
	Moški	14	3,50	1,160		
Starostniki z demenco imajo lahko zaradi bolečine slabši apetit.	Ženski	86	3,88	0,951	1,547	0,217
	Moški	14	4,00	0,679		
Stokanje pri starostnikih z demenco opozarja na bolečino.	Ženski	86	3,66	0,928	2,310	0,132
	Moški	14	3,86	0,770		
Opazim, da starostniki z demenco trpijo bolečino, ki je ne obravnavamo.	Ženski	86	3,38	0,883	0,001	0,997
	Moški	14	3,14	0,949		
Po aplikaciji analgetika opazim, da se je bolečina pri starostnikih z demenco zmanjšala.	Ženski	86	3,60	0,997	0,608	0,437
	Moški	14	3,64	0,929		
Starostnikom z demenco visoke ali prepogoste doze zdravil ne morejo škodovati.	Ženski	86	1,95	1,084	5,383	0,022
	Moški	14	2,57	1,453		
Pri svojem delu uporabljamo tudi nefarmakološke metode zdravljenja	Ženski	86	2,77	1,185	0,052	0,819
	Moški	14	2,57	1,158		
Pri svojem delu za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco uporabljam ustrezno lestvico.	Ženski	86	2,92	1,087	0,627	0,431
	Moški	14	3,00	1,177		
Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja.	Ženski	86	2,72	1,048	1,301	0,257
	Moški	14	2,71	1,267		
Potrebujem dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco.	Ženski	86	4,06	0,950	14,490	0,001
	Moški	14	3,29	1,541		

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Menim, da je za bolečino starostnikov z demenco na našem oddelku ustrezno poskrbljeno.	Ženski	86	3,01	0,927	1,525	0,220
	Moški	14	3,43	1,016		
Menim, da bi lahko za lajšanje bolečin pri starostnikih z demenco na našem oddelku bolje poskrbeli.	Ženski	86	3,73	1,089	0,508	0,478
	Moški	14	3,79	1,311		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

### 3.5 RAZPRAVA

V raziskavi se je izkazalo, da so se že vsi anketirani srečali s starostnikom z demenco, večina od njih večkrat na mesec, vendar le malo več kot polovica anketiranih pozna lestvice za ocenjevanje bolečine pri tej skupini pacientov. Kot navaja Kobentar (2014), je pri obolelih za demenco neustrezno obravnavana bolečina, povezana s slabim kognitivnim delovanjem, pomanjkanjem verbalnih in komunikacijskih zmožnosti ter z nezmožnostjo izražanja bolečine, zato imajo medicinske sestre še posebej težko nalogo, ko ocenjujejo bolečino pri pacientih z napredujočo demenco.

Rezultati raziskave so pokazali, da prihaja do statistično pomembne povezave med poznavanjem lestvic in delovno dobo. Povezava je pozitivna in šibka, na podlagi česar lahko trdimo, da anketirani z daljšo delovno dobo bolje poznajo ocenjevalne lestvice bolečine pri starostnikih z demenco. Statistično šibko pozitivno povezavo smo ugotovili med prepoznavanjem bolečine pri starostniku z demenco in izobrazbo ter med prepoznavanjem bolečine pri starostniku in delovno dobo. Ker sta obe povezavi pozitivni, sklepamo, da anketirani z daljšo delovno dobo in višjo izobrazbo hitreje prepoznajo bolečino pri starostniku z demenco. Tudi Prince in drugi (2013) so ugotovili, da medicinske sestre, ki imajo višjo izobrazbo in daljšo delovno dobo, lažje prepoznajo bolečino pri obolelih za demenco. Ugotavljajo, da tako praktične izkušnje kot teoretično znanje vplivajo na ocenjevanje bolečine pri obolelih za demenco. Z analizo raziskave smo ugotovili statistične pomembne razlike glede na izobrazbo, in sicer nižje izobraženi anketirani menijo, da starostniki z demenco ne občutijo bolečine, da imajo starostniki višji prag bolečine, da je pri starostnikih z demenco ocena bolečine otežena, da starostniki

z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin, da je telesna drža starostnikov z demenco lahko odvisna od bolečine, da motnja spanja ni znak bolečine pri starostnikih z demenco, da nepojasnen nemir starostnikov z demenco napoveduje bolečino in da imajo za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco dovolj znanja, kar po našem mnenju kaže na to, da je za etične in predvsem kritične odločitve v zdravstveni negi odločilna izobrazba. Naše ugotovitve lahko zopet povežemo z ugotovitvami Pieperja in drugih (2011), ki navajajo, da so kompetence medicinskih sester pomembne pri ocenjevanju bolečine pri obolelih za demenco. Z uporabo protokola za bolečino se lahko izboljša ocenjevanje bolečine, hkrati pa se zmanjšajo druga zdravstvena tveganja.

Anketirani prepoznajo bolečino pri starostniku z demenco najpogosteje z mimiko obraza, z vokalizacijo (s stokanjem), z nemirom oziroma agresijo, s telesno držo, nekaj jih bolečino prepozna tudi z glasnim dihanjem pacienta in agresivnostjo oziroma otopelostjo. Ahn in Horgas (2013) sta v domovih starejših občanov na Floridi izvedla raziskavo o vplivu bolečine na vedenje pri starostnikih z demenco. V raziskavo sta vključila 56.577 oseb z demenco, starejših od 65 let. Instrument je bil sestavljen iz dveh vprašalnikov. Za ugotavljanje vedenja sta uporabila Need – driven Dementia – compromised Behavior (NDB) z istočasno aplikacijo lestvice za oceno bolečine. Ugotovila sta, da osebe z demenco izrazijo svojo bolečino z vedenjskimi motnjami, kot so agresivnost, vznemirjenost, tavanje, slabše kognitivno funkcioniranje ter slabše izvajanje vsakodnevnih aktivnosti, ker drugače ne znajo ustrezno ubesediti svoje bolečine. Prav tako sta ugotovila, da osebe z demenco dobijo manj protibolečinskih zdravil ter da so nefarmakološki načini zdravljenja, kot so masaža, glasba, aromaterapija, poleg zdravljenja s paracetamolom, z opiodi in nesterodnimi protivnetnimi zdravili, bistven člen procesa. Avtorja sta v svoji raziskavi ugotovila, da je bolečina v nedvomni soodvisnosti z vedenjskimi odkloni. Anketirani v naši raziskavi sicer prepoznajo in opazijo znake, ki so pokazatelji bolečine pri obolelih za demenco, vendar je pomembno, kako pristopijo k pacientu in na kakšen način bolečino obravnavajo. Anketirani v naši raziskavi agresijo uvrščajo v manj značilne znake za prepoznavo bolečine pri starostnikih z demenco.

Ugotovili smo, da le polovica anketiranih pozna lestvice za ocenjevanje bolečine. Skoraj polovica jih pozna lestvico VAS, tretjina pa PAINAD lestvico. Pri delu uporabljajo VAS lestvico, številčno točkovno lestvico in besedno-opisno lestvico. Anketirani potrebujejo izobraževanja o ocenjevanju bolečine pri starostnikih z demenco. Gagnon in njegovi sodelavci (2013) so v Kanadi izvedli raziskavo, v katero so vključili 148 medicinskih sester, zaposlenih v domovih za starejše občane. Namen raziskave je bil ovrednotiti znanje medicinskih sester o bolečini pri starostnikih z demenco. Ugotovili so, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo v multidisciplinarnem timu in da je njihovo znanje pomanjkljivo, da bi z ustreznimi instrumenti lahko ocenile stopnjo bolečine pri starostnikih z demenco. Opozarjajo tudi na pomanjkanje kompetenc medicinskih sester. Avtorji ugotavljajo, da medicinske sestre niso dovolj usposobljene ter da potrebujejo nadgradnjo znanja za boljše obvladovanje bolečine pri svojih varovancih. Flegel (2013) navaja, da bi bilo v protokol obravnavanja pacientov z demenco koristno implicirati oceno bolečine, ki mora biti izmerjena na ustrezen način in z ustreznim instrumentom, ki ima visoke psihometrične lastnosti. Osebe z demenco drugače zaznavajo bolečino, prag bolečine se spreminja, zlasti pri starejših, kjer količina opioidnih receptorjev v možganih upada, zato je bolečina za starejše neznosnejša kot za mlajše. Anketirani v naši raziskavi v povprečju menijo, da pri oceni bolečine pri starostniku z demenco ne uporabljajo ustrezno lestvico. Vendar pa so tisti z nižjo izobrazbo manj kritični do svojega znanja in menijo, da so usposobljeni za prepoznavo bolečine.

Lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostniku z demenco v povprečju anketirani največkrat uporabljajo 7–10 x mesečno, kar je pogosto, in 4–6 x mesečno, kar je občasno. Medicinske sestre bi morale biti podučene o uporabi ocenjevalnih lestvic in o tem, katere lahko uporabijo pri posameznem starostniku z demenco, saj vsak pacient nima enako napredujoče bolezni in nima enakih komunikacijskih sposobnosti. Pieper in sodelavci (2011) so izvedli raziskavo v domovih starejših občanov na Nizozemskem, v katero so vključili 168 oseb s šibko ali z zmerno demenco, starejših od 65 let. Z raziskavo so hoteli preizkusiti protokol Serial Trial Assessment of Protocol (STA-OP). Nizozemska različica STA-OP izhaja iz ameriškega protokola Serial Trial Intervention (STI). Pri preoblikovanju iz ameriškega v nizozemski protokol je prišlo do številnih sprememb zaradi različne organizacije zdravstvenih sistemov. S protokolom se ugotavlja razmerje

oziroma povezava med kognitivnim funkcioniranjem in pojavo bolečine. Protokol sestavlja pet korakov: prvi korak ocenjuje telesne potrebe kot verjetne vzroke za vedenjske spremembe, drugi korak presoja čustvene potrebe, tretji korak vključuje možnost nefarmakoloških metod zdravljenja za obvladovanje vedenjskih motenj, četrti korak presoja o aplikaciji analgetikov ter peti korak presoja o potrebi po psihotropnih zdravilih. Raziskovalci opozarjajo, da so oboleli za demenco različovalna skupina posameznikov, ki jih pri obravnavi bolečine pogostokrat spregledajo zaradi oslabeledih kognitivnih zmožnosti in slabih komunikacijskih zmožnosti obolelih. Pristop k zdravljenju bolečine je odvisen od vedenja obolelih, bolečina se zdravi s kratko ali z dolgo učinkujočimi analgetiki, glede na njeno vrsto (akutna ali kronična). Raziskovalci ugotavljajo, da imajo medicinske sestre na Nizozemskem daljše usposabljanje za delo s starostniki z demenco ter da imajo veliko izkušenj in znanja o bolečini in demenci. Medicinske sestre za boljše informiranje vodijo tudi dnevnike. Raziskovalci so ugotovili, da se je z uporabo STA-OP protokola izpopolnilo počutje obolelih za demenco ob uporabi nefarmakoloških metod zdravljenja, prisotnih je manj vedenjskih odklonov, izkorišča se manj antipsihotikov in več analgetikov, posledično imajo zdravila manj nezaželenih učinkov. Kognitivno funkcioniranje je v visokem razmerju s pojavo bolečine (Pieper, et al., 2011).

Ugotovili smo, da anketirani v povprečju ne menijo, da imajo starostniki z demenco višji prag bolečine ali da je celo ne občutijo. Delno se strinjajo, da je bolečina pri starostniku z demenco neustrezno zdravljena. Naše ugotovitve lahko povežemo z ugotovitvami Plooiya in sodelavcev (2012), ki so v raziskavi ugotavljali odnos med kognitivnim delovanjem in obravnavanjem bolečine pri obolelih za demenco. Prišli so do spoznanja, da 45 % obolelih za demenco ni prejelo ustrezne terapije, čeprav je bila bolečina ugotovljena, in da so kognitivno manj sposobni prejeli veliko manj analgetikov kot pacienti z ohranjenimi kognitivnimi sposobnostmi. Anketirani se na podlagi rezultatov raziskave ne strinjajo, da pacienti kažejo bolečino preko agresije. Nasprotno trdijo Haasum in drugi (2011), ki so v raziskavi navedli, da zanemarjanje bolečine vodi v depresijo, pacienti postanejo agresivni, anksiozni in vznemirjeni, kar posledično zniža kakovost življenja obolelih za demenco. Neustrezna obravnava bolečine zvišuje tveganje za druge zaplete, ki podaljšujejo zdravljenje pacientov in zvišujejo stroške zdravljenja

(Mosele, 2012). Ugotovili smo, da se anketirani v naši raziskavi ne strinjajo, da pri delu uporabljajo nefarmakološke metode zdravljenja. Nasprotno trdijo Zwakhalen in drugi (2007), ki navajajo, da je poleg farmakoloških ukrepov vedno treba prej ali vzporedno uporabiti tudi nefarmakološke ukrepe za blaženje bolečine. Anketirani se delno strinjajo, da imajo za prepoznavo in oceno bolečine pri starostniku z demenco dovolj znanja in da je na oddelku bolnišnice poskrbljeno za starostnike z demenco. Strinjajo se, da potrebujejo več znanja za ocenjevanje bolečine pri obolelih za demenco in da bi bilo na oddelku v bolnišnici lahko bolj poskrbljeno za obolele za demenco. Toye in drugi (2013) so v raziskavi navedli, da so anketirani le 40 % v celoti pravilno prepoznali bolečino pri starostniku obolelim za demenco in jo pravilno obravnavali. Po izvedenih izobraževanjih zaposlenih so raziskavo ponovili ter ugotovili, da se je odstotek ustreznega prepoznavanja bolečine zvišal na 68 %. Ugotavljajo, da je potrebno stalno izobraževanje na področju ocenjevanja bolečine pri obolelih za demenco.

Polovica anketiranih se s pacienti z demenco v povprečju srečujejo zelo pogosto (več kot 15 x na mesec), kar pomeni, da bi morali natančno poznati postopke za ocenjevanje bolečine pri vseh obolelih za demenco. Gilmore-Bykovsky in Bowers (2013) navajajo, da so medicinske sestre neposredni dejavni udeleženci v multidisciplinarni ekipi in prav pri njih je ugotovljeno pomanjkljivo znanje in kompetence ter ustrezne uporabe instrumentov za oceno jakosti bolečine pri obolelih za demenco. Kobentar (2011) ugotavlja, da je v Sloveniji precejšnje število obolelih za demenco vključeno v institucionalno varstvo (60 % prebivalstva v domu za ostarele ima diagnosticirano demenco), kjer je število medicinskih sester manjše in je posledično njihovo delo internirano. Motnje vedenja se večinoma obravnavajo s psihotropnimi zdravili, ki imajo nezaželene učinke (vrtočlavico, nizek krvni tlak ipd.).

Na podlagi raziskave smo ugotovili, da premalo anketiranih pozna lestvice za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco (le polovica), še posebej PAINAD lestvico, ki se uporablja pri obolelemu z demenco brez kognitivnih sposobnosti. Ugotovili smo tudi, da imajo več znanja pri ocenjevanju in prepoznavanju bolečine pri obolelih za demenco anketirani z daljšo delovno dobo in višjo izobrazbo, verjetno zaradi več izkušenj in izobraževanj, ki so se jih udeležili. Anketirani sicer prepoznajo značilne znake bolečine

pri starostniku z demenco, vendar zaradi pomanjkanja znanja in izkušenj bolečine verjetno ne blažijo v tolikšni meri, kot bi jo lahko, če bi bili popolnoma podučeni o obravnavi bolečine pri obolelih za demenco. Tudi v Sloveniji bi se morali v zdravstvu zgledovati po medicinskih sestrah iz Nizozemske, kjer izobraževanje za delo za obolelimi za demenco traja dalj časa in je bolj intenzivno. Pri ocenjevanju bolečine in pri delu s pacienti, ki nimajo kognitivnih sposobnosti, je znanje ključnega pomena, medicinske sestre pa si morajo vzeti čas, da stanje pacientov natančno ocenijo in preučijo, katere farmakološke in nefarmakološke metode bodo uporabile za lajšanje bolečin. Anketirani se zavedajo, da nimajo dovolj znanja za obravnavo in ocenjevanje obolelih za demenco in da potrebujejo dodatna izobraževanja. Menijo, da bi bilo na oddelku bolnišnice lahko bolje poskrbljeno za paciente z demenco, vendar da bi se to zgodilo, bi bila potrebna dodatna usposabljanja in izobraževanja za zaposlene. Zavedati se morajo, da so nefarmakološki načini blaženja bolečine prav tako pomembni kot farmakološki.

### **Omejitve raziskave**

Pomanjkanje na področju raziskav o ocenjevanju bolečine pri starostniku z demenco v bolnišnicah, ki bi jih lahko uporabili pri primerjavi z našimi podatki, je zagotovo omejitev raziskave. Na podlagi opazovanj bi lahko dobili podatke in zaznambe iz bolnišnic, ki bi jih aplicirali za nadaljnjo obdelavo. Anketirani, ki so vprašalnik izpolnili, so lahko na izbrana vprašanja odgovorili drugače, kot je njihovo resnično mnenje. Večji reprezentativni vzorec bi bil lahko zajet za namen raziskave, na podlagi česar bi dobili natančnejše rezultate. Naredila bi se lahko tudi statistična primerjava rezultatov raziskave s podatki iz drugih bolnišnic in bolnišnic v tujini. Raziskano področje bi lahko še bolje predstavili z uporabo kombinacije opazovanja in anketiranja zdravstvenega osebja in pacientov. S preučitvijo dobljenih rezultatov bi lahko prilagodili oziroma oblikovali izobraževanja medicinskih sester o ocenjevanju bolečine pri starostnikih obolelih za demenco. Za podajo konkretnih ukrepov bi bil vprašalnik lahko sestavljen obsežneje.

## 4 ZAKLJUČEK

Namen diplomskega dela je dosežen. Ugotovili smo pristop medicinskih sester v Splošni bolnišnici Jesenice do ocenjevanja bolečine pri pacientih obolelih za demenco in prišli do spoznanja, da bolečina ni ustrezno obravnavana oziroma bi bila lahko obravnavana veliko bolj celostno. Za izboljšanje ocenjevanja bolečine pri starostnikih z demenco bi morali v Splošni bolnišnici Jesenice stalno izobraževati zaposlene o pravilnih pristopih ocenjevanja bolečine in medicinske sestre teoretično in praktično poučiti o ukrepih. Starejše in bolj izkušene medicinske sestre bi predavanja lahko vodile, hkrati pa bi v praksi opozarjale nove zaposlene, na kaj morajo biti pozorni pri obravnavi bolečine starostnika z demenco. Znanje medicinskih sester bi bilo treba stalno preverjati in ob ugotovitvi, da nimajo dovolj znanja, takoj ukrepati. Uvedli bi lahko tudi interni protokol ocenjevanja bolečine pri starostniku z demenco ter natančno opredelili, za katere vrste demence se uporabljajo določeni instrumenti in kakšni ukrepi se lahko uporabijo pri različnih stadijih demence. Ob farmakoloških načinih lajšanjih bolečine bi morali uporabiti tudi nefarmakološke načine. Do vsakega pacienta bi morali pristopati individualno in se mu posvetiti.

Obravnava bolečine pri starostnikih z demenco v Sloveniji potrebuje nacionalne smernice, protokole z najboljšimi izidi in enotne standarde, da bodo imeli vsi oboleli za demenco možnost obravnave bolečine na najustreznejši način in bodo tako lahko živeli čim bolj kakovostno življenje brez bolečin. Medicinske sestre bi se morale stalno izobraževati na področju ocenjevanja bolečine pri starostnikih z demenco, da bi bilo njihovo znanje kompetentno. Vsekakor pa bi morale biti enakovredno vključene v tim ocenjevanja bolečine. Raziskava, prikazana v diplomskem delu, poudarja pomen vključevanja medicinske sestre v proces ocenjevanja bolečine, saj so prve, ki se srečajo z zapleti pri pacientih in so ključni del kakovostne obravnave pacientov.

Kot izhodišče za nadaljnjo raziskovanje lahko služijo podatki, ki so bili pridobljeni z raziskavo. Z dodanim opazovanjem in zajetim večjim reprezentativnim vzorcem bi bili raziskani vsi pogledi področja. Na podlagi dobljenih rezultatov bi lahko podali nazorne



ukrepe, ki so potrebni, da bi se ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco izpopolnilo.

## 5 LITERATURA

Ahn, H. & Horgas, A., 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BioMedCentral Geriatrics*, 13(1), p. 14.

Borak, L., 2007. Medicinske sestre se soočamo z bolečino. In: M. Rebernik, ed. *Zbornik 13, Gradimo mostove, Gurmanski hram, Maribor, 23. in 24. november*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 152-156.

Bresjanc, M. & Repovš, G., 2005. Bolečina: kaj in zakaj boli? In: A. Gregorič, ed. *XV. Srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in II. srečanje medicinskih sester z mednarodno udeležbo*. Maribor: Splošna bolnišnica, pp. 65-68.

Bromley L. & Brandner B, 2012. *Acute Pain*. New York: Menarini International, pp. 24-28.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 168-179.

Čavlovič Lahajnar, S., 2014. *Bolečina. Slovensko združenje paliativne medicine SZD*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Darovec, J., Kogoj, A., Kores-Plesničar, B., Muršec, M., Pišljari, M., Pregelj, P. & Stokin, G., 2014. Kakovost in varnost: smernice za obravnavo bolnikov z demenco. *Zdravniški vestnik*, 83(1), pp. 497-504.

Felc, Z., 2015. *Spominčica Šentjur*. 2015. Available at: <http://www.spomincica-sentjur.si/index.php/demenca/vrste-demenc/demenca-z-lewjevimi-telesci> [Accessed 06 November 2016].

Flegel, K., 2013. People with dementia need better pain management. *Canadian Medical Association Journal*, 10(1), p. 185.

Gagnon, M.M., Hadjistavropoulos, T. & Williams, J., 2013. Development and mixed-methods evaluation of a pain assessment video training program for long-term care staff. *Pain Research & Management*, 18(6), pp. 307-312.

Gilmore-Bykovskiy, A.L. & Bowers, B.J., 2013. Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), pp. 127-138.

Grad, A., 2008. *O demenci*. Združenje CVB. 2008. Available at: <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/12-o-demenci-grd.pdf> [Accessed 22 October 2016].

Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kåreholt, I. & Johnell, K., 2011. Pain treatment in elderly persons with and without dementia: a population-based study of institutionalized and home-dwelling elderly. *Drugs & Aging*, 28(4), pp. 283-93. Available at: <http://dx.doi.org/10.2165/11587040-000000000-00000> PMID:21428463 [Accessed 09 November 2016].

Hermann, C. & Kappesser, J., 2014. Wenn Schmerzen im Gedächtnis bleiben. *Heilberufe – Das Pflegemagazin*, 66(2), pp. 14-16.

Horvat, M., 2009. Skrb za starostnika v domačem okolju. In: L. Leskovic, ed. Starost-izziv ali problem sodobne družbe. *Zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 75-85.

Jakovljević, M. & Puh, U., 2014. Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. *Fizeoterapija*, 22(2), pp. 46-54.

Kaasalainen, S., 2007. Pain assessment in older adults with dementia: using behavioral observation methods in clinical practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(6), pp. 6-10.

Kobal, J., 2011. *Huntingtonova bolezen: genska okvara, ki ne bi smela ostati družinska skrivnost*. Available at: <http://m.delo.si/clanek/153505> [Accessed 06 November 2016].

Kobentar, R., 2010. *Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

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.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2006*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

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

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

Kovačič, M., 2012. *Ocenjevanje pojavnosti bolečine v zdravstveni negi starostnika: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru.

Lunder, U., 2014. Značilnosti paliativne oskrbe v domovih starejših občanov. In: J. Hozjan, ed. *Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj z recenzijo. 33. strokovno srečanje, Lendava 15. in 16. april 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 7-15.

Mali, J. & Milošević Arnold, V., 2011. Komunikacija z osebami z demenco. In: B. Lešnik, ed. *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 131-140.

Mosele, M., Inelmen, E.M., Toffanello, E.D., Girardi, A., Coin, A. & Sergi, G., 2012. Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(1), pp. 38-43.

Pečjak, V., 2007. *Psihologija staranja*. Bled: samozaložba, pp. 13-20.

Peternelj, A. & Jakhel, T., 2010. Ocena, poročanje in vrednotenje motečih simptomov v paliativni oskrbi. In: U. Lunder, ed. *Svetovni dan paliativne oskrbe: zbornik prispevkov. Ljubljana, 6. oktober 2010*. Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 57-59.

Peternelj, A. & Lunder, U. eds., 2010. *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji: pilotni projekt*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Pieper, M.J.C., Achterberg, W.P., Francke, A.L., Van der Steen, J.T., Scherder, E.J.A. & Kovach, C.R., 2011. The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *BioMedCentral Geriatrics*, 11(1), p. 12.

Pirc, J., 2006. Prepoznavanje ocenjevanje in merjenje bolečine. In: N. Krčevski Škvarč ed. *9. seminar o bolečini: zbornik predavanj, Maribor, 10.-11. 2006*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Splošna Bolnišnica Maribor, pp. 173-177.

Pieper, M.J.C., Achterberg, W.P., Francke, A.L., Van der Steen, J.T., Scherder, E.J.A. & Kovach, C.R., 2011. The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *Bio Medicine Cental Geriatrics*, 11(1), p. 12.

Plooij, B., Van der Spek, K. & Scherder, E.J.A., 2012. Pain medication and global cognitive functioning in dementia patients with painful conditions. *Drugs & Aging*, 29(5), pp. 377-384.

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. & Ferri, P., 2013. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), pp. 63-75.

Pišljarič, M., 2014. *Demenca*. [online] Available at: <http://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/demenca> [Accessed 06 November 2016].

Scott, S., Jones, L., Blanchard, M.R. & Sampson, E.L., 2011. Study protocol: the behaviour and pain in dementia study (BePAID). *Bio Medical Cental Geriatrics*, 11(1), p. 61.

Sobotič, N., 2008. *Vloga medicinske sestre pri načinih in metodah lajšanja kronične bolečine: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Spominčič, 2016. *Alzheimer Slovenija*. Ljubljana: Slovensko združenje za pomoč pri demenci. Available at: [http://www.spomincica.si/?page\\_id=176](http://www.spomincica.si/?page_id=176) [Accessed 06 November 2016].

Svilenković, T., 2005. Delokrog in kompetence bolečinske medicinske sestre. In: A. Nunar Perko & I. Buček Hajdarevič, eds. *Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, Rogla, 15. in 16. april 2005*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 43-49.

SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Staranje prebivalstva v Sloveniji, 2010. Available at: <http://www.stat.si/dos/StarejsePrebivalstvo.pdf> [Accessed 05 May 2017].

Šeruga, M., 2014. Obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi. In: Hozjan, J. ed. *Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj z recenzijo. 33. strokovno srečanje, Lendava 15. in 16. april 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 117-124.

Šmitek, J. & Krist, A., 2008. *Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, pp. 185-192.

Thomm, M., 2012. *Schmerzmanagement in der Pflege*. Berlin: Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Toye, C., Lester, L., Popescu, A., McInerney, F., Andrews, S. & Robinson, A.L., 2013. Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: Development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. *Dementia* 13(2), pp. 248-256.

Weitzel, T., Robinson, S., Barnes, M.R., Berry, T.A., Holmes, J.M. & Mercer, S., 2011. The special needs of the hospitalized patient with dementia. *Medsurgent Nursing*, 20(1), pp. 13-19.

World Health Organization, 2012. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization, pp. 12-63.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

Spoštovani,

sem Maja Nišandžić, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, in z mentorjem mag. Brankom Bregar, viš. pred., pripravljam diplomsko delo z naslovom Ocena bolečine pri starostniku z demenco.

Pred vami je vprašalnik, s katerim želim ugotoviti, kako medicinske sestre v Splošni bolnišnici Jesenice prepoznavate in ocenjujete bolečino pri starostniku z demenco. S pridobljenimi rezultati bi lahko pripomogli k bolj učinkovitemu obvladovanju bolečine starostnikov z demenco v bolnišničnem okolju.

Prosim Vas, da pri reševanju vprašalnika pomislite na paciente z demenco.

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

Izpolnjene vprašalnike oddajte v za to namenjen zabojnik na oddelku.

Za vaše sodelovanje se Vam vnaprej zahvaljujem.

S spoštovanjem,

Maja Nišandžić



## VPRAŠALNIK

### 1. SPOL

- a) Ženski
- b) Moški

2. STAROST (napišite svojo starost v letih) \_\_\_\_\_

### 3. IZOBRAZBA

- a) Srednja šola
- b) Visoka šola
- c) Magisterij
- d) Več

4. DELOVNA DOBA (napišite svojo delovno dobo v letih) \_\_\_\_\_

### 5. KAKO POGOSTO SE PRI SVOJEM DELU SREČUJETE S STAROSTNIKOM Z DEMENCO?

- a) Nikoli (v celem mesecu nikoli)
- b) Redko (1–5 x na mesec)
- c) Občasno (6–10 x na mesec)
- d) Pogosto (10–15 x na mesec)
- e) Zelo pogosto (več kot 15 x na mesec)

### 6. KAKO POGOSTO SE PRI SVOJEM DELU SREČUJETE S STAROSTNIKOM, ZA KATEREGA OCENJUJETE, DA SVOJE STANJE Z VIDIKA BOLEČINE TEŽKO OPIŠE?

- a) Nikoli (v celem mesecu nikoli)
- b) Redko (1–3 x na mesec)

- c) Občasno (4–6 x na mesec)
- d) Pogosto (7–10 x na mesec)
- e) Zelo pogosto (več kot 10 x na mesec)

*Če ste na vprašanje 6 odgovorili z redko, občasno, pogosto ali zelo pogosto, potem prosim nadaljujte z anketo.*

**7. ALI POZNATE KATERO LESTVICO ZA OCENJEVANJE BOLEČINE PRI STAROSTNIKU Z DEMENCO? ČE STE ODGOVORILI Z DA, NA ČRTO NAPIŠITE KATERO.**

- a) Da \_\_\_\_\_
- b) Ne

**8. KATERE LESTVICE ZA OCENJEVANJE BOLEČINE PRI STAROSTNIKU Z DEMENCO UPORABLJATE PRI SVOJEM DELU?**

**(MOŽNIH VEČ ODGOVOROV)**

- a) VAS lestvico (vizualna analogna lestvica)
- b) Številčno točkovno lestvico (razpon števil od 1 do 10)
- c) Besedno-opisno lestvico
- d) Drugo \_\_\_\_\_

**9. KAKO OCENJUJETE BOLEČINO PRI STAROSTNIKU Z DEMENCO?**  
**(MOŽNIH VEČ ODGOVOROV)**

- a) Z mimiko obraza
- b) S telesno držo
- c) Z vokalizacijo (stokanje)
- d) Z glasnim dihanjem
- e) Z nemirom oz. napetostjo

f) Z agresivnostjo oz. otopelostjo

g) Preko vitalnih znakov

h) Drugo\_\_\_\_\_

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

Trditve	1 – Sploh se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Niti se strinjam niti se ne strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolno ma se strinjam
Starostniki z demenco ne občutijo bolečine.					
Starostniki imajo višji prag bolečine.					
Pri starostnikih z demenco je ocena bolečine otežena.					
Pri starostnikih z demenco je bolečina neustrezno zdravljena.					
Starostniki z demenco razumejo lestvice za ocenjevanje bolečin.					
Starostniki z demenco izražajo bolečino z nebesedno komunikacijo.					
Bolečina pri starostnikih z demenco se kaže s spremembami v razpoloženju.					

Bolečina pri starostnikih z demenco se nikoli ne kaže preko agresije.					
Telesna drža starostnikov z demenco je lahko odvisna od bolečine.					
Motnja spanja ni znak bolečine pri starostnikih z demenco.					
Nepojasnen nemir starostnikov z demenco napoveduje bolečino.					
Ob hipertenziji in/ali tahikardiji pri starostnikih z demenco pomislim na bolečino.					
Pri starostnikih z demenco, ki glasno dihajo, pomislim na bolečino.					
Starostniki z demenco imajo lahko zaradi bolečine slabši apetit.					
Stokanje pri starostnikih z demenco opozarja na bolečino.					
Opazim, da starostniki z demenco trpijo bolečino, ki je ne obravnavamo.					
Po aplikaciji analgetika opazim, da se je bolečina pri starostnikih z demenco zmanjšala.					
Starostnikom z demenco visoke ali prepogoste doze zdravil ne morejo škodovati.					

Pri svojem delu uporabljamo tudi nefarmakološke metode proti bolečinam.					
Pri svojem delu za ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco uporabljam ustrezno lestvico.					
Za prepoznavo in oceno bolečine pri starostnikih z demenco imam dovolj znanja.					
Potrebujem dodatna predavanja in izobraževanja na temo prepoznavanje in ocenjevanje bolečine pri starostnikih z demenco.					
Menim, da je za bolečino starostnikov z demenco na našem oddelku ustrezno poskrbljeno.					
Menim, da bi lahko za lajšanje bolečin pri starostnikih z demenco na našem oddelku bolje poskrbeli.					