



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**ZNANJE IN STALIŠČA FIZIOTERAPEVTOV
O DELU Z OSEBAMI Z DEMENCO -
EKSPLOLATIVNA RAZISKAVA**

**PHYSIOTHERAPISTS' KNOWLEDGE AND
ATTITUDES TOWARD WORKING WITH
PEOPLE WITH DEMENTIA: AN
EXPLORATORY STUDY**

Mentorica: Danielle Jagodic, pred.
Somentorica: doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Kandidat: Denis Fatić

Jesenice, september, 2023

ZAHVALA

Hvala mentorici Danielle Jagodic, pred., za spodbudo in pomoč pri izdelavi diplomskega dela. Prav tako bi se rad zahvalil somentorici doc. dr. Sedinii Kalender Smajlović, recenzentki dr. Moniki Zadnikar, viš. pred. in Marjanci Šoško, prof. razrednega pouka, ki je lektorirala diplomsko delo.

Rad bi se zahvalil tudi svoji družini in partnerici, ki so me motivirali in spodbujali skozi celoten študij in pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Demenca zaradi svoje kompleksnosti vpliva na fizioterapevtsko obravnavo. Glede na napovedne projekcije o številu oseb z demenco bo v prihodnosti večina fizioterapevtov v geriatrični oskrbi obravnavala osebe z demenco. Za kakovostno obravnavo te populacije bodo fizioterapevti potrebovali specifična znanja in pozitivno naravnost.

Cilj: Cilj diplomskega dela je izmeriti stopnjo znanja in raziskati stališča fizioterapevtov o delu z osebami z demenco.

Metoda: Za pripravo diplomskega dela je bila uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja. Vprašalnik je izpolnilo 147 anketirancev. Pričakovana je bila 60-odstotna realizacija vzorca, končna realizacija je 73 %. Anketo je izpolnilo 133 žensk (90,5 %) in 14 moških (9,5 %). Uporabili smo strukturiran vprašalnik. Rezultate smo obdelali s pomočjo programa SPSS verzija 20. Za analizo smo uporabili osnovno opisno statistiko, funkcijo compute in ANOVA test, pri tem pa upoštevali prag statistične značilnosti $p \leq 0,05$.

Rezultati: V raziskavi so fizioterapevti na lestvici o poznavanju demence, od 16 možnih, v povprečju dosegli 12,87 pravih odgovorov ($SO = 1,868$). Na 8 trditev je pravilno odgovorilo več kot 85 % anketirancev. V sklopu o stališčih do dela z osebami z demenco ugotavljamo, da je pri večini trditev stališče fizioterapevtov ali negativno ali pa nevtralno. Za iskanje statistično značilnih povezav smo znanje razdelili v tri skupine (pomanjkljivo, povprečno, dobro znanje) in jih primerjali s trditvami, ki izražajo stališča fizioterapevtov. Razen ene povezave med skupinami znanja in stališči ni bilo statistično značilnih povezav, kar pomeni, da več znanja o demenci ne pomeni boljših stališč.

Razprava: Ugotovili smo, da imajo fizioterapevti dobro znanje o demenci ter v povprečju negativna ali nevtralna stališča do dela z osebami z demenco. Rezultati lahko služijo kot izhodišče za načrtovanje izobraževanja in usposabljanja fizioterapevtov o demenci s ciljem zagotavljanja višje kakovosti celovite obravnave oseb z demenco.

Ključne besede: fizioterapija, kognitivni upad, prepričanja, odločitev za delo, izobraževanje

SUMMARY

Theoretical background: Dementia is a complex condition that poses challenges for physiotherapy treatment. Experts predict that in the future, most physiotherapists in geriatric care will work with elderly persons suffering from dementia. To provide quality care for this population, physiotherapists need specialized knowledge and a positive attitude.

Goals: The diploma thesis aims to measure the level of knowledge and investigate physiotherapists' views on working with people with dementia.

Methods: We used a quantitative research method and gathered data through a structured questionnaire completed by 147 individuals. While the expected response rate was 60%, the final response rate turned out to be 73%. 133 of the respondents were women (90.5%) and 14 were men (9.5%). To analyse the results, we used the SPSS version 20 software and performed basic descriptive statistics, the compute function, and the ANOVA test while keeping in mind the statistical significance threshold of $p \leq 0.05$.

Results: According to the survey, physiotherapists on average scored 12.87 correct answers out of a possible 16 on the dementia knowledge scale (standard deviation = 1.868). Over 85% of respondents answered 8 statements correctly. However, in the section on attitudes towards working with people with dementia, most of the statements revealed that physiotherapists hold negative or neutral attitudes. To find significant correlations, we split the knowledge into three levels - deficient, average, and good - and compared them to physiotherapists' attitudes. Only one correlation between knowledge level and attitudes was found, indicating that more knowledge about dementia does not necessarily translate to better attitudes.

Discussion: Our research indicates that physiotherapists possess substantial knowledge about dementia and generally hold neutral or negative attitudes towards working with individuals who have dementia. These findings provide a foundation for developing educational and training programs for physiotherapists to improve the quality of care for people with dementia.

Key words: physiotherapy, cognitive decline, beliefs, decision to work, education

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	4
2.2 VLOGA FIZIOTERAPIJE PRI DEMENCI.....	7
2.3 ZNANJE FIZIOTERAPEVTOV O DEMENCI.....	8
2.4 STALIŠČA FIZIOTERAPEVTOV DO DELA Z OSEBAMI Z DEMENCO.....	9
3 EMPIRIČNI DEL	12
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	12
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	12
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	12
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	13
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	18
3.4 REZULTATI	18
3.4.1 Znanje fizioterapevtov o demenci.....	18
3.4.2 Stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco	20
3.4.3 Povezanost stališč do dela z osebami z demenco z znanjem o demenci med fizioterapevti.....	23
3.5 RAZPRAVA.....	25
3.5.1 Omejitve raziskave.....	28
4 ZAKLJUČEK	30
5 LITERATURA	31
6 PRILOGE	
6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Simptomi demence	4
Tabela 2: Zanesljivost sklopov vprašalnika	16
Tabela 3: Opis vzorca po spolu in stopnji pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije	17
Tabela 4: Opis vzorca po starosti, delovni dobi, delovnih izkušnjah z osebami z demenco in deležu oseb z demenco v praksi.....	17
Tabela 5: Odgovori fizioterapevtov na trditve o znanju o demenci	19
Tabela 6: Opis vzorca	20
Tabela 7: Stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco.....	21
Tabela 8: Primerjava stališč fizioterapevtov do dela z osebami z demenco glede na stopnjo znanja o demenci	23
Tabela 9: Tukey HSD za statistično značilne trditve.....	25

SEZNAM KRAJŠAV

ADI	Alzheimer's Disease International
ALS	Amiotrofična lateralna skleroza
CSP	Chartered society of physiotherapy
DKAS	Dementia Knowledge Assessment Scale
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIA	National institute on aging
WHO	World Health Organization
ZFS	Združenje fizioterapevtov Slovenije

1 UVOD

Starajoče se prebivalstvo prinaša nove izzive zdravstvenim delavcem in negovalcem, kot tudi družinam, ki se soočajo z naravno pojavnostjo bolezni starejših. Demenca je kronično in neozdravljivo stanje, ki prizadene možganske celice in zaradi svoje pojavnosti močno vpliva tako na zdravstveni sistem, kot na sistem socialnega varstva in v prvi vrsti družinskih članov (Ministrstvo za zdravje, (MZ), 2020). Znaki in simptomi demence se pojavijo, ko nekoč zdravi nevroni ali živčne celice v možganih prenehajo delovati, izgubijo povezave z drugimi možganskimi celicami in umrejo. Medtem ko s staranjem vsi izgubimo nekaj nevronov, osebe z demenco doživljajo veliko večjo izgubo (National Institute on Aging, (NIA), 2021).

Pogostost demence narašča s staranjem (približno ena tretjina vseh oseb, starih 85 let ali več, ima lahko neko obliko demence), vendar demenca ni normalen del staranja (NIA, 2021). Ocene za Slovenijo kažejo, da je v letu 2019 bilo 43.038 oseb z demenco, kar se bo do leta 2050 povečalo na 84.735 oseb (Spominčica, 2022), v Evropi okoli 10 milijonov (Zdravniška zbornica, 2019; Alzheimer's Disease International (ADI), n.d.). Projekcije za prihodnost ocenjujejo porast demence v svetovnem merilu na 131,5 milijona prizadetih do leta 2050 (Foley, et al., 2020). Po podatkih Svetovne organizacije za Alzheimerjevo bolezen za osebe z demenco skrbi še trikrat toliko ljudi (Spominčica, n.d.). Demenca predstavlja veliko svetovno gospodarsko breme, saj je bilo v svetovnem merilu v letu 2015, po podatkih ADI (n.d.), za zdravljenje demence namenjenih 818 milijard dolarjev, do leta 2030 pa naj bi strošek zdravljenja narasel na 2,8 bilijonov. Demenca je trenutno sedmi najpogostejši vzrok smrti med vsemi boleznimi in eden glavnih vzrokov za invalidnost in odvisnost med starejšimi po vsem svetu (World health organization (WHO), 2021). Problem pri demenci je, da na globalni ravni ni zdravstvenega sistema, ki bi natančno beležil število oseb z demenco in ki bi ponujal enak dostop do zdravlil in zdravniških pregledov vsem ljudem (eDemenca, n.d.).

Motnje ravnotežja, hoje in gibljivosti so pogoste in progresivne značilnosti demence (Hunter & Divine, 2020). Fizioterapija ima ključno vlogo pri številnih vidikih oskrbe oseb z demenco s ciljem pozitivno vplivati na kakovost življenja tako osebe z demenco kot

njenih skrbnikov (Foley, et al., 2020). Po mnenju različnih avtorjev (Foley, et al., 2020; Hunter & Divine, 2020) so fizioterapevti nepogrešljivi pri zagotavljanju zdravljenja, izboljšanju in vzdrževanju premičnosti in neodvisnosti, zmanjšanju tveganja padcev, rehabilitaciji po zlomih, ocenjevanju bolečine, načrtovanju odpusta po zaključenem zdravljenju in oskrbi ob koncu življenja. Kwon, et al. (2021) navajajo, da so pomembni cilji fizioterapije tudi vzdrževanje duševne funkcije oseb z demenco ter spodbujanje koncentracije in samoizražanja.

Fizioterapevti, ki delajo predvsem s starejšimi osebami, se bolj verjetno srečajo z osebami z demenco (Sari, et al., 2022). Raziskave kažejo, da se delež oseb z demenco, s katerim se srečujejo fizioterapevti pri svojem delu, razlikuje glede na klinično okolje, saj se giblje med 43 % v domovih za starejše in 35 % v ustanovah za geriatrično rehabilitacijo (Hunter, et al., 2019). Fizioterapevti pogosto obravnavajo osebe z demenco tudi v bolnišnicah, saj O'Brien, et al. (2018) ugotavljajo, da obstaja večja verjetnost, da bo v bolnišnično oskrbo sprejet posameznik z diagnozo demence, kot tisti brez te diagnoze.

Svetovna zdravstvena organizacija si je kot prednostno nalogo postavila razvoj znanja in veščin vseh zdravstvenih delavcev, ki obravnavajo osebe z demenco (Foley, et al., 2019). Lawler, et al. (2020) navajajo, da so zdravstveni delavci s pomanjkljivim znanjem o demenci slabše opremljeni za zagotavljanje kakovostne oskrbe oseb z demenco ter da večina znanja o demenci temelji na kliničnih izkušnjah zdravstvenih delavcev. Raziskave, ki preučujejo znanje in stališča do dela z osebami z demenco, se osredotočajo predvsem na zdravstvene poklice, kot so zdravniki, medicinske sestre in socialni delavci (Hunter, et al., 2020). V raziskavi v provinci Hebei na Kitajskem med 603 medicinskimi sestrami in zdravniki v javnih bolnišnicah so na primer ugotovili, da imajo ti nizko stopnjo znanja in zmerna stališča o demenci (Zhao, et al., 2022). Lawler, et al. (2020) so v raziskavi med različnimi zdravstvenimi delavci, vključno s fizioterapevti, ugotovili, da jih je le 13 % od 1591 doseglo zadovoljivo raven znanja o demenci. Hunter, et al. (2020) ugotavljajo, da primanjkuje raziskav o znanju in stališčih fizioterapevtov do dela z osebami z demenco. Pomanjkanje znanstvenih virov s področja fizioterapije vodi v pomanjkljivo znanje fizioterapevtov o demenci ter težave pri zagotavljanju kontinuirane fizioterapije osebami z demenco (McCarroll, 2018).

Za veliko oseb z demenco skrbijo svojci oziroma prijatelji, ki jim pomagajo pri vsakodnevnih opravilih, kot so priprava obrokov ali bolj osebna opravila, kot sta umivanje in oblačenje (Giebel, 2020). Vendar lahko izguba funkcije povzroči institucionalizacijo v dom za starejše (McCarroll, et al., 2019), zato je zaradi kombinacije naraščajočega dža starejših in vse večje razširjenosti demence nujno, da imajo izvajalci zdravstvenih storitev znanje, veščine in empatijo za delo z osebami z demenco (Hunter, et al., 2019).

Glede na naraščanje števila prebivalcev in projekcije glede naraščanja demence bo čedalje več fizioterapevtov tako ali drugače vključenih v njeno obravnavo, zato je potrebno poznati znanje in stališča fizioterapevtov o delu z osebami z demenco. Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da je zelo malo tujih raziskav, ki preučujejo znanje in stališča fizioterapevtov o delu z osebami z demenco. Prav tako do sedaj na tem področju v Sloveniji ni bila narejena nobena raziskava. Pridobljeni dokazi o znanju in stališčih fizioterapevtov so potrebni in pomembni za načrtovanje in ureditev zdravstvenega in izobraževalnega sistema.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DEMENCA

Izraz demenca se uporablja za opis simptomov (tabela 1), kot so težave s spominom, jezikom, reševanjem problemov ter z miselnimi in socialnimi veščinami, ki vplivajo na posameznikovo sposobnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti (Mayo clinic, n.d.; Langa, 2018; MZ, 2020; Alzheimer association, 2020). WHO demenco obravnava kot sindrom, običajno kronične ali napredujoče narave, ki vodi do poslabšanja kognitivnih funkcij preko meje običajnih posledic biološkega staranja (WHO, 2022)

Tabela 1: Simptomi demence

Simptomi Alzheimerjeve bolezni ali druge vrste demence	Tipične starostne spremembe
Izguba spomina, ki moti vsakodnevno življenje: eden najpogostejših znakov Alzheimerjeve demence je izguba spomina, predvsem pozabljanje nedavno pridobljenih informacij. Ostali znaki vključujejo pozabljanje pomembnih datumov ali dogodkov, ponavljajoča vprašanja o istih informacijah in čedalje večjo potrebo po zanašanju na spominske pripomočke ali družinske člane za stvari, s katerimi se je prizadeta oseba nekoč ukvarjala sama.	Občasno pozabljanje imen, dogodkov, vendar se jih spomnijo kasneje.
Izzivi pri načrtovanju ali reševanju problemov: nekateri ljudje doživljajo spremembe v svoji sposobnosti razvijanja in sledenja načrtu ali dela s številkami. Imajo težave z upoštevanjem znanega recepta, spremljanjem mesečnih računov ali štetjem drobiža. Imajo težave s koncentracijo in za opravljanje stvari potrebujejo veliko več časa kot prej.	Občasne napake pri spremljanju in ravnanju z mesečnimi računi.
Težave pri opravljanju znanih opravil doma, v službi ali v prostem času: osebe z Alzheimerjevo demenco pogosto težko opravljajo dnevne naloge. Včasih imajo težave z vožnjo do znane lokacije, upravljanjem proračuna v službi ali zapomnitvijo pravil najljubše igre.	Občasno potrebuje pomoč pri uporabi nastavitve mikrovalovne pečice ali snemanju televizijske oddaje.
Zmeda s časom ali krajem: osebe z Alzheimerjevo demenco lahko izgubijo občutek za datume, letne čase in potek časa. Lahko imajo težave z razumevanjem nečesa, če se to ne zgodi takoj. Včasih pozabijo, kje so ali kako so prišli tja.	Zmeda glede dneva v tednu, vendar ga oseba lahko kasneje določi sama.
Težave z razumevanjem vizualnih podob in prostorskih odnosov: za nekatere osebe so težave z vidom znak Alzheimerjeve demence. Lahko imajo težave pri branju, ocenjevanju razdalje in določanju barve ali kontrasta, kar lahko povzroči težave pri vožnji.	Spremembe vida, povezane s sivo mreno, glavkomom ali s starostjo povezano degeneracijo makule.

Simptomi Alzheimerjeve bolezni ali druge vrste demence	Tipične starostne spremembe
Nove težave z besedami pri govorjenju ali pisanju: osebe z Alzheimerjevo demenco imajo lahko težave pri spremljanju ali pridružitvi pogovoru, se ustavijo sredi pogovora in ne vedno, kako nadaljevati, ali pa se ponavljajo. Lahko imajo težave z besediščem, imajo težave pri iskanju prave besede ali stvari imenujejo z napačnimi imeni (npr. uro imenujejo "ura s kazalcem").	Občasne težave z iskanjem prave besede.
Napačno postavljanje stvari in izguba zmožnosti ponavljanja korakov: osebe z Alzheimerjevo demenco lahko stvari postavijo na nenavadna mesta, jih izgubijo in se ne morejo vrniti čez svoje korake, da bi jih znova našli. Včasih druge obtožijo kraje. To se lahko sčasoma pojavi pogosteje.	Od časa do časa zamenjava stvari in zmožnost sledenja korakom, da jih najdejo.
Zmanjšana ali slaba presoja: osebe z Alzheimerjevo demenco lahko doživijo spremembe v presoji ali odločanju. Na primer, slabo lahko presodijo pri finančnem poslovanju in dajo velike zneske telemarketerjem, posvečajo manj pozornosti negi ali skrbi za čistočo.	Občasno sprejemanje slabih odločitev.
Umik iz dela ali družabnih dejavnosti: osebe z Alzheimerjevo demenco se lahko začnejo oddaljevati od hobijev, družabnih dejavnosti, delovnih projektov ali športa. Morda imajo težave z dohajanjem priljubljene športne ekipe ali se ne spomnijo, kako dokončati najljubši hobi. Prav tako se lahko izogibajo družabnosti zaradi sprememb, ki so jih doživeli.	Včasih občutek utrujenosti zaradi dela, družine in družbenih obveznosti.
Spremembe razpoloženja in osebnosti: razpoloženje in osebnost osebe z Alzheimerjevo demenco se lahko spremenita. Lahko postanejo zmedeni, sumničavi, depresivni, prestrašeni ali zaskrbljeni, se zlahka vznemirijo doma, v službi, s prijatelji ali na mestih, kjer so zunaj svojih con udobja.	Razvijanje zelo specifičnih načinov opravljanja stvari in razdražljivost, ko je rutina motena.

(Alzheimer's association, 2020)

Po ugotovitvah strokovnjakov imajo osebe z napredovalo demenco v zadnjem obdobju življenja običajno ne le kognitivno, temveč tudi težko telesno oslabelost, zaradi česar so popolnoma odvisne od oskrbe druge osebe (MZ, 2020).

Medtem ko lahko razlogi za razvoj demence variirajo v odvisnosti od sprememb na možganih, so znanstveniki odkrili, da so določene spremembe na možganih neposredno povezane z določeno vrsto demence, še vedno pa v večini primerov osnovni vzrok za nastanek bolezni ni poznan (NIA, 2021).

Mammen, et al., (2020) so demenco razdelili na sledeče vrste:

- Kortikalna demenca: kjer poškodba možganov prizadene predvsem možgansko skorjo ali zunanjo plast. Običajno povzroča težave s spominom, jezikom, mišljenjem in družbenim vedenjem.

- Subkortikalna demenca: prizadet je del možganov pod skorjo. Običajno poleg težav s spominom povzroča spremembe v čustvih in gibanju.
- Progresivna demenca: sčasoma se poslabša in postopoma ovira vse več kognitivnih sposobnosti.
- Primarna demenca: ki ni posledica nobene druge bolezni, npr. Alzheimerjeva bolezen, vaskularna demenca, demenca z Lewyjevimimi telesci, demenca, povezana s HIV.
- Sekundarna demenca: ki se pojavi kot posledica telesne bolezni ali poškodbe, npr. progresivna supranuklearna paraliza, multipla skleroza, ALS (amiotrofična lateralna skleroza).

Demenca ima velik vpliv na družinsko in socialno življenje posameznikov (Kwon, et al., 2021) in predstavlja enega izmed večjih socialnih in zdravstvenih izzivov današnjega časa (Foley, et al., 2020). Stigma in diskriminacija oseb z demenco povečujeta že tako pomembne psihološke, socialne, čustvene in finančne posledice, ki jih ima demenca na posameznike, njihove negovalce, družino in skupnost (WHO, 2021).

WHO (2022) navaja, da so nekatere raziskave pokazale povezanost med kognitivnimi motnjami in dejavniki življenjskega sloga, ki predstavljajo tveganje za razvoj drugih kroničnih nenalezljivih bolezni. Ti dejavniki vključujejo telesno nedejavnost, debelost, neuravnoteženo prehrano, kajenje, škodljivo uporabo alkohola, sladkorno bolezen in povišan krvni tlak v srednjih letih. Drugi, za demenco bolj specifični in potencialno spremenljivi dejavniki tveganja vključujejo socialno izolacijo, nizko izobrazbo, kognitivno neaktivnost in depresijo v srednjih letih. Langa (2018) poroča, da dejavniki tveganja za demenco vključujejo kombinacijo demografskih, vedenjskih, zdravstvenih in okolijskih dejavnikov. Avtor nadalje piše o optimističnem trendu zmanjševanja tveganja za demenco v zadnjih 25. letih v številnih državah z visokim dohodkom na prebivalca. Opisuje pa tudi zaskrbljujoč trend naraščanja razlik v tveganju za demenco med različnimi socialno-ekonomskimi in etničnimi skupinami prebivalstva v nekaterih od teh držav, zlasti v Združenih državah Amerike. Poglobljeno razumevanje vzrokov za upad tveganja za demenco v nekaterih državah ter globalni populacijski trendi demence v prihodnjih desetletjih bodo po mnenju Langa (2018) pomembno vplivali na zdravje in

blaginjo posameznikov in celotne družbe ter na odločitve zdravstvenih politik v prihodnosti.

2.2 VLOGA FIZIOTERAPIJE PRI DEMENCI

Poklic fizioterapevta je dinamičen zdravstveni poklic, ki ima ključno vlogo pri zagotavljanju postopkov maksimiranja gibanja, funkcionalnih sposobnosti posameznika, njegove neodvisnosti ter pozitiven vpliv na kakovost življenja osebe z demenco in njenega skrbnika (Hunter, et al., 2019). Kognitivne motnje, motnje hoje, ravnotežja in posturalne kontrole, povezane z demenco, kažejo na vlogo fizioterapije pri podpiranju fizičnega in duševnega zdravja oseb z demenco (McCarroll, et al., 2019) ter spodbujanju telesne dejavnosti, predpisovanju vadbe, ohranjanju premičnosti, obvladovanju bolečine in preprečevanju padcev (O'Sullivan, et al., 2022).

Malak, et al. (2014) v svojem prispevku navajajo, da lahko vlogo fizioterapevta pri osebah z demenco razdelimo na pomoč pri reševanju telesnih težav in reševanje težav, povezanih z demenco. Obstajajo primeri, ko sta lahko obe vrsti težav med seboj povezani, na primer padec ali bolečina. Poudarjajo, da je potrebno vsako osebo z demenco obravnavati ne le kot osebo s telesnimi, duševnimi ali nevrološkimi motnjami, temveč kot edinstveno osebo.

Demenca je povezana z različnimi potrebami in visoko stopnjo odvisnosti in obolevnosti v tretjem življenjskem obdobju, kar zahteva visoko stopnjo zdravstvene in socialne oskrbe, vključno s storitvami dolgotrajne oskrbe (WHO, 2017). Skrb za osebe z demenco je tako zelo kompleksna, fizioterapevti pa zavzemajo ključno vlogo v kliničnem okolju (Quick, et al, 2021), pri spodbujanju in ohranjanju premičnosti, pri oskrbi v starosti z obvladovanjem položaja, sedenja in bolečih kontraktur (Chartered society of physiotherapy (CSP), 2011). Mammen, et al., (2020) vlogo fizioterapije vidijo predvsem v:

- izboljšanje telesne funkcije (gibljivost, ravnotežje, koordinacija in moč);
- zmanjšanje tveganja padcev (spremembe v presoji in prostorski orientaciji prispevajo k nagnjenosti k padcem, vaje izboljšajo ravnotežje in zmanjšajo strah pred padci);
- izboljšanje razpoloženja;

- lažšanju stresa in umirjanju (vaje pomagajo zmanjšati pojavnost simptomov depresije, vznemirjenosti in agresije, ki so pogoste pri osebah z demenco);
- izboljššanju splošnega zdravja srca in ožilja;
- zagotavljanju prijetnega preživljanja prostega časa (osebi z demenco zagotoviti občutek da je nekaj dosegla);
- izboljššanju spanja (motnje spanja so pogoste pri osebah z demenco, vadba pa jim lahko pomaga pri normalizaciji spalne rutine).

Zagotovitev kakovostne oskrbe osebam z demenco je priznana kot globalni izziv izvajalcev zdravstvene oskrbe (Hunter, et al., 2019). Kljub temu pa je vloga fizioterapevtov v nekaterih okoljih, navkljub pomembnosti, premalo poznana (McCarroll, et al., 2019). Ravno fizioterapevti so po ugotovitvah Kwon, et al. (2021) tisti, ki z osebami z demenco preživijo največ časa, več kot s katero koli drugo osebo, pa naj bodo to zdravstveni delavci ali drugi pacienti. Vendar kljub dokazom, da je večja pogostost izvajanja fizioterapije, povezana s krajšim bivanjem v bolnišnici in večjim funkcionalnim okrevanjem, so osebe z demenco deležne manjše oskrbe s fizioterapijo kot drugi starejši pacienti (Foley, et al., 2019).

2.3 ZNANJE FIZIOTERAPEVTOV O DEMENCI

Ozaveščenost o demenci se nanaša na raven znanja o demenci in informacije, ki vključujejo ne samo sindrom, temveč tudi védenje, kako le-tega obvladovati in kako se nanj odzivati (Kwon, et al., 2021). Poznavanje percepcije demence med fizioterapevti in njihove trenutne prakse pri obravnavi oseb z demenco je pomemben prvi korak k razvoju stroke na področju oskrbe oseb z demenco (Sari, et al., 2022).

Presečna raziskava, opravljena v Indoneziji med 1061 fizioterapevti, je pokazala, da imajo fizioterapevti nizko stopnjo znanja o demenci ter da jim primanjkuje samozavesti za obravnavo oseb z demenco (Sari, et al., 2022). Raziskava, izvedena med 55 kanadskimi magistrskimi študenti fizioterapije, je nasprotno pokazala, da je večina študentov, vključenih v raziskavo, imela dobro znanje o demenci. Študenti so ocenili komunikacijske težave kot največjo oviro pri delu z osebami z demenco (Hunter, et al.,

2019). V kanadski raziskavi, kjer so med 231 fizioterapevti preverjali stopnjo znanja in samozavesti za delo z osebami z demenco, so ugotovili, da imajo fizioterapevti visoko stopnjo znanja ter manjšo stopnjo samozavesti zaradi pomanjkanja veščin za obvladovanje vedenjskih ali kognitivnih simptomov, povezanih z demenco. Raziskava je med drugim pokazala, da je večje znanje o demenci značilno povezano s pozitivnejšimi stališči do dela z osebami z demenco (Hunter & Divine, 2020).

Foley, et al. (2020) so v kvalitativni raziskavi na Irskem, v kateri je sodelovalo 32 fizioterapevtov, ugotovili, da največje izzive pri obravnavi oseb z demenco predstavlja njena kompleksnost. Sodelujoči so poudarili potrebo po nadaljnem izobraževanju o demenci in jasnih ter na dokazih temelječih fizioterapevtskih smernicah za njeno obravnavo. McCarroll (2018) poroča, da obstajajo smernice za delo z osebami z demenco, namenjene zdravstvenim in socialnim delavcem, nobena od smernic pa ni oblikovana posebej za fizioterapevte.

Kljub prednostni nalogi izobraževanja fizioterapevtov za delo z osebami z demenco, najdemo malo literature o izobraževalnih potrebah fizioterapevtov (Foley, et al., 2019). O'Sullivan, et al. (2022) s pregledom enajstih kvalitativnih in kvantitativnih raziskav ugotavljajo, da na dodiplomski in podiplomski ravni primanjkuje izobraževanj o demenci in da je premalo dokazov o tem, kakšno je učinkovito izobraževanje o demenci. McCarroll (2018), glede izobraževanj strokovnjakov, ki delajo z osebami z demenco v domovih za starejše, pravi, da bodo morala vključevati pristop, osredotočen na osebo, multidisciplinarno sodelovanje in ustvarjanje smiselnega in spodbudnega okolja. Jones (2019) navaja, da je izobraževanje o demenci, ki posebej obravnava tako učne potrebe fizioterapevtov in kulturni kontekst, v katerem delajo, lahko prvi korak k izboljšanju kompetenc in omogočanju najboljše prakse.

2.4 STALIŠČA FIZIOTERAPEVTOV DO DELA Z OSEBAMI Z DEMENCO

Stališča so vsota prepričanj, preteklih izkušenj in občutkov v povezavi s konceptom, osebo ali predmetom, ki vplivajo na vedenje. Posameznikova prepričanja in naučene

izkušnje torej močno vplivajo na odnos do ljudi in na določena vedenja (Staples & Killian, 2012). Negativen ali vsaj ne pozitiven odnos do oseb z demenco so odkrili ne le pri zdravstvenih delavcih, ampak tudi pri študentih medicine in zdravstvene nege (Hunter, et al., 2019).

Stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco so preučevali v dveh raziskavah v Kanadi. V prvi raziskavi se je izkazalo, da imajo magistrski študenti fizioterapije pozitivna stališča do dela z osebami z demenco (Hunter, et al., 2019). Nasprotno sta Hunter & Divine (2020) ugotovili, da imajo fizioterapevti visok nivo znanja, kljub temu pa prisotno manjšo samozavest pri delu z osebami z demenco zaradi pomanjkanja veščin za obvladovanje vedenjskih in kognitivnih simptomov, povezanih z demenco. Izobraževanje o delu z osebami z demenco je bilo pomembno povezano s pozitivnim odnosom med fizioterapevti. V samo raziskavo je bilo vključenih 231 fizioterapevtov, ki so preko spletnega anketnega vprašalnika odgovarjali na trditve o znanju o demenci, prepričanjih in stališčih.

Po mnenju Parveen, et al. (2021) je omejeno število raziskav preučevalo povezanost med znanjem in stališči. Na vzorcu 50 oseb z demenco in njihovih skrbnikov je razvidno, da znanje o demenci ni problematično, so pa stališča do demence precej manj pozitivna in bi bilo potrebno znanje in stališča do oseb z demenco ovrednotiti in odpraviti vrzeli, da bi izboljšali končni izid tako za osebe z demenco kot za zdravstvene delavce.

Stališča, ki temeljijo na kognitivnih in čustvenih odnosih kot osebnem mnenju ali mnenju o osebi z demenco, so pomemben dejavnik, ki vpliva na vedenje oziroma ravnanje terapevta. Če terapevt z zavedanjem in pozitivnimi stališči do demence dela z bližnjimi osebe z demenco, lahko to ozaveščenost prenese na njih in jim na tak način olajša oskrbo svojca (Kwon, et al., 2021). Staples & Killian (2012) pravita, da lahko negativen odnos zdravstvenih delavcev do oseb z demenco povzroči nizka pričakovanja učinkovitosti terapije in slabe klinične izide. V raziskavi med fizioterapevti v domovih za starejše v Indiani v Združenih državah Amerike sta ugotovila, da so njihova stališča do dela z osebami z demenco bolj negativna ali pesimistična v poznih fazah demence kot v zgodnejših fazah. Podobne ugotovitve podajajo Hunter, et al. (2019) v raziskavi, v kateri

so sodelovali študenti zadnjih dveh letnikov podiplomskega študija fizioterapije, ki so poročali o vse bolj negativnem odnosu do dela z osebami z demenco, ko ta napreduje. Pomanjkanje znanja in negativen odnos do demence je po mnenju Parveen, et al. (2021) povezano s težjim spoprijemanjem z demenco, tako s strani družine kot s strani zdravstvenih delavcev.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati znanje in stališča fizioterapevtov o demenci.

Cilji diplomskega dela so:

- Izmeriti stopnjo znanja o demenci med fizioterapevti.
- Ugotoviti stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco.
- Ugotoviti, kako so stališča do dela z osebami z demenco povezana z znanjem o demenci med fizioterapevti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V diplomskem delu smo zastavili sledeča raziskovalna vprašanja:

- Kakšno je znanje o demenci med fizioterapevti?
- Kakšna so stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco?
- Kako so stališča do dela z osebami z demenco, povezana z znanjem o demenci med fizioterapevti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Diplomsko delo smo razdelili na dva dela. V prvem delu smo z deskripcijo, kompilacijo in sintezo predstavili teoretične osnove, ki so podlaga za empirični del, kjer je naša glavna uporabljena raziskovalna metoda kvantitativna metoda s tehniko spletnega anketiranja.

V teoretičnem delu smo s pomočjo pregleda literature iz podatkovnih baz ProQuest, Wiley, SpringerLink, CINAHL in Google Scholar poiskali literaturo, ki je povezana s fizioterapevti in njihovim poznavanjem demence ter njihovimi stališči do dela z osebami z demenco.

Pri iskanju in vključevanju znanstvenih prispevkov smo se opirali na predvideno vsebino diplomskega dela. V diplomsko delo smo vključili novejši znanstveni prispevki v slovenskem in angleškem jeziku. Iz diplomskega dela smo izključili vsa dela, ki so starejša od 10 let, ki so pisana v katerem koli drugem svetovnem jeziku, ki v celoti ne ustrezajo našemu iskalnemu nizu in ki niso dostopna v polnem besedilu. V iskalni niz smo vključili ključne besede v slovenščini, kot so demenca, fizioterapija, fizioterapevt, znanje, stališča ter angleške ključne besede, kot so dementia, physiotherapy, physiotherapist, knowledge, attitudes. Za povezovanje oziroma kombiniranje ključnih besed smo uporabili Boolova operatorja AND in OR.

Z anketnim vprašalnikom smo zbrali podatke na izbranem vzorcu.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik je sestavljen iz treh tematskih sklopov. V prvem sklopu smo zajeli podatke o znanju fizioterapevtov. V drugem sklopu smo obravnavali stališča do dela z osebami z demenco. V zadnjem delu smo pridobili predvsem demografske podatke, kot so izobrazba, delovne izkušnje in področje dela, prav tako pa ugotavljali izkušnje pri delu z osebami z demenco in kolikšen delež vseh pacientov/uporabnikov predstavljajo te osebe.

Za ugotavljanje znanja smo uporabili lestvico o poznavanju demence (The Knowledge in Dementia Scale), ki so jo uporabili v raziskavi Hunter & Devine (2020). Lestvica vključuje 16 trditve o demenci in je povzeta po Elvish, et al. (2014). Izvirna verzija ponuja odgovora »se strinjam« in »se ne strinjam«. Najvišje možno število doseženih točk je 16; višje kot je znanje o demenci, večje je število doseženih točk. V naši verziji vprašalnika smo uporabili izvirno lestvico ter tako zajeli znanje o demenci s pomočjo izračuna spremenljivke, ki je imela vrednosti od 0 do 16.

Za ugotavljanje stališč fizioterapevtov smo za podlago trditvam v našem vprašalniku uporabili tudi raziskavo Hunter & Devine iz leta 2020, kjer je povzetih devet stališč po izvirnem članku Staples, et al. (2012). Raziskava Hunter & Devine (2020) je bila presečne narave z uporabo spletne ankete za študente magistrskega programa fizioterapije v

Kanadi. Stališča pri prvih petih vprašanjih so ocenjevali s pomočjo petstopenjske lestvice, štiri vprašanja pa so bila ocenjena opisno, glede na stopnjo demence (blaga demenca, srednje močna in huda demenca). V diplomskem delu smo za oceno stališč uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico z možnimi odgovori 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – zelo se strinjam.

Vsebinsko primernost vprašalnika smo preverili z izvedbo testne ankete, kjer je bil cilj ugotoviti primernost in razumevanje trditev za kasnejšo izvedbo analize. Testno anketo smo izvedli s petimi študenti smeri fizioterapija, ki so vprašalnik izpolnili v celoti. Izvedena testna anketa je potrdila primernost in razumljivost vprašalnika.

Zanesljivost vprašalnika smo izračunali s pomočjo koeficienta Cronbach alfa. V Cronbach (1951) so možne vrednosti predstavljene s petimi stopnjami zanesljivosti. Tako je zanesljivost koeficienta: odlična, kjer je $\alpha \geq 0,9$, dobra zanesljivost je pri $0,7 \leq \alpha < 0,9$, sprejemljiva zanesljivost je med $0,6 \leq \alpha < 0,7$, slaba zanesljivost je pri vrednosti med $0,5 \leq \alpha < 0,6$, nesprejemljiva vrednost pa je pri vrednosti $\alpha < 0,5$.

Za prvi in drugi sklop anketnega vprašalnika smo s pomočjo statističnega programa SPSS 2.0 izračunali zanesljivost vprašalnika. Prvi sklop vprašanj o znanju fizioterapevtov o demenci je vključeval 16 trditev. Pri polovici trditev v sklopu je pozitiven odgovor predstavljal odgovor »se strinjam«, pri polovici pa »se ne strinjam«. Trditvam s pravilnim odgovorom »se ne strinjam« smo rekodirali Likertovo lestvico, in sicer:

- »Ljudje z demenco običajno kažejo enake simptome.« v »Osebe z demenco običajno ne kažejo enake simptome.«
- »Hoja oseb z demenco je običajno brezciljna.« v »Hoja oseb z demenco običajno ni brezciljna.«
- »Osebe z demenco bodo sčasoma izgubile vso sposobnost komuniciranja.« v »Osebe z demenco sčasoma ne bodo izgubile vso sposobnost komuniciranja.«
- »Osebe z demenco, ki so verbalno agresivne, skoraj vedno postanejo fizično agresivne.« v »Osebe z demenco, ki so verbalno agresivne, ne postanejo vedno fizično agresivne.«

- »Poškodbe možganov so edini dejavnik, ki je odgovoren za vedenje osebe z demenco.« v »Poškodbe možganov niso edini dejavnik, ki je odgovoren za vedenje oseb z demenco.«
- »Demenco je mogoče dobiti od drugih ljudi.« v »Demenco ni mogoče dobiti od drugih ljudi.«
- »Osebe z demenco nikoli ne postanejo depresivne.« v » Osebe z demenco lahko postanejo depresivne.«
- »Jeza in sovražnost se pri demenci pojavljata predvsem zato, ker je prizadet del možganov odgovoren za agresivnost.« v »Jeza in sovražnost se pri demenci ne pojavljata predvsem zato, ker je prizadet del možganov odgovoren za agresivnost.«

Pri vseh šestnajstih trditvah v sklopu smo anketirancu za vsak odgovor »se strinjam« vpisali 1 točko, za odgovor »se ne strinjam« pa 0 točk. Koeficient Cronbach alfa je za sklop o znanju fizioterapevtov o demenci znašal 0,399, kar kaže na nesprejemljivo zanesljivost sklopa.

V drugem sklopu vprašalnika smo obravnavali stališča do dela z osebami z demenco. Vprašalnik je zajemal devet trditev, na katera so anketiranci odgovarjali s pomočjo Likertove lestvice stališč od 1 do 5, kjer 1 pomeni »zelo se strinjam« in 5 »se sploh ne strinjam«. V drugem sklopu je bila vrednost koeficienta Cronbach alfa nizka, saj je znašala 0,303. Po rekodiranju treh trditev in izločitvi dveh trditev se je vrednost koeficienta Cronbach alfa dvignila na 0,612, kar je sicer slaba stopnja zanesljivosti, vendar smo dobljeni rezultat sprejeli.

Trditve, ki smo jim invertirali Likertovo lestvico in spremenili njihov pomen:

- »V primerjavi z drugimi skupinami pacientov menim, da bi raje delal/a z osebami z demenco.« v »V primerjavi z drugimi skupinami pacientov menim, da raje ne bi delal/a z osebami z demenco.«
- »Občutim razočaranje, ker ne znam pomagati osebami z demenco.« v »Ne občutim razočaranja, ker ne znam pomagati osebami z demenco.«
- »Delo z osebami, ki imajo demenco, je nagrajujoče.« v »Delo z osebami, ki imajo demenco, ni nagrajujoče.«

Trditvi, ki smo ju opustili:

- »Menim, da osebe z demenco ne bi smele dostopati do storitev intenzivne rehabilitacije.«
- »Občutim razočaranje, ker ne znam pomagati osebam z demenco.«

Tabela 2: Zanesljivost sklopov vprašalnika

Sklop	Število trditev	Koeficient Cronbach alfa
1. Znanje fizioterapevtov o demenci	16	0,399
2. Stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco	9	0,612

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. Anketirali smo fizioterapevte, ki delajo oziroma so delali z osebami z demenco.

Anketirali smo tudi člane Združenja fizioterapevtov Slovenije (ZFS), ki so zaposleni na različnih ravneh zdravstvenega varstva in v različnih delovnih okoljih. Vprašalnik smo poslali tudi fizioterapevtom, ki delajo v domovih za starejše in fizioterapevtom zasebnikom. V ta namen smo uporabili seznama javnih in zasebnih domov za starejše, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Mreže javne zdravstvene službe Republike Slovenije. Vprašalnik smo objavili tudi na družbenih omrežjih. Predvidevali smo, da bo na vprašalnik odgovorilo od 150 do 200 anketirancev.

V tabelah 3 in 4 so prikazane značilnosti vzorca glede na spol, stopnjo pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije, starost, delovno dobo, delovne izkušnje z osebami z demenco ter delež oseb z demenco v praksi. Vprašalnik je v celoti izpolnilo 147 anketirancev. Pričakovana je bila 60-odstotna realizacija vzorca, na koncu pa je bila realizacija 73 %. Pri tem je porazdelitev anketirancev glede na spol v prid ženskam, saj je anketo izpolnilo 133 žensk (90,5 %) in 14 moških (9,5 %). Povprečna starost anketiranih je bila 39,07 let, najnižja 21 let in najvišja 63 let. Največ anketirancev, in sicer 67 % (n = 99) ima visokošolsko izobrazbo, 23,1 % (n = 34) višjo šolo, manjši odstotek, 8,2 % (n = 12), pa magisterij ali doktorat. Najnižja delovna doba je do enega leta, najvišja

delovna doba pa je 55 let. Poleg časa, ki so ga fizioterapevti preživeli pri delu z osebami z demenco, nas je tudi zanimalo, kolikšen je bil delež oseb z demenco v njihovi praksi. Povprečno je delež oseb z demenco med vsemi obravnavanimi pacienti 10 %, pri nekaterih pa delež predstavlja 100 %.

Tabela 3: Opis vzorca po spolu in stopnji pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije

Značilnost	n	%
Spol		
Ženski	133	90,5 %
Moški	14	9,5 %
Skupaj	147	100 %
Stopnja pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije		
Višješolska	99	67 %
Visokošolska	34	23,1 %
Magisterij ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri	12	8,2
Skupaj	147	100 %

Legenda: n = število; % = odstotek

Tabela 4: Opis vzorca po starosti, delovni dobi, delovnih izkušnjah z osebami z demenco in deležu oseb z demenco v praksi

Značilnost	n	PV	SO	Min	Max
Starost	147	39,07	11,96	21	63
Leta delovne dobe kot fizioterapevt	147	15,05	13,17	0	55
Leta delovnih izkušenj z osebami z demenco	147	7,38	9,64	0	38
Delež oseb z demenco pri delu	147	10	24,33	0,01	100

Legenda: n = število; PV = povprečje; SO = standardni odklon; min = minimalna vrednost; max = maksimalna vrednost, Likertova lestvica od 1 do 5, kjer 1 pomeni zelo se strinjam in 5 se sploh ne strinjam.

Večina anketiranih fizioterapevtov navaja kot svoje mesto zaposlitve socialnovarstveni zavod, kjer je zaposlenih 55 anketirancev (37,4%), sledi zdravstveni dom (n = 21; 14,3 %) in pa bolnišnica (n = 19; 12,9 %).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za pripravo in razpošiljanje vprašalnika smo uporabili storitev Google Obrazci. Spletno orodje Google Obrazci omogoča anonimno izvedbo ankete.

Za pridobitev čim večjega števila izpolnjenih vprašalnikov smo ZFS poslali prošnjo za soglasje za izvedbo ankete med njihovimi člani, zasebne izvajalce fizioterapije smo naslovili neposredno preko elektronske pošte, prav tako smo anketo posredovali v vse domove za starejše s prošnjo za sodelovanje pri njeni izvedbi. Povezavo do vprašalnika smo objavili tudi na socialno omrežje Facebook, kjer smo člane skupine Fizioterapija zaprosili za sodelovanje. Vprašalnik je bil na voljo tri mesece, in sicer od oktobra 2022 do januarja 2023.

Za izvedbo raziskave nismo potrebovali soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, saj ne vključuje pacientov.

Pridobljene podatke smo obdelali s programom za statistične analize SPSS 20, kjer smo zanesljivost vprašalnika preverili s koeficientom Cronbach alfa in izvedli osnovno opisno statistiko (frekvence (n), odstotki (%), povprečne vrednosti (PV), standardni odklon (SO) ter minimalna in maksimalna vrednost (Min-Max)). Za analizo smo uporabili ANOVA test in funkcijo compute, statistično značilne rezultate pa smo preverili s Tukey post hoc testom. Pri tem smo pri vseh analizah upoštevali prag statistične značilnosti pri $p \leq 0,05$. Neveljavne vprašalnike, ki so bodisi imeli manjkajoče odgovore bodisi so vprašalnik rešile osebe, ki z osebami z demenco niso delale ali ne delajo, smo izločili iz analiz.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Znanje fizioterapevtov o demenci

Znanje o demenci smo preverjali s pomočjo vprašalnika, ki vključuje 16 trditev. Vprašalnik je oblikovan tako, da pri nekaterih trditvah (trditve številka: 1, 3, 4, 10, 13,

14, 15 in 16) odgovor »se strinjam« predstavlja pravilni odgovor, pri nekaterih trditvah (trditve številka: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11 in 12) pa pravilni odgovor predstavlja odgovor »se ne strinjam«. Za vsak pravilni odgovor je anketiranec dobil 1 točko, za nepravilni odgovor pa 0 točk. Največje število možnih točk je 16, kar pomeni, da je anketiranec na vse trditve odgovoril pravilno, najmanjše pa 0 točk, kar pomeni, da niti na eno od trditve ni odgovoril pravilno.

Tabela 5: Odgovori fizioterapevtov na trditve o znanju o demenci

	Trditve	Se strinjam n (%)	Se ne strinjam n (%)
1	Pri večini vrst demence se pojavijo trajne spremembe v možganih.	145 (98,6 %)	2 (1,4 %)
2	Osebe z demenco običajno kažejo enake simptome.	29 (19,7 %)	120 (81,6 %)
3	Demenco lahko povzroči večje število manjših kapi.	118 (80,3 %)	29 (19,7 %)
4	Trenutno večine vrst demence ni mogoče pozdraviti.	137 (93,2 %)	10 (6,8 %)
5	Hoja oseb z demenco je običajno brezciljna.	49 (33,3 %)	99 (67,3 %)
6	Osebe z demenco bodo sčasoma izgubile vso sposobnost komuniciranja.	72 (49 %)	75 (51 %)
7	Osebe z demenco, ki so verbalno agresivne, skoraj vedno postanejo fizično agresivne.	37 (25,2 %)	110 (74,8 %)
8	Poškodbe možganov so edini dejavnik, ki je odgovoren za vedenje oseb z demenco.	22 (15 %)	125 (85 %)
9	Demenco je mogoče dobiti od drugih ljudi.	3 (2 %)	144 (98 %)
10	Moje dojemanje realnosti je lahko drugačno od dojemanja osebe z demenco.	146 (99,3 %)	1 (0,7 %)
11	Osebe z demenco nikoli ne postanejo depresivne.	3 (2 %)	144 (98 %)
12	Jeza in sovražnost se pri demenci pojavljata predvsem zato, ker je prizadet del možganov odgovoren za »agresivnost«.	42 (28,6 %)	105 (71,4 %)
13	Demenca je splošen izraz, ki se nanaša na številne različne bolezni.	79 (53,7 %)	68 (46,3 %)
14	Zgodovina in ozadje oseb z demenco igrata pomembno vlogo pri njihovem vedenju.	128 (87,1 %)	19 (12,9 %)
15	Fizična bolečina lahko povzroči, da oseba z demenco postane agresivna ali umaknjena.	130 (88,4 %)	17 (11,6 %)
16	Za osebo z demenco v bolnišnici je manj verjetno, da ji bodo lajšane bolečine kot za osebo brez demence.	84 (57,1 %)	64 (43,5 %)

Legenda: n= število; %= odstotki.

V tabeli 5 so prikazani rezultati vseh 16 trditev. Največ pravih odgovorov je bilo pri trditvi »Moje dojetje realnosti je lahko drugačno od dojetja osebe z demenco«, kjer je kar 146 (98,6 %) anketirancev odgovorilo pravilno, in pri trditvi, da je »Demenco mogoče dobiti od drugih ljudi«, kjer je 145 anketirancev odgovorilo pravilno, kar predstavlja 98 % vseh anketirancev. Najmanj pravih odgovorov je bilo pri trditvi »Osebe z demenco bodo sčasoma izgubile vso sposobnost komuniciranja«, kjer je le 51 % (n = 75) pravih odgovorov. Na 8 trditev (trditve številka 1, 4, 8, 9, 10, 11, 14, 15) je pravilno odgovorilo več kot 85 % anketirancev.

Kot vidimo v tabeli 6 je minimalno število pravih odgovorov v naši raziskavi 8, maksimalno 16, pri tem da so anketiranci v povprečju odgovorili pravilno na 12,8 vprašanj.

Tabela 6: Opis vzorca

Doseženo število točk	n = 124
PV	12,879
SO	1,868
Min	8
Max	16

Legenda: n - število odgovorov; % - odstotek.; PV - povprečna vrednost; SO - standardni odklon; Min - minimum; Max - maksimum

3.4.2 Stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco

Drugi del vprašalnika je predstavljal obravnavo stališč fizioterapevtov do dela z osebami z demenco. Svoje stališče so anketiranci ocenjevali s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice z vrednostmi od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – zelo se strinjam, 2 – se strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se ne strinjam, 5 – se sploh ne strinjam. Pri trditvah številka 1, 2, 3, 4, 5, 7 nižja ocena pomeni slabše stališče, višja pa boljše stališče. Pri trditvah številka 6, 8, 9 pa nižja ocena pomeni boljše stališče, višja pa slabše.

Iz rezultatov lahko razberemo, da je pri večini trditev stališče fizioterapevtov ali negativno ali pa nevtrarno. Pri trditvah »Menim, da osebe z demenco ne bi smele

dostopati do storitev intenzivne rehabilitacije«, je izkazano pozitivno stališče fizioterapevtov s povprečno vrednostjo odgovorov $PV = 4,43$ ($SO = 0,929$), kar pomeni, da se večina s trditvijo ali ni strinjala ali pa se sploh ni strinjala in »Delo z osebami, ki imajo demenco, je nagrajujoče«, kjer je izkazano pozitivno oziroma pozitivno do nevtralnno stališče s povprečno vrednostjo odgovorov $PV = 2,90$ ($SO = 1,147$). Najbolj negativna stališča imajo fizioterapevti pri trditvah številka 3 (»Verjamem, da bo diagnoza demence botrovala omejeni zmožnosti učenja med rehabilitacijo«) in 4 (»Verjamem, da resnost bolezni močno vpliva na moja pričakovanja in cilje glede rehabilitacije osebe z demenco«).

V nadaljevanju je predstavljena opisna statistika za del vprašalnika, ki predstavlja stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco v tabeli 7.

Tabela 7: Stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco

	Trditev	SO	PV	Ocena	n(%)
1	Verjamem, da diagnoza demence, ne glede na resnost, negativno vpliva na funkcijsko okrevanje po rehabilitaciji.	1,013	2,58	1	25 (17)
				2	41 (27,9)
				3	55 (37,4)
				4	23 (15,6)
				5	3 (2)
2	Moja pričakovanja glede pozitivnega izida rehabilitacije so nižja pri osebi z demenco kot pri osebi brez demence.	1,029	2,49	1	21 (14,3)
				2	64 (43,5)
				3	38 (25,9)
				4	17 (11,6)
				5	7 (4,8)
3	Verjamem, da bo diagnoza demence botrovala omejeni zmožnosti učenja med rehabilitacijo.	0,910	1,99	1	44 (29,9)
				2	73 (49,7)
				3	21 (14,3)
				4	5 (3,4)
				5	4 (2,7)

	Trditev	SO	PV	Ocena	n(%)
4	Verjamem, da resnost bolezni močno vpliva na moja pričakovanja in cilje glede rehabilitacije osebe z demenco.	0,969	2,24	1	33 (22,4)
				2	63 (42,9)
				3	37 (25,2)
				4	10 (6,8)
				5	4 (2,7)
5	Menim, da osebe z demenco ne bi smeli dostopati do storitev intenzivne rehabilitacije.	0,929	4,43	1	4 (2,7)
				2	2 (1,4)
				3	15 (10,2)
				4	32 (21,8)
				5	94 (63,9)
6	V primerjavi z drugimi skupinami pacientov menim, da bi raje delal/a z osebami z demenco.	0,847	3,49	1	2 (1,4)
				2	7 (4,8)
				3	76 (51,7)
				4	41 (27,9)
				5	21 (14,3)
7	Menim, da bi mi delo z osebami z demenco povzročilo stres in izgorelost.	1,151	3,14	1	13 (8,8)
				2	28 (19)
				3	53 (36,1)
				4	32 (21,8)
				5	21 (14,3)
8	Občutim razočaranje, ker ne znam pomagati osebam z demenco.	1,201	3,21	1	14 (9,5)
				2	26 (17,7)
				3	47 (32)
				4	35 (23,8)
				5	25 (17)
9	Delo z osebami, ki imajo demenco, je nagrajujoče.	1,147	2,90	1	19 (12,9)
				2	31 (21,1)
				3	56 (38,1)

	Trditvev	SO	PV	Ocena	n(%)
				4	25 (17)
				5	15 (10,2)

Legenda: SO = standardni odklon; PV = povprečna vrednost, n = število, % = odstotek

Pomen trditvev: **1** - zelo se strinjam; **2** - se strinjam; **3** - niti se strinjam niti se ne strinjam; **4** - se ne strinjam; **5** - se sploh ne strinjam.

3.4.3 Povezanost stališč do dela z osebami z demenco z znanjem o demenci med fizioterapevti

Pri raziskovalnem vprašanju, kako so stališča fizioterapevtov povezana z znanjem o demenci, smo za namen statistične analize stališča glede na dosežene točke razdelili v tri skupine. Za doseženo točko smo šteli pravilne odgovore za posamezne trditve:

- Skupina 1: Pomanjkljivo znanje (do 8 točk ($\leq 50\%$))
- Skupina 2: Povprečno znanje (9–11 točk (50-75 %))
- Skupina 3: Dobro znanje (od 12–16 točk ($\geq 75\%$)).

Z ANOVA testom smo med seboj primerjali razlike v stališčih do dela z osebami z demenco med tremi skupinami anketirancev, ki smo jih predhodno oblikovali, glede na doseženo stopnjo znanja o demenci (pomanjkljivo, povprečno, dobro znanja), prikazano v tabeli 8.

Tabela 8: Primerjava stališč fizioterapevtov do dela z osebami z demenco glede na stopnjo znanja o demenci

Trditvev		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Osebe z demenco običajno ne kažejo enakih simptomov.	Med sk.	0,088	2	0,044	0,268	0,766
	V sk.	19,872	121	0,164		
	Skupaj	19,960	123			
Hoja oseb z demenco običajno ni brezciljna.	Med sk.	0,655	2	0,328	1,566	0,213
	V sk.	25,304	121	0,209		
	Skupaj	25,960	123			
Osebe z demenco sčasoma ne izgubijo sposobnosti komuniciranja v celoti.	Med sk.	,451	2	0,226	0,897	0,410
	V sk.	30,420	121	0,251		
	Skupaj	30,871	123			
Osebe z demenco, ki so verbalno agresivne, ne	Med sk.	1,190	2	0,595	3,126	0,047
	V sk.	23,028	121	0,190		

Trditev		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
postanejo vedno fizično agresivne.	Skupaj	24,218	123			
Poškodbe možganov niso edini dejavnik, ki je odgovoren za vedenje oseb z demenco.	Med sk.	,042	2	0,021	0,183	0,833
	V sk.	13,893	121	0,115		
	Skupaj	13,935	123			
Demenco ni mogoče dobiti od drugih ljudi.	Med sk.	,478	2	0,239	19,421	0,001
	V sk.	1,490	121	0,012		
	Skupaj	1,968	123			
Osebe z demenco lahko postanejo agresivne.	Med sk.	0,009	2	0,005	0,291	0,748
	V sk.	1,958	121	0,016		
	Skupaj	1,968	123			
Jeza in sovražnost se pri demenci ne pojavljata vedno predvsem zato, ker je prizadet del možganov odgovoren za agresijo.	Med sk.	1,245	2	0,623	3,349	0,038
	V sk.	22,497	121	0,186		
	Skupaj	23,742	123			

Legenda: Med sk. = Med skupinami, V sk. = V skupini, df = število prostostni stopenj, F = razmerje, Sig. = signifikanca

Rezultati ANOVA testa kažejo statistično značilne razlike glede na stopnjo znanja le pri trditvi »Demence ni mogoče dobiti od drugih ljudi« ($F = 19,421$, $p = 0,001$).

Ker smo našli en statistično značilen rezultat med populacijo anketirancev, smo izvedli Tukey post hoc test. Test je zasnovan tako, da medsebojno primerja spremenljivke. Tako je test med seboj primerjal posamezne skupine glede na odgovore trditev o stališčih.

Post hoc primerjava z uporabo Tukey HSD testa, rezultati so prikazani v tabeli 9, kaže, da je povprečna vrednost za prvo skupino »Pomanjkljivo znanje« ($PV = 1,50$, $SO = 0,707$) signifikantno različna od druge skupine »Povprečno znanje« ($PV = 2,00$, $SO = 0,001$). Medtem ko tretja skupina »Dobro znanje« ($PV = 1,99$, $SO = 0,102$) ni signifikantno različna od prve in druge skupine. Tako lahko zaključimo, da ima druga skupina »Povprečno znanje« boljše stališče do te trditve, skupina »Pomanjkljivo znanje« pa slabše stališče do te trditve.

Tabela 9: Tukey HSD za statistično značilne trditve

		n	PV	SO	SN	95-odstotni interval zaupanja		Min	Max
						Sp. meja	Zg. meja		
Demence ni mogoče dobiti od drugih ljudi.	1	2	1,50	0,707	0,500	-4,85	7,85	1	2
	2	26	2,00	0,001	0,001	2,00	2,00	2	2
	3	96	1,99	0,102	,010	1,97	2,01	1	2
	Sk.	124	1,98	0,126	,011	1,96	2,01	1	2

Legenda: SO = standardni odklon; PV = povprečna vrednost, n = število, SN = standardna napaka, Min = minimum, Max = maksimum, Sk. = Skupina.

Ker drugih statistično značilnih povezav nismo dobili, to pomeni, da večje znanje o demenci ni povezano z boljšimi stališči do dela z osebami z demenco.

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo raziskali znanje in stališča fizioterapevtov o demenci ter ugotovili, kako so medsebojno povezani.

Izvedena raziskava nam je omogočila, da smo ugotovili raven doseženega znanja o demenci med fizioterapevti, s čimer odgovarjamo na prvo raziskovalno vprašanje. Rezultati nakazujejo, da je splošna raven znanja fizioterapevtov o demenci dobra, saj so v povprečju dosegli 12,8 točk od 16. Znanje fizioterapevtov so proučevali tudi v drugih raziskavah. Hunter, et al. (2019) na vzorcu 55 študentov fizioterapije ugotavljajo, da je več kot 85 % anketirancev pravilno odgovorilo na 11 trditve, v primerjavi z našo raziskavo, kjer je enak delež pravih odgovorov doseglo le 8 od 16 trditve. Tudi rezultati raziskave Hunter & Divine (2020), kjer je 231 fizioterapevtov doseglo povprečno oceno na testu 14,4 točke, delež vseh pravih odgovorov pa je bil 90,1 %, kažejo podoben rezultat kot v naši raziskavi. Pri analizi naše raziskave je 124 fizioterapevtov na testu doseglo povprečno oceno 12,8, kar je za 1,6 točke slabše kot pri raziskavi Hunter & Divine, delež pravih odgovorov pa je bil 80,43 %, pri čemer delež odstopa za 9,67 odstotka. Poznavanje demence so raziskovali tudi med 223 fizioterapevti v Nigeriji. V raziskavi so uporabili Orodje za ocenjevanje demence,

verzijo številka 2 (the Dementia Knowledge Assessment Tool version two – DKAT2), ki vsebuje 21 trditev. Rezultati so pokazali, da imajo nigerijski fizioterapevti pomanjkljivo znanje o demenci, saj so v povprečju dosegli 64,4 % pravih odgovorov ter povprečno oceno 13,52 od 21 možnih točk. Raziskava je pokazala tudi, da je obseg znanja o demenci povezan z izkušnjami na področju obravnave oseb z demenco (Onyekwuluje, et al., 2023).

Quick, et al. (2021) ugotavljajo, da fizioterapevti in študenti fizioterapije menijo, da je delo z osebami z demenco lahko izziv. Nizka raven znanja in zaupanja na področjih, ki so pomembna za delo z osebami z demenco, nakazuje, da je potrebnega več izobraževanja na temo demence. Elvish, et al. (2014) v svoji raziskavi poročajo, da je navkljub razširjeni uporabi izobraževalnih programov in programov usposabljanja vrednotenje njihovega učinka zelo zahtevno. Avtorji nadaljujejo, da čeprav raziskave, ki vrednotijo učinek izobraževalnih programov, poročajo o pozitivnih učinkih na prakso zdravstvenih delavcev, ki obravnavajo osebe z demenco, metodološke omejitve, kot so slabo zasnovane raziskave, pomanjkanje kontrolnih skupin, raznolikost ciljev in intervencij ter pomanjkanje kakovostnih mer izida, otežujejo pripravo trdnih zaključkov.

Drugi del raziskave predstavlja stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco, s čimer smo iskali odgovor na drugo raziskovalno vprašanje. Naša raziskava je pokazala, da so v povprečju stališča fizioterapevtov do dela z osebami z demenco nevtralna ali negativna. Če povzamemo nekaj pomembnih rezultatov, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, ugotovimo, da se skoraj polovica fizioterapevtov strinja, da so pričakovanja glede pozitivnega izida rehabilitacije nižja pri osebi z demenco kot pri osebi brez demence in da skoraj polovica fizioterapevtov verjame, da bo diagnoza demence botrovala omejeni zmožnosti učenja med rehabilitacijo. Dobra polovica fizioterapevtov verjame, da resnost bolezni močno vpliva na njihova pričakovanja in njihove cilje glede rehabilitacije osebe z demenco. Tri četrtine fizioterapevtov se ne strinjajo s stališčem, da osebe z demenco ne bi smele dostopati do storitev intenzivne rehabilitacije. Le polovica fizioterapevtov bi v primerjavi z drugimi skupinami pacientov raje delala z osebami z demenco in nekaj več kot tretjina jih meni, da bi jim delo z osebami z demenco povzročilo stres in izgorelost. Tretjina jih občuti razočaranje, ker ne znajo pomagati osebami z demenco in menijo, da je

delo z osebami z demenco nagrajujoče. Medtem pa Hunter, et al. (2019) poročajo o rezultatih raziskave, izvedene med 55 študenti fizioterapije, z zelo podobnimi rezultati, in sicer, da polovica anketirancev verjame, da bi diagnoza demence negativno vplivala na izid rehabilitacije in da so pričakovanja glede pozitivnega izida rehabilitacije nižja pri osebi z demenco. Velika večina anketirancev pa verjame, da osebam z demenco rehabilitacija ne bi smela biti zavržena. Slaba polovica anketiranih študentov pa meni, da bi jim delo z osebami z demenco povzročilo stres in izgorelost.

V tretjem oziroma zadnjem sklopu pa smo iskali odgovor na tretje raziskovalno vprašanje, s katerim smo raziskali povezanost med znanjem in stališči fizioterapevtov o demenci. V naši raziskavi smo iskali razlike v stališčih glede na stopnjo znanja fizioterapevtov. Razen ene, raziskava ni pokazala drugih statistično značilnih razlik, kar pomeni, da tudi če imajo fizioterapevti večje znanje o demenci, to ni povezano z boljšimi stališči do dela z osebami z demenco. Po mnenju Parveen, et al. (2021) je bilo izvedeno omejeno število raziskav, ki so ocenjevale povezanost med znanjem in stališči o demenci. Avtorji navajajo, da si raziskave niso enotne, kako je znanje o demenci povezano s stališči do demence. Rezultati nekaterih raziskav nakazujejo, da je večje znanje o demenci povezano z boljšim oziroma bolj pozitivnim odnosom do oseb z demenco, medtem ko nekatere raziskave nakazujejo, da je manjše znanje o demenci povezano z bolj pozitivnim odnosom in večje znanje o demenci z negativnim odnosom oziroma stališči (Hermann, et al., 2018; Willis, et al., 2020). Rezultat raziskave Musoke, et al. (2021), ki so jo opravili med 1005 študenti različnih zdravstvenih smeri, kaže, da je med študenti, starejšimi od 24 let, 1,5-krat večja verjetnost, da bodo imeli pozitivna stališča do demence, prav tako pa so zaznali šibko pozitivno korelacijo med znanjem in stališči.

Boljše znanje o demenci pomaga fizioterapevtom bolje razumeti, kako lahko cilji rehabilitacije in pričakovanja vplivajo na pozitiven izid ter kako naj bi rehabilitacijski načrt prilagodili za osebe z demenco. Boljše je tudi razumevanje, kako lahko demenca vpliva na zmožnosti učenja posameznika, kar omogoča prilagajanje obravnave individualnim potrebam posameznika (O'Sullivan, 2021). Australian Physiotherapy association (2021) navaja, da je prispevek fizioterapevtov, usposobljenih na področju demence, k celostni oskrbi oseb z demenco, zelo dragocen, saj so številne raziskave

pokazale, da fizioterapija lahko izboljša kakovost življenja in neodvisnost starejših z izboljšanjem motoričnih veščin in upočasnitvijo kognitivnega upada.

3.5.1 Omejitve raziskave

V izvedeni raziskavi je nastopilo več omejitev, največja omejitev pa je slaba zanesljivost vprašalnika. Vprašalnik je bil oblikovan in uspešno testiran v angleškem jeziku. Prevedli smo ga v slovenski jezik in pri tem nismo uporabili prevoda s strani prevajalca, zato je možno, da so se trditve v angleščini in slovenščini razlikovale, kar je povzročilo nižjo zanesljivost vprašalnika od izvornika.

Omejitve raziskave lahko predstavlja tudi zmerno število anketirancev oziroma zmerna velikost vzorca, kar je lahko vplivalo na zanesljivost vprašalnika.

Prav tako so omejitve predstavljali sodelujoči v anketi, saj so nanjo lahko odgovarjali tudi tisti, ki niso ustrezali vzorčnim kriterijem (fizioterapevti, ki niso ali ne delajo z osebami z demenco; študenti; upokojeni fizioterapevti).

Pomembna omejitev je tudi pomanjkanje tujih in domačih raziskav na področju ugotavljanja znanja in stališč fizioterapevtov o demenci, kar predstavlja oviro pri vrednotenju izsledkov naše raziskave.

Zaradi omenjenih omejitev rezultatov ne moremo posploševati in aplicirati na celotno populacijo fizioterapevtov v našem prostoru.

3.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

Naša raziskava je prva v Sloveniji, ki je preučila znanje in stališča fizioterapevtov o delu z osebami z demenco. Navkljub omejitvam lahko raziskava podaja usmeritve za izobraževalni in zdravstveni sistem za načrtovanje izobraževanja in usposabljanja o demenci tako za študente fizioterapije kot za fizioterapevte v prihodnosti. Prav tako lahko

predstavlja izhodišče za nadaljnje raziskave. Pri tem bi bilo potrebno raziskovalno metodologijo načrtovati tako, da bo zagotovljena čim večja kakovost dobljenih podatkov.

4 ZAKLJUČEK

Na podlagi zbranih podatkov o znanju in stališčih fizioterapevtov o delu z osebami z demenco v naši raziskavi lahko zaključimo, da imajo fizioterapevti dobro znanje in večinoma nevtralna do negativna stališča o delu z osebami z demenco. Večina anketiranih fizioterapevtov ni z gotovostjo izrazila želje po delu z osebami z demenco, izpostavili pa so, da bi pri tovrstni obravnavi občutili preobremenjenost in utrujenost. Delo z osebami z demenco je zaradi kompleksnosti težav zelo zahtevno. Poznavanje in razumevanje simptomov, stanja in doživljanja posameznikov z demenco so pomembni dejavniki pri spoprijemanju z zahtevnostjo obravnave te populacije. Iz naše raziskave je razvidno, da večina fizioterapevtov verjame v pravico do rehabilitacije za osebe z demenco, vendar hkrati dvomi v rehabilitacijske izide zaradi napredujoče narave demence. Ugotovili smo, da imajo fizioterapevti sicer dobro znanje o demenci, a to znanje ni povezano s stališči, ki jih imajo o osebah z demenco. Tudi ostale raziskave, opravljene na tem področju, so prinesle nasprotujoče si rezultate, na podlagi katerih je težko povzeti skupne zaključke in potrebne aktivnosti. Navkljub dobrem znanju o demenci bi bilo pomembno zagotoviti ustrezno podporo in izobraževanje za fizioterapevte, da bi lahko učinkovito in brez stresa izvajali rehabilitacijo oseb z demenco ter zagotavljali kakovostno zdravstveno oskrbo za vse paciente.

5 LITERATURA

Alzheimer's association, 2020. *2020 Alzheimer's disease facts and figures*. [online] Available at: <https://baze.fzab.si:2205/doi/10.1002/alz.12068> [Accessed 1 December 2022].

Annear, M.J., Toye, C., Elliott, K.J., McInerney, F., Eccleston, C. & Robinson, A., 2017. Dementia knowledge assessment scale (DKAS): Confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatrics*. 17, pp. 1-11. 10.1186/s12877-017-0552-y.

Australian Physiotherapy association, 2022. *Physiotherapy and dementia*. [pdf]. Australian Physiotherapy association. Available at: <https://www.dementia.org.au/sites/default/files/2022-06/DEMENTIA-AND-PHYSIO-Joint-Position-Statement-2022.pdf> [Accessed 1 July 2023].

Chartered society of physiotherapy, 2011. *Physiotherapy works: dementia care*. [online] Available at: <https://www.csp.org.uk/publications/physiotherapy-works-dementia-care> [Accessed 1 December 2022].

Cronbach, L.J., 1951. *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 16(3), pp. 297-334.

eDemenca. n.d. *Stanje glede demence po svetu in v Sloveniji*. [online] Available at: <https://edemenca.si/kaksno-je-stanje-glede-demence-po-svetu-in-v-sloveniji/> [Accessed 13 December 2022].

Elvish, R., Burrow S., Cawley, R., Harney K., Graham P., Pilling, M, Gregory, J., Roach, P., Fossey, J. & Keady, J., 2014. Getting to Know Me: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*, 18(4), pp. 481-488. 10.1080/13607863.2013.856860.

Foley, T., Sheehan, C., Jennings, A.A. & O'Sullivan, T., 2020. A qualitative study of the dementia-care experiences and educational needs of physiotherapists in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*, 107, pp. 267-274. 10.1016/j.physio.2019.08.006.

Giebel, C., 2020. Current dementia care: what are the difficulties and how can we advance care globally. *BMC Health Services Research*, 20, pp. 1-3 10.1186/s12913-020-05307-1.

Hall, J.A., Burrows, L., Lan A.I., Endacott, R. & Goodwin, V.A., 2018. Are physiotherapists employing person-centred care for people with dementia? An exploratory qualitative study examining the experiences of people with dementia and their carers. *BMC Geriatrics*, 18, pp. 63-10. 1186/s12877-017-0552-y.

Herrmann, L.K., Welter, E., Leverenz, J., Lerner, A.J., Udelson, N., Kanetsky, C., Sajatovic, M.A., 2018. A systematic review of dementia-related stigma research: Can we move the stigma dial? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, pp. 316-331. 10.1016/j.jagp.2017.09.006.

Hunter, S.W. & Divine, A., 2020. Understanding the factors influencing physiotherapists' attitudes towards working with people living with dementia. *Physiotherapy and practice*, 37 (12), pp. 1448-1445. 10.1080/09593985.2019.1710883.

Hunter, S.W., Armstrong, J., Silva, M. & Divine, A., 2019. Physiotherapy Students' Attitudes Toward Working With People With Dementia: A Cross-Sectional Survey. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 38(1), pp. 56-66. 10.1080/02703181.2019.1690088.

Jones, C. 2019. Advancing physiotherapy competence in dementia care. A service development initiative. *Age and Ageing*, 48(3), pp. 17-65. 10.1093/ageing/afz103.138.

Kwon, A.L., Choi, Y.H. & Kim, K.J., 2021. Physical Therapists' Awareness of Dementia and Attitude. [pdf] *The Korea Society of Physical Therapy*, 33(3), pp. 155-161. Available

at: <http://www.kptjournal.org/journal/view.html?doi=10.18857/jkpt.2021.33.3.155>
[Accessed 2 May 2022].

Langa, K.M., 2018. Cognitive Aging, Dementia, and the Future of an Aging Population. *National Academies Press*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513075/> [Accessed 29 January 2023].

Lawler, K., Kitsos, A., Bindoff, A.D., Callisaya, M.L., Eccleston, C.E.A. & Doherty, K.V., 2020. Room for improvement: An online survey of allied health professionals' dementia knowledge. *Australasian Journal on Aging*. 40(2), pp. 195-201. 10.1111/ajag.1288.

Malak, R., Kostiukow, A., Krawczyk-Wasielewska, A., Keczmer, P., Mojs, E., Głodowska, K. & Samborski, W., 2014. Dysfunctions associated with dementia and their treatment. *Ann Agric Environ Med*. 2014. 21(4), pp. 790-791. 10.5604/12321966.1129934.

Mammen, A.A., Hullumani, S. & Rahul, J., 2020. Physiotherapy rehabilitation for dementia in elderly population. *International journal of science and research*. 9(8) [online] Available at: https://www.researchgate.net/publication/350877489_Physiotherapy_Rehabilitation_for_Dementia_in_Elderly_Population_Post_Graduate_Students_NITTE_Deemed_to
[Accessed 29 December 2022].

Mayo Clinic, n.d. *Dementia*. [online] Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013> [Accessed 22 Maj 2022].

McCarroll, C., Van't Riet, C. & Halter, M., 2019. How is the emerging role of domiciliary physiotherapists who treat residents with dementia in nursing homes perceived by allied health professionals? A phenomenological interview study. *Health and Social Care in the Community*, 28(1), pp. 279-290. 10.1111/hsc.12862.

Ministrstvo za zdravje, 2020. *Demenca*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/demenca-2/> [Accessed 7 April 2022].

Musoke, P., Olum, R., Kembabazi, S., Nantaayi, B., Bongomin, F. & Kaddumukasa, M., 2021. Assessment of the Knowledge and Attitude Towards Dementia Among Undergraduate University Students in Uganda. *Advances in Medical Education and Practice*. 12, pp. 635-646. 10.2147/AMEP.S301445.

National Institute on Aging - NIH, 2021. *What Is Dementia? Symptoms, Types, and Diagnosis*. [online] Available at: <https://www.nia.nih.gov/health/what-is-dementia> [Accessed 14 April 2022].

O'Sullivan, T., McVeigh, J.G., Timmons, S. & Foley, T., 2022. Education and training interventions for physiotherapist working in dementia care: a scoping review. *Physiotherapy*, *In press*. [online] Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031940622001134> [Accessed 20 December 2022].

O'Brien, R., Goldberg, S.E., Alison, P., Beeke, S., Schneider, J., Sartain, K., Tomson, L., Murray, M., Baxendale, B. & Harwood, R. H., 2018. The Vice Study – A before and after of a dementia communication skills training course. *Plos One*, 13(6). 10.1371/journal.pone.0198567.

Onyekwuluje, C.I, Willis, R., Ogbueche, C.M., 2023. Dementia knowledge among physiotherapists in Nigeria. *Dementia*, 22(2), pp. 378-389. 10.1177/14713012221148780.

Parveen, S., Mehra, A., Kumar, K. & Grover, S., 2021. Knowledge and attitude of caregivers of people with dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 22(1), pp. 19-25. 10.1111/ggi.14304.

Quick, S., Snowdon, D., Lawler, K., McGinley, J., Ee Soh, S. & Callisaya, M., 2021. *Knowledge, confidence, attitudes and beliefs of physiotherapists and physiotherapy students working with people with dementia: A mixed-methods systematic review*. Melbourne. Australia. Monash University.

Sari, Y.M., Burton, E., Lee, D.A. & Hill, K.D., 2021. Current physiotherapy practice on delivering treatments for older people with dementia in Indonesia: A cross-sectional study. *Physiotherapy Research International*, (27), pp. 1931. 10.1002/pri.1931.

Spominčica, 2020. *O demenci*. [online] Available at: https://www.spomincica.si/?page_id=166 [Accessed 20 December 2022].

Staples, W.H. & Killian, C.B., 2012. Education Affects Attitudes of Physical Therapy Providers Toward People with Dementia. *Educational Gerontology*, 38(5), pp. 30-361. 10.1080/03601277.2010.544605.

Willis, R., Zaidi, A., Balouch, S., Farina, N., 2020. Experiences of people with dementia in Pakistan: Help-seeking, understanding, stigma, and religion. *Gerontologist*, 60, pp. 145-154. 10.1093/geront/gny143.

World Health Organization (WHO), 2022. *Dementia*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [Accessed 13 December 2022].

World Health Organization (WHO), 2021. *Towards a dementia inclusive society*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531> [Accessed 2 December 2022].

World Health Organization (WHO), 2017. *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. [online] Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 20 December 2022].

Zhao, W., Moley, W., Min-Lin, W. & Petsky, H., 2022. Hospital healthcare professionals' knowledge of dementia and attitudes towards dementia care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 31, pp. 1786–1799. 10.1111/jocn.15590.

6 PRILOGE

6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

sem študent Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Izvajam raziskavo o znanju in stališčih fizioterapevtov pri delu z osebami z demenco pod mentorstvom Danielle Jagodic, pred., in somentorstvom doc. dr. Sedine Kalender Smajlović. Z anketo bom raziskal stališča in znanja fizioterapevtov o delu z osebami z demenco. Anketa je popolnoma anonimna. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela. Lepo vas prosim, da anketo izpolnite v celoti.

Zahvaljujem se za vaš trud in čas.

SKLOP 1: ZNANJE O DEMENCI

Prosim, ocenite, ali se s posamezno trditvijo strinjate ali se ne strinjate.

Št.	Trditev	Se strinjam	Se ne strinjam
1	Pri večini vrst demence se pojavijo trajne spremembe v možganih.		
2	Osebe z demenco običajno kažejo enake simptome.		
3	Demenco lahko povzroči večje število manjših kapi.		
4	Trenutno večine vrst demence ni mogoče pozdraviti.		
5	Hoja oseb z demenco je običajno brezciljna.		
6	Osebe z demenco bodo sčasoma izgubile vso sposobnost komuniciranja.		
7	Osebe z demenco, ki so verbalno agresivne, skoraj vedno postanejo fizično agresivne.		
8	Poškodbe možganov so edini dejavnik, ki je odgovoren za vedenje osebe z demenco.		
9	Demenco je mogoče dobiti od drugih ljudi.		

10	Moje dožemanje realnosti je lahko drugačno od dožemanja osebe z demenco.		
11	Osebe z demenco nikoli ne postanejo depresivne.		
12	Jeza in sovražnost se pri demenci pojavljata predvsem zato, ker je prizadet del možganov odgovoren za »agresivnost«.		
13	Demenca je splošen izraz, ki se nanaša na številne različne bolezni.		
14	Zgodovina in ozadje oseb z demenco igrata pomembno vlogo pri njihovem vedenju.		
15	Fizična bolečina lahko povzroči, da oseba z demenco postane agresivna ali umaknjena.		
16	Za osebo z demenco v bolnišnici je manj verjetno, da ji bodo lajšane bolečine kot za osebo brez demence.		

SKLOP 2: STALIŠČA DO DELA Z OSEBAMI Z DEMENCO

Prosimo, podajte vašo stopnjo strinjanja za vsako od trditev.

Ocenjujete od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – zelo se strinjam, 2 – se strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se ne strinjam, 5 – se sploh ne strinjam.

Št.	Stališče	1	2	3	4	5
17	Verjamem, da diagnoza demence, ne glede na resnost, negativno vpliva na funkcijsko okrevanje po rehabilitaciji.					
18	Moja pričakovanja glede pozitivnega izida rehabilitacije so nižja pri osebi z demenco kot pri osebi brez demence.					
19	Verjamem, da bo diagnoza demence botrovala omejeni zmožnosti učenja med rehabilitacijo.					
20	Verjamem, da resnost bolezni močno vpliva na moja pričakovanja in cilje glede rehabilitacije osebe z demenco.					

21	Menim, da osebe z demenco ne bi smeli dostopati do storitev intenzivne rehabilitacije.					
22	V primerjavi z drugimi skupinami pacientov menim, da bi raje delal/a z osebami z demenco.					
23	Menim, da bi mi delo z osebami z demenco povzročilo stres in izgorelost.					
24	Občutim razočaranje, ker ne znam pomagati osebam z demenco.					
25	Delo z osebami, ki imajo demenco, je nagrajujoče.					

SKLOP 3: DEMOGRAFSKI PODATKI

Prosimo, da predhodno odgovorite na vprašanje, ali delate oziroma ste v preteklosti delali z osebami z demenco?

26. Spol

1. Moški.
2. Ženski.

27. Starost: _____ (vpišite leta).

28. Izobrazba

1. Višješolska.
2. Visoka strokovna.
3. Magisterij ali doktorat.

29. Delovna doba na mestu fizioterapevta: _____ (vpišite leta).

30. Zaposlitev

1. Zdravstveni dom.
2. Bolnišnica.

3. Klinika/institut.
4. Zdravilišče.
5. Socialnovarstveni zavod.
6. Zasebna praksa.
7. Drugo:

31. Kako dolgo delate/ste delali z osebami z demenco? _____ (vpišite leta).

32. Kolikšen delež vaših pacientov/uporabnikov predstavljajo/so predstavljale osebe z demenco? _____ % (vpišite številko).

Zahvaljujem se vam za vaš trud in čas, Denis Fatić