

Strokovni članek / Professional article

## OHRANJANJE ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI VAROVANCA Z DEMENCO S POMOČJO TEORETIČNIH MODELOV ZDRAVSTVENE NEGE

PRESERVING INDEPENDENT LIVING ACTIVITIES IN PATIENTS WITH DEMENTIA  
FOLLOWING THE NURSING THEORETICAL MODELS

Anita Mirc, Vesna Čuk

**Ključne besede:** demenca, zdravstvena nega, teorije zdravstvene nege, samooskrba, življenjske aktivnosti

**Key words:** dementia, nursing care, nursing theories, self-care, living activities

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen. Po navadi je kronična ali progresivna, saj pomeni motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje. Pri varovancu z demenco je sposobnost samooskrbe na področju fizičnih, psihičnih in socialnih potreb zelo zmanjšana. Zdravstvena nega varovanca z demenco je odvisna od bolezenskega procesa, vrste in stopnje prizadetosti posameznih funkcij. Uporaba teoretičnih modelov v procesu zdravstvene nege je medicinski sestri v veliko pomoč pri načrtovanju aktivnosti oziroma pristopov pomoči pri delu z varovanci z demenco.

**Namen:** Cilj raziskave je na izbrani študiji primera opisati in predstaviti negovalne probleme in potrebe glede na simptome demence po teoretičnem modelu Virginie Henderson in štirinajstih življenjskih aktivnostih ter ugotoviti sposobnosti in zmožnosti samooskrbe s pomočjo modela samooskrbe Dorothee Orem. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako medicinska sestra s pravilnim pristopom in ustrezno metodo dela lahko vpliva na samostojnost pri izvajanju življenjskih aktivnosti varovanca z demenco.

**Metode:** Uporabljen je bil kvalitativna metoda dela – študija primera varovanke z demenco Alzheimerjevega tipa v domačem okolju. Podatke smo pridobili s pomočjo terapevtske komunikacije in opazovanja varovanke z aktivno udeležbo, z intervjujem svojcev in iz zdravstvenonegualne dokumentacije. V času raziskave smo varovanko tri tedne obravnavali po procesni metodi dela.

**Rezultati:** Razvoj bolezni, kot je demenca, poteka zelo prikrito. Začetni pozabljivosti se kmalu pridružijo ostale motnje spoznavnih sposobnosti, ki jih spremljajo tudi spremljajoče motnje, kot so depresivnost, nemir, halucinacije, strah in jeza. Telesne spremembe se začnejo pojavljati, kadar bolezen že

### ABSTRACT

**Introduction:** Dementia is a syndrome caused by brain dysfunction. It is characterized by chronicity and progressive deterioration of selective mental functions. Dementia can impact many aspects of life as it causes a decline in a person's mental functioning, including memory, thinking, orientation, understanding, algorithmic abilities, learning and speaking abilities, judgment, social skills as well as normal emotional reactions. The affected individuals have therefore limited ability of self-care. Standards of nursing care are determined on the basis of etiology of disease and individual's function impairment. The use of nursing theoretical models in the treatment is recommended.

**Aim:** The aim of the study is to identify the problems of care and needs related to symptoms of dementia according to Virginia Henderson's need theory and Dorothee Orem's self-care deficit nursing theory. The study investigates into the role of nurses in improving dementia patients' independence.

**Methods:** A qualitative case study research was conducted in a dementia patient with Alzheimer's disease residing in a nursing home. The data were obtained through therapeutic communication and observation of the patient, interviews with the family members and the patient's healthcare documentation. During the research project the patient was treated by the nursing process method for the period of three weeks.

**Results:** Dementia is a slow, often subtle deterioration of mental capacities. The first symptom of dementia, typically, is memory loss. Other symptoms follow in person-specific order and duration of stages. The symptoms of each stage may overlap. Dementia can cause changes in a person's behaviour, including anger, fear, aggression, depression, restlessness and hallucination. The physical changes begin to appear in more advanced stages of a disease. The Henderson's theory and Orem's theoretical model of nursing are proven to be a suitable rationale for nursing practice.

Anita Mirc, dipl. m. s. Dom upokojenecv Sežana, e-pošta: anita.mirc@amis.net

mag. Vesna Čuk, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., viš. pred., Psihiatrična bolnišnica Idrija, Visoka šola za zdravstvo Izola

Članek temelji na diplomskem delu, ki ga je na Univerzi na Primorskem na Visoki šoli za zdravstvo Izola avtorica Anita Mirc izdelala pod mentorstvom mag. Vesne Čuk.

močno napreduje. Uporaba teorije Virginie Henderson v procesu zdravstvene nege omogoča natančno oceno stanja po štirinajstih življenjskih aktivnostih. S teoretičnim modelom Dorothee Orem medicinska sestra oceni sposobnost samooskrbe, pravilno postavi negovalne diagnoze in realne cilje ter individualno načrtuje zdravstveno nego.

**Diskusija in zaključki:** Z analizo študije primera smo prišli do ugotovitev, da uporaba teoretičnega modela samooskrbe Dorothee Orem pri varovancu z demenco pomembno vpliva na večjo samostojnost pri izvajanju življenjskih aktivnosti ter da aktivna vloga medicinske sestre pripomore k boljši kakovosti življenja varovanca z demenco.

## Uvod

Starost ni bolezen, temveč le eno izmed obdobij v človekovem življenju. Je čas, ko človek dozoreva, se plemeniti in bogati z izkušnjami. Staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, kopičijo se kronične bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in neredko puščajo trajne posledice. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice, s čimer se zmanjšuje kakovost življenja.

V razvitem svetu delež starejših oseb nenehno narašča in tudi za Slovenijo je značilno, da postaja vse bolj »stara družba«, saj je delež prebivalcev, starejših od 65 let, vse večji (Poredoš, 2005; Starc, 2005). Delež oseb, starejših od 65 let, je že ob popisu leta 1991 presegel 11 %, do leta 2002 se je povečal na 14,7 %, ob koncu leta 2006 je bilo pri nas 15,9 % starejših od 65 let. To pomeni, da je toliko starih že skoraj 320.000 prebivalcev Slovenije. Najhitreje narašča število ljudi, starih 80 let in več (Statistični, 2008).

Poleg običajnih starostnih motenj je v starosti pogosta tudi demenca, bolezen, za katero so značilne bolj izrazite in moteče spremembe na področju mišljenja, čustvovanja in vedenja. Z naraščajočo starostjo strmo narašča tudi delež starejših, obolenih za demenco. Po podatkih Grad (2008) naj bi bilo v Sloveniji 25.000 oseb z demenco. Zaradi staranja prebivalstva pričakujemo, da se bo to število v naslednjih dvajsetih letih podvojilo.

Varovavec z demenco ni sposoben samostojno skrbeti zase, postaja vedenjsko težaven, se izgublja in s svojim ravnanjem ogroža sebe in druge. Sobivanje s takim bolnikom je za njegove bližnje izredno naporno in hkrati pomeni izredno veliko obremenitev za zdravstveni in socialni sistem neke družbe (Grad, 2008).

## Zdravstvena nega varovanca z demenco

Zdravstvena nega varovanca z demenco je odvisna od bolezenskega procesa, vrste in stopnje prizadetosti posameznih funkcij. Obravnava takega varovanca zahteva natančno opazovanje in ocenjevanje njegovih sposobnosti. Enakovredno moramo upoštevati vse nje-

**Discussion and conclusions:** Results of the study confirm that nurses can significantly contribute to the better quality of life of dementia patients. The Orem's self-care theory can be directly applicable to professional nursing of dementia patients, enhancing their greater independence in everyday activities.

gove potrebe in ustrezno načrtovati oblike pomoči. Pri tem ne smemo pozabiti, da je varovavec enakopraven član in ga aktivno vključujemo v proces zdravstvene nege (Kobentar, 2005).

Pri načrtovanju zdravstvene nege izhajamo iz varovančevih potreb in iz potreb družine, saj bolezen ne prizadene samo bolnika, ampak tudi bližnje, ki zanj skrbijo. Kakor so lahko različni znaki demence, tako so različne tudi potrebe po zdravstveni negi in obravnavi družine. Nujno je, da pri svojem delu uporabljamo holističen pristop in zdravstveno nego načrtujemo individualno.

Procesna metoda dela za varovanca z demenco predstavlja veliko prednosti:

- upoštevajo se njegova osebnost in njegove pravice;
- upoštevajo se njegove želje;
- pospešujejo se aktivnosti;
- ponovno se vključuje v okolje;
- vključujejo se svojci (Mesarec, 2004).

Najpogostejše duševne spremembe, ki se pojavijo pri varovancu z demenco, so težave z orientacijo, presojo, prepoznavanjem, motnje pozornosti, čustvovanja in spominske motnje. Pri varovancu povzročajo negotovost, nelagodje in vodijo v pasivnost ter izgubo socialnih stikov. Vse to vodi v osamo. Kljub vsem spremembam, ki se pojavijo, je nekaj sposobnosti še ohranjenih, zato jih moramo vzpodbujati in čim dlje vzdrževati, saj s tem pozitivno vplivamo na varovančevo samostojnost in samospoštovanje. Za varovanca je velikokrat napredek že to, da se stanje ohranja in da se upočasnjuje upad sposobnosti oziroma da se nauči kakovostnejšega življenja s preostalimi sposobnostmi. Pri varovancu z demenco je potrebno upoštevati določena načela:

- kar varovavec zmore sam, naj opravi sam;
- aktivnosti prilagodimo varovančevim sposobnostim;
- z varovancem se naenkrat pogovarja le ena oseba;
- ko se pogovarjamo z varovancem, ga gledamo v oči;

- varovanca ne silimo, temveč ga spodbujamo;
- navodila naj bodo enostavna, kratka in jasna;
- če je potrebno, navodilo večkrat ponovimo;
- izogibamo se motečim dejavnikom (radio, TV);
- poskrbimo, da ima varovanec pri sebi vse ortopedske pripomočke (očala, bergle, hojico ...), če jih nima, mu jih priskrbimo;
- realno pohvalimo, pohvalimo tudi za trud (ne pohvalimo ali grajamo osebe, temveč dejanje);
- smo strpni, čeprav varovanec za opravilo porabi več časa;
- aktivnosti naj ne bodo predolge, saj je varovančeva zbranost krajša;
- ponavljajoča opravila naj bodo na vrsti vsak dan ob istem času in na istem kraju;
- varovanca motiviramo za dejavnost posredno (npr. hoja po hodniku – pride do telefona; hoja po stopnicah – gre na sprehod) ali neposredno (vržemo mu žogo – ujame jo) (Vakselj, Hojan, 2000).

Tako varovanci z demenco izboljšajo oziroma ohranjajo duševne, telesne in socialne sposobnosti (Vakselj, Hojan, 2000). Cilj zdravstvene nege je prepoznati, spodbujati in čim dlje vzdrževati sposobnosti, ki so še ohranjene, tako pozitivno vplivamo na varovančevo samostojnost in samospoštovanje ter pripomoremo h kvalitetnejšemu življenju (Kobentar, 2005).

Izrednega pomena pri zdravstveni negi varovanca z demenco je ustrezna komunikacija, ki je temelj za uspešno delo. Pomanjkanje stika z drugimi ljudmi, ki je možen le s komunikacijo, pri osebi z demenco povzroči občutek odvečnosti, praznine, izgubljenosti in depresije. Vsakemu varovancu se moramo znati približati kot edinstveni osebnosti, ga spoznati in ugotoviti, na kakšen način izraža svojo individualnost (Milošević Arnold, 2006).

## Modeli in teorije zdravstvene nege

Teorije in modeli zdravstvene nege pomenijo teoretično ogrodje in orodje za izvajanje zdravstvene nege v praksi, saj prakso vodijo in usmerjajo. Omogočajo razvoj zdravstvene nege ter na podlagi praktičnih izkušenj bogatijo teoretična znanja in spoznanja. Izboljšujejo prakso in hkrati omogočajo izobraževanje in raziskovanje v stroki (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Pri obravnavi varovanca z demenco sta tako teorija Virginie Henderson kot teoretični model Dorothee Orem zelo uporabna, saj težita k čim večji samostojnosti varovanca, ki je zelo pomembna za čim daljše ohranjanje njegove duševne in telesne vitalnosti.

Dinamika in narava boleznij je pri varovancu z demenco taka, da se potrebe velikokrat spreminjajo in pogosto povečujejo. Medicinska sestra s pomočjo teorije Virginie Henderson, ki predstavlja štirinajst osnovnih človekovih potreb oziroma temeljnih življenjskih aktiv-

nosti, varovanca zajame celostno, z vseh vidikov hkrati. Teoretični model Dorothee Orem temelji predvsem na razumevanju človeka kot dejavne osebe, ki je sposobna skrbeti sama zase, in ne kot pasivnega prejemnika zdravstvene nege. Vloga zdravstvene nege je, da s terapevtsko dejavnostjo in upoštevanjem posameznikovih zmognosti uravnava primanjkljaj v samooskrbi s ciljem, da se mu ta sposobnost (glede na njegove psihofizične sposobnosti) čim prej povrne (Hajdinjak, Meglič, 2006).

## Primerjava teoretičnih modelov

Virginia Henderson v svoji definiciji poudarja vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege na področju štirinajstih osnovnih človekovih potreb.

Model Dorothee Orem je model samooskrbe, ki temelji na posameznikovi zmognosti, sposobnosti in odgovornosti za izvajanje samooskrbe. Posameznika obravnava kot človeka, ki ohranja ravnovesje med svojo zmognostjo, sposobnostjo in zahtevami za doseganje samooskrbe (Razpr. 1).

## Namen

Namen študije je bil ugotoviti vlogo in pristop medicinske sestre pri ohranjanju življenjskih aktivnosti varovanke z demenco ter prikazati, kako medicinska sestra s pravilnim pristopom in ustrezno metodo dela lahko vpliva na samooskrbo in samostojnost pri izvajanju življenjskih aktivnosti varovanke z demenco.

Cilj študije primera je bil opisati in predstaviti negovalne probleme in potrebe glede na simptome demence po teoretičnem modelu Virginie Henderson in štirinajstih življenjskih aktivnostih ter ugotoviti sposobnosti in zmognosti samooskrbe pri varovanki z demenco s pomočjo modela samooskrbe Dorothee Orem.

Na podlagi tega sta bili postavljeni dve delovni hipotezi:

- Uporaba teoretičnega modela samooskrbe Dorothee Orem pri varovancu z demenco pomembno vpliva na večjo samostojnost pri izvajanju življenjskih aktivnosti.
- Aktivna vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege vpliva na izboljšanje kakovosti življenja varovanca z demenco.

## Metode

S kvalitativno metodo zbiranja in analize podatkov smo izvedli študijo primera varovanke z demenco v domskem okolju. Podatki so bili uporabljeni v namen raziskave in upoštevana so bila etična načela v soglasju vključenih v raziskavo.

## Razpr. 1. Primerjava teoretičnih modelov.

Table 1. Comparison of theoretical models.

Značilnosti	Model V. Henderson	Model D. Orem
Faze procesa ZN	4	3
Cilj	– Pomoč pacientu/varovancu pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb.	– Povrnitev sposobnosti samooskrbe.
Potrebe	– Štirinajst osnovnih življenjskih potreb (fiziološke, psihološke, duševne in sociološke).	– Splošne potrebe. – Razvojne potrebe. – Potrebe pri odklonu od zdravja.
Proces zdravstvene nege	1. Ocenjevanje (zbiranje in analiza podatkov). 2. Načrtovanje (negovalnih diagnoz, ciljev in intervencij). 3. Izvajanje (načrtovanih intervencij in diagnostično-terapevtskih posegov). 4. Vrednotenje (zadovoljstva pacienta, doseženih ciljev, uspešnosti zdravstvene nege).	1. Negovalna diagnoza (ugotoviti področje in vzrok primanjkljaja, ocena sposobnosti samooskrbe, določitev, ali je zdravstvena nega potrebna). 2. Načrtovanje (sistema zdravstvene nege, terapevtskih aktivnosti in ustrezne metode dela). 3. Izvajanje (načrtovanih terapevtskih aktivnosti, ugotavljanje pacientove ohranjene ali povrnjene samostojnosti).
Metode dela	– Fizična pomoč. – Psihična pomoč.  – Nebesedna komunikacija. – Vzgoja.	– Delovanje za pacienta/varovanca. – Vodenje pacienta/varovanca. – Podpora in vzpodbuda. – Fizična podpora. – Psihična podpora. – Urejanje okolja, ki podpira razvoj. – Učenje.
Poudarek	– Samostojnost in neodvisnost pri zadovoljevanju štirinajstih osnovnih življenjskih potreb.	– Aktivna vloga in osebna odgovornost vsakega za lastno zdravje.

V študiji primera smo podatke zbirali:

- z metodo terapevtske komunikacije z varovanko;
- z metodo opazovanja in aktivno udeležbo v procesu zdravstvene nege;
- s pregledom in analizo zdravstvenonegovalne dokumentacije;
- z razgovorom s svojci.

V času izdelave študije primera je bila varovanka vodena po procesu zdravstvene nege v časovnem obdobju treh tednov. V tem obdobju smo z varovanko vzpostavili terapevtsko komunikacijo in uporabili metodo opazovanja z delno in popolno udeležbo.

Kot vir dokumentarnega gradiva so bili uporabljeni zdravstveni karton, zdravstvenonegovalna dokumentacija in opažanja negovalnega osebja, ki so bila evidentirana v računalniškem programu, ki se uporablja za vpis predaje službe med delovnimi izmenami v socialnem zavodu.

S sinom in hčerko varovanke je bil izveden intervju, ki je bil opravljen na njihovem domu po predhodnem dogovoru. Intervju je bil izveden v vnaprej pripravljenimi vprašanji, s katerimi smo se vključili v sproščen pogovor s svojci. Na ta način so bili pridobljeni podatki o poteku življenja varovanke z demenco, o poteku in razvoju njene bolezni ter o poteku prihoda v domsko oskrbo.

Pri zbiranju podatkov za študijo primera je bila raziskovalka aktivno vključena v proces zdravstvene nege in je skupaj z varovanko izvajala negovalno-terapevtske aktivnosti.

Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel.

### Proces zdravstvene nege varovanke z demenco

Oceno potreb in ugotavljanje negovalnih problemov smo izvedli s pomočjo štirinajstih življenjskih aktivnosti, kot jih opisuje teorija Virginie Henderson. Za oceno sposobnosti samooskrbe je bil uporabljen teoretični model Dorothee Orem.

#### Teorija Virginie Henderson

Na podlagi ocene stanja po štirinajstih življenjskih aktivnostih smo postavili naslednje negovalne diagnoze:

**Negovalna diagnoza 1: Samonega, pomanjkljiva zmožnost samostojnega uživanja hrane – 3. stopnja (potrebuje pomoč druge osebe, ortopedske pripomočke ali prilagojeno okolje) (Gordon, 2003).**

## Opredelitev:

- nepopolna sposobnost aktivnosti v zvezi s prehranjevanjem.

Negovalna diagnoza 1	Vzroki	Simptomi
Pomanjkljiva zmožnost samostojnega uživanja hrane	– Napredovala demenca Alzheimerjevega tipa.	– Nesposobnost vnašanja hrane v usta s priborom; – prelaganje hrane z enega krožnika na drugega.

## Cilji:

- varovanka bo ob pomoči uporabljala pribor;
- varovanka bo pri jedi čim bolj samostojna;
- potrebe po hrani in tekočini bodo zadovoljene;
- varovanka bo jedla v ustreznem mirnem okolju.

**Negovalna diagnoza 2: Samonega, pomanjkljiva zmožnost samostojnega opravljanja telesne potrebe – 3. stopnja (potrebuje pomoč ene ali več oseb in ortopedske pripomočke ali prilagojeno okolje) (Gordon, 2003).**

## Opredelitev:

- nepopolna sposobnost opravljanja vseh aktivnosti v zvezi s telesno potrebo.

Negovalna diagnoza 2	Vzroki	Simptomi
Pomanjkljiva zmožnost samostojnega opravljanja telesne potrebe	– Napredovala demenca Alzheimerjevega tipa; – prostorska dezorientiranost; – nezmožnost samostojnega slačenja in oblačenja.	– Neprepoznavanje toaletnih prostorov; – nesposobnost verbalnega izražanja svoje potrebe; – uhajanje oziroma inkontinenca urina in blata; – nezmožnost urejanja obleke za opravljanje telesne potrebe.

## Cilji:

- varovanka bo čista in suha;
- varovanka bo imela nepoškodovano kožo na anogenitalnem predelu;
- varovanka bo opravljala potrebo na stranišču ob prisotnosti osebja;
- varovanka bo čim manj prestrašena in zbegana ob neprijetnostih, ki so pridružene zaradi te težave.

**Negovalna diagnoza 3: Samonega, zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno – 3. stopnja, ter zmanjšana zmožnost samostojnega oblačenja in osebne urejanja – 3. stopnja (varovanka potrebuje pomoč ene ali več drugih oseb, ortopedske pripomočke in prilagojeno okolje) (Gordon, 2003).**

## Opredelitev:

- zmanjšana sposobnost opravljanja vseh aktivnosti osebne higiene ter nepopolna sposobnost oblačenja in osebne urejanja.

Negovalna diagnoza 3	Vzroki	Simptomi
Zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno ter zmanjšana zmožnost oblačenja in osebne urejanja	– Napredovala demenca Alzheimerjevega tipa; – prostorska dezorientiranost; – spremenjeni miselni procesi.	– Ne zna se sama umiti, tuširati; – ne zna skrbeti za ustno higieno; – ne ve, čemu služijo določeni pripomočki za osebno higieno; – ne zna se sama obleči ali sleči ne obuti; – ne zna uporabljati zadrge in gumbov; – ni sposobna sama izbrati ustreznih oblačil.

## Cilji:

- varovanka bo čista in urejena;
- varovanka bo primerno oblečena glede na temperaturo okolja;
- koža bo intaktna, brez sprememb;
- varovanka bo sodelovala pri teh aktivnostih po svojih zmožnostih;
- varovanka bo imela zdravo in čisto ustno votlino;
- varovanka bo zadovoljna;
- varovanka se ne bo poškodovala.

**Negovalna diagnoza 4: Spanje, motnje spanja (Gordon, 2003).**

## Opredelitev:

- Prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, kar povzroča neugodje in motnje v dnevni aktivnosti.

Negovalna diagnoza 4	Vzroki	Simptomi
Motnje spanja	– Napredovala demenca Alzheimerjevega tipa; – neaktivnost čez dan; – strah, žalost.	– Nemir; – neorientiranost; – utrujenost; – nerazpoloženost in razdražljivost; – pogosto dremanje čez dan; – zgodnje prebujanje; – prebujanje ponoči.

## Cilji:

- varovanka bo naspana in spočita;
- spanec bo miren z manj prebujanji;
- varovanka bo ponoči spala vsaj 6 ur;
- varovanka bo aktivna čez dan.

### Negovalna diagnoza 5: Zmedenost, kronična (Gordon, 2003).

#### Opredelitev:

- Ireverzibilno ali progresivno propadanje intelektualnih sposobnosti in osebnosti, ki se izraža z zmanjšano sposobnostjo miselnih/razumskih procesov, z motnjami spomina, orientacije in vedenja.

Negovalna diagnoza 5	Vzroki	Simptomi
Zmedenost, kronična	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Napredovala demenca Alzheimerjevega tipa;</li> <li>– spremembe v okolju.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nemir;</li> <li>– občasno kričanje;</li> <li>– občasno jeza in vzkipljivost;</li> <li>– brezciljna hoja po oddelku;</li> <li>– izgovarjava nesmiselnih stavkov in besed.</li> </ul>

#### Cilji:

- varovanka bo umirjena;
- varovanka se bo boljše počutila.

### Negovalna diagnoza 6: Nepopolna verbalna komunikacija (Negovalne, 1993).

#### Opredelitev:

- stanje, ko je oseba nezmožna ali manj zmožna govoriti.

Negovalna diagnoza 6	Vzroki	Simptomi
Nepopolna verbalna komunikacija	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Napredovala demenca Alzheimerjevega tipa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nesposobnost oblikovanja besed;</li> <li>– neprepoznavanje predmetov;</li> <li>– uporaba nesmiselnih besed;</li> <li>– nesposobnost tvorbe stavkov;</li> <li>– ponavljanje besed;</li> <li>– nerazločen govor;</li> <li>– težave pri pojmovanju predmetov/stvari.</li> </ul>

#### Cilji:

- komunikacija z varovanko bo ohranjena;
- varovanka bo še naprej ohranjala socialne stike.

### Ocena sposobnosti samooskrbe in pristopi medicinske sestre po teoretičnem modelu Dorothee Orem

#### – Splošna samooskrba

Varovanka je nameščena v domsko okolje in v vsakdanjem življenju sama ne more zadovoljevati splošnih potreb po samooskrbi. Samostojna je le pri sprejemanju zadostne količine zraka.

#### – Razvojna samooskrba

Zaradi napredovale bolezni se varovanka ni sposobna prilagajati spremembam in izrednim situacijam. Namestitve v domsko oskrbo je bila nujna, ker sama ni bila sposobna preprečevati škodljivih vplivov na njeno zdravje.

#### – Odkloni od zdravja

Zaradi napredovale demence varovanka povečane potrebe po samooskrbi ne zna in ni več sposobna zadovoljiti sama. Zdravstvene težave in odkloni od zdravja se kažejo na področju spoznavnih sposobnosti (spomin, orientacija, komunikacija, razumevanje, pozornost, branje in pisanje) ter na področju izvajanja samooskrbe pri življenjskih aktivnostih.

### Sposobnosti varovanke in dejavnosti zdravstvene nege

#### – Terapevtske aktivnosti zdravstvene nege

Povečanih potreb po samooskrbi varovanka ne zmore in ne zna zadovoljiti sama, zato mora medicinska sestra prevzeti vlogo terapevtske samooskrbe. Primanjkljaj v samooskrbi je izražen na področju prehranjevanja, odvajanja in izločanja, osebne higiene in oblačenja, spanja in počitka, komunikacije in zagotavljanja varnosti.

#### – Negovalne diagnoze

Ugotovljena je potreba po vodenju in fizični podpori zaradi zmanjšane sposobnosti samooskrbe; potreba po psihični podpori zaradi otežene komunikacije; potreba po vodenju in usmerjanju zaradi upada kognitivnih funkcij in razumevanja; potreba po prilagajanju okolja zaradi motenj v orientaciji in skrbi za varnost; potreba po učenju zaradi ohranjanja preostalih sposobnosti.

#### – Sistem zdravstvene nege

Glede na ugotovljeni primanjkljaj v samooskrbi in oceno sposobnosti izvajanja samooskrbe smo načrtovali popolno nadomestni (kompenzacijski) sistem zdravstvene nege. Uporabljene metode pomoči so: izvajanje intervencij zdravstvene nege, vodenje, podpora (psihična, fizična), učenje ter prilagajanje okolja.

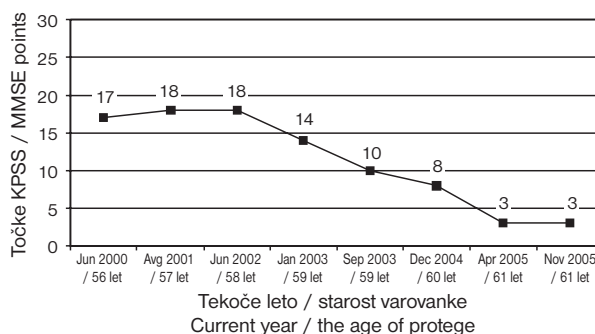
## Rezultati

### Analiza študije primera varovanke z demenco z vidika razvoja in poteka bolezni

Na podlagi analize zdravstvenonegovalne dokumentacije in pripovedi svojcev smo prikazali razvoj in potek bolezni. Skozi pripoved svojcev razberemo, da se je bolezen začela zelo prikrito. Začetni pozabljivosti in blagim motnjam spomina so se s časom pridružile hujše spomsinske motnje. Sledile so motnje komunikacije, razpoloženja, pozornosti, orientacije, težave pri pisanju in branju ter osebnostne spremembe. Po namestitvi v dom upokojencev so se kmalu začele pojavljati tudi težave pri zadovoljevanju potreb samooskrbe.

Na Sliki 1 je prikazan upad spoznavnih sposobnosti glede na ocene Kratklega preizkusa spoznavnih sposobnosti (KPSS) pri obravnavani varovanki. Podatke smo pridobili iz zdravstvene dokumentacije. Po letu 2006 KPSS ni bilo mogoče več izpeljati.

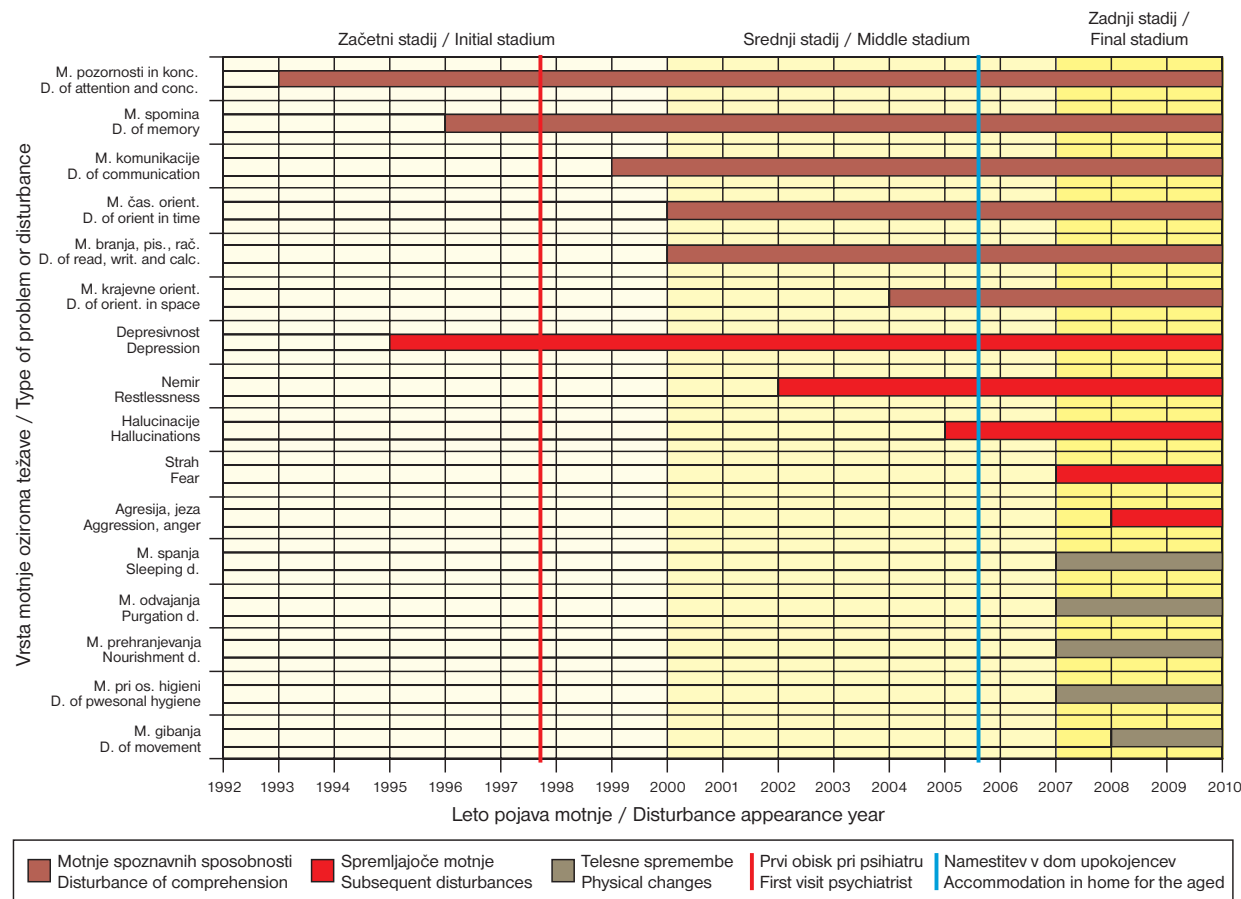
Na Sliki 2 je prikazan kronološki potek varovankine bolezni. Navedene so težave oziroma motnje, ki so se pri varovanki pojavljale. Težave so razdeljene po barvah na tri dele – motnje spoznavnih sposobnosti, spremljajoče



Sl. 1. Upad spoznavnih sposobnosti glede na ocene KPSS pri obravnavani varovanki.

Figure 1. Decline of cognitive ability as regards the MMSE evaluation for the treated patient.

motnje in telesne spremembe. Razvidno je, kdaj so se posamezne težave začele pojavljati glede na leta oziroma njeno starost. Slika je barvno razdeljena na tri dele, ki prikazujejo stadije demence. Z navpičnima črtama smo želeli prikazati, kdaj so svojci oziroma varovanka poiskali zdravniško pomoč ter kdaj je bila namestitev v socialnovarstveno institucijo nujna.



Sl. 2. Kronološki prikaz poteka bolezni pri obravnavani varovanki.

Figure 2. Chronological presentation of the course of disease for the treated protégée.

## Analiza študije primera z vidika aktivnosti procesa zdravstvene nege

Pri oceni stanja po življenjskih aktivnostih Virginie Henderson je bilo ugotovljeno, da ima varovanka zaradi napredujočih simptomov bolezni težave pri vseh osnovnih življenjskih aktivnostih. S pomočjo modela samooskrbe Dorothee Orem je bil ugotovljen primanjkljaj pri prehranjevanju, izločanju in odvajanju, osebni higieni in oblačenju, spanju, komunikaciji in skrbi za varnost. Poskušali smo vzpostaviti ravnotežje med sposobnostmi in potrebami, saj je izvajanje samooskrbe odvisno od posameznikove sposobnosti. Pri varovanki smo uporabili popolno nadomestni sistem zdravstvene nege, ko posameznik ne more in ne zna izvajati aktivnosti za samooskrbo. Varovanki smo pri življenjskih aktivnostih pomagali z vodenjem in usmerjanjem, s fizično in psihično podporo ter z zagotavljanjem primerne okolja. Zaradi napredovale bolezni je bilo določene aktivnosti samooskrbe potrebno izvajati tudi za njo.

S pomočjo obeh uporabljenih teoretičnih modelov smo si postavili kriterije za ocenjevanje. Podatke za oceno stanja smo pridobili z opazovanjem, spraševanjem (intervju svojcev) in iz zdravstvenonegovalne

dokumentacije. V Razpredelnici 2 je za vsako življenjsko aktivnost narejena ocena samostojnosti, ocena sposobnosti samooskrbe, prikazani so pristopi pomoči in vrednotenje – tako ohranjene samostojnosti kot tudi učinkovitosti naših pristopov pomoči.

### Ocena samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti

Najpomembnejše vodilo pri našem delu je bilo štirinajst življenjskih aktivnosti, kot jih opisuje Virginia Henderson. Tako smo varovanko zajeli celostno, tj. z vidika fizioloških, psiholoških, socioloških in duhovnih potreb. Poleg skrbnega opazovanja, spraševanja in pregleda zdravstvenonegovalne dokumentacije je bilo potrebno pogosto uporabiti tehnike nebesedne komunikacije. Zaradi napredovale bolezni so se spremembe kazale skoraj na vseh področjih, saj na vsako težavo človek reagira celostno. Dobili smo jasno sliko, pri katerih življenjskih aktivnostih je varovanka samostojna in pri katerih potrebuje pomoč. Zaradi upada kognitivnih funkcij pri nekaterih življenjskih aktivnostih (verovanje, koristno delo, rekreacija in učenje) ocena ni bila možna.

### Razpr. 2. Analiza zdravstvene nege varovanke z demenco.

Table 2. Nursing care analysis for a protégée with dementia.

Življenjske aktivnosti Vital activity	Samostojnost pri izvajanju življenjske aktivnosti Autonomous in executing vital activity		Ocena sposobnosti samooskrbe Evaluation of self-sufficiency capability					Pristopi pomoči / Help access						Vrednotenje / Evaluation					
	Da / Yes	Ne / No	1	2	3	4	5	Učenje Learning	Zagotavljanje okolja Providing of company and social support	Psihična podpora Psychological support	Fizična podpora Physical support	Vodenje in usmerjanje / conducting and directing	Delati za varovanca ali namesto njega Working for or instead of the protégée	Samostojnost samooskrbe Autonomy of self-sufficiency		Učinkovitost pristopov Access efficiency			
														Ohranjena Preserved	Ni ohranjena Not preserved	Cilj dosežen Objective achieved	Cilj delno dosežen Obj. partially achieved	Cilj ni dosežen Obj. not achieved	
Dihanje Respiration	✓		✓																
Prehranjevanje, pitje Nourishment, drinking		✓																✓	
Odvajanje, izločanje Purgation, excretion		✓							✓	✓	✓	✓	✓				✓		
Gibanje, ustr. lega Movement, appropriate position	✓		✓																
Spanje, počitek Sleep, rest		✓							✓		✓	✓	✓				✓		
Oblačenje, slačenje Dressing, undressing		✓								✓	✓	✓	✓				✓		
Vzdrževanje tel. temp. Body temperature maintaining	✓		✓								✓	✓	✓				✓		
Vzdrževanje os. higiene Maintaining of personal hygiene		✓								✓	✓	✓	✓				✓		
Izogibanje nevarnostim Avoiding of danger		✓							✓	✓	✓	✓	✓				✓		
Komuniciranje Communication		✓						✓			✓	✓	✓				✓		
Verovanje Believe	X																		
Koristno delo Useful work	X																		
Rekreacija Recreation	X																		
Učenje Learning	X																		
X Ocena življenjskih aktivnosti zaradi upada kognitivnih funkcij ni bila možna Evaluation of vital activity is impossible because of decrease of cognitive functions			1 Samostojen Autonomous 2 Občasno odvisen Periodically dependent 3 delno odvisen Partially dependent 4 V večji meri odvisen In mostly dependent 5 Popolnoma odvisen Entirely dependent					Analiza je od tu naprej narejena samo za tiste življenjske aktivnosti, kjer je bil ugotovljen primanjkljaj The analysis is from here on made only for vital activity, where the deficiency was found											



### *Ocena sposobnosti samooskrbe*

Za natančnejšo oceno sposobnosti samooskrbe smo si postavili pet kriterijev za ocenjevanje: samostojen pri izvajanju samooskrbe, občasno odvisen, delno odvisen, v večji meri odvisen in popolnoma odvisen. Pri obravnavi varovanca z demenco je nujno, da medicinska sestra pravilno oceni sposobnost varovanca za zadovoljevanje potreb samooskrbe in da določi stopnjo njegove odvisnosti. Tako lahko pomagamo čim dlje ohranjati čim več varovančevih sposobnosti, medicinski sestri pa ta ocena omogoča pravilno postavitev negovalnih diagnoz, ciljev ter individualno načrtovanje zdravstvene nege.

### *Pristopi pomoči*

Na podlagi natančne ocene sposobnosti samooskrbe, postavljene negovalne diagnoze in ciljev smo načrtovali negovalne intervencije. Opirali smo se na teorijo Dorothee Orem, ki opredeljuje šest pristopov pomoči: učenje; zagotavljanje okolja, ki podpira osebni razvoj; psihična podpora; fizična podpora; vodenje in usmerjanje ter delovanje za ali namesto varovanca. Zaradi napredovale bolezni je bil najpogosteje potreben pristop v obliki usmerjanja in vodenja ter delati za oziroma namesto varovanca. Kateri pristop bomo uporabili, je odvisno od psihičnega in fizičnega stanja varovanca, motivacije in njegovih še ohranjenih sposobnosti. Vsakodnevno je potrebno oceniti stanje varovanca in prilagoditi pristope pomoči ter hkrati sprotno vrednotiti njihovo učinkovitost.

### *Vrednotenje*

Pri končnem vrednotenju našega dela smo ugotovljali, ali smo samostojnost samooskrbe pri varovanki ohranili ali ne. Razvidno je, da smo pri vseh življenjskih aktivnostih, kjer je obstajal primanjkljaj v samooskrbi, samostojnost ohranili. Zaradi upada kognitivnih funkcij in napredovanja bolezni povrnitev samostojnosti v zadovoljevanju potreb samooskrbe dejansko ni bila možna, smo pa ohranili tolikšno samostojnost, kolikor je je varovanka glede na stadij bolezni in oceno njenega stanja bila sposobna.

Merilo naše uspešnosti in učinkovitosti je ugotavljanje, ali smo zastavljene cilje dosegli. Pri obravnavani varovanki smo pri odvajanju in izločanju, oblačenju in slačenju, osebni higieni, izogibanju nevarnostim in komuniciranju zastavljene cilje dosegli. To je potrdilo, da smo bili z našimi pristopi (negovalnimi intervencijami) učinkoviti. Pri prehranjevanju in spanju smo cilje delno dosegli. Varovanka kljub našim prizadevanjem ni bila sposobna uporabljati pribora, ponoči se je še vedno občasno zbujala in bila vznemirjena. Zaradi napredovale bolezni vrednotenje skupaj z varovanko ni bilo možno, zato smo končno vrednotili skupaj s svojci in negovalnim timom.

## **Razprava**

Iz študije primera in kvalitativne analize podatkov lahko ugotovimo, da je uporaba obeh teoretičnih modelov (Virginie Henderson in Dorothee Orem) pri delu z varovanci z demenco učinkovita. Teorija Virginie Henderson omogoča, da varovanko obravnavamo celostno, z vseh vidikov hkrati. Poudarja vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege na področju štirinajstih osnovnih človekovih potreb.

Iz vrednotenja in analize študije primera lahko ugotovimo, da uporaba modela samooskrbe pri varovancu z demenco pomembno vpliva na večjo samostojnost pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Tako lahko potrdimo prvo hipotezo. Poleg natančne ocene življenjskih aktivnosti je pri delu z varovancem z demenco nujna ocena sposobnosti samooskrbe. To določa teorija Dorothee Orem, ki pravi, da je zdravstvena nega potrebna, če zahteve presegajo sposobnosti. Poudarja, da se je človek sposoben učiti in razvijati ter se zavestno in po svoji volji vključevati v različne dejavnosti. Naš glavni cilj je ohranjanje človekove samostojnosti. Tako lahko medicinska sestra pravilno oblikuje negovalne diagnoze in zastavi realne cilje. Učinkovitost teoretičnega modela Dorothee Orem se kaže pri oblikovanju načrta zdravstvene nege, saj določa šest oblik pomoči, s katerimi lahko medicinska sestra pristopi. Vsakodnevno prilagajanje pristopov pomoči dosežemo tako, da neprestano ugotavljamo, kdaj, na kakšen način in v kakšnem obsegu je zdravstvena nega potrebna.

S predstavitvijo različnih vlog in pristopov medicinske sestre pri ohranjanju življenjskih aktivnosti varovanke z demenco lahko zaključimo, da aktivna vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege pomembno vpliva na izboljšanje kakovosti življenja varovanca z demenco. Tako lahko kvalitativno potrdimo tudi drugo hipotezo. Ohranjanje čim daljše duševne in telesne vitalnosti je izredno pomembno, saj s tem varovancu krepimo samozavest in pripomoremo k večji samostojnosti in neodvisnosti.

Teoriji sta nam bili v pomoč pri celotnem procesu zdravstvene nege. Obe poudarjata čim bolj aktivno vključevanje varovanca v zdravstveno nego in usmerjenost k povrnitvi samostojnosti. Pri varovancu z demenco to pomeni ohranjati njegovo samostojnost, dokler je mogoče. To lahko dosežemo, če zdravstveno nego načrtujemo individualno, z upoštevanjem vseh življenjskih aktivnosti in natančno oceno sposobnosti samooskrbe.

## **Zaključek**

Zaradi vse večjega deleža starostnikov, obolenih za demenco, je za medicinske sestre izvajalke zdravstvene nege nujno, da si pridobijo znanja o značilnostih, problemih in zdravstvenih stanjih v tem življenjskem obdobju. Negovalni proces pri osebah z demenco naj bi

temeljil na spoštovanju, empatiji, pristnosti in odkritosti. V zdravstveni negi oseb z demenco ni pomembno, kaj se resnično naredi, temveč, kako se to naredi in kaj je za določenega varovanca z demenco zdaj in tukaj smiselno.

S pomočjo študije primera varovanke z demenco smo prišli do ugotovitev, da je proces zdravstvene nege, v katerega smo vpeljali teorijo Virginie Henderson in model samooskrbe po Dorothei Orem, učinkovit. Teorije zdravstvene nege nas pri delu vodijo in usmerjajo, potrebno jih je le ciljno izbrati in nato v praksi uporabljati. Cilj dela pri varovancih z demenco je ohranjanje in vzpodbujanje njihove dejavnosti, ki jih usmerja k ohranjanju samostojnosti. Teorije potreb, med katere spadata teorija Virginie Henderson in model samooskrbe Dorothee Orem, predstavljajo medicinsko sestro kot aktivno osebo, ki varovancem pomaga pri njihovih prizadevanjih za samostojnost in neodvisnost.

Spomniti velja, da starejšim pomeni občutek pripadnosti in občutek, da niso osamljeni, zelo veliko. Dejstvo je, da so osebe z demenco na prvem mestu ljudje, ki si zaslužijo naše spoštovanje in veliko mero pozornosti, zato še toliko bolj velja, da delaj z osebo tako, kot bi želel, da se dela s teboj, če bi bil v koži osebe, s katero in za katero delaš (Kogoj, 2004).

## Literatura

1. Gordon M. Negovalne diagnoze: priročnik. Radizel: Rogina; 2003: 151-4, 186, 206.
2. Grad A. O demenci. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za nevrologijo; 2008: 1-8. Dostopno na: <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/12-o-demenci-grd.pdf> (7. 9. 2008).
3. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 167-8, 206-21, 249-65.
4. Kobentar R. Zdravstvena nega bolnika z demenco. In: Čuk V ed. Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2005: 45-8.
5. Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. Zdrav Vestn. 2004;73(10):749-51. Dostopno na: <http://www.vestnik.szd.si/st4-10/st4-10-749-751.htm> (4. 8. 2008).
6. Mesarec I. Negovalne diagnoze pri osebah z demenco v zavodu Hrastovec - Trate. In: Čuk V, ed.: V zbornik posvetovanj o teoriji in praksi zdravstvene nege: 2001-2004. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Psihiatrična sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2004: 80-2.
7. Milošević Arnold V. Socialno delo s starimi ljudmi – izbrani članki in referati: študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2006: 86-92.
8. Negovalne diagnoze: (uvod v študij negovalnih diagnoz – NANDA). Maribor: Kolaborativni center SZO; 1993: 59.
9. Vakselj N, Hojan V. Dovolite, da naredim, kar še zmorem. In: Kogoj A, ed. Celostna obravnava bolnika z demenco: zbornik prispevkov. 2. psihogeriatrično srečanje Radenci, 17. in 18. november 2000. Ljubljana: Spominčica – Združenje za pomoč pri demenci; 2000: 73-83.
10. Poredoš P. Medicinski problemi starostnikov. In: Turk J, Bobnar - Najžer E, eds. Zdrava poznejša leta: naj bodo tudi lepa. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2005: 33-7.
11. Stare V. Nekaj pogledov na biologijo staranja. In: Turk J, Bobnar - Najžer E, eds. Zdrava poznejša leta: naj bodo tudi lepa. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2005: 16-28.
12. Statistični urad Republike Slovenije: 2008. Dostopno na: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=1180](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1180) (5. 7. 2008).