

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
DELOVNA TERAPIJA, 1. STOPNJA**

Špela Hribar

**VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA PRI
OBRAVNAVI VEDENJSKIH IN PSIHIČNIH
SIMPTOMOV PRI DEMENCI**

diplomsko delo

**THE ROLE OF THE OCCUPATIONAL THERAPIST
IN THE MANAGEMENT OF BEHAVIORAL AND
PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA**

diploma work

Mentorica: viš. pred. mag. Nevenka Gričar

Recenzentka: pred. Katarina Galof

Ljubljana, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici viš. pred. mag. Nevenki Gričar in recenzentki pred. Katarini Galof za nasvete, strokovno pomoč in usmerjanja pri izdelavi diplomskega dela.

Hvala Eriki Božič za lektoriranje.

Posebna zahvala gre mojima staršema in partnerju, ki so me podpirali med študijem.

IZVLEČEK

Uvod: Število oseb z demenco narašča. Spominske motnje, ki so pogosto prvi simptom demence, velikokrat spremljajo tudi vedenjski in psihični simptomi demence. Omenjeni simptomi pri osebah z demenco vodijo do zmanjšanja sposobnosti sodelovanja v okupacijah. **Namen:** Namen diplomskega dela je preučiti, kakšna je vloga delovnega terapevta pri obravnavi vedenjskih in psihičnih simptomov pri demenci. **Metode dela:** V diplomskem delu je bil uporabljen sistematični pregled literature s pomočjo modela PRISMA. Pri iskanju je bil uporabljen časovni okvir od leta 2009 do leta 2019. Iskanje primernih študij je potekal z naslednjimi ključnimi besedami, ki smo jih navedli v angleščini: occupational therapy, neuropsychiatric symptoms, behavioural symptoms, psychological symptoms, dementia, non-pharmacological interventions, alzheimer's disease v podatkovnih bazah PubMed, PubMed Central, The Gerontologist Society of America, British Medical Journal. V končno analizo je bilo vključenih 6 znanstvenih in 1 strokovni članek. **Rezultati:** Vloga delovnega terapevta pri obravnavi vedenjskih in psihičnih simptomov pri demenci je najprej, da izvede potrebna standardizirana in nestandardizirana ocenjevanja ter da pozna teoretične temelje za obravnavo. Delovni terapevt za opredelitev vedenjskih in psihičnih simptomov pri demenci in konteksta, v katerem se ti simptomi pojavljajo, najprej izvede pogovor s skrbnikom in kjer je mogoče tudi z osebo z demenco. Delovni terapevt lahko oceni kognitivno stopnjo osebe z demenco, obseg giba, moč, mobilnost, vključno s tveganjem padca, in domače okolje, v kolikor oseba živi doma. Sledi obravnavo, ki jo lahko delovni terapevt usmerja v okolje, na negovalca oziroma skrbnika ter na vedenje osebe. Pri osebi z demenco je pomembno stalno spremljanje vedenja, ker se vedenjski in psihični simptomi v času demence lahko spreminjajo in nihajo; včasih je potrebno z obravnavami prenehati. **Razprava in zaključek:** Delovni terapevt je na podlagi pregledane literature prepoznan kot pomemben strokovnjak pri obravnavi vedenjskih in psihičnih simptomov demence. Z delovnoterapevtskimi storitvami delovni terapevt teži k povečanju participacije osebe, izboljšanju fizične izvedbe, kvalitete življenja in k zmanjšanju negativne komunikacije. Izboljšanje navedenega posledično vpliva na zmanjšanje vedenjskih in psiholoških simptomov demence. Zaradi obsežnosti teme bi bilo smiselno tudi nadaljnje raziskovanje o ocenjevalnih inštrumentih, metodah in pristopih ter obravnavah delovnih terapevtov na tem področju.

Ključne besede: ocenjevanja, teoretični temelji, ukrepi, izidi.

ABSTRACT

Introduction: The number of people with dementia is increasing. Memory disorders, which are often the first symptom of dementia, are often accompanied by behavioral and psychiatric symptoms of dementia. These symptoms in an individual with dementia lead to a decrease in the ability to participate in occupation. **Purpose:** The purpose of this diploma thesis is to examine the role of occupational therapist in dealing with behavioral and psychiatric symptoms in dementia. **Methods of work:** The diploma thesis used a systematic literature review, using the PRISMA model. The search used a timeframe from 2009 to 2019. The search for eligible studies was conducted using the following keywords: occupational therapy, neuropsychiatric symptoms, behavioural symptoms, psychological symptoms, dementia, non-pharmacological interventions, alzheimer's disease in databases PubMed, PubMed Central, The Gerontologist Society of America, British Medical Journal. The final analysis included 6 scientific and 1 expert articles. **Results:** The role of the occupational therapist in dealing with behavioral and psychiatric symptoms in dementia is first to perform the necessary standardized and non-standardized assessments and to know the theoretical foundations for the treatment. An occupational therapist discusses the behavioral and psychiatric symptoms of dementia and the context in which these symptoms occur first by interviewing the caregiver and, where possible, with the person with dementia. The occupational therapist can assess the user's cognitive level, range of motion, strength, mobility including the risk of falling and the home environment if the person lives at home. Next is a treatment that the occupational therapist can direct to the environment, to the caregiver or guardian, and to the person's behavior. It is important for a person with dementia to constantly monitor their behavior because behavioral and psychiatric symptoms can change and fluctuate during dementia; sometimes interventions need to be discontinued. **Discussion and Conclusion:** Based on the review literature, the Occupational Therapist has been recognized as an important expert in dealing with the behavioral and psychiatric symptoms of dementia. Through occupational therapy services, the occupational therapist seeks to increase user participation, improve physical performance, quality of life, and reduce negative communication. Improving the above results in reducing the behavioral and psychological symptoms of dementia. Due to the extensive nature of the topic, further research on assessment instruments, methods and approaches, and the interventions of occupational therapists in the field would also make sense.

Keywords: evaluation, theoretical foundations, measures, results.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 Teoretična izhodišča	1
1.1.2 Vedenjski in psihični simptomi pri demenci	2
1.1.3 Delovna terapija pri osebah z demenco	3
2 NAMEN	5
3 METODE DELO	6
3.2 Rezultati pregleda	6
3.3 Ocena kakovosti pregleda literature in opis obdelave podatkov	7
4 REZULTATI	9
4.2 Končna analiza izbranih člankov	9
5 RAZPRAVA.....	13
5.1 Vrednotenje	13
5.1.1 Ocenjevalni inštrumenti.....	13
5.1.2 Teoretični temelji za obravnavo: modeli in pristopi.....	16
5.2 Obravnava.....	18
5.2.1 Obravnave usmerjene v okolje in kontekst.....	18
5.2.2 Obravnave usmerjene na negovalca/skrbnika	20
5.2.3 Obravnave usmerjene na vedenje	21
5.3 Izidi.....	22
6 ZAKLJUČEK	23
7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	25
8 PRILOGE	
8.1 Priloga 1: Tabelarni prikaz rezultatov	

KAZALO SLIK

Slika 1: Ocena kakovosti dokazov	8
Slika 2: Prikaz poteka raziskave po PRISMA metodi.....	9

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature..... 6

Tabela 2: Kategorije in pripadajoče podkategorije..... 11

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

ACLS	Allenov test kognitivnih sposobnosti (Allen Cognitive Level Screen)
ADM	Allenov diganostični modul (Allen Diagnostic Module)
AOTA	Ameriško združenje za delovno terapijo (American Occupational Therapy Association)
CBT	Kognitivno vedenjska terapija (Cognitive behavioral therapy)
DICE	D-opisati, I-raziskovati, C-Ustvariti, E-oceniti (D-describe, I-investigate, C-create, E-evaluate)
DT	Delovni terapevt/-i, delovna terapija
EFPRT	Test izvedbe izvršilnih funkcij (Executive Function Performance Test)
HEAP	Protokol za ocenjevanje domačega okolja (the Home Environmental Assessment Protocol)
LACLS	Velik Allenov test kognitivnih sposobnosti (Large Allen Cognitive Level Screen),
ODA	Osnovne/ožje dnevne aktivnosti
PLST	Model progresivno znižanega stresnega praga (The Progressively Lowered Stress Threshold)
RTI	Pregled rutinskih nalog (the Routine Task Inventory)
ŠDA	Širše dnevne aktivnosti
TAP	Prilagojen program aktivnosti (The Tailored Activity Program)
VPSD	Vedenjski in psihični simptomi demence

1 UVOD

V sodobnih družbah zaradi podaljševanja življenjske dobe število oseb z demenco hitro narašča (Kogoj, 2007). V starosti nad 65 let ima demenco dvajsetina starostnikov. V starosti 80 let ima težje oblike demence že petina (Milošević-Arnold, 2007). Demenco najpogosteje povezujemo s spominskimi motnjami, ki so pogosto prisotne kot prvi simptom (Kogoj, 2007). Spominske motnje pogosto spremljajo vedenjsko-psihični simptomi demence (VPSD) (Fraker et al., 2014). VPSD odražajo spremembe v možganih osebe. Na splošno velja, da če bolezen prevladuje na levi hemisferi možganov, so osebe z demenco bolj ozaveščene o bolezni ter so nagnjeni k depresiji in anksioznosti. Spremembe v desni hemisferi pa povzročijo, da ima oseba slabši vpogled v lastne simptome (Barton et al., 2016). Omenjene spremembe pri osebah z demenco vodijo do zmanjšanja sposobnosti sodelovanja v okupacijah, predvsem v osnovnih dnevni aktivnostih (ODA), širših dnevni aktivnostih (ŠDA), prostem času in socialnih aktivnosti. Navedeno negativno vpliva na kakovost življenja, dobro počutje osebe z demenco in skrbnikov. Izboljšanje in ohranjanje ODA je za osebe z demenco zelo pomembno (Zucchella et al., 2018). Obstaja znanstvena literatura, ki kaže, da ima delovna terapija (DT) pozitiven učinek na osebe s takšnim stanjem (Tanner, 2014). Obravnava VPSD zahteva več strategij. Razvoj teh strategij zahteva strokovno znanje in čas, ki ga izvajalci primarnega zdravstvenega varstva nimajo vedno. DT so za delo z osebami z demenco uspešno razvili individualizirane sheme s strategijami (Barton et al., 2016). V diplomskem delu želimo prikazati vlogo DT pri osebi z demenco, ki ima VPSD. V teoretičnem delu diplomskega dela bomo predstavili demenco, VPSD in DT pri osebah z demenco. Namen diplomskega dela je predstaviti vlogo DT pri obravnavi VPSD.

1.1 Teoretična izhodišča

»Beseda demenca izhaja iz latinščine. Sestavljena je iz prepone de-, ki pomeni nasprotnost, upadanje in mens, kar pomeni duh, razum. Demenca torej pomeni upadanje duha oziroma razuma« (Van Hülsen, 2010, 17). V 10. Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM, 2008) je demenca opisana kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, ki je lahko kronična ali progresivna. Pri demenci gre za motnjo več višjih možganskih funkcij, vključno s spominom, mišljenjem,

orientacijo, razumevanjem, računskimi zmožnostmi, učnimi sposobnostmi, govornim izražanjem in presojo. Zavest ni zamegljena. Opešanje kognitivne funkcije običajno spremlja zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, motivacije za vključevanje v različne aktivnosti ter za vzpostavljanje in ohranjanje socialne interakcije. Sindrom demence se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri drugih možgansko-žilnih boleznih ter pri drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane.

Demenco najpogosteje povezujemo s spominskimi motnjami, ki so pogosto prisotne kot prvi opaženi simptom. Osebe z demenco se tipično ne morejo zapomniti novih podatkov, običajno opazimo izrazitejše spominske težave za nedavne dogodke. Poleg težav s spominom imajo osebe z demenco tudi težavo z razumevanjem informacij. Z napredovanjem bolezni se pojavijo tudi motnje pri branju in pisanju. V poznem stadiju je govor težko ali povsem nerazumljiv, ponavljajo samo še posamezne besede ali glasove. Z napredovanjem bolezni se težave z razumevanjem in presojo poglobijo, osebe postanejo nekritične. Pogosteje so tako časovno kot krajevno dezorientirani. Zmanjša se zmožnost prepoznavanja predmetov. Čeprav čutila niso okvarjena, ne prepoznajo niti najbližjih niti lastne podobe v ogledalu. V zadnjem stadiju bolezni potrebujejo pomoč pri ODA, kot so umivanje, oblačenje, hranjenje, osebna higiena, izločanje (Kogoj, 2007).

1.1.2 Vedenjski in psihični simptomi pri demenci

Demenca z Alzheimerjevo boleznijo, kot najpogostejšo vrsto, je progresivna bolezen, ki vpliva na kognitivne funkcije. Kognitivne motnje pogosto spremljajo VPSD (Hyun, 2016). Tradicionalno so bili kognitivni problemi glavni predmet zanimanja za zdravljenje in raziskave oseb z demenco. Številčnost pogostih nekognitivnih simptomov predstavlja resen problem za osebe z demenco, njihove svojce, skrbnike in družbo v celoti (Kogoj, 2007). Ti simptomi so znani tudi kot nevropsihiatrični simptomi demence (Kales et al., 2015). 98 % oseb z demenco ima v določeni fazi nevropsihiatrične simptome (Fraker et al., 2014), 50 % oseb z demenco pa ima sočasno vsaj 4 nevropsihiatrične simptome (Hyun, 2016). Simptomi se lahko pojavijo pri demencah vseh oblik (Fraker et al., 2014). Različni simptomi se pojavljajo v različnih stadijih bolezni (Kogoj, 2007). Najbolj očitni VPSD so razdraženost, agresija, motnje vedenja in psihoze. Ostali pomembni simptomi vključujejo

seksualno nezainteresiranost, probleme s hranjenjem in nenavadno vokalizacijo glasu (Douglas et al., 2004).

VPSD so pomemben del klinične slike demence. Posledice nezdravljenih VPSD so zgodnejša namestitve v zavod, večji stroški oskrbe osebe, slabša kakovost življenja osebe z demenco in svojcev, pogostejše doživljanje stresa svojcev, pogostejše doživljanje stresa zaposlenih v zavodih in dodatno poslabšanje sposobnosti osebe z demenco (Kogoj, 2007).

Dobra klinična praksa zahteva, da zdravnik najprej izključi možnost, da so VPSD posledica sočasne telesne bolezni (na primer okužbe ali zaprtja). Poleg tega se, preden pomislimo na farmacevtsko obravnavo, najprej preizkusi nefarmakološke pristope. Kljub temu pa so vse prepogosto v praksi najprej uporabljeni farmakološki pristopi, ki vključujejo nevroleptike in druga pomirjevala. Predpisovanje teh zdravil brez preizkušanja drugih možnosti zdravljenja je predvsem pri osebah z demenco zaskrbljujoče zaradi stranskih učinkov (na primer padcev), ki so povezani z njihovo uporabo (Douglas et al., 2004). Glede na nizko učinkovitost zdravil in njihove številne stranske učinke na VPSD lahko koristno vplivata psihosocialni in okoljski pristop (še posebej prilagojena obravnava). Psihosocialne obravnave, ki lahko pomagajo osebi z demenco, so kognitivna terapija, DT, terapija z glasbo, multisenzorna obravnava, obravnava, usmerjena v osebo in družinskega skrbnika (Manni et al., 2018).

1.1.3 Delovna terapija pri osebah z demenco

Douglas in sodelavci (2004) naštevajo nekatere preizkušene nefarmakološke obravnave, primerne za obravnavo VPSD: vedenjska terapija, orientacija v realnosti, validacijska terapija, terapija spominjanja, terapija z umetnostjo, terapija z glasbo, terapija s pomočjo aktivnosti, dopolnilna terapija, aromaterpija, svetlobna terapija, multisenzorni pristopi in kognitivno-vedenjska terapija (Cognitive behavioral therapy – CBT). Pri naštetih obravnavah nikoli konkretno ne navedejo, da jih izvaja DT. Van Hülsen (2010) opisuje najbolj razširjene metode dela z dementnimi. Našteje metode, ki so v večini enake z obravnavami, ki so jih navedli Douglas in sodelavci (2004) in so napisane zgoraj, poleg tega pa doda DT. Vse metode, ki jih Van Hülsen (2010) ter Douglas in sodelavci (2004) naštejejo, govorijo, kako se približati osebi z demenco. DT to temeljno znanje že

predpostavlja in želi poleg tega osebe z demenco zavestno spodbujati k dejanjem (Van Hülsen, 2010).

Klinični simptomi demence vključujejo progresivno poslabšanje kognitivne funkcije, ki jo pogosto spremljajo spremembe v vedenju in osebnosti. To pri osebah z demenco vodi do zmanjšanja zmožnosti za opravljanje dnevnih aktivnosti. Glavni cilji DT pri obravnavi oseb z demenco so ohranjanje, obnavljanje ali preprečevanje poslabšanja funkcionalne sposobnosti, spodbujanje sodelovanja v aktivnostih, ki spodbujajo optimizacijo duševnega in fizičnega zdravja, ter olajšanje izvajanja negovanja (Tanner, 2014). DT ima pomembno vlogo pri opredeljevanju pomembnih okupacij za osebe z demenco in izboljšanju kakovosti življenja tako oseb z demenco kot njihovih skrbnikov (Manni et al., 2018). DT se ukvarjajo z osmimi glavnimi področji: ODA (hranjenje, higiena, oblačenje, mobilnost in spolna aktivnost), ŠDA (skrb za druge, upravljanje z gospodinjstvom, vzdrževanje varnosti), počitek in spanje, izobraževanje, delo, igra, prosti čas ter sodelovanje v družbi (Roley et al., 2008, cit. po Fraker et al., 2014). Pet neposredno pomembnih področij za osebe z demenco so ODA, ŠDA, počitek in spanje, prosti čas ter sodelovanje v družbi. Cilj DT pri obravnavi osebe z demenco je izboljšanje ali ohranjanje funkcioniranja osebe, zagotavljanje izobraževanja, trening spretnosti (na primer učinkovito komuniciranje, poenostavljanje aktivnosti) in podpora negovalcem (Letts et al., 2011, cit. po Fraker et al., 2014).

Ureditev okolice osebe z demenco zmanjša možnosti za nastanek VPSD in njihovih posledic. Upoštevati moramo predvidljivo in stabilno življenjsko okolje, ločevanje hrupnih, motečih oseb od mirnih, odhod iz stanovanja ali objekta, primerno osvetlitev v nočnem času, zadostno dnevno osvetlitev ter pomoč pri orientiranju (ura, koledar, družinske slike) (Kogoj, 2007).

Vedenjski ukrepi vključujejo pogovor z nemirno osebo z demenco, zmanjševanje osamljenosti, določitev dejavnikov, ki povzročajo nemir, omogočanje gibanja, hoje, preprečevanje možnosti, da bi se osebe z demenco izgubile in spodbujanje prijetnih doživetij (domače živali, prepevanje, risanje) ter nadzor (Kogoj, 2007).

2 NAMEN

Namen pregleda literature je bila predstavitev problema VPSD pri osebah z demenco, predvsem pa spoznanje, kako lahko DT pripomore k njihovi obravnavi. Cilj diplomskega dela je bil primerjati in predstaviti ugotovitve strokovnih in znanstvenih člankov ter knjig s tega področja. Namen diplomskega dela je odgovoriti na raziskovalno vprašanje: Kakšna je vloga DT pri obravnavi VPSD?

3 METODE DE LA

Kot metoda je bil uporabljen sistematični pregled literature v angleškem jeziku s področja vloge DT pri obravnavi VPSD. Časovno obdobje objav člankov je bilo omejeno na obdobje od leta 2009 do leta 2019. Iskanje literature je bilo opravljeno prek iskalnika po podatkovnih bazah Digitalne knjižnice (DIKUL) in po posameznih podatkovnih bazah: PubMed, PubMed Central (PMC), The Gerontologist Society of America (GSA), British Medical Journal (BMJ). Iskanje ustrezne literature je potekalo od 15. 11. 2018 do 19. 3. 2019. Uporabljene ključne besede, povezane z Boolovim operatorjem (AND), v angleščini so bile: occupational therapy, neuropsychiatric symptoms, behavioural symptoms, psychological symptoms, dementia, non-farmacological interventions, alzheimer's disease. Pri iskanju literature je bil uporabljen jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v angleščini.

Vključitveni kriteriji so bili: dostop do celotnega članka, objava med 2009 in 2019, omenjenost osebe z demenco, DT, VPSD, nefarmakološke obravnave ter recenzirane publikacije. Izključitveni kriteriji so bili: prispevek, v katerem v raziskovalne vzorce niso omenjene/vključene osebe z demenco, kjer ni omenjena DT in simptomi, ki niso VPSD, ter farmakološke obravnave.

3.2 Rezultati pregleda

Strategija iskanja pod navedenimi ključnimi besedami (tabela 1) v podatkovnih bazah in kjer je bilo to mogoče tudi omejitvenimi kriteriji je skupaj dala 652 zadetkov. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpopolnjevalo 29 potencialno ustreznih zadetkov. Za pregled literature smo uporabili 7 ustreznih zadetkov. Ustrezne zadetke smo izbrali na podlagi vključitvenih kriterijev.

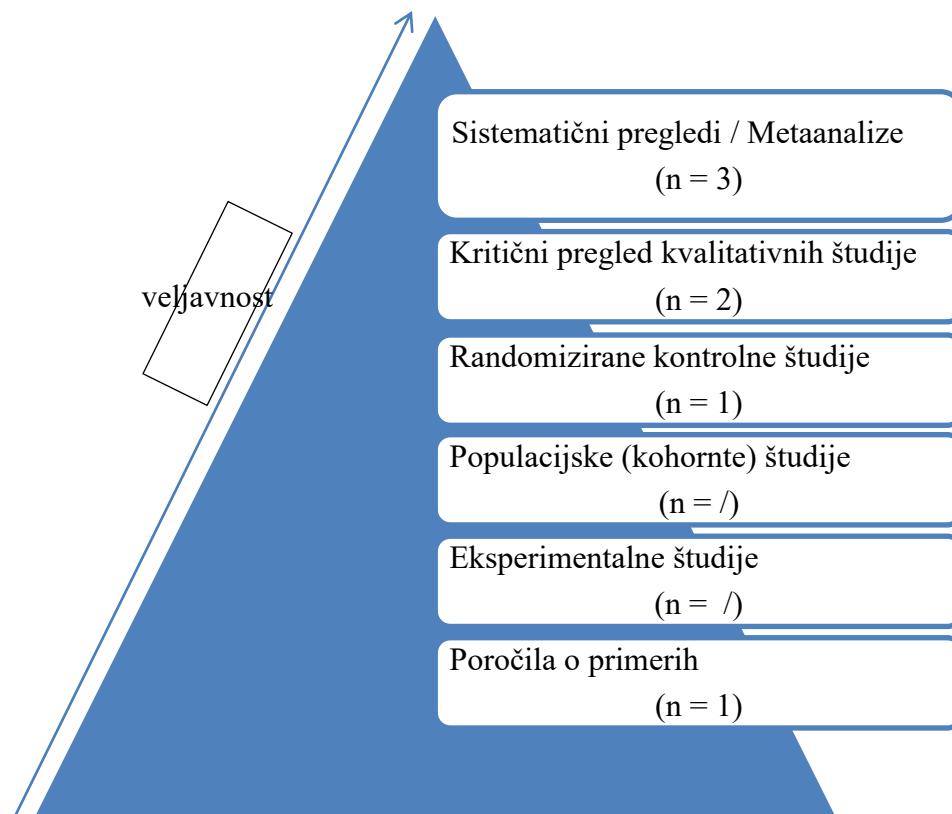
Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število dobljenih zadetkov	Število pregledanih zadetkov	Število izbranih zadetkov
DIKUL	neuropsychiatric symptoms AND dementia AND	20	4	1

	Ključne besede	Število dobljenih zadetkov	Število pregledanih zadetkov	Število izbranih zadetkov
	occupational therapy NOT cognitive symptoms			
PubMed	neuropsychiatric symptoms AND dementia AND occupational therapy	34	3	0
PMC	neuropsychiatric symptoms AND behavioral and psychological symptoms AND non-pharmacological AND dementia AND occupational therapy AND alzheimer's disease AND nursing home	676	20	4
GSA	dementia care AND occupational therapy	1	1	1
BMJ	non-pharmacological interventions AND behavioural AND dementia AND BPSD	21	1	1

3.3 Ocena kakovosti pregleda literature in opis obdelave podatkov

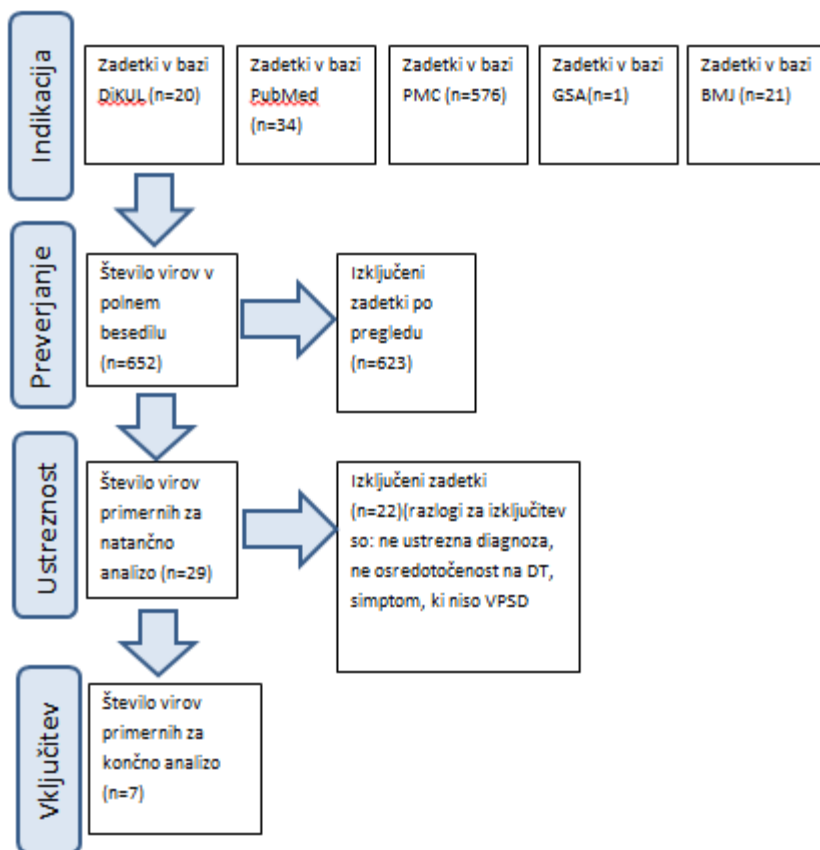
Pri izbiri dokazov, na katere se lahko zanesemo, moramo biti previdni. Potrebna je ocena njihove kakovosti oziroma zanesljivosti (Švab, 2105). Glede kakovosti dokazov obstaja več ravni, ki jih lahko razvrstimo od manjše do večje, in sicer na način, ki ga prikazuje slika 1 (Murad et al, 2016). V to diplomsko delo smo vključili 3 sistematične preglede literature. Sistematični pregledi literature so visoke zanesljivosti, ker je bolj verjetno, da bodo imeli osredotočeno raziskovalno vprašanje, bodo bolj metodološko kontrolirani in manj pristranski (Greenhalgh et al., 2018). V diplomsko delo smo vključili še 2 kritična pregleda kvalitativnih študij, 1 randomizirano kontrolno študijo in 1 poročilo o primeru.



Slika 1: Ocena kakovosti dokazov (prilagojeno po Murad et al., 2016)

4 REZULTATI

Definirali smo 652 zadetkov, ki smo jih obdelovali po korakih, ki jih prikazuje slika 2. Izbor vključenih člankov je potekal s pomočjo modela PRISMA, saj poročanje ostaja smernica za sistematične preglede literature (Tricco et al., 2018).



Slika 2: Prikaz poteka raziskave po PRISMA metodi (Moher et al., 2009).

4.2 Končna analiza izbranih člankov

V vsebinsko oziroma kvalitativno raziskavo smo vključili 7 člankov (glej priloga 1). V nadaljevanju na kratko opišemo pristop opisati, raziskovati, ustvariti, oceniti (D-describe, I-investigate, C-create, E-evaluate – DICE) in prilagojen program aktivnosti (The Tailored Activity Program – TAP), ki sta usmerjena na obravnavo VPSD.

Fraker in sodelavci (2014) so se o pristopu DICE, ki ga lahko uporabijo strokovnjaki različnih strok, dogovorili na podlagi dokazov za obravnavo VPSD. Pristop DICE je

sestavljen iz 4 korakov (»Describe« – opisati, »Investigate« – raziskovati, »Create« – ustvariti in »Evaluate« – ovrednotiti) in je osredotočen na osebo z demenco in skrbnika. V članku Fraker in sodelavci (2014) opišejo vlogo DT pri uporabi DICE pristopa za obravnavo VPSD. V sklopu DICE pristopa navedejo tudi ocenjevalne inštrumente, ki jih DT lahko uporabi pri obravnavi VPSD. Glede na to, da se DICE osredotoča na osebo z demenco, negovalno osebje in okolje je DICE pristop idealen, da ga DT uporabi v klinični praksi, kot je oskrba na domu, bolnišnica, rehabilitacija, dom za ostarele, pomoči pri bivanju ali ambulantnem zdravljenju (Fraker et al., 2014).

Eden izmed obetavnih nefarmakoloških pristopov je uporaba namenskih aktivnosti (Gitlin et al., 2009). Gitlin in sodelavci (2009) so razvili in testirali TAP. TAP - prilagojen program aktivnosti je inovativna DT obravnava, ki se izvaja na domu. Izvaja ga lahko usposobljen DT (Gitlin et al., 2009). Je program, ki je usmerjen k zmanjševanju nezaželenega vedenja, povezanega z demenco (Martini de Oliveira et al., 2015). Prilagojen program aktivnosti opredeljuje interese osebe z demenco, njegove/njene zmožnosti, razvija in prilagaja aktivnosti okupacijskemu profilu osebe z demenco ter usposablja družine za uporabo aktivnosti kot del vsakodnevne rutinske oskrbe (Gitlin et al., 2009). Program, kot pravi Martini de Oliveira s sodelavci (2015), ponuja tudi usposabljanje za negovalce/skrbnike, in sicer z namenom da bi znali poenostaviti aktivnosti, jih prilagoditi, ko se sposobnosti osebe z demenco poslabšajo ter posplošiti strategije v različnih kontekstih. S tem program pomaga negovalcem/skrbnikom, da razvijejo večji občutek samoučinkovitosti (Martini de Oliveira et al., 2015). Poleg tega, da program identificira prednosti in pomanjkljivosti osebe z demenco, priporoča tudi prilagajanje fizičnega okolja. TAP vsebuje do osem »srečanj«, 6 obiskov na domu in 2 kratka telefonska klica, ki jih DT izvedejo v obdobju 4 mesecev. V prvi fazi obravnave DT uporabi vrsto ocenjevanj za vrednotenje skrbnikove komunikacije in tehnik obravnave, identificira ohranjene zmožnosti oseb z demenco in ocenjujejo fizično okolje. Druga faza vključuje izobraževanje skrbnikov o vlogi okolja in aktivnostih pri negi osebe z demenco, pa tudi predstavitev specifičnih tehnik za obravnavo, demonstracijo in prakticanje izbranih aktivnosti tako pri osebah z demenco kot skrbnikih. Aktivnosti, oblikovane za osebe z večjim kognitivnim primanjkljajem na področju kognitivnih funkcij, vključujejo preprosta, ponavljajoča se dejanja ali senzorno stimulacijo (gledanje videa/DVD-ja, petje poznane pesmi, umivanje oken, dotikanje prijetnih predmetov). Aktivnosti, oblikovane za osebe z demenco z manjšim kognitivnim upadom, so bolj ciljno usmerjene in vsebujejo več

korakov z namenom, da zagotovijo ravno pravšnji izziv. V tretji fazi DT še naprej zagotavlja usposabljanje in podporo negovalcem/skrbnikom pri uporabi aktivnosti in pomaga družini posploševati specifične strategije (na primer komunikacijo, poenostavitev nalog) in druge izzive v zvezi z oskrbo. Večina delovnoterapevtskih srečanj vključuje tako skrbnike/negovalce kot tudi osebe z demenco (Gitlin et al., 2009).

Podrobna analiza znanstvene in strokovne literature je glede vloge DT pri obravnavi VPSD podala naslednje vsebinske kategorije, ki odražajo zaporedje poteka procesa DT: vrednotenje, obravnava, izidi.

Vse pridobljene kategorije in pripadajoče podkategorije so prikazane v tabeli 2.

Tabela 2: Kategorije in pripadajoče podkategorije

Kategorija	Podkategorija	Opis	Avtorji
Vrednotenje	Ocenjevalni inštrumenti	Ocenjevanja, uporabljena pri osebi z demenco, pri skrbniku in ocena fizičnega okolja.	Fraker et al. (2014) Gitlin et al. (2009)
	Teoretični temelji za obravnavo: modeli in pristopi	Pristopi, usmerjeni na okolje, skrbnike ali negovalce, vedenje osebe z demenco ter kombinacije le teh.	Abaha et al. (2017) Barton et al. (2016) Gitlin et al. (2009) Fraker et al. (2014) Zucchella et al. (2018) Wong, Leland (2016) Martini de Oliveira et al. (2015)
Obravnava	Obravnave usmerjene v okolje in kontekst	Spodbujanje zagotavljanja senzornih potreb, podporno okolje, TAP, modifikacija okolja, uporaba tehnologije.	Barton et al. (2016) Gitlin et al. (2009) Fraker et al., (2014) Martini de Oliveira et al. (2015) Wong, Leland (2016) Zucchella et al. (2018)
	Obravnave usmerjene na negovalca/skrbnika	Podpora, izobraževanje, usposabljanje.	Fraker et al. (2014) Barton et al. (2016) Gitlin et al. (2009) Martini de Oliveira et al. (2015) Zucchella et al. (2018)

Kategorija	Podkategorija	Opis	Avtorji
	Obravnave usmerjene na vedenja	CBT, zmanjšanje kompulzivnega vedenja z nudenjem krogle za stiskanje, ponudba lizike za zmanjšanje ponavljajoče in kompulzivne vokalizacije, obravnave z aktivnostjo za obravnavo vedenja.	Barton et al. (2016) Gitlin et al. (2009) Martini de Oliveira et al. (2015)
Izidi		Stalno spremljanje vedenja, po potrebi prenehanje z obravnavo.	Fraker et al. (2014) Zucchella et al. (2018)

5 RAZPRAVA

Namen pregleda znanstvene in strokovne literature je bil ugotoviti, kakšno vlogo ima DT pri obravnavi VPSD pri demenci.

Abraha in sodelavci (2017) so v eni izmed študij, iz katerih so povzeli podrobnosti nefarmakoloških obravnav, našli pregled za oceno učinkovitosti DT na vedenjske težave in depresijo pri osebah z demenco. Avtorji so identificirali DT kot stroko, v sklopu katere se izvajajo analiza aktivnosti, usposabljanje negovalnega osebja, senzorična stimulacija, poučevanje o strategijah in metodah obravnave vedenja, svetovanje o fizičnih in socialno okoljskih spremembah, kognitivni treningi in namenske aktivnosti (Kim et al., 2012, cit. po Abaha et al., 2017). Z namenom razumevanja vedenja, povezanega z demenco, se uporabljajo različni teoretični modeli. Ti modeli zagotavljajo utemeljitev, zakaj se vedenje pojavi in se uporabljajo v neposredni klinični oskrbi, pri usposabljanju negovalcev in raziskavah v različnih okoljih (domovi za ostarele, dnevni programi, domovi) (Barton et al., 2016). Barton in sodelavci (2016) navedejo, da so DT uspešno razvili individualizirane sheme, ki vključujejo okoljske in vedenjske strategije.

5.1 Vrednotenje

V sklopu vrednotenja so v nadaljevanju opisani ocenjevalni inštrumenti in teoretični temelji za obravnavo.

5.1.1 Ocenjevalni inštrumenti

Za natančno opredelitev VPSD in konteksta, v katerem se ti simptomi pojavijo, je potrebno s pogovorom s skrbnikom in kjer je mogoče tudi z osebo z demenco najprej raziskati prisotno vedenje (Fraker et al., 2014). Gitlin in sodelavci (2009) navajajo izvedbo kliničnega intervjuja s skrbniki, v katerem se sprašuje po tipičnem dnevu in njihovih izzivih. Razumevanje, kateri vidik simptoma je najbolj težaven ali problematičen za osebe z demenco in skrbnika ter njegovi/njeni cilji obravnave, so kritični. DT izvede intervju s

skrbnikom, da bi razumel pretekle vloge osebe z demenco, vključno z drugimi okupacijami in hobiji, sodelovanjem v verski ali drugi organizaciji ter vlogo v družini. DT lahko nadalje na primer z vprašalnikom interesov (Gitlin et al., 2009) razišče, kaj je motiviralo osebo v preteklosti in kaj jo motivira v sedanjosti ter naredi pregled dnevnih rutin s skrbnikom, vključno s časom v dnevu, ko je oseba aktivnejša in dojemljivejša. Te informacije lahko pomagajo oceniti skrbnikovo znanje o demenci in o VPSD ter identificirati specifične cilje obravnave (Fraker et al., 2014). Pri opisovanju vedenjskih dogodkov lahko analiza izvedbe okupacije vsebuje pregled zmožnosti osebe z demenco, okolje, skrbnikovo komunikacijo in interakcijo ter zahteve, ki jih zahteva aktivnost (Fraker et al., 2014; Gitlin et al., 2009). Za zahteve aktivnosti se upoštevajo potrebne akcije, spretnosti izvedbe, telesne funkcije, telesne zgradbe in okoljski kontekst. Skrbnike lahko spodbujamo, da si doma (za kasnejši pregled DT) v dnevniko zabeležijo VPSD in kontekst, kjer se ti pojavijo (Fraker et al., 2014). Fraker in sodelavci (2014) so opisali primer, v katerem oseba z demenco v času kopanja postane fizično in verbalno agresivna (postane vznemirjena). Dejanja, ki so potrebna za kopanje, se nanašajo na senzorne, zaznavne, motorične, kognitivne spretnosti ter praksijo – sposobnost smotrnega ravnanja in delovanja. Zaradi demence, ki jo ima oseba, so zahtevane tudi skrbnikova vključenost in njegove socialne ter komunikacijske spretnosti. Obisk DT na domu bi bil koristen za boljše razumevanje okoljske ureditve kopalnice, sposobnosti dementne osebe, da gre v in iz kopalniške kadi ali tuš kabine in opazovanja interakcije med dementno osebo in skrbnikom v času kopanja. DT spozna odnos med osebo z demenco in skrbnikom tako v preteklosti kot v trenutni situaciji, kar je zelo pomembno za nadaljnjo obravnavo. Skrbniki morda ne razumejo povezave med demenco in VPSD, zato verjamejo, da oseba z demenco to počne z namenom. Nenamerno lahko skrbniki z neprimernimi in neučinkovitimi komunikacijskimi stili, nerealnimi pričakovanji, precenjevanjem in/ali podcenjevanjem sposobnostmi ter s svojim stresom in depresijo poslabšajo vedenje (Fraker et al., 2014). Menimo, da so DT usposobljeni za učenje tehnik sproščanja, kar bi velikokrat pripomoglo k boljšemu počutju svojcev oseb z demenco in posledično tudi k obravnavi osebe z demenco. Prav tako je pomembno razumevanje družinskega kulturnega konteksta, saj prepričanja lahko različno vplivajo na vedenje skrbnika in osebe z demenco (Fraker et al., 2014).

Okolje, ki je lahko premalo ali preveč stimulatивно ali pa nima predvidljivih rutin ter prijetnih aktivnosti, tudi lahko vpliva na VPSD. Domača varnost je ključnega pomena. Obravnava okolja oziroma ocena okolja mora vsebovati podatke o tem, ali lahko oseba z

demenco zlahka zapusti dom brez nadzora, ali ima oseba dostop do nevarnih predmetov (na primer nožev), ali lahko oseba varno pride iz enega prostora v drugega in ali obstajajo oprijemala, druga oprema ter prilagoditve (na primer uporaba oznak), ki kompenzirajo funkcionalne težave osebe z demenco (Fraker et al., 2014). DT so poleg tega, da znajo oceniti in ustrezno prilagoditi okolje, poučeni tudi o ergonomiji. To znanje je še posebej pomembno, ko se osebi z demenco oblikuje bivalno okolje, saj se z znanjem lahko izognemo prisilnih telesnih drž, ki bi lahko vodile v bolečine in neugodje. Morda bi bilo pri osebah z demenco, ki še opravljajo hišna opravila (na primer gospodinjstva), smiselno izvesti opazovanje njihove izvedbe z opazovalno metodo za analizo telesnih položajev (Ovako Working Analysing System – OWAS) (Ovako OY, 1973) ali oceniti neudobno počutje v gibalih po CORLETT-u (Corlett, Bishop, 1976).

DT lahko oceni kognitivno stopnjo osebe z demenco, tako da uporabi DT-standardizirane teste, kot je na primer Allenov test kognitivnih sposobnosti (Allen Cognitive Level Screen-ACLS), (Fraker et al., 2014), Velik Allenov test kognitivnih sposobnosti (Large Allen Cognitive Level Screen – LACLS), Allenov diagnosticni modul (Allen Diagnostic Module –ADM) (Gitlin et al., 2009). Gitlin in sodelavci (2009) navedejo tudi uporabo ocenjevanja na podlagi sensorike pri osebah, ki niso bile zmožne končati testa vezanja ali postavitve. Pri blagem do zmernem kognitivnem upadu se za ocenjevanje kognitivnih komponent, povezanih z izvršilno funkcijo, vključno z načrtovanjem, organiziranjem, presojo, vrstnim redom/zaporedjem in začetkom, lahko uporabi Test izvedbe izvršilnih funkcij (Executive Function Performance Test – EFPRPT). V primeru večjega kognitivnega primanjkljaja lahko za določanje kognitivnega nivoja osebe z demenco uporabimo druga ocenjevanja, kot je na primer Pregled rutinskih nalog (the Routine Task Inventory –RTI), saj ta lahko na podlagi skrbnikovega poročila ali opazovanja določi kognitivno stopnjo osebe z demenco (Fraker et al., 2014). Gitlin in sodelavci (2009) navajajo uporabo standardiziranih in zanesljivih nevropsihičnih testov ter ocenjevanje kognitivne funkcije z opazovanjem. DT naj bi ocenil tudi obseg giba, moč in mobilnost, vključno s tveganjem za padec. DT prav tako oceni okolje, v katerem se pojavljajo VPSD (Fraker et al., 2014; Gitlin et al., 2009) na primer s standardiziranim ocenjevanjem, kot je Protokol za ocenjevanje domačega okolja (the Home Environmental Assessment Protocol – HEAP) (Fraker et al., 2014).

Prepričani smo, da pri osebah z demenco, pa tudi pri ostalih osebah, ne moremo izvesti vseh razpoložljivih ocenjevalnih instrumentov, saj bi bilo to nesmiselno. Ocenjevalne

inštrumente izberemo glede na situacijo in potrebe osebe z demenco. Prav tako je potrebno smiselno izbirati med inštrumenti, ki ocenjujejo enako področje.

5.1.2 Teoretični temelji za obravnavo: modeli in pristopi

V nadaljevanju bomo našteali le modele in pristope, ki jih navajajo avtorji v člankih, vključenih v to diplomsko delo. Pomembno se nam zdi poudariti, da je literatura DT sestavljena iz več različnih teorij, modelov, pristopov in referenčnih okvirjev. Že nekateri zgoraj omenjeni ocenjevalni inštrumenti so se razvili iz modelov, ki v diplomskem delu niso omejeni (na primer: Model kognitivnega primanjkljaja).

Model neizpolnenih potreb govori o tem, da se problematično vedenje pojavi, kadar okolje ali/in skrbnik nista v podporo spreminjanju funkcionalnega primanjkljaja osebe in kadar slabi sposobnost komunikacije. Agitacija se na primer pojavi, kadar je oseba zdolgočasena in ne more sporočiti svoje potrebe po aktivnosti. Ponavljajoče se vokalizacije lahko predstavljajo bolečino in nelagodje pri osebi, ki ne more več izražati občutka bolečine z značilnim govorom (Barton et al., 2016).

Model progresivno znižanega stresnega praga (The Progressively Lowered Stress Threshold –PLST), govori o tem, da se vedenje, povezano z demenco, pojavi, kadar kognitivni primanjkljaj osebe z demenco moti njegovo/njeno zaznavanje okolja. Kadar okoljske zahteve presegajo kognitivne zmožnosti osebe, se stres kaže kot vedenjski simptomi (agitacija, motnje spanja, bojevitost). Model PLST spodbuja potrebo po skladnosti med zahtevami okolja in zmožnostmi osebe. Celovit konceptualni model zajema interakcijo teh dejavnikov (zahteve okolja in zmožnosti osebe) in poznavanje, kako se te dejavniki odražajo preko simptomov (Barton et al., 2016).

Model aktivirajoči dogodki, prepričanja, posledice (A-activating events, B-beliefs, C-consequences – ABC) ki ga je prvič opisal Buckwalter (2005), je najpogosteje uporabljen model po tem, ko so vedenjski simptomi identificirani. Model se osredotoča na identificiranje sprožilca ali sprožilcev ter dogodkov, za katere se domneva, da povzročajo določeno vedenje, posledice in odzive, ki lahko izboljšajo ali pa poslabšajo VPSD. Ta pristop je bil dodatno izpopolnjen z modelom DICE (Barton et al., 2016).

Za povečanje funkcionalnih sposobnosti in povečanje samostojnosti DT uporablja kombinirane pristope, vključno s poenostavljanjem aktivnosti, prilagajanjem okolja, prilagodljivimi pripomočki, strategijami reševanjem problema in izobraževanjem skrbnikov po bio-psiho-socialnem modelu zdravja, ki ga predlaga Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšanja zmožnosti in zdravja (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) (Zucchella et al., 2018).

DT so kompetentni, da preučijo kognitivne sposobnosti osebe v zvezi s sodelovanjem v želenih okupacijah v danem kontekstu in okolju. DT-praksa v okviru prakse Ameriškega združenja za delovno terapijo (American Occupational Therapy Association – AOTA), ki deluje na področju okupacij, dejavnikov osebe, spretnosti izvedbe, vzorcev izvedbe, kontekstu in okolju, omogoča DT, da preizkusijo svoje sposobnosti v nefarmakoloških pristopih (Wong, Leland, 2016, Martini de Oliveira et al., 2015, Gitlin et al., 2009). Splošni cilj uporabe nefarmakoloških strategij je preprečevanje problematičnega vedenja, lajšanje vedenjskih simptomov in zmanjšanje stiske skrbnikov (Barton et al., 2016). Martini de Oliveira in sodelavci (2015) navajajo, da se je uporaba aktivnosti, kot nefarmakološke obravnave za osebe z demenco, izkazala kot potencialno koristna za kakovost življenja in zmanjšanje agitacije ter depresije. Več strokovnih organizacij je predlagalo, da je potrebno zdravljenje z zdravili le po neuspehu nefarmakoloških obravnav ali v primeru resne nevarnosti/stiske. Te strategije naj bi bile specifično usmerjene na fazo demence (Barton et al., 2016). Barton in sodelavci (2016) so nefarmakološke strategije razdelili v kategorije okoljskih, skrbniških in vedenjskih pristopov. Wong in Leland (2016) pa sta obravnave, ki so pokazale zmanjšanje negativnih vedenjskih simptomov, razdelila na obravnave, temelječe na okupaciji, obravnave v kontekstu in okolju, obravnave, usmerjene v pripravljalne aktivnosti in obravnave, usmerjene v dnevno rutino. Navedena delitev je bila v skladu z okvirjem prakse AOTA. Navedene 4 nefarmakološke obravnave so osvetlile potrebo po holističnem pristopu, ki obravnava spretnosti, interese, vključenost v okupacijo in dnevno rutino osebe z demenco v kontekstu njegovega/njenega okolja. DT so usposobljeni za zagotavljanje na osebo usmerjenih storitev, pri čemer upoštevajo vsa področja delovanja DT, ki prispevajo k dobremu počutju. Ugotovitve Wonga in Lelanda (2016) kažejo, da so DT dobri pri zagotavljanju oskrbe za zmanjšanje negativnih vedenjskih simptomov, izboljšanje kakovosti življenja in znižanje stroškov zdravstvenega varstva za osebe z demenco. DT se osredotočajo na pristop, ki je usmerjen na osebo in ki

ga lahko uporabimo pri obravnavi negativnih vedenjskih simptomov (Wong, Leland, 2016).

5.2 Obravnava

Strategije, katerih cilj je spreminjanje vedenja ali okolja, so lahko splošne ali ciljne. Generalizirane/splošne strategije niso vedenjsko specifične in vključujejo obogatitev okolja, izboljšanje spretnosti in dobro počutje osebe z demenco. Specifične strategije so usmerjene direktno v odpravo specifičnega VPSD (na primer agresivnosti v času kopanja) (Fraker et al., 2014).

Zucchella in sodelavci (2018) navedejo nekaj splošnih smernic glede DT: programi morajo biti prilagojeni tako, da izzovejo najvišjo raven ohranjenih spretnosti in interesov osebe z demenco, navodila osebam z demenco morajo biti kratka in jasna, kompenzatorne strategije v obliki prilagoditve okolja in preprosto prilagojene opreme naj bi bile prilagojene glede na specifične potrebe osebe z demenco, usposabljanje in vključevanje negovalcev/skrbnikov sta bistvena za izvajanje individualiziranih programov.

5.2.1 Obravnave usmerjene v okolje in kontekst

Zmanjšanje hrupa, stimulacije, nereda, izklop glasbe ali ponastavitev socialnih situacij lahko pomagajo osebi z demenco, da se natančno osredotoči na določeno nalogo ali odgovor. Podporno okolje z normalno osvetljavo, zmernim zvokom in majhnim številom oseb bo verjetno zmanjšalo vedenjske simptome pri demenci (Barton et al., 2014). Wong in Leland, (2016) navajata, da so vse študije, ki so preučevale modifikacije oziroma spreminjanje okolja (na primer premestitev aktivnosti zunaj doma in uporaba okolja z multisenzorno stimulacijo) v domovih za starejše, ugotovile, da se je negativno vedenje zmanjšalo. DT lahko z namenom najboljšega delovanja osebe z demenco priporoči načine za poenostavitev okolja. Navedeno bo lahko zmanjšalo zmedo pri uporabi predmetov, iskanju poti v domu in tako dalje (Fraker et al., 2014). Potrebno je spodbujati zagotavljanje senzornih potreb (sluh, vid, topota, sitost, udobje), ki morda ne morejo biti izražene verbalno, in sicer z namenom, da se izognemo izražanju nezadovoljene potrebe skozi vedenjski simptom. Raziskave so pokazale, da so lahko aktivnosti ob glasbi koristne pri

obvladovanju in zdravljenju vedenjskih simptomov, ker verjetno zagotavljajo neizpolnjene potrebe po stimulaciji. (Barton et al., 2016). Zucchella in sodelavci (2018) navedejo okoljske obravnave, razpoložensko glasbo, aromaterapijo in snoezelen kot malo učinkovite pri zmanjšanju agitacije, vendar pa navedene obravnave niso imele dolgoročnih učinkov. Dokazi, ki bi podprli svetlobno terapijo in njen vpliv na razpoloženje in spanje, pa še niso potrjeni (Zucchella et al., 2018).

DT lahko pomaga skrbniku pri vzpostavljanju nove rutine, ki spodbuja varnost in dobro počutje osebe z demenco. Menimo, da je modifikacija celo najpogosteje uporabljena obravnava pri osebah z demenco, saj zagotovi varno in podporno okolje. Primeri sprememb/modifikacije okolja so: segrevanje kopalnice in kadi s toplo vodo, nameščanje mehkih, stabilnih kopalniških predpražnikov na tla, zagotavljanje kopalne klopi, ki omogoča osebi z demenco, da sede zunaj kadi, nato dvigne noge in se potegne v notranjost kadi, ter uporaba obleke, ki se jo lahko odstrani med tuširanjem. Modifikacija okupacije bo zagotovila, da med zahtevami naloge in kognitivnimi sposobnosti osebe ne bo prevelikih razlik. Obravnave, ki jih skrbnik lahko poizkusi, so: uporaba obleke, ki se odpre na hrbtu, zagotovitev velike mehke gobice, da jo oseba z demenco drži z obema rokama (ker ima nekaj v rokah, ji to otežuje udarce), izogibanje vode na obrazu, usmerjanje toplega curka direktno na napete mišice in nežna masaža ali drgnjenje z gobico (Fraker et al., 2014).

Zucchella in sodelavci (2018) navajajo, da se povečuje številčnost študij, ki poročajo o vlogi vse bolj dostopnih tehnologij pri demenci. Na kratko povzamejo dokaze o uporabi informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT), pomožnih naprav, virtualno resničnost in tako dalje. Pomožne tehnologije podpirajo in spodbujajo osebe v izvajanju aktivnosti dnevnega življenja. Pametni sistemi lahko osebo s kognitivnim primanjkljajem opomnijo, da dokončajo nalogo v primernem času (na primer vzamejo zdravila). Menimo, da je na tem področju odprto veliko možnosti za DT. Na podlagi znanja o demenci, VPSD in pomožnih napravah lahko v sodelovanju z drugimi strokovnjaki DT razvijajo nove pomožne tehnologije, ki bi lahko osebi z demenco pomagale pri ohranjanju ODA in ŠDA.

Pod okoljske pristope Barton in sodelavci (2016) navedejo tudi TAP. Gitlin in sodelavci (2009) navajajo, da so med razvijanjem in testiranjem TAP ugotovili statistično pomembno zmanjšanje pogostosti vedenjskih simptomov pri udeležencih, ki so bili vključeni v TAP. TAP je pomemben tudi za skrbnike, saj zmanjšuje čas, porabljen za oskrbo, dnevni nadzor, ter izboljša obvladovanje in zaupanje pri uporabi aktivnosti. TAP se je izkazal za

učinkovitega ne samo pri zmanjšanju izgorevanja negovalca, ampak tudi za zelo stroškovno učinkovitega (Zucchella et al., 2018). Uvedba starih hobijev in iger je bila uspešna v zmanjšanju impulzivnosti in neprimerne vedenja pri frontotemporalni demenci. Raziskave o apatiji so pokazale, da so bile strukturirane aktivnosti DT bolj učinkovite kot »prosti čas« v mešani skupini oseb z Alzheimerjevo demenco, vaskularno demenco in demenci z Lewyjevim telesci. Najbolj učinkovita je bila glasba. Majhno ampak pomembno izboljšanje vedenjskih simptomov je bilo zaznано v DT- obravnavah z uporabo senzorne stimulacije (Barton et al., 2016).

5.2.2 Obravnave usmerjene na negovalca/skrbnika

Čeprav obstaja več potencialno učinkovitih strategij, ki so odvisne od vedenja, osebe, skrbnika in okoljskih vidikov, so 4 generalne strategije najpogostejše pri zagotavljanju hitrih rezultatov: zagotavljanje izobraževanja skrbnikov, izboljšanje učinkovite komunikacije med skrbnikom in osebo z demenco, pomoč skrbnikom pri ustvarjanju namenskih aktivnosti za osebe z demenco in pomoč skrbniku pri poenostavljanju naloge in vzpostavitvi strukturirane rutine za osebo (Fraker et al., 2014). DT ima pomembno vlogo pri izobraževanju skrbnika o demenci in VPSD, grajenju spretnosti uspešne komunikacije (Martini de Oliveira et al., 2015; Fraker et al., 2014; Gitlin et al., 2009) in modifikaciji /spreminjanju okolja (Fraker et al., 2014; Gitlin et al., 2009). Z navedenim se bodo zmanjšali zunanji vplivi na vedenje. DT lahko pomaga skrbniku razumeti delovanje osebe z demenco, vključno z omejitvami in sposobnostmi, pomaga lahko tudi izboljšati komunikacijo ter uvesti in uporabljati aktivnost kot način za preprečevanje in zmanjševanje VPSD (Fraker et al., 2014).

Na primeru osebe, ki ima demenco in je vznemirjena med kopanjem, Fraker in sodelavci (2014) podajo naslednje strategije za izboljšanje komunikacije: uporaba mirnejših tonov, enostavni enostopenjski ukazi oziroma poenostavitev komunikacije, nežen pomirjajoč dotik. Skrbnik se počuti manj stresno, če razume tako omejitve kot tudi sposobnosti osebe z demenco. Oseba z demenco ima lahko težave z ravnotežjem in strah pred padcem. Instinktivna potreba po samoohranjanju bo spodbudila vedenje, ki se lahko obravnava kot agresivno. DT lahko priskrbi dodatne informacije, ki bi lahko pomagale tudi pri izvedbi drugih okupacij (ne samo pri kopanju) na primer, kaj bo osebi z demenco vzbudilo

pozornost, kako ji podajati navodila, uporaba petja, uporaba predmetov (Fraker et al., 2014). Govorimo o spodbujanju generalizacije osvojenih tehnik tudi na druge izzive (Zucchella et al., 2018; Fraker et al., 2014; Gitlin et al., 2009).

DT v obravnavo vključi tudi skrbnikove ideje o uporabi najljubšega vonja osebe z demenco in petju znane pesmi, kar naj bi bilo pomirjajoče. DT lahko pomaga skrbniku tudi, da spremeni rutino, tako da izvaja tedensko prhanje med najbolj sproščenim časom dneva ali da osebo z demenco ne tušira več kot enkrat na teden in tako dalje (Fraker et al., 2014). DT skrbniku nudi tudi informacije, kako poenostaviti aktivnosti za prihodnji upad (Zucchella et al., 2018).

Spodbujanje učinkovitejše komunikacije in iskanje načinov za ustrezno usklajevanje aktivnosti in okoljskih zahtev z sposobnostmi osebe z demenco skozi izobraževanja, podporo, in usposabljanjem je pokazalo zmanjšanje negativnih rezultatov, povezanih z vedenjskimi simptomi (Barton et al., 2016).

5.2.3 Obravnave usmerjene na vedenje

Eden izmed obetavnih nefarmakoloških pristopov je uporaba namenskih aktivnosti (Martini de Oliveira et al., 2015; Gitlin et al., 2009). Raziskave kažejo, da lahko pri osebah s kognitivnimi okvarami aktivnost zapolni praznino, ohrani socialne vloge, zmanjša frustracije in krepi samoidentiteto ter občutek povezanosti (Cohen-Mansfield et al., 2006; Kolanowski et al., 2001 ; Phinney et al. cit. po Gitlin et al., 2009). Raziskave s prebivalci domov za starejše so pokazale, da uporaba namenskih aktivnosti zmanjša agitacijo, vznemirjenost in tako dalje (Gitlin et al., 2009).

Uporaba CBT je bila omenjena kot potencialna strategija za reševanje problemov z razpoloženjem in vedenjem pri osebah z demenco (Barton et al., 2016).

Kompulzivno vedenje, kot je dotikanje neznancev, lahko preprečimo tako, da ima oseba z demenco v rokah kroglo za stiskanje. Zmanjšanje ponavljajoče in kompulzivne vokalizacije lahko zmanjšamo tako, da ponudimo liziko (Barton et al., 2016).

5.3 Izidi

Stalno spremljanje vedenja je bistveno, ker se VPSD v času demence spreminja in niha, zato je včasih potrebno prenehati z obravnavami (Fraker et al., 2014). Glede na to, da smo v diplomskem delu že omenili nekatere ocenjevalne inštrumente, bi bilo smiselno, da se ponovi izbrane. Pri ocenjevanju strategij, ki so bile priporočene, se DT posvetuje s skrbnikom, da bi ugotovil, kakšen je rezultat: katere strategije so bile izvedene in katere ne, kaj deluje in kaj ne, ali so bili rezultati nepričakovani (pozitivni in negativni). DT lahko pomaga oceniti razloge, zakaj strategije niso delovale: ali je skrbnik nepravilno izvajal strategijo, ali se je zgodila sprememba v stanju osebe z demenco, ki je otežilo izvajanje, in tako dalje (Fraker et al., 2014).

DT se zdi učinkovita pri zmanjšanju VPSD, saj povečuje sodelovanje osebe z demenco, izboljša fizično izvedbo, kvaliteto življenja in zmanjšuje negativno komunikacijo. Ti pozitivni rezultati so bili potrjeni v nedavnem pregledu literature, ki je pokazala, da so DT-obravnave, ki temeljijo na senzorni stimulaciji, prilagoditvi okolja ter funkcionalno orientiranih nalogah, učinkovite pri izboljšanju VPSD in zmanjšanju depresije pri demenci (Zucchella et al., 2018).

6 ZAKLJUČEK

Vloga DT v modelu DICE, kjer DT lahko deluje še z drugimi strokovnjaki, je v prvem koraku analiza izvedbe okupacije, s pomočjo katere lahko pripomore k natančni opredelitvi VPSD in konteksta, v katerem se ti simptomi pojavijo (pri tem si lahko pomaga s standardiziranim ocenjevanjem HEAP). DT lahko skrbnike prosi, da si doma beležijo VPSD in kontekst, v katerem se ti simptomi pojavljajo (ter jih kasneje tudi pregleda). V nadaljevanju DT lahko oceni kognitivno stopnjo osebe z demenco z uporabo DT standardiziranih testov (ACLS, LACLS, ADM, EFPRT, RTI). DT lahko za razumevanje preteklih vlog osebe z demenco, njenih hobijev in tako dalje izvede intervju s skrbnikom, razišče, kaj je osebo motiviralo v preteklosti in kaj jo motivira v sedanjosti. DT skupaj s skrbnikom naredi tudi pregled dnevnih rutin. Zanima ga tudi, ob katerem času je oseba z demenco bolj aktivna in dojemljiva. Zadolžen je, da oceni obseg giba, moč, mobilnost in tveganje za padce.

Najpomembnejše je, da DT ve, zakaj se pojavijo VPSD. DT pri obravnavi VPSD uporablja različne modele, pristope in tehnike. DT lahko preizkusi svoje sposobnosti v ne farmakoloških pristopih s pomočjo okvirja prakse-AOTA.

DT lahko vpliva na zmanjšanje VPSD s povečanjem sodelovanja osebe z demenco, izboljšanjem fizične izvedbe, kvalitete življenja in zmanjšanjem negativne komunikacije. DT so usposobljeni za zagotavljanje storitev, ki so usmerjene na osebo, zagotavljajo boljše počutje in upoštevajo vsa področja delovanja DT. Smernice, ki so bile podane za DT, so, da morajo biti programi prilagojeni tako, da izzovejo najvišjo raven ohranjenih spretnosti in interesov osebe z demenco, kompenzatorne strategije naj bi bile prilagojene specifično glede na potrebe osebe z demenco, usposabljanje in vključevanje skrbnikov pa je bistveno za izvajanje individualnih programov. DT naj bi spodbujal zagotavljanje senzornih potreb (sluh, vid, toplota, sitost, udobje), ki morda ne morejo biti izražene verbalno, in sicer z namenom, da se izognemo izražanju nezadovoljene potrebe skozi vedenjski simptom. DT lahko pripomore in predlaga okoljske ureditve prostora za podporo najboljšemu delovanju osebe z demenco in zmanjševanju zmede pri uporabi predmetov ter iskanju poti v domu. Eden izmed inovativnih DT obravnav, ki sodi pod okoljski pristop, je TAP. DT je strokovnjak, ki izobražuje skrbnike o demenci, o VPSD, gradi spretnosti uspešne

komunikacije in priskrbi dodatne informacije, ki pomagajo pri izvedbi drugih okupacij (podajanje navodil, uporaba petja, uporaba predmetov za stabilnost in tako dalje).

Uporaba CBT je bila pri osebi z demenco omenjena kot potencialna strategija za reševanje problemov z razpoloženjem in vedenjem.

Z diplomskim delom smo dosegli zastavljene cilje. Diplomsko delo je lahko v pomoč DT in tudi drugim strokovnjakom, ki delujejo na področju obravnave VPSD. Podane so tudi nekatere strategije, s katerimi si lahko pomagajo skrbniki osebe z demenco. Tema diplomskega dela se nam zdi primerna tudi za nadaljnje raziskovanje, saj je zelo obsežna in obstaja še kar nekaj drugih ocenjevanj, metod in pristopov ter DT obravnav na tem področju.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Abraha I, Rimland J M, Mirella Trotta F et al. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ open* 2017(7): 1–28. doi: [10.1136/bmjopen-2016-012759](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759).

Barton C, Ketelle R, Marrilees J, Miller B (2016). Non-pharmacological management of behavioral symptoms in frontotemporal and other dementias. *Curr Neurosci Rep* 16(2): 14. doi: [10.1007/s11910-015-0618-1](https://doi.org/10.1007/s11910-015-0618-1).

Douglas S, James I, Ballard C (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Psychiatric Treatment* 3(10): 171–177. Dostopno na: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/CB4C6A081FFB24A29106998463D8D8BC/S1355514600001267a.pdf/nonpharmacological_interventions_in_dementia.pdf <16.12.2018>.

Fraker J, Kales HC, Blazek M, Kavanagh J, Gitlin N (2014). The role of occupational therapist in the management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. *Occup Ther Health Care* 28(1): 4–20. doi: [10.3109/07380577.2013.867468](https://doi.org/10.3109/07380577.2013.867468).

Greenhalgh T, Throne S, Malterud K (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews?. *Eur J Clin Invest*. doi: [10.1111/eci.1293](https://doi.org/10.1111/eci.1293).

Gitlin LN, Winter L, Earland T et al. (2009). The Tailored activity program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potential. *The Gerontologist* 3(49): 428–439. doi: [10.1093/geront/gnp087](https://doi.org/10.1093/geront/gnp087).

Hyun K (2016). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Ann Psychiatry Ment Health* 4(7): 1086. Dostopno na: <https://www.jscimedcentral.com/Psychiatry/psychiatry-4-1086.pdf> <3.12.2019>.

Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 350(369). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707529/?report=classic> <1. 4. 2019>.

Kogoj A (2007). Značilnosti in razumevanje demence. In: Mali J, Milošević-Arnold V. *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 15–22.

Manni B, Federzoni L, Lanzoni A, Garzetta G, Graff M, Fabbo A (2018). Occupational therapy in special respite care: a new multicomponent model for challenging behavior in people with dementia. *Geriatric Care* 4(3). Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/328328909_Occupational_therapy_in_special_respite_care_a_new_multicomponent_model_for_challenging_behavior_in_people_with_dementia <3.12.2019>.

Martini de Oliveira A, Radanovic M, Cotting Homem de Mello P (2015). Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *BioMed Research International* 2015: 1-9. doi: [10.1155/2015/218980](https://doi.org/10.1155/2015/218980).

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2008). Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. 6. Izd. Dostopno na: https://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf <30. 12. 2018>.

Milošević-Arnold V (2007). Socialno delovni pogled na demenco. In: Mali J, Milošević-Arnold V. *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 23–36.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals Inter Med* 151(4): 264–9. doi: [10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097).

Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F (2016). New evidence pyramid. *BMJ Evidence-Based Medicine* 4(21): 125–127. doi: [10.1136/ebmed-2016-110401](https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401).

Švab I. Z dokazi podprta medicina (2015). In: Švab I, Klemenc-Ketiš. Z, Rifel J, eds. *Z dokazi podprta medicina: priročnik*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete, 7–9. Dostopno na: http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/NA_DOKAZIH_TEMELJECA_MEDICINA.pdf <27.12.2019>.

Tanner P (2014). *Dementia: Prevalence, Risk Factors and Mangement Strategies*. New York: Nova Science.

Dostopno na: <http://eds.b.ebscohost.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzg4NjI5NV9fQU41?sid=bd06da47-9d07-4a5d-a040-40bc5cfd3a00@sessionmgr101&vid=6&format=EB&rid=5> <13. 11. 2019>.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med* 169(7): 467–73. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).

Van Hülzen A (2010). *Zid molka: oblike dela z osebam z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij*. 1. izdaja. Logatec: Firis imperl&Co. d.n.o.

Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S et al. (2018). The Multidisciplinary approach to alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. *Front. Neurol* 9 (1058): 1–22. doi: [10.3389/fneur.2018.01058](https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01058).

Wong C, Leland NE (2016). Non-pharmacological approaches to reduce negative behavioural symptoms: a scoping review. *OTJR (Thorofare NJ)* 36(1): 34–41. doi: [10.1177/1539449215627278](https://doi.org/10.1177/1539449215627278).

8 PRILOGE

8.1 Priloga 1: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Abraha et al. (2017)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela. Sistematični pregled sistematičnih pregledov literature.	Dajanje kliničnih priporočil v zvezi z nefarmakološkimi zdravljenji.	142 študij.	V sklopu DT se izvaja: analiza aktivnosti, usposabljanja negovalnega osebja, senzorična stimulacija, poučevanje o strategijah in metodah obravnave vedenja, svetovanje o fizičnih in socialno okoljskih spremembah, kognitivni treningi in namenske aktivnosti.
Barton et al. (2016)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela. Pregled opisnih in kvalitativnih študij.	Prikaz nefarmakoloških obravnav za obravnavo VPSD.	/	DT so uspešno razvili individualizirane sheme, ki vključujejo okoljske in vedenjske strategije. Majhno ampak pomembno izboljšanje vedenjskih simptomov je pokazala metaanaliza o učinkovitosti DT pri uporabi senzorne stimulacije.
Fraker et al. (2014)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela. Posamične opisne/kvalitativne študije.	Opis vloge DT pri uporabi DICE pristopa za obravnavo VPSD.	80- letna ženska s srednjo stopnjo demence.	Glede na to, da se DICE osredotoča na osebo z demenco, negovalno osebje in okolje, je DICE pristop idealen, da ga DT uporabi v klinični praksi, kot je oskrba na domu, v bolnišnici, na rehabilitaciji, v domu za ostarele, pri pomoči pri bivanju ali ambulantnem zdravljenju.
Gitlin et al. (2009)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela.	Opis TAP, njegova sprejemljivost, ocenjevanja,	60 družin.	TAP je DT program na domu, katere rezultat je zmanjšanje vedenjskih simptomov in izgorevanja

Avtor	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
	Randomizirana študija.	potencial ter predstaviti spremljanje uporabe TAP pri 60 sodelujočih.		skrbnikov.
Martini de Oliveira et al. (2015)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela. Sistematični pregled literature.	Pregled trenutnih dokazov o glavnih nefarmakoloških pristopih za obravnavo VPSD v zadnjih 10 letih.	20 študij.	Kot nefarmakološki pristopi so predstavljene aktivnosti, glasbena terapija, aromaterapija, pripravljalne aktivnosti, terapija z glasbo, terapija z dotikom, kombinacije aktivnosti, kognitivna rehabilitacija.
Zucchella et al. (2018)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela. Narativni pristop.	Pregled trenutnih dokazov o glavnih nefarmakoloških pristopih.	Okoli 350 študij.	Uporaba kombiniranih pristopov za povečanje samostojnosti. DT se zdi učinkovita pri zmanjšanju VPSD simptomov demence, saj povečuje sodelovanje osebe z demenco, izboljša fizično izvedbo, kvaliteto življenja in zmanjšuje negativno komunikacijo.
Wong, Leland (2016)	Kvalitativna metoda raziskovalnega dela. Sistematični pregled opisnih in kvalitativnih študij.	Opis vloge DT v kontekstu obstoječe literature, ki obravnava nefarmakološke obravnave za starejše odrasle z demenco, ki prebivajo v domovih za starejše in kažejo agresijo, agitacijo in tavanje.	22 člankov.	DT praksa v okviru prakse AOTA omogoča DT, da preizkusijo svoje sposobnosti v nefarmakoloških pristopih. Pregled literature je pokazal 4 tipe obravnave: obravnave temelječe na okupaciji, obravnave v kontekstu in okolju, obravnave usmerjene v pripravljalne aktivnosti, obravnave usmerjene v dnevno rutino, ki so pokazale zmanjšanje negativnih vedenjskih simptomov pri prebivalcih starejših od 60 let in oseb z demenco.