



Punkt Informacji i Wsparcia

nieformalnych opiekunów osób starszych

Zajmujesz się rodzicami...? ...żoną, mężem, inną bliską osobą starszą ?

**Życie z osobą
niesamodzielną
60+**

wskazówki dla opiekunów nieformalnych

Stowarzyszenie
Syntonia



MAZOWIECKI
ODDZIAŁ
OKRĘGOWY



Stowarzyszenie Syntonia

Poradnik został wydany dzięki finansowaniu ze środków m.st. Warszawy.

Stowarzyszenie SYNTONIA od 2012 roku specjalizuje się w przychodzeniu z pomocą i wsparciem rodzinom i bliskim, sprawującym opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi oraz samym osobom starszym. Właśnie z myślą o opiekunach rodzinnych powstała koncepcja autorskiego programu *Blisko Bliskich*, który łączy się z projektem wspomagania pamięci oraz innych funkcji poznawczych pn. *Senior blisko Siebie*. We współpracy z m.st. Warszawa prowadzimy również Punkt Informacji i Wsparcia – dedykowany opiekunom nieformalnym.

Nasz zespół dysponuje szerokim zakresem wiedzy i unikatowym doświadczeniem w obszarze gerontologii, opieki nad osobami starszymi oraz psychologii starzenia się i starości, z którego korzystamy zarówno w pracy z opiekunami, jak również z kadrą instytucji i wolontariuszami. Pracujemy indywidualnie i grupowo. Prowadzimy szkolenia, warsztaty psychoedukacyjne, wykłady, seminaria, konsultacje, grupy wsparcia, superwizje oraz treningi pamięci.

KONTAKT:

www.syntonia.org.pl

email: syntonia@syntonia.org.pl

telefon: 792 765 779, 792 765 603



Polski Czerwony Krzyż to największa organizacja humanitarna w Polsce, której historia sięga ponad 100 lat. W swojej działalności od samego początku kierujemy się dobrem osób starszych, samotnych, niesamodzielných.

Opieka domowa oraz wsparcie opiekunów nieformalnych osób starszych to nasz priorytet. W tym celu realizujemy szkolenia, wsparcie psychologiczne, pielęgniarskie oraz grupy wsparcia.

Wszystkie działania na rzecz opiekunów osób niesamodzielných oraz seniorów realizujemy w ramach projektów Punkt Informacji i Wsparcia, Warszawska Żłota Rączka oraz Klubu Seniora PCK.

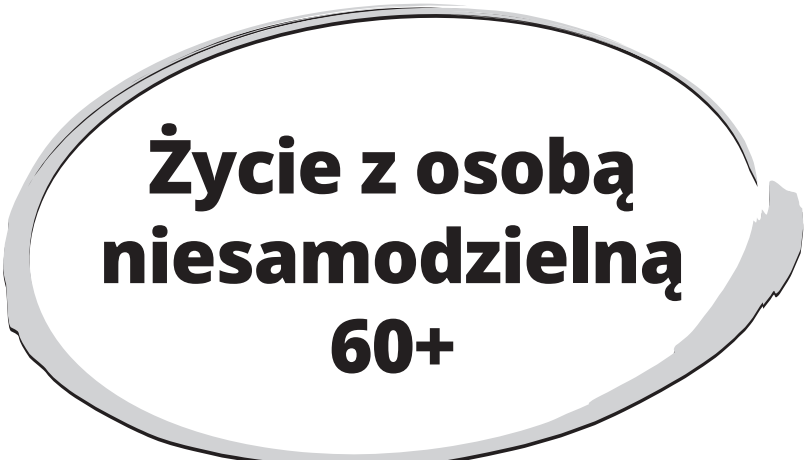
KONTAKT:

<https://mazowieckie.pck.pl>

email: warszawa17@pck.org.pl

telefon: 505 144 517, 607 050 655

**Zajmujesz się rodzicami...?
...żoną, mężem, inną bliską
osobą starszą ?**



**Życie z osobą
niesamodzielną
60+**

wskazówki dla opiekunów nieformalnych

Opracowanie:
Izabela Cymer • Ewa Drop

Warszawa 2020

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Rozdział 1	7
Opieka nieformalna (rodzinna) – krótkie wprowadzenie	7
Co robić kiedy stajemy się opiekunem	7
Rozdział 2	13
Starość i starzenie się – wybrane zagadnienia	13
Depresja osób starszych	15
Rozdział 3	19
Zaburzenia pamięci i demencja – przyczyny, objawy, rodzaje otępień, leczenie	19
Trudności w opiece nad chorym z demencją	25
Demencja – wskazówki ułatwiające porozumiewanie się z osobą chorą	28
Rozdział 4	31
Relacja opiekun-podopieczny	31
Wspieranie samodzielności i pobudzanie aktywności podopiecznego ...	33
Mieszkanie chorego – jak przystosować otoczenie do potrzeb starszej, chorej osoby	34
Rozdział 5	37
Pomoc instytucjonalna w opiece nad niesamodzielnym bliskim	37
Wybór domu pomocy społecznej lub prywatnego domu opieki	40
Transport podopiecznego	41
Wybrane kwestie prawne – pełnomocnictwo i ubezwłasnowolnienie ...	42
Rozdział 6	45
Wypalenie i depresja opiekuna	45
Redukowanie napięcia i skutków stresu – podpowiedzi	46

NOTATKI

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

WSTĘP

Oddajemy w Państwa ręce publikację, która powstała w ramach projektu wsparcia edukacyjno-informacyjnego nieformalnych opiekunów osób starszych – członków rodzin i bliskich, pod opieką których pozostają niesamodzielne osoby starsze, w tym osoby starsze z demencją.

Zadanie było realizowane w latach 2019-2020 (04.11.2019-31.12.2020), dzięki finansowaniu ze środków m.st. Warszawy.

Poradnik nie ma charakteru uniwersalnego i nie wyczerpuje zakresu wszystkich złożonych zagadnień związanych z opieką. Tekst jest zbiorem informacji i wskazówek, które mogą być pomocne w codziennej roli opiekuna rodzinnego.

Opisane zalecenia stanowią materiał poglądowy i nie zastępują kontaktu ze specjalistą.

ROZDZIAŁ 1

Opieka nieformalna (rodzinna) – krótkie wprowadzenie

W Polsce odpowiedzialność rodziny za opiekę nad osobami starszymi i świadczoną im pomoc jest normą kulturową, dlatego wielu z nas, sprawując opiekę nad bliskim nie utożsamia się z określeniem „opiekun” i traktuje swoją rolę jako naturalną kolej rzeczy, powinność lub pokoleniowe zobowiązanie wobec starzejących się rodziców i krewnych.

Przyczyny niesamodzielności mogą powstawać w różnym tempie i dotyczyć różnych obszarów, w których bliscy potrzebują wsparcia. Często powodem podjęcia opieki jest przebyty udar, choroba Alzheimera, złamanie powstałe po upadku, zaostrzenie choroby przewlekłej czy osłabienie związane z wiekiem.

Obciążenie, jakiego doświadczy opiekun, jest zawsze wielowarstwowe i nastające. Początkowe odwiedziny, rozmowy telefoniczne i robienie większych zakupów, z czasem przekształcić się może w zastępowanie bliskiego w wykonywaniu podstawowych aktywności, a nawet skłonić do podjęcia decyzji o wspólnym zamieszkaniu. Wyczerpanie fizyczne w połączeniu z dylematami wynikającymi z więzi rodzinnej i konieczności pogodzenia opieki z własnym życiem, okazuje się doświadczeniem, na które opiekun nie jest gotowy. Próba jest tym większa, im bardziej tracimy bliskiego w wyniku choroby, która objawia się utratą pamięci i demencją. Dlatego tak ważne jest, aby opiekun otrzymywał pomoc i korzystał z różnych, choćby niedoskonałych i fragmentarycznych, form wsparcia.

Co robić, kiedy stajemy się opiekunem

Bliscy się starzeją i tracą samodzielność, a wtedy często zaskakuje nas wydarzenie: „Zostałam/em opiekunem”. Zazwyczaj przyjmujemy tę rolę i obowiązek nie zdając sobie w pełni sprawy ze stopnia obciążenia. Rozpoczynamy okres naszego życia, do którego jesteśmy nieprzygotowani.

Wprawdzie nie istnieje żaden uniwersalny plan działania, z którego można w tej sytuacji skorzystać, to jednak są pewne rozwiązania i zasady, które mogą ułatwić opiekę i pomóc lepiej poradzić sobie z wyzwaniem.

Pytania, które warto sobie zadać jak najwcześniej...

... ,aby lepiej zorientować się w sytuacji, określić i uporządkować zadania, nie wymagając przy tym od siebie tego, czego nie da się uzyskać:

- Jaki jest stan zdrowia podopiecznego oraz jakiej pomocy i w jakim zakresie będzie potrzebował?
- Czy bliski może nadal przebywać sam w swoim mieszkaniu? Czy wspólne zamieszkanie będzie jedynym rozwiązaniem?
- Jaka jest moja kondycja fizyczna i psychiczna?
- Jakie mam możliwości czasowe i finansowe?
- Jakie mam zobowiązania rodzinne, zawodowe, przyjacielskie?
- Czy mogę ograniczyć aktywność zawodową lub zrezygnować z pracy jeśli będzie to konieczne?
- Czy jestem jedyną osobą, która może zapewnić opiekę? Kto może mi pomóc i w jakim zakresie?
- Kto mógłby zastąpić mnie w opiece i w jakim zakresie?
- Jak sprawowanie opieki może wpłynąć na moje relacje rodzinne, pracę zawodową, kontakty towarzyskie, zajęcia dodatkowe?
- Jakich trudności mogę się spodziewać?
- Czy stać mnie na opłacenie dodatkowej pomocy? Czy mogę liczyć na pomoc finansową – jaką, skąd?
- Jakiego przygotowania wymaga mieszkanie i co należy zrobić w pierwszej kolejności?
- Co mogę zapewnić bliskiemu, a co nie jest w zasięgu moich możliwości?

Zbieranie i gromadzenie informacji

W trakcie opieki będą potrzebne różne podpowiedzi i informacje. Zapisuj wszystko na bieżąco, najlepiej w jednym miejscu i określaj kategorie tematyczne. Notuj też wszystkie pytania, które przychodzą Ci na myśl.

»» STAN ZDROWIA PODOPIECZNEGO:

- nazwisko lekarza rodzinnego, numer telefonu i adres przychodni POZ;
- nazwiska lekarzy, numery telefonów i adresy przychodni specjalistycznych, w których leczy się podopieczny;
- inne kontakty, które warto mieć „pod ręką”;
- terminy planowanych badań i wizyt u lekarzy specjalistów;
- terminy przedłużania recept na systematycznie przyjmowane leki;
- porady innych lekarzy specjalistów, rehabilitacja lub opieka pielęgniarska – jak zapewnić, w jakim zakresie?
- dodatkowy sprzęt, wyposażenie medyczne i rehabilitacyjne – co jest niezbędne teraz, co będzie potrzebne w przyszłości oraz jak to zagwarantować?

»» POMOC INSTYTUCJI:

- jakie są możliwości uzyskania świadczeń domowych w ramach pomocy medycznej – lekarskiej, rehabilitacyjnej, pielęgniarskiej?
- jakie są możliwości pomocy w ramach tzw. usług opiekuńczych w ośrodku pomocy społecznej?
- jaka pomoc, świadczona przez instytucje, może być jeszcze potrzebna?

- jakie środki i materiały higieniczne, opatrunkowe, pielęgnacyjne będą konieczne i jak się w nie zaopatrzyć – refundacja, wnioski, procedura itp.?
- jaki sprzęt medyczny, rehabilitacyjny lub ortopedyczny jest lub będzie niezbędny – refundacja, wnioski, procedura itp.?
- jakie są możliwości zapewnienia całodobowej opieki w domu oraz poza domem?
- czy przysługuje nam wsparcie finansowe, w jakiej formie – dopłaty, zasiłku, świadczenia?

»» WYPIS ZE SZPITALA

- czy mam listę pytań, które chcę zadać lekarzowi prowadzącemu?
- czy mam wszystkie niezbędne recepty i zapotrzebowania na sprzęt lub środki pielęgnacyjne?
- czy zostały wydane wszystkie skierowania do specjalistów lub placówek pod opieką, których ma pozostawać mój bliski?
- jaki jest termin wizyty kontrolnej?
- czy został zapewniony i jak będzie zorganizowany transport do domu?
- czy pobyt w szpitalu spowodował powstanie odleżyn, jeśli tak, czy ta informacja znajduje się w wypisie ze szpitala?
- czy są jakieś szczególne zalecenia zdrowotne i dietetyczne?
- czy pokój bliskiego jest odpowiednio przygotowany?

Poszukiwanie wsparcia

Każdy opiekun niejednokrotnie czuje się nadmiernie obciążony. Zdarzają się dni, kiedy myśli, że więcej nie udźwignie, że to ponad jego siły – zastanawia się: „co mam robić, jak sobie z tym wszystkim dalej poradzę...?”

Opiekun może jednak coś dla siebie zrobić, coś co przyniesie korzyść zarówno jemu, jak i podopiecznemu. Zadanie staje się lżejsze dzięki wsparciu otoczenia. Jeśli nie można liczyć na rodzinę warto, a w przypadku opiekunów osób z demencją wręcz należy, wziąć pod uwagę inne osoby – dalszych krewnych, przyjaciół, znajomych, sąsiadów – właśnie oni mogą stać się podstawą nieocenionej pomocy, także tej doraźnej, awaryjnej.

Źródło odciążenia psychicznego stanowią również spotkania z osobami w podobnej sytuacji życiowej i doświadczającymi zbliżonych problemów. Można się spotkać w grupach wsparcia lub podczas szkoleń i warsztatów edukacyjnych dla opiekunów nieformalnych/rodzinnych. Widywanie się i rozmowy o sprawach związanych z opieką, łagodzą poczucie wyobcowania i osamotnienia, a także zapobiegają sytuacjom kryzysowym.

Włączanie rodziny

Nawet jeśli jesteś bezpośrednim opiekunem i Twoim zadaniem jest zapewnienie opieki mamie, ojcu, dziadkowi czy małżonkowi, nie oznacza to wcale, że wszystko musisz wykonać samodzielnie. Zastanów się, kto z Twojego otoczenia powinien lub może dzielić z Tobą to zadanie i uwzględnij fakt, że bliższa czy dalsza rodzina, mogą nie wiedzieć jak pomóc. Postaraj się zorganizować wspólne

spotkanie, aby omówić potrzeby i ustalić plan działania. Warto odpowiednio wcześniej przygotować się do takiej rozmowy i zbyt pochopnie nikogo nie usprawiedliwiać, ani nie zwalniać z pomocy z powodu jego planów życiowych, czy sytuacji osobistej, także przedstawicieli młodszego pokolenia. Dzielenie się opieką nie znaczy, że opiekun nie może sobie z nią poradzić, wprost przeciwnie, to wyraz odpowiedzialności i dojrzałości. Wkład w wypełnianie obowiązków powinien być proporcjonalny do możliwości czasowych, zdrowotnych i finansowych tak, aby nie obciążał wyłącznie jednej osoby.

Zastanów się:

- w jakich konkretnych sprawach inni mogą Ci pomóc?
- jak często potrzebujesz pomocy – regularnie czy sporadycznie, w jakim wymiarze i kiedy?
- jaką formę pomocy możesz przyjąć (zakupy, posiłki, sprzątanie, wizyty u lekarza, wsparcie finansowe itd.)?
- jakie informacje o podopiecznym musisz przekazać osobie, która zastąpi Cię w opiece?
- czego potrzebujesz, aby mieć pewność, że bliski jest bezpieczny podczas Twojej nieobecności?
- czy jesteś w stanie zaakceptować, że pomoc nie zawsze będzie się odbywała według Twoich zasad?
- na jaki kompromis jesteś gotowy?

Ustalanie rytmu dnia

Określony porządek dnia, oparty na nawykach sprawia, że podopieczny wie, czego może się spodziewać i czuje się pewniej, a opiekunowi łatwiej wygospodarować czas dla siebie. W sytuacji, kiedy inna osoba doraźnie przejmuje obowiązki opiekuńcze, powinna dostosować się do obowiązującej rutyny i nie wprowadzać zmian.

Pamiętaj o sobie

Opiekun, który nie dba o siebie, jest narażony na szybkie wypalenie i większe ryzyko chorób spowodowanych długotrwałym stresem. Wielu opiekunów, chociaż taka postawa ma destrukcyjny wpływ na obie strony relacji opiekuńczej, bagatelizuje swoje potrzeby i odkłada je na później.

Bez odpoczynku, bez regularnych posiłków i dostatecznej ilości snu, organizm szybko się nadwyręży i osłabi – aby tego uniknąć, powinno się przestrzegać pewnych zasad:

- **zawsze pamiętaj o swoim zdrowiu,**
- **korzystaj z pomocy innych osób,**
- **szukaj wsparcia także poza kręgiem rodzinnym,**
- **zdrowo się odżywiaj,**
- **śpij wystarczającą liczbę godzin,**
- **zadbaj o aktywność fizyczną (inną niż czynności domowe i opiekuńcze).**

WAŻNE:

- Postaraj się każdego dnia poświęcić trochę czasu **tylko** dla siebie i zrób sobie drobną przyjemność. Nie bagatelizuj krótkich chwil, którymi dysponujesz. Nadaj im własną jakość. Może to być kilkanaście minut spędzonych z książką lub gazetą, patrzenie przez okno, spokojne wypicie herbaty lub coś innego, co lubisz. Istotne, aby nie wykorzystywać tego czasu na obowiązki. Potrzebujesz odprężenia i odciążenia się od spraw związanych z opieką.
- Spróbuj praktykować przerwy **od początku** podjęcia roli opiekuna lub **zaczniј to robić**, nawet jeśli wydaje Ci się, że nie masz siły nawet na odpoczynek.
- Porozmawiaj z lekarzem rodzinnym o swojej sytuacji, zwłaszcza w przypadku gdy odczuwasz wyczerpanie spowodowane opieką.

ROZDZIAŁ 2

Starość i starzenie się – wybrane zagadnienia

Proces starzenia się dotyczy **wszystkich** układów i narządów naszego organizmu. Nieraz trudno odróżnić skutki naturalnego procesu starzenia się, od wpływu różnych chorób i czynników zewnętrznych. Starość jest wypadkową wielu zmiennych:

- dotychczasowego stylu życia (dieta, używki, aktywność fizyczna i intelektualna, a także relacje międzyludzkie),
- postawy wobec starości i poziomu akceptacji starzenia się,
- środowiska życia (klimat, nasłonecznienie, zanieczyszczenia środowiska, higieny),
- czynników genetycznych (dziedzicznych),
- cech osobowości/charakteru,
- pełnionych ról społecznych,
- wykształcenia i zainteresowań.

Zmiany będące następstwem procesu starzenia się

»» OSŁABIENIE PAMIĘCI

Problemy z pamięcią powoduje m.in. zmniejszenie ilości neuronów i ograniczenie sprawności mechanizmów odpowiedzialnych za naprawę uszkodzeń, a także zaburzenie funkcjonowania zdrowych komórek mózgu na skutek zmian patologicznych (chorobowych).

U osób starszych następuje przede wszystkim osłabienie tzw. pamięci krótkotrwałej (bieżącej) oraz zdolności do zapamiętywania, przy czym pamięć długotrwała, dotycząca zdarzeń z przeszłości, może być świetnie zachowana. Wydarzenia z młodości odtwarzane są lepiej, niż te aktualne np. gdzie zostały odłożone okulary czy klucze.

Sprawność intelektualna rozumiana jako dostęp do zmagazynowanej wiedzy ogólnej, umiejętność porządkowania faktów w czasie, liczenie, zasób słów i złożonych pojęć, nie zmienia się, chyba że kora mózgowa ulegnie trwałym uszkodzeniom.

»» WYDŁUŻONY CZAS REAKCJI

Opóźniona reakcja oznacza słabszy refleks, dłuższy czas niezbędny do udzielenia odpowiedzi czy podjęcia decyzji. Wolniejsze i mniej sprawne staje się wykonywanie nawet rutynowych, codziennych zadań.

»»» SŁABSZA KOORDYNACJA WZROKOWO-RUCHOWA

Dostrzegalne, szczególnie pod presją czasu, trudności łączenia tego co widzi oko, z tym, co wykonuje ręka. np. podczas obsługi różnych urządzeń, ubierania się, posługiwania przedmiotami codziennego użytku, omijania przeszkód.

»»» MNIEJSZA ZDOLNOŚĆ KONCENTRACJI I PODZIELNOŚCI UWAGI

W późniejszym wieku uwaga łatwo ulega rozproszeniu oraz następuje „niemożność” dłuższego skupienia się na wykonywanej czynności np. czytaniu książki, pracy manualnej. Trudniejsze może być także wykonywanie dwóch (lub kilku) czynności jednocześnie np. chodzenie i mówienie, pisanie i słuchanie.

»»» SŁABSZA ZDOLNOŚĆ ADAPTACJI

Oznacza mniejszą elastyczność i umiejętność przystosowania się do nowych sytuacji i miejsc. Osoby starsze nie lubią niespodziewanych zmian i unikają ryzyka. Wobec takich okoliczności mogą przyjmować pozycję obronną, służącą zachowaniu poczucia bezpieczeństwa. Taka postawa, manifestująca się przywiązaniem do swoich przyzwyczajzeń i ustalonego porządku, bywa interpretowana jako przejaw bezcelowego uporu i złośliwości.

»»» WRACANIE DO WSPOMNIĘĆ

Postawa retrospektywna, czyli powracanie myślami do przeszłości, może być naturalnym rezultatem procesu osłabienia pamięci bieżącej, jak również może służyć utrzymaniu stabilności i poczucia własnej wartości, nawet jeśli dzieciństwo i młodość nie były szczęśliwe. Warto pamiętać, że charakter oraz indywidualna ocena dominujących doświadczeń z minionego czasu, znacząco rzutuje na stosunek do wydarzeń bieżących oraz wpływa na postawę wobec własnej starości. Wracanie do odległych zdarzeń w procesie demencji, jest skutkiem „wymazywania” wspomnień w odwrotnej kolejności do czasu ich powstawania.

»»» ZMIENNOŚĆ NASTROJU

Z wiekiem słabnie zdolność do sterowania emocjami, co może przejawiać się wahaniem (huśtawką) stanów psychicznych (np. nagły smutek/złość) oraz zwiększoną drażliwością. Trzeba mieć także na uwadze fakt, że wahanie lub długotrwałe obniżenie nastroju pojawia się w przebiegu niektórych zaburzeń psychicznych (np. depresji, chorobie afektywnej dwubiegunowej) i chorób somatycznych oraz na skutek stosowania określonych leków.

»»» LĘK

W starości naturalnym doznaniem są refleksje o przemijaniu i śmierci, myśli związane z niepełnosprawnością, hospitalizacją, samotnością czy uzależnieniem od osób trzecich. Takie rozważania budzą realny niepokój lub towarzyszą **zespółowi lęku uogólnionego**, czyli w uproszczeniu „martwieniu się o wszystko”.

»»» CHARAKTER I OSOBOWOŚĆ

Mimo, że osoby starsze są stereotypowo kojarzone z pewnymi postawami, nie można jednoznacznie udowodnić, że proces starzenia wiąże się z powstawaniem nowych, nieistniejących dotychczas, szczególnych cech. Jeśli charakter ludzi starszych ulega ewidentnej zmianie, dzieje się tak głównie na skutek chorób otępiennych lub innych zaburzeń psychicznych. W wieku podeszłym może jednak nastąpić nasilenie niektórych rys charakteru, także tych, wcześniej nieodróżnianych przez otoczenie.

»»» PROBLEMY ZDROWOTNE

Wśród chorób i problemów zdrowotnych, na które najczęściej skarżą się osoby starsze znajdują się: choroby układu krążenia, choroby układu kostno-stawowego, zaburzenia wzroku, słuchu i snu, a także dolegliwości związane z uczuciem zmęczenia, dusznością, bólami głowy i w okolicy serca.

Wśród problemów sfery psychicznej osób starszych typowe są: zaburzenia pamięci, demencja (otępienie), urojenia, depresja, zaburzenia świadomości, nadmierna nerwowość i lękliwość, a także poczucie odrzucenia i osamotnienia.

Depresja osób starszych

Otoczenie i lekarze pierwszego kontaktu często interpretują objawy depresji u osób starszych, jako skutek schorzeń somatycznych, postępującej demencji lub po prostu – starości. Chorzy sami rzadko szukają pomocy. Tymczasem brak chęci do życia, smutek i apatia nie są stanem naturalnym, nawet w starości.

Depresja osób starszych może przebiegać inaczej oraz może wyprzedzać lub towarzyszyć rozwojowi zaburzeń otępiennych, trudniej także poddaje się leczeniu.

Objawy depresji u osób starszych

- utrata zadowolenia z życia,
- niemożność odczuwania przyjemności i radości,
- pesymizm i rezygnacja, płacliwość,
- brak energii, osłabienie, problemy z koordynacją ruchów,
- trudności w mobilizacji do jakiegokolwiek działania, męczliwość nawet przy małym wysiłku,
- trudności z podejmowaniem decyzji,
- **drażliwość i zniecierpliwienie,**
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- **zaburzenia pamięci,**
- wrażenie niesprawności intelektualnej,
- **poczucie zagubienia,**
- zaburzenia snu – bezsenność (rzadziej nadmierna senność),
- utrata apetytu (rzadziej zwiększenie apetytu i wzrost masy ciała), suchość w ustach,

- lęk, poczucie nieokreślonego zagrożenia, „niepokój w środku” i niepokój ruchowy,
- **skargi na bóle i złe samopoczucie fizyczne,**
- **urojenia** (fałszywe przekonania), które najczęściej dotyczą dysfunkcji różnych narządów, poczucia winy, oczekiwania na karę, zubożenia, oraz
- myśli rezygnacyjne i samobójcze.

WAŻNE:

Częstym objawem dominującym u osób starszych nie jest smutek czy przygnębienie, ale **drażliwość, złość**, a nawet **agresja**.

»»» DEPRESJA MASKOWANA

Jest to taki rodzaj depresji, w którym objawy znacznie odbiegają od jej powszechnej postaci i mogą sugerować inną dolegliwość lub chorobę, czyli tzw. „maskę depresji”. Innymi słowy – jeden z objawów depresji przesłania (maskuje) pozostałe.

Możliwe maski depresji:

- natręctwa
- jadłowstręt
- bezsenności lub nadmierna senność
- przewlekły lub napadowy lęk
- dławica piersiowa
- zaburzenia przewodu pokarmowego
- zespół niespokojnych nóg
- świąd skóry
- różnorodne bóle, w tym wędrujące

Czynniki sprzyjające rozwojowi depresji u osób starszych

- wiek i proces starzenia się,
- strach przed śmiercią,
- śmierć bliskich osób,
- choroby somatyczne i neurologiczne np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona,
- samotność, brak wsparcia ze strony rodziny,
- zabiegi operacyjne,
- niepełnosprawność, ograniczona sprawność fizyczna,
- częste i długotrwałe dolegliwości bólowe,
- odwodnienie i niedobory pokarmowe (niedobór witamin i białka),
- przyjmowanie niektórych leków,
- zaburzenia słuchu, pogorszenie i utrata wzroku,
- niekorzystna sytuacja materialna,
- zmiana miejsca zamieszkania,
- **opieka nad inną osobą i trudności wynikające z tej sytuacji.**

WAŻNE:

- Dla stwierdzenia depresji **nie jest konieczne** wystąpienie **wszystkich** wymienionych objawów.
- Rozpoznawalność depresji u osób starszych nie przekracza 10-15%. Z depresją w wieku podeszłym łączy się największy odsetek samobójstw. Poza stwierdzonymi przypadkami, wiele pozostaje niewykrytych np. w następstwie odmowy jedzenia i picia, poprzez przyjęcie w nadmiarze leków lub zaprzestanie leczenia.
- Depresja jest chorobą, którą należy leczyć. Odpowiednio przeprowadzone leczenie poprawia przebieg oraz rokowanie innych współistniejących chorób.
- Osoby, które podejrzewają u siebie depresję lub zauważą jej objawy u swoich bliskich, powinny skontaktować się z lekarzem psychiatrą lub z lekarzem rodzinnym.

»»» DEPRESJA POUДАРОВА

W wyniku udaru chory doświadcza trudności w różnych sferach funkcjonowania. Najczęściej dotyczą one sfery motorycznej (niedowład, przykurcze, problemy z chodzeniem i utrzymaniem równowagi) oraz komunikacji (trudności z mówieniem lub rozumieniem mowy, niemożność mówienia). Może zostać utracona zdolność czytania, pisania, liczenia.

Warto też zwrócić uwagę na sferę psychiczną, która mogła ucierpieć w wyniku udaru. Mamy wtedy do czynienia z depresją, lękiem, apatią, impulsywnością lub dużymi wahaniami nastroju. Przyczyną są uszkodzone struktury mózgu, odpowiedzialne za wyrażanie i kontrolę emocji oraz sterowanie reakcjami na sytuację choroby.

Depresja związana z przebytych udarem mózgu pojawia się zazwyczaj w ciągu 3-6 miesięcy po udarze, ale u około 30% chorych występuje krótko po powrocie ze szpitala np. w formie objawów wegetatywnych, czyli zaburzeń snu, łaknienia (apetytu), do których dołącza spowolnienie, zmęczenie, pogorszenie nastroju oraz funkcji poznawczych (m.in. uwagi i pamięci). Częstym objawem jest także spadek motywacji, co bardzo utrudnia rehabilitację.

Po udarze zdarzają się problemy z opanowaniem płaczu (lub śmiechu). Płacz poudarowy obserwowany jest zwykle pod dwiema postaciami:

1. **patologiczny płacz** – nie poddaje się kontroli, występuje napadowo w sytuacji, która nie uzasadnia takiej reakcji i związany jest z uszkodzeniem dróg korowo-opuszkowych w mózgu;

2. **„reakcja katastrofy”** – płacz lub wycofanie w odpowiedzi na zadanie trudne lub niemożliwe do wykonania z powodu deficytu neurologicznego (np. poruszenie porażoną kończyną).

ROZDZIAŁ 3

Zaburzenia pamięci i demencja – przyczyny, objawy, rodzaje otępienia, leczenie

W starości przeszłość staje się bliższa i wyraźniejsza niż teraźniejszość, ponieważ informacje zmagazynowane w pamięci długotrwałej zostały lepiej utrwalone i najdłużej pozostają dostępne. Pogorszeniu ulega pamięć krótkotrwała. Jednak trudności np. ze znalezieniem recepty, zegarka lub okularów, zapominanie nazwisk nowo poznanych osób, czy kłopoty w zapamiętaniu dłuższej listy spraw do załatwienia, nie powinny od razu budzić niepokoju. Tak zwane **łagodne zaburzenia poznawcze** mogą wpływać na codzienne funkcjonowanie w starszym wieku, lecz nie odpowiadają kryteriom chorób otępiennych.

Demencję, inaczej **otępienie** (nazywane też sklerozą), najczęściej łączy z utratą pamięci. Tymczasem demencja nie jest jedną konkretną chorobą, a raczej terminem określającym zespół symptomów (objawów) wywołanych przez zaburzenia pracy mózgu, spowodowane urazem lub chorobą. Najczęściej diagnozowana jest choroba Alzheimera lub/i otępienie naczyniopochodne, powiązane z układem krążenia.

Pierwsze objawy demencji mogą być niezauważalne, a osłabienie pamięci uznane za zwykłe zapomnienie. Jednak demencja to nie tylko osłabienie zdolności zapamiętywania i przypominania, to także zakłócenie innych funkcji umysłu tzw. **funkcji poznawczych** oraz widoczne zmiany **zachowania i nastroju** – przeważnie w formie agresji, na przemian z biernością i wycofaniem. Demencja powoduje, że wykonywanie codziennych czynności jest utrudnione. Często też pojawiają się **urojenia i omamy (zwydy)**. Utrata samodzielności następuje stopniowo, aż do całkowitego jej zaniku, kiedy chory potrzebuje stałej pomocy i opieki.

Większość przypadków demencji (demencja pierwotna) jest nieuleczalna, a czas trwania choroby wynosi około 10 lat.

WAŻNE:

- Powstaniu otępienia (demencji) sprzyja zaawansowany wiek, ale nie wywołuje go tylko sama starość. Zespoły otępienne zdarzają się także u młodych dorosłych i osób w średnim wieku.
- Nie każda demencja rozpoczyna się tak samo i jej przebieg jest **różny**. Jeśli niepokojące sygnały nasilają się i w widoczny sposób negatywnie oddziałują na codzienne funkcjonowanie, przyczyny można szukać np. w rozwijającej się chorobie Alzheimera.

Niepokojące objawy

- utrata orientacji w czasie (np. mylenie godziny, daty, pory roku) i w przestrzeni (np. mylenie drogi do domu, do sklepu);
- gubienie wątku lub trudności z płynnością wypowiedzi;
- pojawienie się błędów w czytaniu i w piśmie;
- trudności w gospodarowaniu budżetem domowym i przy ocenie wartości pieniędzy (np. zbędne zakupy, nadmierne wydatki);
- wielokrotne powtarzanie tych samych pytań i/lub czynności;
- mylenie lub zapominanie nazw przedmiotów, imion członków bliskiej rodziny;
- odkładanie rzeczy w nietypowe miejsca i trudności z ich znalezieniem;
- wycofywanie się z codziennych aktywności (np. z przygotowania posiłku, robienia zakupów, opłacania rachunków);
- zaniedbania higieniczne;
- utrata zainteresowań i wycofywanie się z kontaktów towarzyskich;
- impulsywność, agresja lub/i apatia, bierność;
- problemy z ubieraniem się lub adekwatnym doбором ubioru (np. do pory roku, okoliczności)
- zmiana rytmu dobowego – zwiększona aktywność wieczorem i w nocy;
- oskarżenia o kradzież (np. różnych przedmiotów, pieniędzy);
- podejrzenia o zamiar otrucia;
- urojenia i omamy wzrokowe, słuchowe, węchowe (chory widzi, słyszy nierzeczywiste postaci ludzi i zwierząt, czuje nieistniejące zapachy i smaki).

WAŻNE:

- Wymienione symptomy są tylko przykładami, mają różne nasilenie i nie występują u wszystkich chorych. Każda osoba z demencją zachowuje się w indywidualny sposób.
- Pierwsze oznaki demencji bywają tak subtelne, że łatwo je przeoczyć. Zmiany w zachowaniu i nastroju mogą wystąpić na długo przed pojawieniem się problemów z pamięcią.
- W każdym przypadku stwierdzenia niepokojących objawów lub ich pogłębienia, poza kontaktem z lekarzem rodzinnym, niezbędna jest konsultacja z lekarzem specjalistą – neurologiem, psychiatrą lub geriatrą.

Przyczyny demencji

Do grupy chorób neurodegeneracyjnych, w przebiegu których występuje demencja należą między innymi:

- choroba Alzheimera
 - otępienie czołowo-skroniowe
 - otępienie z ciałami Lewy’ego
- Inne rodzaje otępienia to:
- **otępienie naczyniopochodne** – powstaje na skutek uszkodzenia mózgu wywołanego zmianami naczyniowymi, najczęściej miażdżycowymi;

- **otępienie mieszane** lub atypowe;
- **otępienie odwracalne** (potencjalnie) – powstające na tle innych chorób.

• **Choroba Alzheimera (AD)**

Najczęstsza forma demencji, tak zwane otępienie pierwotne, będące wynikiem zwyrodnienia (neurodegeneracji) mózgu. Dokładna patogenezą (przyczyną powstania) choroby pozostaje nieznana, jednak wiele wskazuje na to, że jest nią odkładanie się w mózgu nieprawidłowych białek – *beta-amyloidu* oraz *białka tau*, które zaburzają funkcjonowanie neuronów w korze mózgowej.

Do czynników ryzyka zachorowania należy wiek powyżej 65 r.ż. i płeć (kobiety). Średni czas trwania choroby wynosi od 5 do 12 lat.

Mimo stale prowadzonych badań, choroby Alzheimera nie można wyleczyć. Stosuje się leki, które u części chorych zmniejszają dolegliwości, poprawiają funkcjonowanie i opóźniają progresję oraz, co bardzo istotne, zmniejszają obciążenie opiekuna.

Otępienie w chorobie Alzheimera objawia się stopniową utratą pamięci, niezdolnością do planowania, zapominaniem podstawowych umiejętności np. czytania, liczenia, obsługi urządzeń. Początek jest zwykle łagodny, chociaż zdarzają się przypadki szybkiego narastania objawów. Z czasem zaburzona zostaje koncentracja uwagi i orientacja. Mylenie słów i znaczenia wyrazów powoduje trudności z płynnym wypowiedzianiem się. Choroba ma charakter postępujący, co oznacza, że objawy nasilają się w kolejnych etapach. Chorzy stają się niespokojni, agresywni lub apatyczni. U wielu osób pojawiają się objawy depresji i urojenia (np. przekonanie, że są okradani). W kolejnych stadiach następuje całkowite wyłączenie się z życia rodzinnego i społecznego oraz utrata zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Opieka nad chorym staje się niezbędna przez 24 godziny na dobę.

Etapy choroby Alzheimera wg Skali Reisberga (GDS Skala Deterioracji Ogólnej):

etap 1: Brak obiektywnych i subiektywnych objawów osłabienia funkcji poznawczych, w tym pamięci.

etap 2: Bardzo łagodne zaburzenia funkcji poznawczych, adekwatne do wieku. Objawy mogą być niezauważalne dla otoczenia np. zapominanie słów, gubienie drobnych rzeczy.

etap 3: Łagodne zaburzenia poznawcze. Objawy są dostrzegalne przez otoczenie i podczas badania klinicznego. Trudności ujawniają się w różnych sytuacjach. Chory bywa zagubiony w nowym, nieznanym miejscu. Występują zaburzenia koncentracji uwagi i problemy z przypomnieniem nowych treści (czas trwania ok. 7 lat).

etap 4: Umiarkowane zaburzenia funkcji poznawczych (łagodne stadium choroby). Pojawiają się wyraźne problemy z przypomnieniem niedawnych wydarzeń i historii ze swojego życia, trudność sprawia wykonanie prostych obliczeń, załatwianie spraw urzędowych, przygotowanie posiłków. Chory nie może sprostać obowiązkom w pracy. Jest świadomy swoich deficytów i może je ukrywać przed otoczeniem (czas trwania do 2 lat).

etap 5: Średnio zaawansowane stadium choroby. Pojawiają się objawy, które sprawiają, że chory traci samodzielność – nie potrafi się ubrać, nie pamięta adresu zamieszkania, czy numeru telefonu. Widoczna staje się niechęć do czynności higienicznych. Bardzo częste są zaburzenia zachowania i nastroju – agresja, wycofanie, lęk, podejrzliwość, nadwrażliwość (czas trwania ok. 1,5 roku).

etap 6: Zaawansowane stadium choroby. Chory wymaga pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności. Ujawniają się problemy z rozpoznaniem najbliższych osób. Zdarza się nietrzymanie moczu i stolca. Występują omamy i urojenia oraz zachowania kompulsywne np. powtarzanie tych samych słów lub czynności (czas trwania ok. 2,5 roku).

etap 7: Bardzo zaawansowane stadium choroby. Zanika umiejętność chodzenia i inne sprawności ruchowe. Następuje utrata mowy. Chory nie wstaje z łóżka, traci kontakt z otoczeniem. Nie panuje nad czynnościami fizjologicznymi. Jest całkowicie uzależniony od opieki osób trzecich. Podstawowe funkcje organizmu zostają zakłócone.

WAŻNE:

Choroba Alzheimera nie musi przebiegać według ustalonego schematu. Objawy z różnych etapów mogą występować jednocześnie.

Do kogo się zwrócić w przypadku podejrzenia choroby

Jeśli lekarz pierwszego kontaktu podejrzewa jakąkolwiek formę otępienia, powinien skierować pacjenta do specjalisty: neurologa, psychiatry lub geriatry. Po stwierdzeniu otępienia dalsza diagnostyka powinna określić, czym jest spowodowane. Po ustaleniu rozpoznania specjalista podejmuje leczenie, które kontynuuje lekarz rodzinny. Okresowo, co 6-12 miesięcy, specjalista ocenia skuteczność i bezpieczeństwo terapii.

Do lekarza psychiatry można zgłosić się bezpośrednio. Wizyta u neurologa i geriatry wymaga skierowania od lekarza rodzinnego.

• Otępienie z ciałami Lewy'ego (DLB)

Jest drugą pierwotną neurodegeneracyjną przyczyną otępienia w wieku podeszłym.

Ze względu na podobieństwo symptomów, otępienie z ciałami Lewy'ego, bywa mylone z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. Powoduje je gromadzenie się złogów białka (*alfa-synukleiny*) w rejonie kory mózgowej oraz w układzie limbicznym.

Cechą charakterystyczną tej formy demencji jest występowanie realistycznych halucynacji i koszmarów sennych. Ponadto w przebiegu choroby pojawia się zespół parkinsonowski, czyli zaburzenia ruchowe charakterystyczne dla choroby Parkinsona, które dodatkowo utrudniają codzienne funkcjonowanie i są przyczyną upadków. Typowy jest falujący przebieg zaburzeń poznawczych (zmiany świadomości w ciągu doby) oraz występowanie zaburzeń nastroju (depresji).

Czynniki powodujące chorobę są nieznane. Leczenie polega na łagodzeniu objawów.

- **Otępienie czołowo-skroniowe (FTD)**

Pojawia się dosyć wcześnie, zwykle między 40 a 65 rokiem życia. Najbardziej charakterystyczne są zmiany w zachowaniu społecznym – chorzy przestają przestrzegać norm. Można także zaobserwować brak samokrytycyzmu, impulsywność, zaniedbania higieniczne, utratę umiejętności utrzymywania kontaktów międzyludzkich i rozhamowanie np. prowokacyjne zachowania seksualne. W miarę postępu choroby pojawia się apatia i spłylenie emocji (obojętność) oraz zaburzenia poznawcze.

Objawy przypominają rozwój schizofrenii, co czasem wydłuża okres postawienia właściwej diagnozy. W otępieniu czołowo-skroniowym funkcje pamięci nie ulegają znacznemu osłabieniu i manifestują się dopiero w późniejszych fazach choroby. Leczenie sprowadza się do łagodzenia objawów.

- **Otępienie naczyniopochodne (VaD)**

Otępienie naczyniowe (wtórne) to grupa chorób charakteryzująca się zespołem licznych objawów, których powstanie jest skutkiem patologicznych zmian naczyniowych w obrębie mózgu.

W otępieniu naczyniopochodnym objawy rozwijają się skokowo i na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia w zakresie funkcji wykonawczych, a nie zaburzenia pamięci (inaczej niż w chorobie Alzheimera). Oznacza to trudności przy wykonywaniu czynności złożonych dnia codziennego, takich jak: zajmowanie się finansami domowymi, używanie telefonu komórkowego, korzystanie ze środków transportu czy przyjmowanie leków. Otępienie naczyniowe objawia się także: agresją, drażliwością, apatią, niestabilnością emocjonalną oraz stopniowym wycofywaniem się z życia.

Przyczyna tej postaci otępienia może leżeć w uszkodzeniu kory mózgowej oraz struktur podkorowych mózgu na skutek drobnych **udarów**. Jeżeli w wyniku udaru zniszczone zostaną części mózgu, które pełnią kluczowe funkcje we właściwym funkcjonowaniu pamięci, głównym symptomem będą zaburzenia pamięci.

Podobnie, jak w otępieniu z ciałami Lewy'ego, objawy pojawiają się falami i naprzemiennie mogą występować okresy lepszego i gorszego funkcjonowania, co może dawać mylne wrażenie, że chory udaje.

WAŻNE:

- Do czynników ryzyka należą: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, miażdżyca, choroby metaboliczne, w tym cukrzyca, udary mózgu, uogólniona miażdżyca tętnic, otyłość.
- Leczenie łagodzi występowanie niektórych objawów, a także spowalnia postęp choroby. Ryzyko wystąpienia otępienia naczyniopochodnego można zmniejszyć poprzez leczenie chorób uważanych za czynniki ryzyka udaru mózgu.

• **Otępienie mieszane (MD)**

Kiedy objawy wskazują jednocześnie na więcej niż jeden typ otępienia, występuje otępienie mieszane.

W około 30% przypadków zmianom typowym dla otępienia naczyniowego towarzyszą symptomy choroby Alzheimera. Jeśli zmiany naczyniowe nakładają się na obraz choroby neurodegeneracyjnej mózgu, powodują zaostrzenie się objawów otępienia. Prawdopodobnie jeden proces może sprzyjać rozwojowi drugiego.

• **Otępienie odwracalne (potencjalnie)**

Poza typowymi zespołami otępiennymi, istnieje pewna grupa odwracalnych lub przemijających zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych, która stanowi około 10-15% przypadków.

Dzieje się tak, gdy demencję powodują choroby internistyczne, neurologiczne, psychiczne np:

- niedoczynność tarczycy
- nadczynność nadnerczy
- zaburzenia metaboliczne
- niedobory witamin B1, B12, kwasu foliowego
- niektóre choroby wątroby lub nerek
- neuroinfekcje
- zaburzenia psychiczne np. depresja (!)
- choroby autoimmunologiczne

a także:

- urazy czaszkowo-mózgowe
- przewlekłe zatrucia
- niepożądane działania niektórych leków, np. benzodwuzepin (działają silnie przeciwlękowo, uspokajająco i nasennie),
- przewlekłe nadużywanie alkoholu

Niektóre problemy osób starszych w codziennym życiu, przypisywane otępieniu, mogą też wynikać z osłabienia słuchu i wzroku oraz bezobjawowego lub nietypowego przebiegu innych chorób.

Ustąpienie objawów demencji w wymienionych wyżej przypadkach, zależy od szybkości podjęcia interwencji i leczenia choroby podstawowej. Zbyt późne rozpoznanie, a tym samym późne wdrożenie terapii, może pozostawić trwałe ślady w mózgu i ubytki pamięci.

• **Majaczenie (zespół majaczeniowy)**

Majaczenie, to zaburzenie świadomości nie będące „chorobą psychiczną”, szczególnie często występujące u osób starszych. Za tym określeniem stoi zespół objawów przypominających otępienie/demencję, które zwykle rozwijają się **szybko** (od kilku godzin do kilku dni). Podłożem może być jedna lub wiele przyczyn jednocześnie np.: niedokrwistość, odwodnienie, niedożywienie, złamanie lub uraz, zakażenie, proces zapalny, zabieg chirurgiczny ze znieczuleniem ogólnym, ból, długotrwały deficyt snu, unieruchomienie, stosowanie wielu leków

lub odstawienie niektórych leków, **stres** np. powstały w wyniku hospitalizacji czy zmiany miejsca pobytu.

Objawy majaczeniowe są potencjalnie odwracalne. Mogą utrzymywać się od kilku godzin do kilku tygodni. Często ustępują samoistnie po usunięciu przyczyny.

Trudności w opiece nad chorym z demencją

• Pobudzenie

Zdenerwowanie i rozdrażnienie, czyli pobudzenie chorego może wyrażać się w różny sposób np.:

- niespokojne i bezcelowe chodzenie,
- przekładanie przedmiotów,
- podążanie za opiekunem,
- krzyk i gwałtowne ruchy,
- stanie przy drzwiach,
- pakowanie się (z zamiarem powrotu „do domu”),
- uporczywe szukanie zagubionych przedmiotów.

Pobudzenie zawsze ma jakąś przyczynę, często niezrozumiałą dla otoczenia. Najczęściej w tej formie wyraża się lęk, wywołany np. niemożnością poradzenia sobie z niezrozumiałą dla chorego rzeczywistością lub jest to niezwerbalizowana odpowiedź na sposób działania opiekuna.

Możliwe przyczyny:

- emocje i zachowanie opiekuna (*chorzy bardzo dobrze odczytują brak spójności przekazu, a także mimikę, gest, spojrzenia i postawę ciała*);
- hałas (*głośne, nagłe dźwięki*);
- zbyt duża ilość bodźców (*np. włączony telewizor i radio, grupa osób, nowe lub zapomniane otoczenie*);
- nieodpowiednia temperatura (*chory może odczuwać ją inaczej niż my*);
- ból lub inne dolegliwości np. infekcja (*obserwuj, zapytaj, objawy nie zawsze są widoczne*);
- urojenia i omamy (*nie zaprzeczaj i nie tłumacz, najlepiej odwróć uwagę*);
- niemożności wyrażenia potrzeby (*stawiaj proste pytania zamknięte, na które chory odpowie tylko – tak lub nie*);
- zbyt łatwe lub zbyt trudne zadanie do wykonania (*obserwuj, zmień poziom trudności lub spróbuj później*);
- nieobecność opiekuna (*zostaw jakieś zajęcie, opowiedz co wspólnie zrobicie, kiedy wrócisz – nie zawsze skuteczne*);
- kąpiel (por. higiena osobista).

• Syndrom/zespół zachodzącego słońca

Uciążliwe dla opiekunów pobudzenie psych ruchowe pojawia się głównie w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych. Zmianie zachowania towarzyszy

lęk, niepokój i dezorientacja. Aby zapobiec temu zjawisku lub zmniejszyć nasilenie, najlepiej jest wyjść z podopiecznym na spacer lub posadzić go przy oknie, zadbać o dobre oświetlenie, a w czasie dnia zapewnić aktywność fizyczną – bez nadmiaru zajęć, nie pozwalać na długie drzemki, nie podawać napojów zawierających kofeinę i utrzymywać stały rytm dobowy. Wieczorem należy ograniczyć liczbę bodźców – wyłączyć telewizor, zredukować światło i nieporządek. Przed snem można dodatkowo wyciszyć podopiecznego włączając uspokajającą muzykę, czytając książkę lub podając ulubioną przekąskę. Przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na to, co wywołuje syndrom i unikać takich okoliczności.

- **Podążanie za opiekunem**

Podobnie jak zespół zachodzącego słońca, jest to jeden z przejawów „**wędrowania**”, czyli objaw choroby. Powtarzające się sprawdzanie gdzie jest opiekun i nieodstępowanie go nawet o krok, prawdopodobnie wynika z niezaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa. Bliski jest do nas przywiązany, ale z jakiegoś powodu czuje się źle, niekomfortowo, niepewnie. W takich sytuacjach, jak zawsze, niezbędnym jest spokój, opanowanie i szukanie przyczyny. Najlepiej znaleźć jakieś zajęcie, czymś zainteresować, ale pozostawać w zasięgu wzroku, a w wolnej chwili poświęcić mu więcej uwagi.

Jeśli jesteśmy nieustannie przywoływani bez uchwytnej przyczyny, ograniczmy przychodzenie na każde wezwanie i pamiętajmy, że chory nie będzie potrafił wyjaśnić, dlaczego chce naszej stałej obecności.

- **„Do domu”**

Wspomnianemu wcześniej „wędrowaniu”, często towarzyszą fałszywe przekonania typu: „to nie jest mój dom”. Bliski chce się wydostać aby wrócić do miejsca, które pamięta z młodości, dzieciństwa, czasem przywołuje swoich rodziców. Dzieje się tak wtedy, kiedy spokój i stabilność zostały zagrożone. W miarę rozwoju choroby i ograniczania się zasobu słów, słowo „dom” może też oznaczać – *boję się, jestem głodny, potrzebuję bliskości* itp. Jeśli zwykle staramy się (bezsukutecznie) tłumaczyć, że dom jest tutaj, zmieńmy strategię i zadajmy pytanie – *a jaki był twój dom? czy duży? co tam robiłeś?* Jeśli będziemy przypominać, że rodzice od dawna nie żyją, wywołamy tylko większe zagubienie i lęk, a nawet wrogość i agresję. Lepiej powiedzieć: *dobrze pojedziemy do domu, do mamy, tylko najpierw zjemy kolację* i zmienić temat.

- **Higiena osobista**

Jeśli chory nie chce się umyć, próbujemy dotrzeć do przyczyny niechęci. Możliwe, że np. nie rozumie już słowa „kąpiel”, że zniekształcone postrzeganie i tunelowe widzenie powoduje, że boi się wanny, strumienia wody lub obawia się odkrycia ciała. Aby to sprawdzić, można spróbować kąpieli w bieliźnie, albo podzielić cały rytuał na krótsze etapy np. *idziemy do łazienki, teraz usiądź, rozepnij koszulę* itd. Zarówno w starości, jak i w czasie choroby zmienia się wrażliwość na dotyk i temperaturę, dlatego starajmy się dostosować i zawsze uprzedzać o zamiarach np. *teraz poleję cię wodą*.

Jeśli niechęć dotyczy zmiany odzieży i przyzwyczajania do jednego rodzaju ubioru, problem pomoże rozwiązać zaopatrzenie się w kilka podobnych zestawów.

- **Lęk przed lustrem**

Na pewnym etapie chory nie rozpoznaje już ani otoczenia, ani siebie. W takiej sytuacji bezpieczniej będzie zdjąć lub zasłonić lustra i większe powierzchnie, w których odbija się obraz. Jeśli w pomieszczeniu znajduje się przedmiot, który budzi zaniepokojenie, usuńmy go np. przestawmy duży kwiat lub lampę rzucającą wyraźny cień, zdejmijmy niektóre obrazy czy zdjęcia. Nie przekonujemy podopiecznego, że: *to przecież nic takiego*. On widzi to inaczej.

- **Urojenia i omamy (np. oskarżenia o kradzież lub zamiar otrucia; widzenie osób, których nie ma, słyszenie nierzeczywistych głosów lub dźwięków)**

Chociaż to bolesne, ponieważ często sami jesteśmy adresatami oskarżeń, trzeba zaakceptować fakt, że nie można zapanować nad objawami choroby. W przypadku **urojeń**, czyli fałszywych przekonań o różnej treści oraz **omamów**, czyli halucynacji, iluzji – wzrokowych, słuchowych, węchowych, smakowych, a nawet dotykowych, najlepiej powstrzymać się od zaprzeczania i tłumaczenia. Ten niewidzialny dla nas świat, dla chorego jest realny, prawdziwy chociaż może być niepokojący i, co więcej, przerażający.

W przypadku zaginięcia rzeczy wartościowych czy dokumentów, możemy wspólnie poszukać tych przedmiotów. Należy jednak liczyć się z konsekwencjami, że po odnalezieniu zostaniemy ponownie oskarżeni, tym razem o ich podrzucenie. Pomocna, chociaż nie zawsze skuteczna, jest zmiana obiektu zainteresowania (np. *spójrz, w tej szufladzie są twoje zdjęcia*) lub propozycja czegoś, co sprawia przyjemność (np. *teraz napijemy się herbaty, zjemy ciastko, poczytam ci*).

- **Agresja i niestosowne zachowania**

Demencja wiąże się ze zmianami zachowania i zmianami w osobowości. Czasem bliski staje się „zupełnie innym człowiekiem”. Spokojna i kulturalna osoba potrafi zachowywać się impulsywnie, używać wulgarnego języka, czy składać nietaktowne propozycje seksualne. Takie przeobrażenie zwykle następuje na skutek uszkodzenia mózgu w obszarach odpowiedzialnych za kontrolę zachowania. Chociaż nowy sposób bycia jest często krępujący dla opiekuna, chory nie robi tego celowo i w pełni świadomie. Kłopotliwe zachowania zwykle nasilają się kiedy podopieczny jest niespokojny, pobudzony, dlatego warto zidentyfikować przyczynę, którą może być np. gwar rozmów, ostre światło, intensywny zapach, nieznane osoby i miejsca. (por. pobudzenie chorego).

- **Nadmierny apetyt i głód**

Chociaż chorzy z demencją na ogół mają zmniejszony apetyt, to w niektórych przypadkach problemem jest nadmierne objadanie się (żarłoczność),

a nawet spożywanie pokarmów nie nadających się do konsumpcji. Dzieje się tak w wyniku zmian w czołowych płatach mózgu, które niewłaściwie odczytują sygnały płynące z żołądka i chory nie odczuwa sytości.

Rozwiązaniem może być częste i regularne podawanie lekkich przekąsek i napojów. Czasem pomaga pozostawienie naczyń, które przypominają, że obiad już był. Jeśli bliski skarży się, że jest głodzony i prosi sąsiadów o jedzenie, najlepiej wyjaśnić otoczeniu przyczynę takiego zachowania.

• „Niespokojne ręce”

Osoby cierpiące z powodu chorób otępiennych często wykonują mimowolne ruchy. Lubią coś dotykać, trzymać, skubać, zwijać. Takie zachowanie pomaga eliminować skumulowane napięcie i lęk. Czasem składanie i rozkładanie różnych rzeczy może im przypominać i symbolizować dawniej wykonywane prace. Jeśli to, czym chory zajmuje dłonie jest bezpieczne, pozwólmy mu na taką aktywność. Możemy zakupić lub samodzielnie wykonać tzw. poduszkę sensoryczną, zaopatrzoną w elementy o różnej fakturze i kształcie np. gumki, rzepy, zamki guziki, którymi chory będzie manipulował. Wykonywanie pozornie bezcelowych czynności daje zajęcie, zabija nudę, wycisza i poprawia nastrój.

WAŻNE:

Jeśli objawy demencji nasilają się, stają się uciążliwe i trudno nad nimi zapanować, należy koniecznie zasięgnąć porady lekarskiej.

Demencja – wskazówki ułatwiające porozumiewanie się z osobą chorą

Opieka wymaga ogromnej cierpliwości, zrozumienia oraz umiejętności uważnego słuchania i obserwowania. Brak dostatecznego kontaktu jest trudny dla obu stron i może powodować obopólną frustrację. Aby pomóc choremu oraz sobie skuteczniej się porozumiewać, warto przestrzegać następujących zaleceń:

- unikaj hałasu i rozproszenia (np. włączone radio, odgłosy dobiegające z ulicy);
- nawiązuj kontakt wzrokowy, który pomoże w skupieniu uwagi;
- mów wyraźnie, powoli, nie głośniej ani ciszej, niż normalnie;
- unikaj łączenia wątków i dygresji;
- buduj krótkie zdania i używaj zrozumiałego, prostego słownictwa;
- używaj pytań zamkniętych, na które chory może odpowiedzieć tylko *tak* lub *nie* np. *Boli cię głowa?* zamiast: *Co cię boli?*;
- jeśli o coś zapytasz, zrób przerwę i pozwól, aby bliski zrozumiał to, co usłyszał, zostaw czas na sformułowanie odpowiedzi;
- zamień pytanie na propozycję np. zamiast: *Napijesz się soku?* powiedz: *Napijmy się soku*;
- pozwalaj na dokończenie zdania lub przypomnienie słowa, chyba że oczekiwanie trwa zbyt długo i chory się denerwuje;

- staraj się unikać sformułowań typu: *Znowu zapomniałeś/aś, a tyle razy już o to pytałeś/aś; Czy ciągle muszę ci powtarzać, że twój ojciec nie żyje;*
- nie zwracaj się „jak do dziecka” i staraj się nie używać zdrobnień;
- powtarzaj, a jeśli stale słyszysz to samo pytanie, zmień temat i odwróć uwagę;
- opisz czynności, które wykonujesz i nazywaj przedmioty, których używasz; w ten sposób ułatwisz choremu zrozumienie co dzieje się wokół niego oraz poprawisz orientację w czasie i rytmie dnia np. *Już jedenasta, idziemy na spacer. Teraz czas na kolację, stawiam kubek, wsypuję łyżeczkę cukru.* itp.;
- słowa wzmacniaj gestem i mimiką np. kiedy mówisz usiądź, wskaż ręką na fotel; możesz używać ilustracji, aby pomóc zrozumieć co mówisz;
- „nie dyskutuj z urojeniami” (np. chory mówi, że ktoś go okradł, że w nocy ktoś chodzi po pokoju, że dostaje zatrute jedzenie), zaprzeczanie i tłumaczenie może wywołać gwałtowną reakcję, lepiej przekierować uwagę na coś innego;
- zapisuj kluczowe słowa, aby podkreślić temat wypowiedzi (jeśli podopieczny nadal potrafi czytać);
- zauważ, że **chory „mówi zachowaniem”**, zwłaszcza kiedy stracił płynność mowy i rozumienie słów;
- nie oczekuj logicznych wyjaśnień np. dlaczego zachował się w określony sposób, prawdopodobnie nie wie lub nie potrafi tego wyrazić;
- wypowiedzi dotyczące złożonych czynności podziel na etapy np. zamiast *chodź się kąpać* powiedz: *wychodzimy z pokoju, idziemy do łazienki, następnie: usiądź tutaj, później: zdejmij koszulę, ..., podnieś nogę, postaw, itd.*

WAŻNE:

Próbuj zrozumieć, może uda się dostrzec jego świat swoimi oczami.

ROZDZIAŁ 4

Relacja opiekun-podopieczny

Zbudowanie i utrzymanie dobrej relacji nie jest łatwe. Wpływa na nią nie tylko stan zdrowia bliskiej osoby, ale także wspólna przeszłość, charakter i przyzwyczajenia obu stron. Warto również pamiętać o różnicach pokoleniowych.

Jeśli nasze starania są odbierane inaczej, niż byśmy tego oczekiwali, czujemy się niedoceniani. Jeśli zachowanie bliskich, związane z demencją, jest niezrozumiałe i raniące, często reagujemy odruchowo i nieskutecznie. Trudno coś zmienić w relacji, jeśli nie zmieniamy schematu postępowania.

Poniżej kilka podpowiedzi, jak można reagować inaczej.

JAK BYWA PRZEWAŻNIE	JAK MOŻNA INACZEJ
przekonywanie lub tłumaczenie że urojenia i omamy to konfabulacje (wymysły) lub kłamstwa.	Uznać, że są to objawy choroby, niemożliwe do świadomego opanowania. Wypróbować odwracanie uwagi lub przekierowanie zainteresowania na inny temat.
„straszenie” lekarzem bądź szpitalem, grożenie pogorszeniem samopoczucia	Lepiej używać języka korzyści np. <i>myślę, że byłoby dobrze, żebyś był/a pod kontrolą lekarza; leki poprawią twoje samopoczucie/przyniosą ci ulgę.</i>
oczekiwanie logicznych wyjaśnień w przypadku nieracjonalnego zachowania (dotyczy osób z demencją)	Rezygnowanie z zadawania pytań i prób o zmianę zachowania, a tym samym z oczekiwań, aby chory powiedział dlaczego coś zrobił np. wyrzucił dokumenty, zdjął ubranie, schował jedzenie.
szybkie przekazywanie informacji lub wydawanie poleceń	Starajmy się mówić spokojnie i raczej krótkimi zdaniami. Nie wprowadzajmy różnych wątków. Wbrew pozorom, pośpiech nie zaoszczędzi nam czasu.
strofowanie, upominanie w przypadku zaburzeń pamięci i koncentracji uwagi np. <i>skup się, jak możesz nie pamiętać, postaraj się, czy ty w ogóle mnie słuchasz</i>	Spróbujmy użyć łagodniejszych sformułowań: – <i>Temat nie jest nowy, ale powiem jeszcze raz.</i> – <i>Pytasz po raz kolejny, bo chcesz się upewnić, co miałeś zrobić?</i> – <i>Może za dużo na raz, wobec tego powtórzę po kolei.</i>
pretensje, że chory czegoś nie zrobił	Możemy być niezadowoleni i zdenerwowani ale prawdopodobnie nie pamiętał, zapomniał. Lepiej po prostu przemilczeć tę kwestię.
przekonywanie do swojego stanowiska w jakiejś sprawie (nie dotyczy kwestii zagrażających zdrowiu i życiu)	Jeśli bliski się upiera i nie chce zmienić zdania, skoncentrujmy się na znalezieniu przyczyny. Kiedy zidentyfikujemy powód, może być łatwiej pokonać sprzeciw.

JAK BYWA PRZEWAŻNIE	JAK MOŻNA INACZEJ
porządk i wyrzucanie „niepotrzebnych rzeczy”	Jeżeli zgromadzone przedmioty (ubrania, pamiątki, gazety, itp.) nie stwarzają dla nikogo zagrożenia, a pozbycie się ich wynika głównie z naszej potrzeby, pozwólmy bliskiemu zachować je w swojej przestrzeni, nawet jeśli z naszego punktu widzenia są nieprzydatne albo „nowe byłyby lepsze”.
wyręczenie	Pozwólmy, aby bliski robił to, co chce, może i jest bezpieczne, nawet jeśli wykona coś wolniej i niedokładnie. Jeżeli trzeba poprawić – nigdy nie róbmy tego ostatecznie. Samodzielność ułatwi nam opiekę.
umniejszanie stanom smutku, przygnębienia, braku motywacji	Jeżeli słaba kondycja psychiczna utrzymuje się dłużej, niezbędna jest konsultacja lekarska. Starość nie musi być smutna.
„zmuszanie” do treningu pamięci	Kiedy bliski ma demencję, dobranie odpowiedniego zestawu zadań jest trudne. Warto próbować, ale jeśli nie chce ćwiczyć, denerwuje się – zrezygnujmy, spróbujmy później lub poszukajmy czegoś bardziej odpowiedniego.
przypisywanie zachowaniu „złośliwej” intencji, robienia na przekór	Jeśli bliski nie ma zaburzeń poznawczych, postarajmy się w problemowym zachowaniu zobaczyć potrzebę, którą próbuje w ten sposób zaspokoić. Jeśli podobne zachowania obserwowaliśmy już w odległej przeszłości, może należy przypisać je charakterowi, ale wtedy trudniej oczekiwać zmian. Jeśli bliski ma demencję, traci kontrolę nad zachowaniem i perswazja nie będzie skuteczna.
spór o picie wody	Spróbujmy, jeśli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, podawać inne płyny – kompoty, wodę z sokiem, kisiel, herbatę, od czasu do czasu napój gazowany. Włączmy więcej zup, warzyw i owoców. Jeszcze uwaga – osoby starsze chętniej piją, kiedy szklanka nie jest pełna.
radykalne zmiany w diecie	Jeśli nie ma powodu do natychmiastowej zmiany diety, nowe nawyki żywieniowe wprowadzajmy powoli oraz w ograniczonym zakresie.
mówienie jak do dziecka	Chociaż możemy mieć wrażenie, że nasi bliscy są jak dzieci, to dziećmi nie są. Miejmy na uwadze fakt, że zachowali swoją tożsamość, chociaż role uległy zmianie.
krytykowanie zwyczajów	Próbujmy zrozumieć przyzwyczajenia i nawyki naszych bliskich. Dla każdego z nas, co innego jest ważne. Raczej nie lubimy, kiedy narzuca się nam inny styl życia.
traktowanie chorego z demencją według zasad osób zdrowych	Starajmy się: dostosować do chorego, reagować spokojnie (nasze emocje potęgują jego niepokój), rozumieć, że zachowanie jest skutkiem choroby (napominanie, krytykowanie czy prośby, nie przyniosą oczekiwanego rezultatu).

Wspieranie samodzielności i pobudzanie aktywności podopiecznego

Jedną z najważniejszych potrzeb osób starszych jest zachowanie samodzielności dlatego pomagamy jedynie w tych czynnościach, z którymi sami sobie nie radzą. Chociaż niełatwo znaleźć zajęcie dla niesamodzielnej osoby starszej, tym bardziej dla osoby z demencją, możemy przez długi czas angażować ją w różne prace domowe i zwykłe codzienne czynności, takie jak: troszczenie się o porządek, pomoc przy przygotowywaniu posiłków, dbanie o higienę osobistą i garderobę. Każda, nawet najdrobniejsza aktywność, daje poczucie bycia potrzebnym i mniej zależnym od innych.

Czym zająć bliskich

- oglądanie starych fotografii, gazet, przedmiotów codziennego użytku itp. – przywoływanie przeżyć i wspomnień z przeszłości – *terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa)*,
- oglądanie albumów, książek z ilustracjami, czasopism (powinny nawiązywać do zainteresowań, hobby, znanych wydarzeń, osób lub miejsc),
- słuchanie i śpiewanie (najlepiej wspólne) znanych i lubianych piosenek z okresu młodości, dzieciństwa,
- drobne naprawy i prace domowe: ścieranie kurzu, obieranie warzyw, wycieranie naczyń, nakrywanie do stołu, robienie kanapek, podlewanie roślin, szycie, cerowanie, porządkowanie itp. **ważne:** starajmy się nie oceniać i nie poprawiamy w sposób widoczny dla podopiecznego,
- prucie dzianin, zwijanie nici w kłębek,
- składanie prania,
- sortowanie np. guzików lub rozdzielanie zmieszanych gatunków fasoli,
- segregowanie papierów, ulotek reklamowych,
- gry planszowe, karty, puzzle dla dorosłych,
- dostosowane zestawy ćwiczeń pamięci (nie za łatwe/nie za trudne),
- rysowanie, kolorowanie,
- wydzieranie/wycinanie ilustracji z gazet (określmy temat),
- głośne czytanie.

Co może pomóc w aktywności

- prawo do wyboru i decyzji, w tym do odmowy,
- pozostawienie czasu na decyzję,
- zrobienie czegoś wspólnie,
- ograniczanie krytyki,
- zauważanie i docenianie starań.
- ułatwianie, dostosowywanie, stwarzanie możliwości,
- pokazywanie, demonstrowanie.

Mieszkanie chorego – jak przystosować otoczenie do potrzeb starszej, chorej osoby

Przystosowanie mieszkania zależy od kondycji fizycznej podopiecznego, etapu choroby i nasilenia objawów. Zmiany należy wprowadzać stopniowo, ale jak najwcześniej. W ten sposób ograniczymy skumulowanie nadmiarowego stresu w czasie, kiedy sprawowanie opieki stanie się bardziej angażujące.

Dla komfortu i bezpieczeństwa obu stron należy zadbać, aby w otoczeniu znajdowały się sprzęty i przedmioty, które chory zna i lubi, a cała przestrzeń została pozbawiona potencjalnych zagrożeń.

»»» CO WARTO ZROBIĆ:

- meble przestaw bliżej ścian, pozostawiając jak najwięcej wolnej przestrzeni;
- usuń lub napraw niestabilne sprzęty;
- zrezygnuj z dywanów i chodników lub przymocuj je do podłogi;
- umieść wyżej lub wynieś drobne i łatwo tłukące się przedmioty;
- zablokuj lub zdemontuj wszystkie wewnętrzne zamknięcia i zasuwki, aby uniknąć przypadkowego zatrzaśnięcia się;
- klucze i dokumenty przechowuj w miejscu niedostępnym dla chorego;
- leki, środki chemiczne, ostre narzędzia, zapalniczki i urządzenia elektryczne umieść w zamykanej szafce;
- schowaj korki do wanny, umywalki, zlewu (aby uniknąć zalania mieszkania);
- zapewnij jak najwięcej światła dziennego i wybieraj żarówki o ciepłym odcieniu;
- łóżko (wyposażone w materac przeciwodleżnykowy, jeśli jest taka konieczność) powinno być dostępne z obu stron i dostosowane do wzrostu chorego oraz opiekuna;
- stosuj kontrastowe kolory wśród przedmiotów codziennego użytku (w starości słabnie wzrok, a demencja powoduje zawężenie pola widzenia i zmianę percepcji kolorów);

»»» POMOCNE WYPOSAŻENIE:

- zabezpieczenia dostępu do gazu, gniazdek elektrycznych i zaworów wody;
- małe lampki umieszczone bezpośrednio w kontaktach, oświetlające trasę do łazienki, kuchni;
- w łazience niezbędna jest mata antypoślizgowa i uchwyty na ścianach, także w toalecie; przydatna będzie także ławeczka na wannę;
- zabezpieczenia okien, drzwi balkonowych i drzwi wejściowych (chory może pomylić wyjścia lub opuścić mieszkanie);
- telefon z dużymi przyciskami;
- czytelny zegar i kalendarz w pokoju chorego;

»»» PÓŹNIEJ:

- zastoń lub usuń lustra i szklane powierzchnie wewnątrz mieszkania (jeśli chory nie rozpoznaje siebie);

- wyeliminuj przedmioty rzucające duże i wyraźne cienie (mogą wywołać niepokój);
- usuń ciemne i wzorzyste dywany (najlepiej jeśli podłoga jest jednolita i matowa);
- przymocuj naklejki z napisami lub/i obrazkami na drzwiach, szafkach i szufladach, informujące o ich przeznaczeniu.

ROZDZIAŁ 5

Pomoc instytucjonalna w opiece nad niesamodzielnym bliskim

• Dom Pomocy Społecznej (DPS)

Z DPS-ów mogą korzystać osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w innej formie.

»» WYMAGANA DOKUMENTACJA:

- **zgoda** osoby zainteresowanej i jej pisemny wniosek,
- **bez zgody** osoby kierowanej – postanowienie sądu,
- wniosek opiekuna prawnego posiadającego postanowienie sądu zezwalające na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej.

»» PROCEDURA:

krok 1: wniosek

złożenie w ośrodku pomocy społecznej wniosku o umieszczenie w DPS oraz zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego taką konieczność, a w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, dodatkowo zaświadczenia lekarza psychiatry i psychologa;

krok 2: wywiad

pracownik socjalny przeprowadza z wnioskodawcą lub opiekunem prawnym wywiad środowiskowy i ustala sytuację osobistą, dochodową i rodzinną; następnie przeprowadza wywiady z krewnymi (współmałżonkiem, dziećmi, wnukami itd.), w celu ustalenia wysokości opłaty za pobyt;

krok 3: decyzja

akta sprawy, razem ze stanowiskiem ośrodka pomocy społecznej, przekazywane są do Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie gdzie wydawana jest decyzja administracyjna o skierowaniu lub odmowie skierowania do domu pomocy społecznej.

»» KOSZT POBYTU:

- mieszkaniec płaci nie więcej niż 70% dochodu miesięcznie;
- koszt ponosi mieszkaniec i/lub małżonek, zstępni przed wstępnymi;
- jeśli rodzina nie może pokryć całości opłat, pozostały koszt ponosi gmina.

• Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (ZOL)

Z placówki mogą korzystać pacjenci wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel), otrzymali **40 punktów lub mniej**.

»»» DOKUMENTACJA I PROCEDURA:

krok 1: złożenie wniosku o wydanie skierowania do ZOL;

krok 2: skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (rodzinny, w szpitalu, poradni);

krok 3: wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie;

krok 4: badanie skalą Barthel (lekarz, pielęgniarzka);

krok 5: przekazanie wymaganych dokumentów do ZOL-u i oczekiwanie na miejsce.

»»» KOSZT POBYTU:

250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa, niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta.

»»» ŚWIADCZENIA:

opieka zdrowotna – lekarz, pielęgniarzka, podstawowa rehabilitacja ogólna, psycholog, leczenie farmakologiczne i dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne (zgodnie z przepisami), terapia zajęciowa, edukacja w zakresie samoopieki w warunkach domowych.

• Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM)

Dzienny Dom jest przeznaczony dla:

- osób niesamodzielnych, w szczególności dla osób powyżej 65 lat, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarzkiego (stacjonarnie);
- pacjentów wymagających świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów;
- pacjentów bezpośrednio po hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarzkiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej;
- pacjentów, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którzy w czasie ostatnich 12 miesięcy przebyli leczenie szpitalne.

»»» DOKUMENTACJA I PROCEDURA:

– skierowanie i karta oceny poziomu samodzielności (skala Barthel);

– skierowanie wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz w szpitalu;

- czas pobytu jest ustalany indywidualnie: od 30 do 120 dni – w dni powszednie, od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-16:00.

»»» ŚWIADCZENIA:

opieka zdrowotna, wyżywienie (dwa posiłki), zajęcia dodatkowe

»»» KOSZT POBYTU:

pobyt pacjenta i wszystkie świadczenia są bezpłatne

• **Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa**

Opieka dedykowana jest obłożnie i przewlekle chorym, którzy wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgniarskiej w domu.

»»» KRYTERIA UZYSKANIA OPIEKI:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- karta oceny według skali samodzielności Barthel, wystawiona przez lekarza i pielęgniarkę,
- zgoda świadczeniobiorcy lub rodziny, opiekuna.

»»» ŚWIADCZENIA:

- opieka odbywa się nie mniej niż 4 razy w tygodniu; czas wizyty: 1-1,5 godz. lub według planu pielęgnowania,
- dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00; w medycznie uzasadnionych przypadkach – codziennie.

• **Opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie**

Dodatkowym rodzajem opieki domowej jest wsparcie pacjentów wentyloowanych mechanicznie (niewymagających hospitalizacji, lecz stałego nadzoru oraz profesjonalnej pomocy i pielęgnacji).

• **Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS)**

Przykładowe formy pomocy:

- zasiłki: stałe, okresowe, celowe, specjalne zasiłki celowe;
- posiłki;
- pomoc rzeczowa;
- poradnictwo prawne, socjalne, psychologiczne;
- **usługi opiekuńcze o charakterze gospodarczym** (np. sprząatanie, pranie, zakupy, przygotowanie posiłku, pomoc w spożywaniu posiłku i umyciu się, załatwianie spraw urzędowych);
- **specjalistyczne usługi opiekuńcze w zakresie pielęgnacji** (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, zmiana pampersa, zapobieganie odleżynom, rozkładanie leków, podanie posiłku, zmiana bielizny, zmiana opatrunków);
- **specjalistyczne usługi opiekuńczo-readaptacyjne** (przeznaczone dla osób po 60 r.ż., które na skutek zaburzeń psychicznych np. depresji, otępienia, wymagają pomocy i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu);

- **specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi** (asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, zdrowotnych, pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi);
- kompletowanie dokumentów do Domów Pomocy Społecznej.

- **Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie (WCPR)**

Do Centrum można zwrócić się m.in. w celu:

- uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności (sprawę załatwia się w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności);
- uzyskania dofinansowania dla osób z niepełnosprawnością ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON);
- skierowania do domu pomocy społecznej (DPS).

- **Państwowy Fundusz ds. Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)**

Ze środków Funduszu można uzyskać dofinansowanie:

- sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- likwidacji barier architektonicznych;
- likwidacji barier w komunikowaniu się i barier technicznych;
- turnusów rehabilitacyjnych.

Niepełnosprawność jest także tytułem do korzystania z różnych ulg, zniżek i uprawnień.

Wybór domu pomocy społecznej lub prywatnego domu opieki

Niestety, żaden specjalista nie zna właściwej odpowiedzi na pytanie, kiedy opieka w domu przestaje być wystarczająca. Podjęcie decyzji jest zawsze sprawą indywidualną i bardzo trudną, również z powodu przekonania, że w ten sposób wyrządzymy naszemu podopiecznemu krzywdę.

Jeśli podejmiemy decyzję o znalezieniu miejsca, które może zapewnić bliższemu właściwe warunki opiekuńczo-rehabilitacyjne, warto zwrócić uwagę na następujące przesłanki, które pomogą w wyborze takiej placówki:

- czy zależy nam na lokalizacji położonej blisko miejsca zamieszkania;
- kto pokryje koszty opieki;
- czy wybrane miejsce posiada zezwolenie wojewody na prowadzenie działalności;
- czy zapewnia specjalistyczną opiekę dla chorych z demencją (np. chorobą Alzheimera);
- czy podopieczny będzie mógł tam pozostać, jeśli jego stan zdrowia się pogorszy oraz, czy spowoduje to wzrost kosztów;
- czy ośrodek zapewnia całodobową opiekę pielęgniarzką oraz ilu pensjonariuszy przypada na jedną pielęgniarkę/pielęgniarską (wg przepisów *maksymalnie 20*) i na jedną opiekunkę/opiekuna;

- jak prowadzona jest dokumentacja dotycząca stanu zdrowia, leczenia, badań itp.;
- czy przewidziane są dodatkowe opłaty (*np. za dowóz do lekarza, leki, пам-persy, podkłady, materac, spacery, rehabilitacja*) oraz jakie są zasady rozliczeń i podwyżek;
- czy na miejscu jest lekarz (jeśli nie – z jaką częstotliwością odbywają się wizyty oraz jak zorganizowane są wizyty u lekarzy specjalistów *np. okulista, dentysta*);
- czy i w jaki sposób monitoruje się ból u pacjentów;
- czy w łazience, w pokoju znajduje się przycisk umożliwiający wezwanie pomocy;
- jakie są możliwości i ograniczenia dotyczące odwiedzin;
- czy podopieczny może zabrać ze sobą ulubione sprzęty, pamiątki itp.
- jak wygląda organizacja czasu wolnego i czy uczestnictwo w zajęciach jest obowiązkowe;

Transport podopiecznego

Rodzaje transportu

- **transport osób z niepełnosprawnością**

Osoby z niepełnosprawnością (znaczną lub umiarkowaną, ruchową i umysłową) mogą podróżować samodzielnie, z opiekunem, lub psem przewodnikiem. Przewóz odbywa się w systemie „od drzwi-do drzwi” do 20 km od granic Warszawy. Opłata za przejazd jest zryczałtowana.

- **transport sanitarny bezpłatny**

Dotyczy pacjentów wymagających podjęcia natychmiastowego leczenia w innej placówce leczniczej, kontynuacji i zachowania ciągłości leczenia, z dysfunkcją narządu ruchu, która uniemożliwia im skorzystanie ze środków transportu publicznego (bez względu na schorzenie). Do przejazdu uprawnia zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

- **transport sanitarny współfinansowany**

Dotyczy pacjentów zdolnych do samodzielnego poruszania, ale wymagających pomocy przy korzystaniu ze środków transportu publicznego lub pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. NFZ pokrywa 40% kosztów. Do przejazdu uprawnia zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

- **transport sanitarny w POZ (podstawowa opieka zdrowotna)**

Obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta do świadczeniodawcy i z powrotem.

Przysługuje w następujących sytuacjach:

- kiedy zachodzi konieczność leczenia w innej placówce leczniczej (ambulatoryjnej);

- dla zachowania ciągłości leczenia;
- przewozu z miejsca zamieszkania do szpitala;
- przewozu z miejsca zamieszkania w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z leczenia prowadzonego przez lekarza POZ.

Skierowanie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Zasady odpłatności są takie same, jak w przypadku transportu sanitarnego bezpłatnego/współfinansowanego.

- **transport sanitarny „daleki” w POZ** (podstawowa opieka zdrowotna)

Pacjent może skorzystać z transportu w następujących przypadkach:

- w związku z korzystaniem, z przyczyn losowych, ze świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju,
- w związku z leczeniem na terenie Polski, kiedy z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi skorzystać ze świadczeń oddalonych od miejsca zamieszkania o więcej niż 120 km, a ogólny stan zdrowia nie pozwala mu na samodzielne dotarcie do poradni.

Aby skorzystać z transportu należy wystąpić z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, do którego należy pacjent.

- **taksówka dla Powstańca**

Powstańcy Warszawscy zarejestrowani w bazie Muzeum Powstania Warszawskiego oraz osoby towarzyszące mogą korzystać z 10 bezpłatnych przejazdów na terenie miasta w miesiącu. Przewoźnik posiada umowę zawartą z m.st. Warszawa.

Wybrane kwestie prawne – pełnomocnictwo i ubezwłasnowolnienie

Sprawy prawne są zawsze tematem delikatnym i wymagającym dużo wyuczucia. Jednak warto przemyśleć je z wyprzedzeniem.

- **Pełnomocnictwo**

Kiedy zauważymy, że nasi bliscy mają kłopoty ze zrozumieniem formalnego języka albo z dotarciem do urzędu czy banku, warto zostać ich pełnomocnikiem.

Do niedawna wystarczało pełnomocnictwo w zwykłej formie pisemnej. Obecnie wiele instytucji, urzędów i banków wymaga pełnomocnictw notarialnych lub, co najmniej z notarialnie poświadczonym podpisem.

Pełnomocnictwo ogólne upoważnia do reprezentowania przed instytucjami, osobami fizycznymi i prawnymi, organami administracji rządowej i samorządowej, urzędami, w tym urzędami skarbowymi, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Narodowym Funduszem Zdrowia w sprawach, które nie przekraczają tzw. zwykłego zarządu, czyli codziennych, bieżących.

Ten rodzaj pełnomocnictwa **nie dotyczy** m.in.: kupna, sprzedaży, darowizny, najmu nieruchomości, spadku, prawa użytkowania wieczystego.

WAŻNE:

- Kiedy fizyczny stan zdrowia chorego uniemożliwia dowiezenie go do kancelarii, notariusz może świadczyć swoje usługi również w domu lub w szpitalu.
- Pełnomocnictwo w każdej chwili może zostać odwołane.

• Ubezwłasnowolnienie

Ubezwłasnowolnienie to rodzaj **zabezpieczenia osoby chorej** przed podjęciem niekorzystnej decyzji we własnej sprawie, która może narazić ją na poważne konsekwencje zdrowotne, prawne albo finansowe.

Ubezwłasnowolnienie częściowe i całkowite – różnice i procedury

- **częściowe** – polega na tym, że osoba ubezwłasnowolniona sama dokonuje czynności prawnych, ale do ich ważności potrzebuje zgody **kuratora**. Decyzje dotyczące drobnych spraw życia codziennego może podejmować samodzielnie. Natomiast kurator, we wszelkich ważniejszych sprawach, powinien uzyskiwać zezwolenia sądu opiekuńczego.
- **całkowite** – pozbawia osobę ubezwłasnowolnioną możliwości dokonywania czynności prawnych, a we wszystkich sprawach reprezentuje ją **opiekun prawny** wyznaczony przez sąd. We wszystkich ważnych sprawach dotyczących osoby lub majątku np. umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej czy sprzedaży mieszkania, opiekun prawny potrzebuje zgody sądu opiekuńczego.

Procedura

krok 1: wystąpienie z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie częściowe lub całkowite

Do wniosku należy dołączyć m.in: dokumenty potwierdzające pokrewieństwo, zaświadczenia lekarskie, informację, czy osoba chora sama stawi się w sądzie, czy potrzebne będzie przybycie biegłego do domu. Można również dołączyć dokumentację medyczną i prośbę o zwolnienie z opłaty urzędowej.

krok 2: złożenie wniosku wraz z dokumentami

Przygotowany i opłacony wniosek składa się w sądzie okręgowym.

krok 3: rozprawa i opinia biegłych

Przed wydaniem postanowienia przez sąd, chory musi zostać zbadany przez biegłego psychiatrę. Po zapoznaniu się z opinią biegłego i analizie dokumentacji, sąd podejmuje decyzję o częściowym lub całkowitym ubezwłasnowolnieniu. Orzeczenie wydawane jest na czas nieokreślony. Sąd może w każdej chwili je uchylić oraz zmienić z całkowitego na częściowe lub odwrotnie.

Średni czas oczekiwania na rozpatrzenie wniosku to około 3-4 miesiące, w zależności od miejsca zamieszkania.

WAŻNE:

Lekarz nie stwierdza, że dana osoba ma zostać ubezwłasnowolniona, jego zadaniem jest napisanie rozpoznania, które wskazuje (lub nie) na zaburzenia czynności psychicznych.

Kurator i opiekun prawny

Opiekunem lub kuratorem może zostać osoba pełnoletnia, która korzysta z pełni praw publicznych i nie była karana za przestępstwo popełnione umyślnie. Wymagana jest również nieposzlakowana opinia i stan zdrowia pozwalający na pełnienie tej funkcji.

Obowiązkiem kuratora i opiekuna prawnego jest dbanie o interesy podopiecznego, zapewnienie środków do życia i opieki lekarskiej, ale bez obowiązku ponoszenia nakładów i wydatków na rzecz podopiecznego.

Opiekun i kurator musi składać sądowi sprawozdania dotyczące podopiecznego oraz rachunki z zarządu jego majątkiem.

Opiekun prawny lub kurator jest najczęściej wybierany z kręgu najbliższych członków rodziny.

ROZDZIAŁ 6

Wypalenie i depresja opiekuna

Niepokój, osłabienie, zmęczenie, spadek motywacji, przygnębienie to najczęstsze, choć nie jedyne symptomy przewlekłego stresu, którego doświadczają opiekunowie. Nagromadzone napięcie oraz brak możliwości i umiejętności rozładowania skumulowanych emocji to prosta droga do wypalenia.

Zespół wypalenia opiekuna jest rozciągniętym w czasie procesem, prowadzącym do całkowitego wyczerpania, załamania i depresji, a w rezultacie niezdolności do dalszego sprawowania opieki.

Etapy wypalenia

etap I – ostrzegawczy

W tej fazie opiekunom najczęściej towarzyszy pogłębiające się zmęczenie. Pojawiają się bóle głowy, pleców, żołądka itp., drętwienia, kołatanie serca, problemy z nadciśnieniem, uczucie wewnętrznego napięcia i rozdrażnienie. Można powiedzieć, że na tym etapie przeciążenia, oprócz najbardziej widocznych reakcji ciała, zauważalne staje się jeszcze obniżenie nastroju – pesymizm, poczucie przytłoczenia, a także problem ze snem.

Niestety, opiekunowie bardzo często bagatelizują te objawy i zaniedbują odpoczynek. Zwykle stawiają sobie wysokie wymagania i wkładają dużo energii by im sprostać. Niepostrzeżenie przyzwyczajają się do stanu, w jakim się znaleźli i nie przeciwdziałają rozwojowi wypalenia.

etap II – narastanie

Utrzymują się i nasilają objawy z pierwszego etapu. Zwiększa się nerwowość i niezadowolenie z siebie przy jednoczesnym wrażeniu, że jest się niezastąpionym. Można już zaobserwować problemy z koncentracją i pamięcią. W połączeniu z poczuciem beznadziejności i niekompetencji, męczące staje się podejmowanie decyzji. Ze względu na coraz większe wyczerpanie organizmu, coraz trudniej sprostać obowiązkom. Opiekun zaniedbuje własne potrzeby, a także może obojętnieć wobec potrzeb podopiecznego, co nieuchronnie generuje poczucie winy.

etap III – wypalenie się sił

W trzecim etapie opiekun doświadcza dużego cierpienia. Oprócz braku sił fizycznych, często towarzyszy mu poczucie wewnętrznej pustki i trwania w sytuacji

bez wyjścia. Sen nie daje wypoczynku. Pojawia się niechęć do kontaktów towarzyskich. Zwykle bardzo pogarsza się stan zdrowia, występują chroniczne objawy bólowe, przewlekłe infekcje, dolegliwości związane ze stawami, kręgosłupem oraz pogłębiające się osłabienie. Problemy z apetytem, bezsenność, rozdrażnienie, lęk, zniechęcenie, wybuchy złości – to także, nieodłączne elementy codzienności opiekuna u kresu sił. Rośnie poczucie krzywdy, nasilają się konflikty, a codzienność przytłacza. Uzewnętrznia się niechęć i chłód emocjonalny wobec podopiecznego, a nawet zobojętnienie, wycofanie z kontaktu i chęć ucieczki. W pewnym momencie zostają wyczerpane zasoby sił i energii, którymi dysponował opiekun i nadchodzi załamanie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Opiekun nie jest już w stanie opiekować się bliskim.

Redukowanie napięcia i skutków stresu – odpowiedzi

Wiele osób interpretuje przedłużające się objawy stresu jako przemijającą niedyspozycję, czy nawet lenistwo. Tymczasem przewlekły stres może spowodować poważne skutki zdrowotne np. w postaci depresji i nerwicy, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, a także zespołów bólowych nieokreślonego pochodzenia (najczęściej napięciowe bóle głowy oraz kręgosłupa). Przewlekły stres nadwyręża także układ odpornościowy. Osoba z takimi objawami może być błędnie diagnozowana w kierunku różnych schorzeń, podczas gdy przyczyna leży w jej psychice i okolicznościach życia. Stresu nie da się uniknąć, szczególnie w opiece, dlatego celem powinno być znalezienie własnych, skutecznych sposobów redukowania napięcia – bezpiecznych i nie raniących innych.

W jaki sposób opiekun może się zrelaksować i zregenerować

Przede wszystkim warto od samego początku, kiedy opieka nie jest jeszcze skrajnie obciążająca, wprowadzać regularne przerwy na odpoczynek – zadbać o czas i przestrzeń tylko dla siebie. Wypracowanie nawyku wytchnienia od ciężkiego pozostawania w gotowości, pomoże w regeneracji sił.

Metodę radzenia sobie ze stresem, powstającym na skutek sprawowania długoterminowej opieki, trzeba dopasować do swojego temperamentu i upodobań. Jedni będą potrzebować więcej wyciszenia, inni aktywnego rozładowania nagromadzonego napięcia.

Zatem, jak się odprężyć?

1. **Ćwiczenia oddechowe** – ponieważ w reakcji na stres nasz oddech przyspiesza i staje się płytszy, warto zrównoważyć ten proces i jednocześnie uspokoić organizm. W tym celu można wykonać np. 5-6 powolnych, niezbyt głębokich oddechów, najlepiej przez nos.

2. **Trening Jacobsona** – stres i lęk powodują wzmożone napięcie mięśni. Zredukowanie tego napięcia przekłada się na obniżenie poziomu stresu. Autorem formy relaksacji polegającej na napinaniu i rozluźnianiu poszczególnych partii ciała jest Edmund Jacobson, psychiatra amerykański.

3. **Trening autogenny Schultza** – wykorzystanie elementów tej metody pozwoli na samodzielne wprowadzenie się w stan dający odprężenie, zbliżony do medytacji. Trening polega na przywołaniu w wyobraźni przyjemnej scenerii i skupianiu się na odczuciu ciepła i ciężkości w poszczególnych częściach ciała. Metodę opracował psychiatra i psychoterapeuta niemiecki, Johannes Schultz.

4. **Trening uważności, czyli Mindfulness** – ideą treningu jest kierowanie uwagi na to, czego doświadczamy w chwili obecnej. Jedno z ćwiczeń opiera się o tzw. zasadę czterech zmysłów, czyli w stresującej sytuacji koncentrujemy się kolejno na tym, co widzimy, co słyszymy, jakie zapachy do nas docierają oraz jakie doznania płyną z powierzchni naszego ciała. Takie zadanie dla naszych zmysłów spowoduje odbarczenie umysłu, który zazwyczaj zajmuje się analizą problemów.

5. **Obserwacja myśli** – pozwala zauważyć jak myśli wpływają na nasze odczucia. Kontrolowanie ich kierunku pomaga się uspokoić i zatrzymać spiralę rozpamiętywania.

6. Umiarkowana aktywność fizyczna – skutecznie rozładowuje skumulowane napięcie np. spacer lub szybki marsz, siłownia plenerowa, taniec, sprzątanie.

7. Zajęcie się czymś, co sprawia przyjemność.

8. Rozpoznawanie okoliczności, które wywołują stres i w miarę możliwości, unikanie ich.

9. Stawianie sobie realistycznych celów.

10. Szukanie i przyjmowanie pomocy.

Doraźnie pomagają:

- przerwanie kontaktu – jeżeli nie możesz wyjść z pomieszczenia, wykonaj chociaż niewielki ruch – wstań, zrób parę kroków, podejdz do okna;
- oddech – trzykrotnie zaczerpnij powietrza i policz do trzech – znana i skuteczna metoda, mimo że niedoceniana.

Jeśli bliski zrobił coś, co nas zdenerwowało lub znowu o czymś zapomniał, **pomyślny** że przyczyną zaistniałej sytuacji jest choroba, na którą nie ma wpływu.

np. *Nie zrobił tego specjalnie. Tak się zdarza w tej chorobie. Nie potrafi zachować się inaczej.*

Kiedy oddajemy się opiece, a nawet poświęcamy bliskiemu („bo tak trzeba”, „bo to mój obowiązek”), warto popracować nad zmianą postrzegania swojej sytuacji w kontekście równowagi pomiędzy naszymi prawami i potrzebami, a potrzebami podopiecznego.

np. *Mam prawo do własnego życia. Mam swoje potrzeby. Nie wszystko zależy ode mnie.*

Troszcząc się o bliskich, nie zapomnij o sobie!

