

BLISKO BLISKICH

Wskazówki dla nieformalnych opiekunów osób starszych
pomocne w codziennej opiece



projekt finansuje
miasto stołeczne
Warszawa

S SYNTONIA
STOWARZYSZENIE

 **PORADNIK ZOSTAŁ WYDANY
DZIĘKI FINANSOWANIU ZE ŚRODKÓW
M.ST. WARSZAWY**



projekt finansuje
miasto stołeczne
Warszawa

Od 2012 roku **Stowarzyszenie Syntonia** pomaga seniorom oswajać się ze starością oraz specjalizuje się we wspieraniu i przychodzeniu z pomocą rodzinom i bliskim sprawującym opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi.

Zespół tworzą profesjonaliści z zakresu gerontologii, psychologii starzenia się i starości oraz opieki nad osobami starszymi.

Z naszego dorobku i doświadczenia korzystają opiekunowie, seniorzy, pracownicy organizacji pozarządowych i instytucji, a także wolontariusze i studenci.

Formy działalności Stowarzyszenia to: konsultacje, szkolenia, warsztaty psychoedukacyjne, wykłady, seminaria, grupy wsparcia, supervizje oraz treningi funkcji poznawczych i przesiewowe badania pamięci.

Od 2020 roku, we współpracy z m.st. Warszawą, prowadzimy bezpłatny **Punkt Informacji i Wsparcia** dla opiekunów nieformalnych niesamodzielných osób starszych w wieku 60+.

Właśnie z myślą o osobach starszych oraz ich najbliższym otoczeniu realizujemy autorskie, stale doskonalone i komplementarne wobec siebie programy: wzmacniający kompetencje i kondycję opiekunów projekt „**Blisko Bliskich**” oraz „Senior blisko Siebie”, zajmujący się zagadnieniami profilaktyki zaburzeń funkcji poznawczych i depresji u osób starszych.

 **SYNTONIA**
STOWARZYSZENIE

 **KONTAKT:**

www.wsparcieopiekunow.waw.pl

www.syntonia.org.pl

e-mail: wsparcieopiekunow@gmail.com

BLISKO BLISKICH

Wskazówki dla nieformalnych opiekunów osób starszych
pomocne w codziennej opiece



OPRACOWANIE:

Izabela Cymer

Ewa Drop

Warszawa, 2025

SPIS TREŚCI

WSTĘP	3
ROZDZIAŁ 1	5
Opieka nieformalna (rodzinna) – krótkie wprowadzenie	5
Co robić, kiedy stajemy się opiekunami	6
Wypalenie i depresja opiekuna	12
Redukowanie napięcia i skutków stresu – podpowiedzi	14
ROZDZIAŁ 2	17
Starość i starzenie się – wybrane tematy	17
Depresja osób starszych	20
Relacje z bliską osobą starszą, w tym z bliskim z zaburzeniami neuropoznawczymi (demencją) o różnym nasileniu	25
ROZDZIAŁ 3	28
Zaburzenia pamięci i demencja – przyczyny, objawy, rodzaje zaburzeń neuropoznawczych, leczenie	28
Trudności w opiece nad chorym z demencją	39
Nierozstrzygnięta strata	46
Zasady skutecznej komunikacji z osobą z demencją	47
ROZDZIAŁ 4	49
Wspieranie samodzielności i pobudzanie aktywności podopiecznego	49
Dom przyjazny podopiecznemu	50
ROZDZIAŁ 5	53
Pomoc instytucjonalna w opiece nad niesamodzielnym bliskim	53
Wybór domu pomocy społecznej lub prywatnego domu opieki	67
Transport podopiecznego	68
Wybrane zagadnienia prawne – pełnomocnictwo i ubezwłasnowolnienie	72
ROZDZIAŁ 6	76
Przemieszczanie i zmiana pozycji podopiecznego	76
Odleżyny – przyczyny, profilaktyka, leczenie	85
Pierwsza pomoc przedmedyczna	89
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	91

WSTĘP

Oddajemy w Państwa ręce uzupełnioną i zaktualizowaną wersję publikacji, której pierwsze wydanie ukazało się w 2020 roku.

Praca powstała dzięki dofinansowaniu ze środków m.st. Warszawy, 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.

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/niefORMALNEGO.

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. Z tego powodu, wielu z nas, sprawując opiekę nad bliskim nie utożsamia się jedynie z określeniem „opiekun”, ale traktuje swoją rolę jako naturalną kolej rzeczy, powinność czy pokoleniowe zobowiązanie wobec starzejących się rodziców i krewnych.

Utrata samodzielności osoby bliskiej przeważnie postępuje stopniowo, z różnych przyczyn, w niejednakowym tempie, obejmuje rozmaite obszary życia, w których niezbędne staje się wsparcie. Często powodem podjęcia opieki jest przebyty udar, choroba przebiegająca z objawami demencji, złamanie powstałe po upadku, zaostrzenie choroby przewlekłej czy osłabienie związane z wiekiem.

Obciążenie, jakiego doświadcza opiekun, jest zawsze wielowarstwowe i narastające. Początkowe odwiedziny, robienie większych zakupów i częste rozmowy telefoniczne, z czasem mogą się przekształcić 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 nie jesteśmy gotowi.

Próba jest tym większa, im bardziej tracimy bliskiego w wyniku choroby, która objawia się utratą pamięci i demencją.

Co robić, kiedy stajemy się opiekunami

Bliscy nieuchronnie się starzeją, tracą samodzielność, a wtedy realia nas zaskakują: „stajemy się opiekunem”. Zazwyczaj przyjmujemy tę rolę i obowiązek, nie zdając sobie w pełni sprawy ze zbliżającego się obciążenia. Rozpoczynamy okres naszego życia, do którego nie jesteśmy przygotowani.

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.

Warto, jak najwcześniej, zadać sobie pytania, aby lepiej zorientować się w nowej 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, w jakim zakresie, w jakich czynnościach?
- Jak sprawowanie opieki może wpłynąć na moje relacje z rodziną, pracę zawodową, kontakty towarzyskie, dodatkowe zajęcia?
- Jakich trudności mogę się spodziewać? Kiedy?

- Czy stać mnie na opłacenie dodatkowej pomocy? Czy mogę liczyć na pomoc finansową? Jaka, skąd?
- Jakich zmian i przygotowania wymaga mieszkanie? Co trzeba zrobić w pierwszej kolejności?
- Co jestem w stanie zapewnić, a co nie jest w zasięgu moich możliwości?

Zbieranie i gromadzenie informacji

W trakcie opieki będą potrzebne różne podpowiedzi, wskazówki i informacje. Zapisuj wszystko na bieżąco, najlepiej w jednym miejscu, w określonych kategoriach tematycznych. Notuj też wszystkie pytania, które przychodzą na myśl.

STAN ZDROWIA BLISKIEGO:

- nazwisko lekarza rodzinnego, numer telefonu i adres przychodni POZ;
- nazwiska innych lekarzy, numery telefonów i adresy przychodni specjalistycznych, w których leczy się podopieczny;
- kontakty, które warto mieć „pod ręką”;
- terminy planowanych badań i wizyt u lekarzy specjalistów;
- terminy przedłużania recept na systematycznie przyjmowane leki;
- porady specjalistów, rehabilitacja, opieka pielęgniarstwa – w jakim zakresie są niezbędne, jak je zapewnić;
- dodatkowy sprzęt, wyposażenie medyczne i rehabilitacyjne – co jest konieczne już teraz.

POMOC INSTYTUCJI:

- Jaka jest możliwość uzyskania świadczeń domowych w ramach pomocy medycznej – lekarskiej, rehabilitacyjnej, pielęgniarstwa?

- Jakie są możliwości otrzymania 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, wniosek, procedura itp.?
- Jaki sprzęt medyczny, rehabilitacyjny, ortopedyczny jest lub będzie niezbędny – refundacja, wniosek, procedura itp.?
- Jakie są możliwości zapewnienia całodobowej opieki w domu oraz poza domem?
- Czy przysługuje wsparcie finansowe, w jakiej formie – dopłata, zasiłek, świadczenie?

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?
- Czy został ustalony 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 mieszkanie/pokój są odpowiednio przygotowane na powrót bliskiego?

Poszukiwanie wsparcia

Prawie 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 poradzę...?”

Jednak opiekun może coś dla siebie zrobić – coś, co przyniesie korzyść zarówno jemu, jak i podopiecznemu. Wyzwanie stanie 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. To właśnie oni mogą stać się podstawą nieocenionej pomocy, także tej doraźnej, awaryjnej.

Źródłem odciążenia psychicznego będą również kontakty z osobami w podobnej sytuacji życiowej, doświadczającymi zbliżonych problemów. Można je spotkać w grupach wsparcia, podczas szkoleń czy warsztatów edukacyjnych. Widywanie się z innymi opiekunami i rozmowy (nie tylko) o sprawach związanych z opieką łagodzą poczucie wyobcowania i osamotnienia, mogą też zapobiec powstaniu sytuacji kryzysowych.

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 podzielić z Tobą to zadanie. Zaakceptuj też fakt, że bliscy czy dalsza rodzina, mogą nie wiedzieć, jak pomóc i nie zawsze sami się domyślą.

Zorganizuj spotkanie, aby wspólnie 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 opiekuńczych 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 lekarskie, wsparcie finansowe itd.)?
- Jakie informacje o podopiecznym musisz przekazać osobie, która zastępowałaby Ciebie 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 i na Twoich warunkach?
- 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 wcześniej 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, w tym depresji. Chociaż taka postawa ma destrukcyjny wpływ na obie strony relacji opiekuńczej, wielu opiekunów 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, przestrzegaj 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 lekceważ krótkich chwil, którymi dysponujesz i nadaj im własną jakość. Może to być kilkanaście minut spędzonych z książką lub gazetą, patrzenie przez okno, spokojne wypicie herbaty lub zrobienie czegoś 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 zacznij to robić, nawet jeśli wydaje Ci się, że nie masz siły nawet na odpoczynek.

Porozmawiaj z lekarzem rodzinnym o swojej sytuacji, zwłaszcza w przypadku, kiedy już odczuwasz wyczerpanie spowodowane opieką.

Wypalenie i depresja opiekuna

Niepokój, osłabienie, zmęczenie, spadek motywacji, przygnębienie to najczęstsze, choć nie jedyne, symptomy przewlekłego stresu, którego doświadczają opiekunowie. Gromadzenie napięcia plus brak możliwości i nieraz umiejętności rozładowania kumulujących się 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, drętwienia, kołatanie serca, problemy z nadciśnieniem, uczucie wewnętrznego napięcia i rozdrażnienie.

Na tym etapie przeciążenia, oprócz odczuwanych reakcji ciała, zauważalne staje się także obniżenie nastroju – pesymizm, poczucie przytłoczenia, a także problemy ze snem. Niestety, opiekunowie często bagatelizują te objawy i zaniedbują odpoczynek. Stawiając sobie wysokie wymagania i wkładając dużo energii, by im sprostać,

stopniowo przyzwyczajają się do stanu, w jakim się znaleźli i nie przeciwdziałają rozwojowi wypalenia.

Etap II – narastanie

Objawy z pierwszego etapu utrzymują się i nasilają. Zwiększa się nerwowość i niezadowolenie z siebie przy jednoczesnym wrażeniu, że jest się niezastąpionym. Można zaobserwować problemy z koncentracją i pamięcią. Poczucie braku nadziei na zmianę położenia utrudnia podejmowanie decyzji. Ze względu na coraz większe wyczerpanie organizmu, trudniej sprostać obowiązkom. Opiekun zaniedbuje własne potrzeby, a także może obojętnieć wobec potrzeb podopiecznego, co nieuchronnie generuje poczucie winy.

Etap III – wypalanie 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, płacz, lęk, zniechęcenie, wybuchy złości – to także, nieodłączne elementy życia opiekuna u kresu sił. W konsekwencji codzienność przytłacza, intensyfikuje się poczucie krzywdy, nasilają konflikty, uzewnętrznia się niechęć i chłód emocjonalny wobec podopiecznego, narasta na sile wycofywanie się z kontaktu i chęć ucieczki. W pewnym momencie zasoby sił i energii zostają wyczerpane i nadchodzi załamanie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Opiekun nie jest już w stanie opiekować się bliskim.

! WAŻNE:

Jeśli doświadczasz objawów wypalenia lub depresji, zasięgnij porady specjalisty: lekarza rodzinnego, psychiatry lub psychologa, który wspiera osoby w podobnej sytuacji.

Redukowanie napięcia i skutków stresu – podpowiedzi

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 redukcji 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 ciągłego pozostawiania 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.

Ćwiczenia oddechowe – 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.

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

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 ciężkości i ciepła poszczególnych partii ciała. Metodę opracował psychiatra i psychoterapeuta niemiecki, Johannes Schultz.

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. Tego rodzaju zaangażowanie zmysłów uwalnia umysł od natrączywych rozmyślań.

Obserwacja myśli – pozwala zauważyć jak myśli wpływają na nasze odczucia. Kontrolowanie ich kierunku pomaga zatrzymać spiralę rozpamiętywania, a w rezultacie uspokoić się i wyciszyć.

Umiarkowana aktywność fizyczna – skutecznie rozładowuje skumulowane napięcie, poprawia nastrój dzięki zwiększonej produkcji

endorfin, a także wpływa na jakość snu i funkcje mózgu (np. dłuższy spacer lub szybki marsz, siłownia plenerowa, taniec, sprzątanie).

Zajęcie się czymś, co sprawia przyjemność, nawet na krótko.

Rozpoznawanie okoliczności, które wywołują nasilenie stresu i, w miarę możliwości, unikanie ich.

Stawianie sobie realistycznych celów.

Szukanie i przyjmowanie pomocy.

Pomoc doraźna w stresującej sytuacji:

- przerwanie kontaktu – jeżeli nie możesz wyjść z pomieszczenia, wykonaj chociaż niewielki ruch – wstań, zrób parę kroków, podejdź do okna;
- oddech – trzykrotnie zaczerpnij powietrza i policz do trzech – znana i skuteczna metoda, mimo że niedoceniana;
- napięcie i rozluźnienie mięśni – zaciśnij dłonie, napnij przedramiona, ramiona i barki przyciskając łokcie do boków – wytrzymaj 2-3 sekundy, rozluźnij i powtórz sekwencję trzykrotnie.

Jeśli bliski zrobił coś, co nas zirytowało lub znowu o czymś zapomniał, pomyślmy że przyczyną zaistniałej sytuacji jest jego choroba, na którą nie mamy wpływu – nie zrobił tego celowo, nie potrafi zachować się inaczej.

Kiedy oddajemy się opiece, a nawet poświęcamy bliskiemu w myśl zasady – tak trzeba, to mój obowiązek, warto popracować nad zmianą postrzegania swojej sytuacji i być może nad przekonaniami w kontekście utrzymania równowagi pomiędzy naszymi prawami i potrzebami, a potrzebami podopiecznego np. Mam prawo do własnego życia. Nie wszystko zależy ode mnie.

  **Troszcząc się o bliskich, nie zapomnij o sobie!**  

ROZDZIAŁ 2

Starość i starzenie się – wybrane tematy

Proces starzenia się dotyczy wszystkich układów i narządów naszego organizmu. Bywa, że trudno odróżnić skutki naturalnego procesu starzenia się od konsekwencji 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 swojej starości i poziomu akceptacji starzenia się;
- środowiska życia (klimat, nasłonecznienie, poziom higieny itp.);
- czynników genetycznych (dziedzicznych);
- cech osobowości/charakteru;
- pełnionych ról społecznych;
- wykształcenia i zainteresowań.

Następstwa procesu starzenia się

OSŁABIENIE PAMIĘCI

Problemy z pamięcią spowodowane są m.in. zmniejszeniem ilości neuronów (choć neurogeneza zachodzi przez całe życie) i ograniczeniem sprawności mechanizmów odpowiedzialnych za naprawę uszkodzeń, a także zaburzeniem funkcjonowania zdrowych komórek mózgu na skutek zmian patologicznych (chorobowych).

U osób starszych następuje spowolnienie procesów poznawczych, a przede wszystkim osłabienie tzw. pamięci krótkotrwałej (bieżącej) oraz zdolności do zapamiętywania, przy czym pamięć długotrwała,

dotycząca zdarzeń z przeszłości, jest bardziej odporna na zmiany. 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.

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.

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.

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, często bywa interpretowana jako przejaw bezcelowego uporu i złościwości.

WRACANIE DO WSPOMNIEŃ

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 bieżących wydarzeń 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. Przy czym należy mieć 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 zespołowi 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 zaburzeń neuropoznawczych lub innych zaburzeń psychicznych. W wieku podeszłym może jednak nastąpić nasilenie niektórych cech osobowości, w tym aspektów wcześniej niedostrzeganych 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 niejednokrotnie interpretują objawy depresji u osób starszych, jako skutek schorzeń somatycznych, postępującej demencji lub po prostu – starości. Tymczasem brak chęci do życia, smutek i apatia nie są stanem

naturalnym, nawet w starości. Jednak chorzy rzadko sami szukają pomocy.

Depresja u osób starszych może przebiegać inaczej, może też poprzedzać lub towarzyszyć rozwojowi zaburzeń neuropoznawczych (zespołów otępiennych), trudniej także poddaje się leczeniu.

Objawy depresji u osób starszych:

- utrata zadowolenia z życia;
- niemożność odczuwania przyjemności i radości;
- pesymizm i rezygnacja, płaczliwość;
- brak energii, osłabienie, problemy z koordynacją ruchów;
- trudności w mobilizacji do jakiegokolwiek działania, męczliwość nawet przy małym wysiłku;
- trudności przy podejmowaniu 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;
- myśli rezygnacyjne i samobójcze.

❗ WAŻNE:

Często 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:

- nawracające myśli, obrazy, przymusowe czynności;
- bezsensowności lub nadmierna sensowność;
- przewlekły lub napadowy lęk;
- dławica piersiowa;
- jadłowstręt;
- zaburzenia funkcjonowania przewodu pokarmowego;
- zespół niespokojnych nóg;
- świąd skóry;
- różnorodne bóle, w tym bóle wędrujące.

Czynniki sprzyjające rozwojowi depresji u osób starszych:

- wiek i proces starzenia się;
- lęk przed śmiercią;
- żałoba i śmierć bliskich osób;
- choroby somatyczne i neurologiczne np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona;
- samotność, brak wsparcia ze strony bliskich;
- zabiegi operacyjne;
- niepełnosprawność, ograniczona sprawność fizyczna;

- częste i długotrwałe dolegliwości bólowe;
- odwodnienie i niedobory pokarmowe (niedobór witamin, mikroelementów, 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:

Do stwierdzenia depresji nie jest konieczne wystąpienie wszystkich wymienionych objawów.

Depresja jest często niediagnozowana, jej rozpoznawalność wśród osób starszych wynosi zaledwie 15%.

Z depresją w wieku podeszłym łączy się największy odsetek samobójstw. Wiele przypadków pozostaje niewykrytych, np. gdy są następstwem odmowy przyjmowania pokarmów i płynów, przedawkowania leków lub nagłego zaprzestania farmakoterapii.

Depresja jest chorobą, którą należy leczyć. Odpowiednio przeprowadzona terapia 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 POUDAROWA

W wyniku udaru chory doświadcza trudności w różnych sferach funkcjonowania, najczęściej w obszarze motoryki (niedowład, przykurcze, problemy z chodzeniem i utrzymaniem równowagi) oraz komunikacji (trudności z mówieniem lub rozumieniem mowy,

niemożność mówienia), a także w zakresie zdolności czytania, pisania, liczenia.

Warto zwrócić uwagę na sferę psychiczną, która również może ucierpieć w wyniku udaru. Przyczyną zaburzeń są uszkodzenia w strukturach mózgu, odpowiedzialnych za wyrażanie i kontrolę emocji oraz sterowanie reakcjami na sytuację choroby, co objawia się depresją, lękiem, apatią, impulsywnością lub dużymi wahaniami nastroju.

Depresja związana z przebytych udarem mózgu pojawia się zazwyczaj w ciągu 3-6 miesięcy, u około 30% chorych występuje w niewielkim odstępie czasu. Wśród symptomów można zaobserwować: zaburzenia łaknienia (apetytu), spowolnienie, zmęczenie, obniżenie nastroju oraz osłabienie funkcji poznawczych (m.in. uwagi i pamięci). Częstym objawem jest też spadek motywacji, który bardzo utrudnia rehabilitację.

Jednym z nieoczywistych dla otoczenia chorego skutków przebytego udaru mogą być problemy z opanowaniem płaczu (lub śmiechu).

Wspomniany 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 trudne lub niemożliwe do wykonania zadanie z powodu deficytu neurologicznego (np. poruszenie porażoną kończyną).

Relacje z bliską osobą starszą, w tym z bliskim z zaburzeniami neuropoznawczymi (demencją) o różnym nasileniu

Zbudowanie i utrzymanie dobrej relacji w sytuacji opieki 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 zwykle nieskutecznie. Trudno coś zmienić w relacji, jeśli nie zmieniamy schematu postępowania.

Podpowiedzi, jak można zareagować inaczej:

JAK BYWA PRZEWAŻNIE	JAK MOŻNA INACZEJ
krytykowanie przyzwyczajzeń	Spróbujmy zrozumieć nawyki i zwyczaje naszych bliskich. Dla każdego z nas, co innego jest ważne. Raczej nie lubimy, kiedy ktoś chce narzucić nam inny (swoój) styl życia.
zwracanie się jak do dziecka (elderspeak)	Możemy mieć wrażenie, że nasi bliscy swoim zachowaniem i nieporadnością czasem przypominają dzieci. Miejmy jednak na uwadze fakt, że wciąż są dorośli i chcą zachować swoją tożsamość, chociaż role ulegają zmianie.
umniejszanie stanom przygnębienia i braku motywacji	Starość nie musi być smutna. Jeżeli słaba kondycja psychiczna utrzymuje się długo, niezbędna jest konsultacja lekarska.

JAK BYWA PRZEWAŻNIE	JAK MOŻNA INACZEJ
straszenie szpitalem, grożenie pogorszeniem samopoczucia	Lepszy będzie język korzyści, np. myślę, że byłoby dobrze, jeśli będziesz pod kontrolą lekarza; leki poprawią samopoczucie i przyniosą ci ulgę.
zbyt szybkie tempo przekazywania informacji lub poleceń	Starajmy się mówić spokojnie i raczej krótkimi zdaniami. Nie wprowadzajmy równoległych wątków. Wbrew pozorom, pośpiech nie zaoszczędzi nam czasu.
przekonywanie do swojego stanowiska w jakiejś sprawie (nie dotyczy sytuacji zagrożenia zdrowia i życia)	Jeśli bliski upiera się i nie chce zmienić zdania, skoncentrujmy się na znalezieniu przyczyny. Kiedy zidentyfikujemy powód, łatwiej będzie pokonać sprzeciw. Jednak jeśli bliski ma demencję, spełnianie próśb czy wytycznych opiekuna będzie bardzo utrudnione.
wyręczanie	Pozwólmy, aby bliski robił to, co chce i może (pod warunkiem, że jest bezpieczny), nawet jeśli wykona coś wolniej i niedokładnie. Jeżeli trzeba poprawić – nigdy nie róbmy tego ostantacyjnie. Samodzielność ułatwi nam opiekę.
przypisywanie zachowaniu złośliwych intencji	Jeśli bliski nie ma zaburzeń neuropoznawczych, postarajmy się w problemowym zachowaniu zobaczyć potrzebę, którą próbuje w ten sposób zaspokoić lub zakomunikować. Jeśli podobne zachowania obserwowaliśmy w przeszłości, może należy przypisać je charakterowi, ale wtedy trudniej oczekiwać zmian. Jeśli bliski ma demencję i traci kontrolę nad zachowaniem, perswazja nie będzie skuteczna.
wprowadzanie radykalnych zmian w diecie	Jeżeli nie ma powodu do natychmiastowej zmiany, nowe nawyki żywieniowe wprowadzajmy powoli oraz w ograniczonym zakresie.

JAK BYWA PRZEWAŻNIE	JAK MOŻNA INACZEJ
„zmuszanie” do picia 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.
przekonywanie lub tłumaczenie, że urojenia i omamy to konfabulacje (wymysły) lub kłamstwa.	Należy uznać, że są to objawy choroby, niemożliwe do świadomego opanowania i zastępujące choremu rzeczywistość. Można wypróbować odwracanie uwagi lub przekierowanie zainteresowania na inny obszar. Wskazana konsultacja lekarska i farmakoterapia.
oczekiwanie logicznych wyjaśnień nieracjonalnego zachowania (dotyczy osób z demencją)	Zrezygnowanie z zadawania tego typu pytań, a tym samym z oczekiwania, aby chory wytłumaczył dlaczego coś zrobił np. wyrzucił dokumenty, zjął ubranie, schował jedzenie.
wyrzuty, że chory czegoś nie zrobił (w przypadku demencji)	Możemy być niezadowoleni i zdenerwowani ale prawdopodobnie bliski zapomniał lub nie był w stanie wykonać określonej czynności. Lepiej przemilczeć tę kwestię.
strofowanie, upominanie w przypadku zaburzeń pamięci i koncentracji uwagi np. skup się, jak możesz nie pamiętać, postaraj się, czy ty w ogóle mnie słuchasz	Spróbujmy użyć łagodniejszych sformułowań: <ul style="list-style-type: none"> • Temat nie jest nowy, ale powiem to jeszcze raz. • Pytasz po raz kolejny, bo chcesz się upewnić, co miałeś zrobić? • Może za dużo naraz, wobec tego powtórzę po kolei.
nakłanianie, mimo oporu, do treningu pamięci	Kiedy bliski ma demencję, dobranie odpowiedniego zestawu zadań jest trudne. Warto próbować, ale jeśli nie chce ćwiczyć i denerwuje się – zrezygnujmy, spróbujmy później lub poszukajmy czegoś bardziej odpowiedniego.

ROZDZIAŁ 3

Zaburzenia pamięci i demencja – przyczyny, objawy, rodzaje zaburzeń neuropoznawczych, leczenie

W starości przeszłość wydaje się bliższa i wyraźniejsza niż teraźniejszość. Informacje zmagazynowane w pamięci długotrwałej stają się bardziej dostępne. Pogorszeniu ulega pamięć krótkotrwała. Chociaż trudności, np. ze znalezieniem recepty, zegarka czy okularów, zapominanie nazwisk nowo poznanych osób i kłopoty w zapamiętaniu dłuższej listy spraw do załatwienia budzą niepokój, to tak zwane łagodne zaburzenia poznawcze, zauważalne w starszym wieku, nie odpowiadają kryteriom zespołów otępiennych.

Demencję, inaczej otępienie (nazywane dawniej sklerozą), najczęściej łączymy z utratą pamięci. Tymczasem demencja nie jest jedną konkretną chorobą – tym terminem określa się 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.

Według ICD-11, czyli Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), której wdrożenie w Polsce nastąpi pod koniec 2026 roku:

Otępienie jest klasyfikowane jako rodzaj zaburzeń neuropoznawczych, co oznacza, że są one wynikiem uszkodzenia lub dysfunkcji układu nerwowego.

Otępienie jest zespołem zaburzeń psychicznych, które pojawiają się w wyniku choroby mózgu, prowadząc do znacznego pogorszenia funkcji poznawczych (takich jak pamięć, myślenie, orientacja) i zaburzeń psychicznych lub behawioralnych.

Pierwsze objawy demencji mogą być niezauważalne, a osłabienie pamięci uznane za zwykłe zapominanie. 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. Pojawiają się urojenia i omamy (zwydy). Utrata samodzielności następuje stopniowo, aż do całkowitego jej zaniku, kiedy chory potrzebuje stałej pomocy i opieki.

! WAŻNE:

Powstawaniu zaburzeń neuropoznawczych (demencji) sprzyja zaawansowany wiek, jednak nie wywołuje ich sama starość. Zespoły otępienne zdarzają się także u młodych dorosłych oraz osób w średnim wieku. Nie każda demencja rozpoczyna się tak samo, a jej przebieg bywa zróżnicowany. Jeśli niepokojące sygnały nasilają się i w widoczny sposób negatywnie oddziałują na codzienne funkcjonowanie, przyczyny można upatrywać m.in. w rozwijającej się chorobie Alzheimera.

Niepokojące objawy:

- utrata orientacji w czasie (np. mylenie godziny, daty, pory roku) i/lub 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 (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 odnalezieniem;
- wycofywanie się z codziennych aktywności (np. 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 doborem ubioru (np. do pory roku, okazji);
- zmiana rytmu dobowego – zwiększona aktywność wieczorem i w nocy;
- oskarżenia o kradzież (np. przedmiotów, pieniędzy);
- podejrzenia o zamiar otrucia;
- urojenia i omamy wzrokowe, słuchowe, węchowe (chory widzi, słyszy nierzeczywiste postaci ludzi lub/i zwierząt, czuje nieistniejące zapachy i smaki).

⚠ **WAŻNE:**

Wymienione symptomy są jedynie przykładami – mają one różne nasilenie i nie występują u wszystkich chorych. Każda osoba z demencją zachowuje się w sposób indywidualny.

Pierwsze oznaki otępienia bywają tak subtelne, że łatwo je przeoczyć. Zmiany w zachowaniu i nastroju mogą wystąpić na długo przed pojawieniem się wyraźnych 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
- choroba Parkinsona
- choroba prionowa
- choroba Huntingtona

Inne rodzaje otępienia:

- otępienie **naczyniopochodne** – powstaje na skutek uszkodzenia mózgu wywołanego zmianami naczyniowymi, najczęściej miażdżycowymi;
- otępienie **mieszane** lub **atypowe** – np. współwystępowanie otępienia naczyniowego i choroby Alzheimera;
- otępienie **odwracalne (potencjalnie)** – powstające na tle innych chorób.

CHOROBA ALZHEIMERA (AD)

Najczęstsza forma demencji, tak zwane otępienie pierwotne, będące wynikiem zwyrodnienia (neurodegeneracji) mózgu. Dokładna patogenez (przyczyna 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 7 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 wypowiedzeniem się.

Choroba ma charakter postępujący, co oznacza, że objawy nasilają się w kolejnych etapach. Chorzy mogą stać 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. Pojawiają się wyraźne problemy z przypomnieniem niedawnych wydarzeń ze swojego życia, trudność sprawnego wykonania 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 rozpoznawaniem 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 Alzheimerera nie musi przebiegać według ustalonego schematu.

📌 **OTĘPIENIE Z CIAŁAMI LEWY'EGO (DLB)**

Jest drugą pierwotną neurodegeneracyjną przyczyną otępienia w wieku podeszłym. Ze względu na podobieństwo symptomów bywa mylone z chorobą Alzheimerera 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 sptyczenie 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 NACZYNIOPPOCHODNE (VAD)

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

Objawy rozwijają się skokowo, na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia w zakresie funkcji wykonawczych, a nie zaburzenia pamięci (inaczej niż w chorobie Alzheimera). Oznacza to trudności przy wykonywaniu codziennych czynności złożonych, takich jak: zajmowanie się budżetem domowym, 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, udary mózgu, choroby metaboliczne (w tym cukrzyca i otyłość) oraz uogólniona miażdżyca tętnic.

Odpowiednie leczenie łagodzi niektóre objawy oraz spowalnia postęp choroby. Ryzyko wystąpienia otępienia naczyniopochodnego można zmniejszyć poprzez skuteczną terapię schorzeń uznawanych 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. Prawdopodobnie jeden proces może sprzyjać rozwojowi drugiego.

📌 **OTĘPIENIE POTENCJALNIE ODWRACALNE**

Poza typowymi zespołami otępiennymi istnieje grupa odwracalnych lub przemijających zaburzeń pamięci oraz innych funkcji poznawczych, która stanowi około 10–15% wszystkich przypadków.

Sytuacja taka ma miejsce, gdy objawy otępienne wywołane są przez konkretne choroby internistyczne, neurologiczne lub zaburzenia psychiczne, takie jak na przykład:

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

Jak również:

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

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

Ustąpienie objawów zaburzeń poznawczych 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 (niebędące „chorobą psychiczną”), które szczególnie często występuje u osób starszych. Pod tym określeniem kryje się zespół objawów przypominających otępienie, rozwijający się zazwyczaj gwałtownie – w ciągu kilku godzin lub dni.

Przyczyną stanu majaczeniowego może być jeden czynnik lub kilka nakładających się na siebie problemów zdrowotnych, takich jak:

- odwodnienie i niedożywienie;
- niedokrwistość oraz infekcje (stany zapalne);
- urazy i złamania;
- zabiegi chirurgiczne (znieczulenie ogólne);
- silny ból lub długotrwały brak snu;
- unieruchomienie;
- interakcje lekowe (polipragmazja) lub nagłe odstawienie leków;
- stres wywołany hospitalizacją lub nagłą zmianą miejsca pobytu.

Objawy majaczeniowe są potencjalnie odwracalne. Mogą utrzymywać się od kilku godzin do kilku tygodni, a niekiedy miesięcy. Często ustępują samoistnie po zdiagnozowaniu i wyeliminowaniu bezpośredniej przyczyny wywołującej ten stan.

DO KOGO SIĘ ZWRÓCIĆ W PRZYPADKU PODEJRZENIA ZABURZEŃ NEUROPOZNAWCZYCH (OTĘPIENIA)

Jeśli lekarz pierwszego kontaktu podejrzewa jakąkolwiek formę zaburzeń neuropoznawczych (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.

Trudności w opiece nad chorym z demencją

Pobudzenie

Zdenerwowanie i rozdrażnienie, czyli pobudzenie chorego, może dawać o sobie znać w niejednakowy sposób, jak na przykład:

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

Pobudzenie zawsze ma swoją przyczynę, choć często pozostaje ona nieoczywista dla otoczenia. Najczęściej w tej formie wyrażany jest lęk, wywołany np. trudnością w odnalezieniu się w niezrozumiałej dla chorego rzeczywistości. Może to być również niewerbalna odpowiedź na działania opiekuna lub sygnał dyskomfortu.

Możliwe przyczyny pobudzenia:

- emocje i zachowanie opiekuna (chorzy bardzo dobrze odczytują brak spójności przekazu, a także mimikę, gest, spojrzenia i postawę ciała);
- hałas (głośne, nagłe dźwięki, kakofonia);
- 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 oczywiste);
- urojenia i omamy (nie zaprzeczaj i nie tłumacz, najlepiej odwróć uwagę);
- niemożność wyrażenia potrzeby (spróbuj ją zidentyfikować, stawiając proste pytania zamknięte, na które chory odpowie tylko – *tak* lub *nie*);
- zbyt łatwe lub zbyt trudne zadanie do wykonania (obserwuj, zmień poziom trudności lub podejmij próbę 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 psychoruchowe występuje głównie w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych. Pojawieniu się zachowania towarzyszy lęk, niepokój i dezorientacja. Aby zapobiec temu zjawisku lub zmniejszyć jego nasilenie, należy w czasie dnia zapewnić choremu aktywność fizyczną, nie pozwalać na długie drzemki, nie podawać napojów zawierających kofeinę i utrzymywać stały rytm dobowy. Można wyjść na spacer, zadbać o dobre oświetlenie w domu. 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 objawów choroby. Powtarzające się sprawdzanie, gdzie jest aktualnie opiekun i/lub 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 bliskiemu jakieś zajęcie, czymś zainteresować, ale pozostawać w zasięgu wzroku, a w wolnej chwili poświęcić mu więcej uwagi.

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

Wyprawy „do domu”

Wspomnianemu wcześniej „wędrowaniu”, często towarzyszą fałszywe przekonania typu: „to nie jest mój dom”. Bliski chce się wydostać, aby wrócić do miejsca, które uważa za swój dom. Może też przywoływać swoich rodziców. Dzieje się tak, kiedy spokój i stabilność zostały w jakiś sposób zagrożone. W miarę rozwoju choroby i ograniczania się zasobu słów, określenie „dom” nabiera wielu znaczeń, takich jak: boję się, jestem głodny, potrzebuję bliskości itp. Jeśli staramy się (bezsukutecznie) tłumaczyć, że *twój dom jest tutaj*, zmieńmy tę strategię. W przypadku, kiedy możliwe jest uzyskanie odpowiedzi, zadajmy pytanie – *a jaki był twój dom? co tam robiłeś?* Jeżeli komunikacja werbalna została zaburzona, lepiej powiedzieć: *dobre pojedziemy do domu, tylko najpierw zjemy kolację lub jest już późno, dziś*

się tam nie dostaniemy, wybierzemy się jutro – i zaproponować jakąś wspólną aktywność. Warto pamiętać, że tłumaczenie i przypominanie bliskiemu o śmierci rodziców, wywołuje tylko większe zagubienie, lęk lub rozpacz, a nawet wrogość i agresję.

Higiena osobista

Jeśli chory nie chce się umyć, próbujmy dotrzeć do przyczyny niechęci. Możliwe, że bliski nie rozumie już znaczenia słowa „kąpiel” lub zniekształcone postrzeganie i tunelowe widzenie powoduje, że boi się wanny, strumienia wody czy odkrycia ciała. Aby to sprawdzić, można spróbować kąpieli w bieliźnie, albo podzielić cały rytuał na krótsze etapy, o których będziemy na bieżąco informować np. *idziemy razem do łazienki, teraz usiądź i odpocznij, rozepnij koszulę* itd. Zarówno w starości, jak i w czasie choroby zmienia się wrażliwość na dotyk i temperaturę, dlatego starajmy się ją dostosować nie tylko do siebie. Uprzedzajmy też o zamiarze wykonania określonej czynności np. *teraz poleję ci ręce wodą*.

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

Lęk przed lustrem (odbiciem)

Na pewnym etapie chory może nie rozpoznawać 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 lub przestawmy np. dużą roślinę czy lampę rzucającą wyraźny cień, niektóre obrazy lub zdjęcia.

Nie przekonujemy podopiecznego: *to przecież nic takiego*.
On widzi inaczej.

Urojenia i omamy

(oskarżenia o kradzież lub zamiar otrucia;
widzenie osób, które nie istnieją, słyszenie
nierzeczywistych głosów lub dźwięków, odczuwanie
nieistniejących zapachów lub smaków itp.)

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 jest dla chorego rzeczywisty i prawdziwy. Może on budzić w nim silny niepokój, a nawet przerażenie. 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 znalazłam/em twoje zdjęcia*) lub propozycja czegoś, co sprawia przyjemność (np. *teraz napijemy się herbaty i zjemy ciastko, poczytam ci*).

Leczenie urojeń obejmuje **farmakoterapię**.

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. 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 dlatego warto uprzedzić i przygotować otoczenie do takiej sytuacji, a ponadto zidentyfikować czynniki wyzwalające, do których należy m.in. gwar rozmów, ostre światło, intensywny zapach, nieznanne osoby i miejsca (por. pobudzenie chorego).

Problemy z jedzeniem

Demencja wpływa nie tylko na pamięć osoby dotkniętej chorobą, ale także na jej nawyki żywieniowe. 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 o spożytym posiłku (obiad już był). Jeśli bliski skarży się, że jest głodzony i prosi sąsiadów o jedzenie, najlepiej wyjaśnić otoczeniu przyczynę takiego zachowania.

Trudności z jedzeniem zależą od etapu choroby. Wraz z rozwojem demencji chory może zapominać o tym, że należy jeść i pić. Do tego może pojawić się strach przed jedzeniem związany z przekonaniem chorego, że pokarm jest zatruty. Obawy mogą wynikać także z faktu, że w niektórych postaciach demencji chory inaczej odczuwa smak

(np. potrawa słodka może wydawać się gorzka). Zauważalna bywa także tendencja do preferowania pokarmów o określonej konsystencji, kolorze czy smaku. Z czasem chory traci umiejętności związane z jedzeniem np. posługiwania się sztućcami, a w fazie, w której wymaga karmienia, często nie wie, co zrobić z pokarmem włożonym do ust, ma też trudności w przełykaniu.

Trzeba pamiętać, że takie zmiany są wynikiem degradacji obszarów mózgu, które są odpowiedzialne za ww. czynności i odruchy i nie podlegają woli podopiecznego.

W problemach związanych z jedzeniem pomocne może być przygotowywanie i podawanie potraw, które chory lubił w przeszłości, także w dzieciństwie (jeśli wiemy).

Pozytywny wpływ na apetyt mogą mieć stałe pory posiłków, małe porcje i produkty, które dają się rwać, przepoławiać i można je jeść rękoma np. małe ziemniaki, marchewki, różyczki kalafiora, brokuła, kawałki owoców, kanapki.

„Niespokojne dłonie”

Osoby cierpiące z powodu zaburzeń neuropoznawczych często 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/matę sensoryczną, zaopatrzoną w elementy o różnej fakturze i kształcie np. gumki, rzepy, zamki, guziki, którymi można manipulować. Wykonywanie pozornie bezcelowych czynności daje zajęcie, wycisza i poprawia samopoczucie.

! WAŻNE:

W przypadku nasilenia objawów demencji, gdy stają się one uciążliwe i trudne do opanowania, niezbędna jest konsultacja lekarska.

Nierozstrzygnięta strata

Demencja to nie tylko utrata pamięci ale także relacji, które wcześniej istniały. Chory oddala się psychicznie i emocjonalnie. Sytuacja staje się doświadczeniem trudnym zarówno dla osoby, która cierpi, jak i dla członków rodziny, przyjaciół, a zwłaszcza dla opiekunów. Życie z kimś, kto jednocześnie jest i odszedł, stanowi skrajne doświadczenie prowadzące do zagubienia, ogromnego lęku i stresu.

W literaturze przedmiotu określa się to terminem „niejednoznacznej straty”* – bliska osoba staje się nieobecna i obecna zarazem. Pozostaje z nami, choć tracimy nieodwracalnie jej znaczącą część. Pozostaje z nami fizycznie, choć nieodwracalnie tracimy jej dotychczasową tożsamość. To dezorientujące poczucie braku jasności pozostawia opiekuna w stanie bolesnego zawieszenia.

Objawów demencji nie da się zatrzymać, w pełni zrozumieć, ani kontrolować, a opiece towarzyszy bezsilność, frustracja i poczucie niepewności. Zamiast walki o wpływ na sytuację, która słabo poddaje się kontroli, warto spróbować zaakceptować problem i brak właściwego rozstrzygnięcia. Pogodzić się ze stratą kogoś, kto nadal jest blisko, ale już nie taki sam. Lepiej odsunąć nadzieję na ważne rozmowy, które już się nie odbędą i oczekiwania, które pozostaną bez odpowiedzi. Warto uświadomić sobie, że stan zdrowia raczej się nie poprawi i nie będzie jak kiedyś. To, co można zrobić, to spróbować pożegnać się z bliskim takim, jakim był i przyjąć takim,

*) Boss, P. „Kochając...”

jaki jest teraz. Rozgraniczyć to czego nie da się kontrolować, od tego na co jeszcze mamy wpływ i poszukiwać takich okoliczności. Jednocześnie trzeba pamiętać, że dążenie do utrzymania kontroli nad sytuacją za wszelką cenę, to najkrótsza droga do przygnębienia, depresji i wypalenia.

Zasady skutecznej komunikacji z osobą z demencją

Aby ułatwić porozumiewanie się i zmniejszyć stres obu stron, warto przestrzegać następujących zaleceń:

- eliminuj hałas i rozproszenie (wyłącz radio lub telewizor, zamknij okno, jeśli dobiegają odgłosy ulicy);
- nawiązuj kontakt wzrokowy (pomaga skupić uwagę);
- mów wyraźnie i powoli, zachowaj naturalną głośność głosu;
- unikaj łączenia wątków i dygresji;
- buduj krótkie zdania – używaj prostego i zrozumiałego słownictwa;
- stosuj pytania zamknięte, na które chory może odpowiedzieć „tak” lub „nie” np. Boli cię głowa? zamiast: Co cię boli?;
- daj czas na odpowiedź - jeśli o coś zapytasz, zrób przerwę i pozwól, aby bliski przetworzył to, co usłyszał;
- zamieniaj pytania na propozycje – zamiast: *Napijesz się soku? Zrobić ci herbatę?* powiedz: *Napijemy się soku. Zrobię herbatę.*;
- 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 musisz 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;
- jak najczęściej opisuj 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;*
- 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 gwałtowny sprzeciw, lepiej przekierować uwagę na coś innego;
- zapisuj kluczowe słowa, aby podkreślić temat wypowiedzi (jeśli podopieczny nadal potrafi czytać);
- odczytuj sygnały płynące z zachowania – gdy brakuje słów chory „mówi całym sobą”, a niepokój, gesty czy mimika stają się głównym sposobem komunikowania potrzeb;
- nie oczekuj logicznych wyjaśnień i nie pytaj „dlaczego to zrobiłeś?” – chory prawdopodobnie sam 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 sweter, ..., podnieś nogę, postaw*, itd.

ROZDZIAŁ 4

Wspieranie samodzielności i pobudzanie aktywności podopiecznego

Jedną z najważniejszych potrzeb osób starszych jest zachowanie samodzielności, dlatego pomagajmy 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 w najbliższym otoczeniu, pomoc przy przygotowaniu 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 (mogą być zdjęcia) i przywoływanie wspomnień z przeszłości – terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa);
- oglądanie albumów, książek z ilustracjami, czasopism, które nawiązują do zainteresowań, 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 suchego prania;
- sortowanie np. guzików, pasmanterii.

CO WSPIERA AKTYWNOŚĆ

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

Dom przyjazny podopiecznemu

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; wykonaj kserokopie dokumentów;
- leki, środki chemiczne, ostre narzędzia, zapalniczki i urządzenia elektryczne zabezpiecz w zamkniętej 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 przeciwodleżynowy, 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 otępienie 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 pokój, 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 w niekontrolowany sposób opuścić mieszkanie);
- telefon z dużymi przyciskami;
- czytelny zegar i kalendarz w pokoju chorego;
- kamery.

📌 W PÓŹNIEJSZYCH ETAPACH CHOROBY:

- zastąpienie lub usunięcie lusterek i szklanych powierzchni wewnątrz mieszkania (jeśli chory nie rozpoznaje siebie);
- wyeliminowanie przedmiotów rzucających duże i wyraźne cienie (mogą wywołać niepokój);
- usunięcie ciemnych i wzorzystych dywanów (najlepiej jeśli podłoga jest jednolita i matowa);
- przymocowanie naklejek z napisami lub/i obrazkami na drzwiach wewnętrznych, szafkach i szufladach, informującymi o ich przeznaczeniu (o ile nie wywołuje to irytacji chorego).

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 (czasem nie jest wymagany);
- 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 (czasem nie jest wymagany) 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 (WCPR) gdzie wydawana jest decyzja administracyjna o skierowaniu lub odmowie skierowania do domu pomocy społecznej.

KOSZT POBYTU:

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

Zakład opiekuńczo-leczniczy (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.

Do zakładu opiekuńczo-leczniczego **nie przyjmuje się pacjentów**, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

WYMAGANA DOKUMENTACJA:

- wniosek o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego;
- skierowanie od lekarza;
- wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;

- badanie skalą Barthel razem z otrzymanym wynikiem;
- dokumentacja medyczna (kserokopie);
- kserokopia dowodu osobistego oraz legitymacji emeryta/rencisty;
- decyzja o przyznaniu renty/emerytury, decyzja o zasiłku stałym, decyzja o zasiłku pielęgnacyjnym (jeśli są przyznawane) lub inne dokumenty potwierdzające wysokość dochodu oraz decyzja o rewaloryzacji emerytury;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy musi wyrazić świadomą zgodę na przyjęcie do ZOL. Jeśli nie jest to możliwe, konieczne jest postanowienie sądu;
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na potrącanie opłat za pobyt;
- później: zapoznanie się i zaakceptowanie regulaminu ZOL.

PROCEDURA:

Krok 1: złożenie wniosku do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o wydanie skierowania do ZOL;

Krok 2: wydanie skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (rodzinny, w szpitalu, poradni);

Krok 3: wywiad pielęgniarzski i zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;

Krok 4: badanie skalą Barthel i jego wynik (lekarz, pielęgniarzka);

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

WAŻNE:

- wzory dokumentów często znajdują się na stronie internetowej danego ZOL lub są do osobistego pobrania na miejscu;
- czasem placówki wymagają dodatkowej dokumentacji;
- warto pamiętać, że niektóre domy opieki prowadząc Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze w ramach pobytów na NFZ, mają dostępną

także ofertę komercyjną, z której można skorzystać np. w czasie oczekiwania na miejsce;

- pacjenci przyjmowani są wg kolejności zgłoszeń i w ramach wolnych miejsc.

KOSZT POBYTU:

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

ŚWIADCZENIA:

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

W Warszawie Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony jest przez:

- Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze w dwóch lokalizacjach przy ul. Mehoffera 72/74, tel. 22 811 06 08 lub ul. Olchy 8, tel. 22 615 70 41.
- Caritas Archidiecezji Warszawskiej ul. Krakowskie Przedmieście 62, tel. 666 841 526 lub 22 102 72 37 lub 22 102 72 43.

Dom opieki medycznej (DOM) – pobyt dzienny

Placówka jest przeznaczona 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 pielęgniarskiego (stacjonarnie);

- pacjentów wymagających świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, którzy w ocenie skala poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów;
- pacjentów bezpośrednio po hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, 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;
- żywienie (dwa posiłki);
- zajęcia dodatkowe.

KOSZT POBYTU:

Pobyt pacjenta i wszystkie świadczenia są bezpłatne.

Należy jednak pamiętać, że w ramach DOM farmakoterapia nie jest finansowana. Pacjenci przyjmujący leki powinni zapewnić ich dostępność we własnym zakresie.

Na terenie Warszawy Dom Opieki Medycznej – pobyt dzienny, prowadzony jest przez:

- Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze przy ul. Mehoffera 72/74, tel. 22 811 06 88,
- SZPZLO Warszawa-Targówek tel. 22 518 26 57*.

Dom Opieki Medycznej (DOM) dla chorych na zespoły otępienne – pobyt dzienny

Placówka jest przeznaczona dla osób z otępieniem **w fazie łagodnej i średniozaawansowanej**, które wymagają opieki dziennej.

Czas trwania pobytu ustalany jest indywidualnie przez zespół terapeutyczny. Domy opieki medycznej funkcjonują przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 9 godzin dziennie w sposób ciągły.

Świadczenia udzielane są **nieodpłatnie****. Farmakoterapia nie jest finansowana.

📍 ŚWIADCZENIA:

- konsultacje psychologiczne;
- zajęcia terapeutyczne;
- treningi funkcji poznawczych;
- treningi umiejętności codziennych;
- terapia zajęciowa;

*) zawsze należy upewnić się, czy dzienny dom opieki medycznej (DOM) lub dzienny dom pobytu (DDP) działa w danym roku kalendarzowym, ponieważ jest to zależne od otrzymania dofinansowania na prowadzenie działalności.

***) niektóre domy mogą pobierać częściowe opłaty

- arteterapia, terapia reminiscencyjna, trening kulinarny, biblioterapia;
- usprawnianie psychofizyczne;
- opieka pielęgniarska;

ZAJĘCIA Z EDUKACJI ZDROWOTNEJ;

- zajęcia logopedyczne;
- konsultacje dietetyczne;
- konsultacje z pracownikiem socjalnym.

Według stanu na 2025r. Domy opieki medycznej dla chorych z demencją, chorobą Alzheimera działają w następujących lokalizacjach*:

- Dzienny Dom Pobytu dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera w Żąbkach prowadzony przez Fundację Zdrowie w Głowie tel. 724 271 301 i 22 419 72 71
- Dzienny Dom Opieki Medycznej dla osób z zespołami otępiennymi w Ursusie prowadzonego przez SZPZLO Warszawa-Ochota tel. 22 823 12 19
- Dzienny Dom Opieki Medycznej dla osób z zespołami otępiennymi SZPZLO Warszawa-Wawer Przychodnia nr 3, ul. Żegańska 13
- Dzienny Dom Opieki Medycznej (XV Oddział Dzienny Rehabilitacyjny Szpitala Nowowiejskiego) ul. Dolna 42, tel. 22 188 31 75, 22 48 02 407 lub 22 188 31 75
- Dzienny Dom Opieki Medycznej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Południe, ul. Abrahama 16, tel. 600 299 161

*) zawsze należy upewnić się, czy dzienny dom opieki medycznej (DOM) lub dzienny dom pobytu (DDP) działa w danym roku kalendarzowym, ponieważ jest to zależne od otrzymania dofinansowania na prowadzenie działalności.

Poza domami opieki medycznej dzienny pobyt zapewnia także:

- Dzienny Dom Pobytu przy Centrum Alzheimerera, al. Wilanowska 257, tel. 22 843 19 22, 22 847 24 61
- Świetlica dla chorych na Chorobę Alzheimerera przy Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany, tel. 22 568 91 00
- Dom Dziennego Pobytu – filia Centrum Alzheimerera ul. Bieniewicka 10/14, tel. 22 842 19 22 lub 22 847 24 61
- Środowiskowy dom Samopomocy Warszawa Wola, ul. Żytnia 75/77, tel. 22 631 10 96

Informacje na temat domów opieki medycznej i domów dziennego pobytu można uzyskać dzwoniąc na numer 19 115.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

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

📎 KRYTERIA UZYSKANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- karta oceny według skali samodzielności Barthel, wystawiona przez lekarza lub pielęgniarkę – wynik do 40 punktów;
- zgoda świadczeniobiorcy lub rodziny, opiekuna;
- pacjent nie jest w ostrej fazie choroby psychicznej;
- chory nie korzysta równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego).

📌 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.

Pielęgniarka w ramach tej formy opieki realizuje następujące świadczenia:

- leczy rany i odleżyny, zmienia opatrunki, wymienia cewniki, podaje leki, podłącza kroplówki, wykonuje iniekcje (na zlecenie lekarza);
- edukuje bliskich chorego w zakresie opieki, w tym zasad czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych np. mycie, zmiana pampersów/pieluchomajtek, podawanie leków, karmienie;
- prowadzi ćwiczenia oddechowe i podstawowe ćwiczenia ogólnousprawniające;
- doradza w sprawie wyboru i uzyskania sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego i ułatwiającego opiekę nad obłożnie chorym;
- zgodnie z uprawnieniami, wypisuje skierowania na określone badania oraz zlecenia na wyroby medyczne (pieluchomajtki, wózki inwalidzkie, okulary i inne), przepisuje **niektóre** leki.

Opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie

Dodatkowym rodzajem opieki domowej jest wsparcie pacjentów wentylowanych mechanicznie (niewymagających hospitalizacji, lecz stałego nadzoru oraz profesjonalnej pomocy i pielęgnacji). Aby móc korzystać z tej formy pomocy należy złożyć zgłoszenie do wybranej placówki specjalizującej się w tej dziedzinie i dostarczyć wymagane dokumenty: skierowanie od lekarza, kartę informacyjną ze szpitala, wyniki badań oraz kwalifikację do opieki domowej.

Ośrodek pomocy społecznej (OPS)

Na terenie każdej dzielnicy w Warszawie znajduje się ośrodek pomocy społecznej.

Przykładowe formy pomocy:

- zasiłki: stałe, okresowe, celowe, specjalne zasiłki celowe;
- posiłki;
- pomoc rzeczowa;
- poradnictwo prawne, socjalne, psychologiczne;
- usługi opiekuńcze o charakterze gospodarczym (np. sprzątanie, pranie, zakupy, przygotowanie posiłku, pomoc w spożywaniu posiłku i umyciu się, załatwianie spraw urzędowych);
- seniorzy po 60 r.ż. mogą korzystać z usług sąsiedzkich świadczonych przez osobę z bliskiego otoczenia, obejmujących pomoc w codziennych czynnościach;
- 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 WCPR 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).

WCPR mieści się przy ul. gen. Władysława Andersa 5,
tel. 22 278 84 19

Państwowy Fundusz ds. Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)

Ze środków PFRON można uzyskać dofinansowanie:

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

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

PFRON mieści się przy al. Jana Pawła II 13 w Warszawie,
tel. 22 581 84 10.

Opieka wytchnieniowa

Z Programu „Opieka wytchnieniowa” mogą skorzystać osoby, które mają pod opieką osoby z niepełnosprawnością z orzeczeniem w stopniu znacznym lub orzeczeniem traktowanym na równi ze stopniem znacznym. W przypadku osób ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie potrzebny jest oryginał postanowienia o ustanowieniu opieki oraz wskazanie aktualnego sądu prowadzącego nadzór.

PROGRAM REALIZOWANY JEST W DWÓCH FORMACH:

- **opieki wytchnieniowej dziennej**

W ramach wsparcia dziennego można uzyskać do 240 godzin opieki wytchnieniowej.

- **opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego**

Całodobowe wsparcie jest świadczone w formie pobytu w wybranych domach pomocy społecznej w wymiarze 7 lub 14 dni.

Więcej informacji o programie można uzyskać w ośrodku pomocy społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania podopiecznego lub dzwoniąc na numer 19 115. Liczba miejsc jest ograniczona.

Świadczenie wspierające

Świadczenie wspierające to wsparcie finansowe dla osoby z niepełnosprawnością. Można się o nie ubiegać po ukończeniu 18 r.ż. Świadczenie wspierające nie zależy od dochodu i jest niezależnie od innych form wsparcia dla osób z niepełnosprawnością.

JAK UBIEGAĆ SIĘ O ŚWIADCZENIE WSPIERAJĄCE?

Krok 1: Złożenie wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia do wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności (WZON). Wnioski przyjmowane są Punkcie Obsługi Klienta Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego przy Pl. Bankowym 3/5 – wejście F od Al. Solidarności 81 oraz elektronicznie za pomocą portalu *emp@tia* (www.empatia.gov.pl).

Do wniosku należy dołączyć kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem. Odpowiednie dokumenty można pobrać ze strony: <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/ustalanie-pozomiu-potrzeby-wsparcia-dla-potrzeb-swadczenia-wspierajacego>.

Krok 2: Ustalenie przez komisję poziomu potrzeby wsparcia i wydanie decyzji.

Krok 3: Po uzyskaniu decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (nie wcześniej jednak niż w miesiącu, w którym decyzja stała się ostateczna) należy złożyć wniosek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) o wypłacanie świadczenia wspierającego. Wniosek można złożyć **wyłącznie elektronicznie** poprzez platformę PUE ZUS (Platforma Usług Elektronicznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) lub poprzez portal informacyjno-usługowy www.empatia.gov.pl.

ILE WYNOSI ŚWIADCZENIE?

Wysokość świadczenia wspierającego wynosi od 40% do 220% renty socjalnej – w zależności od poziomu potrzeby wsparcia, czyli liczby przyznanych punktów w decyzji wydanej przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Wypożyczalnia sprzętu

Mieszkańcy Warszawy mogą bezpłatnie wypożyczyć sprzęt na okres do sześciu miesięcy. W wyjątkowych sytuacjach z możliwością wydłużenia terminu do roku.

Wypożyczalnia oferuje: łóżka rehabilitacyjne elektryczne, podnośniki kąpielowo-transportowe, pionizatory elektryczne, wózki aluminiowe, wózki z napędem elektrycznym, wózki ze stabilizacją głowy i pleców, wózki dla osób z paraliżem jednostronnym, wózki toaletowo-prysznicowe, balkoniki aluminiowe 4-kołowe, podpórki 4-kołowe, wysokie podpórki ze stabilizacją przedramion, trójnogi, laski z czterema podparciami, deski poślizgowe, kule, rowery rehabilitacyjne pionowe i poziome, elektryczne rotory kończyn, koncentratory tlenu.

PROCEDURA I ZASADY KORZYSTANIA:

Należy złożyć wniosek oraz posiadać zaświadczenie od lekarza, wskazujące na konieczność korzystania z określonego typu sprzętu.

Dodatkowo wnioskodawca musi spełniać **jedno** z poniższych kryteriów:

- być osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku brakiem możliwości samodzielnego funkcjonowania;
- posiadać orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne;
- być odbiorcą usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych;
- być odbiorcą usług asystenta osoby z niepełnosprawnością.

Dokumenty można składać osobiście w siedzibie Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” lub wysłać pocztą na adres CUS: ul. Skaryszewska 3, 03-802 Warszawa.

Więcej informacji na temat funkcjonowania wypożyczalni znajduje się na stronie internetowej: www.wsparcie.um.warszawa.pl oraz pod numerem 19 115.

Wybór domu pomocy społecznej lub prywatnego domu opieki

Podjęcie decyzji o wyborze placówki jest zawsze sprawą indywidualną i niezwykle trudną. Często towarzyszy jej poczucie winy oraz obawa, że w ten sposób wyrządzimy podopiecznemu krzywdę.

Decydując się na znalezienie miejsca zapewniającego bliskiemu właściwe warunki opiekuńczo-rehabilitacyjne, warto kierować się kryteriami, które ułatwią wybór najlepszego ośrodka:

- czy zależy nam na lokalizacji blisko miejsca zamieszkania;
- kto i w jakim zakresie 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 pozostać, jeśli stan zdrowia się pogorszy, czy spowoduje to wzrost kosztów;
- czy ośrodek zapewnia całodobową opiekę pielęgniarzką oraz ilu pensjonariuszy przypada na jedną pielęgniarkę/pielęgniarza (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, pampersy, podkłady, materac, spacer, rehabilitację) 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);
- 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 lub pamiątki;
- jak wygląda organizacja czasu wolnego i czy uczestnictwo w zajęciach jest obligatoryjne.

Transport podopiecznego

Rodzaje transportu

📍 TRANSPORT OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Transport jednorazowy pojazdami specjalistycznymi i niespecjalistycznymi/osobowymi świadczony jest na terenie m.st. Warszawy oraz do 20 km od granic miasta. Usługa udzielana jest od poniedziałku do piątku w godz. 6.00-22.00, a w soboty i niedziele w godz. 8.00-22.00. Koszt kursu wynosi 20 zł.*

Transport stały pojazdami specjalistycznymi i niespecjalistycznymi/osobowymi to przejazdy codzienne do pracy lub do placówek wsparcia dziennego minimum 4 dni w tygodniu przez 4 tygodnie w miesiącu. Świadczone są od poniedziałku do piątku, w godz. 6.00-22.00 do 20 km w granicach miasta. Aktualny koszt abonamentu miesięcznego wynosi 180 zł.*

*) stan na rok 2025

Kto może korzystać z usług transportowych

Osobami uprawnionymi są pełnoletni mieszkańcy Warszawy, którzy posiadają orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym, lub równoważne i odprowadzają podatki w Warszawie.

Przysługuje wyłącznie osobom, które nie są w stanie samodzielnie lub z pomocą asystenta/opiekuna korzystać z transportu publicznego.

- **z pojazdów specjalistycznych** może korzystać wyłącznie osoba z niepełnosprawnością ruchową, pierwszeństwo mają osoby, poruszające się na wózku;
- **w pojazdach osobowych** pierwszeństwo mają osoby z niepełnosprawnością ruchową, intelektualną, wzroku oraz sprzężoną;
- **przewóz stały pojazdami specjalistycznymi** przysługuje wyłącznie osobom, które nie są w stanie samodzielnie lub z pomocą asystenta/opiekuna korzystać z transportu publicznego i poruszają się na wózku. Należy posiadać ważne orzeczenie o niepełnosprawności o symbolu **05-R** lub **10-N**.
- **przewóz stały pojazdami osobowymi** przysługuje wyłącznie osobom, które nie są w stanie samodzielnie lub z pomocą asystenta/opiekuna korzystać z transportu publicznego i posiadają orzeczenie o niepełnosprawności sprzężonej o minimum dwóch symbolach z wymienionych: **01-U, 05-R, 10-N, 12-C**.

TRANSPORT SANITARNY BEZPŁATNY

Dotyczy:

- pacjentów wymagających podjęcia natychmiastowego leczenia w innej placówce leczniczej,

- kontynuacji i zachowania ciągłości leczenia,
- pacjentów 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. Z usługi można skorzystać dzwoniąc na numer 19 115.

Wybrane zagadnienia prawne – pełnomocnictwo i ubezwłasnowolnienie

Sprawy prawne są tematem delikatnym i wymagającym wiele wyczucia, dlatego warto je przemyśleć z wyprzedzeniem.

Pełnomocnictwo

Kiedy zauważymy, że nasi bliscy mają kłopot ze zrozumieniem formalnego języka albo problem z dotarciem do urzędu czy banku, warto rozważyć możliwość zostania ich pełnomocnikiem.

Do niedawna wystarczało pełnomocnictwo w zwykłej formie pisemnej. Obecnie większość 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 spraw codziennych, bieżących.

Korzystne jest udzielenie jak najszerszego pełnomocnictwa (ogólne, z pełnomocnictwami szczególnymi).

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

! WAŻNE:

- kiedy fizyczny stan zdrowia chorego uniemożliwia przybycie do kancelarii, notariusz może świadczyć swoje usługi również w domu lub w szpitalu;
- pełnomocnictwo może zostać ustanowione jedynie w sytuacji, kiedy osoba chora jest świadoma swoich decyzji i jest w stanie złożyć podpis, odcisk palca (w uzasadnionych przypadkach);
- pełnomocnictwo w każdej chwili może zostać odwołane.

Ubezważnowolnienie

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

📎 RODZAJE UBEZWAŻNOWOLNIENIA:

- **częściowe** – polega na tym, że osoba ubezważnowolniona sama dokonuje czynności prawnych, ale do ich ważności potrzebuje zgody kuratora, który zostaje powołany w toku postępowania. Decyzje dotyczące drobnych spraw życia codziennego ubezważnowolniony częściowo może podejmować samodzielnie. Natomiast kurator, we wszelkich ważniejszych sprawach, powinien uzyskiwać zezwolenia sądu opiekuńczego.
- **całkowite** – pozbawia osobę ubezważnowolnioną 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 UBEZWŁASNOWOLNIENIA:

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 stawia 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: wysłuchanie osoby, której dotyczy wnioski i opinia biegłych

Przed wydaniem postanowienia przez sąd, chory musi zostać wysłuchany oraz 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.

Czas przeprowadzenia postępowania może trwać do kilkunastu miesięcy.

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

Kurator ustanawiany jest dla osoby częściowo bezwłasnowolnionej, natomiast opiekun prawny przy ubezwłasnowolnieniu całkowitym.

Opiekunem prawnym 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. Nie ma jednak obowiązku, aby to krewny pełnił taką funkcję, wówczas wyznaczana jest osoba z urzędu.

❗ **WAŻNE:**

Zdarza się, że po wysłuchaniu osoby, której dotyczy wniosek, sąd ustanawia doradcę tymczasowego na czas trwania postępowania o ubezwłasnowolnienie..

❗ **UWAGA: PROJEKTOWANE ZMIANY LEGISLACYJNE**

(stan na 2025 r.)

Planowana nowelizacja Kodeksu cywilnego zakłada zniesienie instytucji ubezwłasnowolnienia. W jej miejsce zostaną wprowadzone przepisy o wspieranym podejmowaniu decyzji. Projekt przewiduje również wprowadzenie pełnomocnictwa rejestrowego, które pozwoli na decydowanie o kwestiach zdrowotnych w sytuacjach przyszłej niesamodzielności.

ROZDZIAŁ 6*

Przemieszczanie i zmiana pozycji podopiecznego

Podstawowe zasady podnoszenia i zmiany pozycji:

- Oceń swoje możliwości. Nie próbuj podnosić ani przemieszczać chorego, jeśli masz wątpliwości, czy dasz radę zrobić to bezpiecznie w pojedynkę.
- Jeśli tylko jest taka możliwość, poproś o pomoc drugą osobę.
- Rozpoznaj możliwości podopiecznego. Możliwe, że jest w stanie częściowo włączyć się w zmianę pozycji (np. odepchnąć się nogami).
- Nigdy nie chwytaj bliskiego „pod pachy”, ponieważ możesz uszkodzić stawy barkowe. Przełóż swoje ręce pod pachami podopiecznego i chwyć go za łopatki.
- Podczas przemieszczania z łóżka na fotel lub wózek, zwróć uwagę aby stopy chorego były ustawione w pozycji pośredniej (tzn. ukośnie w stosunku do łóżka). Taka pozycja zapobiega zwichnięciu stawu skokowego.
- Pamiętaj o uginaniu nóg, w ten sposób zmniejszysz obciążenie swojego kręgosłupa.
- Przy podnoszeniu utrzymuj postawę z rozstawionymi stopami, aby ciężar rozdzielał się równomiernie. Staraj się zmniejszać odległość pomiędzy sobą, a osobą podnoszoną.
- Do podnoszenia używaj mięśni nóg, a nie mięśni górnej części ciała. Staraj się, aby plecy były wyprostowane.
- Jeśli to możliwe, dostosuj wysokość łóżka do swojego wzrostu i zapewnij dostęp z trzech stron. Prawidłowa wysokość to taka,

*) opracowanie rozdziału mgr Teresa Tomaszewska

która nie zmusza do nadmiernego pochylenia w przód, które może spowodować uraz kręgosłupa.

- Opieraj jedno kolano o łóżku podczas podnoszenia podopiecznego.
- Unikaj skręceń kręgosłupa i pochyień na boki w czasie wysiłku.
- Nie wykonuj zbyt szybkich ruchów, szarpnięć, pociągnięć i nie pozostawaj zbyt długo w pozycji stojącej.
- Jeśli bliski ma przy łóżku zabezpieczenia, przed przystąpieniem do jakiegokolwiek czynności opuść drabinki. Nie wykonuj żadnych czynności przez zabezpieczenia.
- Nie pozwól, aby podopieczny podczas przemieszczania chwycił za szyję.
- Przy zmianie pozycji zawsze należy wziąć pod uwagę stan i dolegliwości osoby starszej i chorej. W trakcie zmiany pozycji może wystąpić ból. Jeśli ból utrzymuje się, należy z tej pozycji zrezygnować.
- Staraj się wykonywać wszystkie czynności dość powoli – zbyt nagła zmiana pozycji może wywołać u podopiecznego zawroty głowy, nudności, lęk.
- Zawsze przed zmianą pozycji powiedz podopiecznemu, co zamierzasz zrobić. Przy utrudnionym kontakcie, chory może odczuwać lęk w trakcie wykonywania tej czynności.
- Pamiętaj, że to, co czuje i o czym mówi podopieczny jest ważne, nawet jeśli wydaje się nieuzasadnione. Staraj się ustalić co przeszkadza, uwiera, powoduje niewygodę. Miej pod ręką koce, dodatkową poduszkę do ewentualnego podłożenia pod daną część ciała, aby zapewnić większy komfort.

Układanie podopiecznego na boku

Zasady zapewniające bezpieczeństwo podopiecznego i opiekuna:

- Zmianę pozycji zawsze wykonuj w stronę „do siebie”.
- Zadbaj o kontakt – po odpowiednim ułożeniu lub przeniesieniu chorego zapytaj, czy jest mu wygodnie, a w razie potrzeby skoryguj pozycję.
- Powiedz, co zamierzasz robić.
- Stań po tej stronie łóżka, na którą chcesz obrócić podopiecznego.
- Opuść wezgi w łóżku rehabilitacyjnym, wyjmij poduszki spod głowy, a nogi ułóż płasko. Podopieczny powinien leżeć na wznak, a łóżko powinno być ustawione w pozycji na płasko.
- Przesuń chorego dalej od siebie tak, aby między wami było dużo wolnego miejsca.
- Zegnij dalszą nogę podopiecznego tak, aby stopa znajdowała się płasko na materacu.
- Przedramiona chorego połóż na jego brzuchu.
- Stań po prawej stronie łóżka.
- Chwyć podopiecznego jedną ręką za dalszy bark (nawet pod łopatkę), a drugą za dalsze biodro/pośladek – delikatnie ale pewnym ruchem przesuając i obracając chorego, twarzą w swoją stronę.
- Podłóż pod głowę poduszkę i sprawdź, czy chory nie leży na swojej ręce. Zgiętą rękę możesz położyć na poduszce lub na piersi podopiecznego.
- Dolną nogę wyprostuj lub lekko zegnij w biodrze i kolanie.
- Górną nogę zegnij w stawie biodrowym i w kolanie. Pod nogę podłóż poduszkę lub zwinięty koc tak, aby noga znalazła się na poziomie biodra.
- Za plecami umieść wałek, koc lub zwiniętą poduszkę, aby utrudnić przesuwanie się.

- Górną rękę połóż na biodrze i przykryj chorego.
- Zapytaj, czy jest mu wygodnie.
- Zwróć uwagę, czy na prześcieradle nie ma zagnieceń, a w łóżku okruchów itp.

Układanie podopiecznego na plecach

Zasady zapewniające bezpieczeństwo podopiecznego i opiekuna:

- Powiedz choremu, co zamierzasz robić.
- Wyjmij spod pleców oraz spod nogi wałek, poduszkę lub koc.
- Stań z przodu chorego, chwyć oburącz za podkład znajdujący się na łóżku – trzymaj tkaninę w okolicy barku i biodra chorego.
- Unosząc podkład lekko w górę pociągnij go, przesuając podopiecznego tak, aby znalazł się na środku łóżka i odwrócił na plecy.
- Wyprostuj nogę podopiecznego.
- Unosząc głowę i barki bliskiego podłóż poduszkę i jasiek.
- Pod łydki podłóż poduszkę lub koc, pozostawiając pięty poza poduszką.
- Pod stopy podłóż poduszkę lub wałek tak, aby stopy były w pozycji pośredniej (zapobiega opadaniu stopy).
- Sprawdź, czy na prześcieradle nie ma zagnieceń, a w łóżku okruchów, itp., przykryj chorego.
- Zapytaj, czy jest mu wygodnie, czy coś poprawić.

! WAŻNE:

Jeśli w trakcie zmiany pozycji dolegliwości podopiecznego nasilą się, przerwij czynność i odłóż ją na później. Spróbuj ustabilizować stan bliskiego – podaj zalecane leki i postaraj się zmniejszyć jego lęk.

Akcesoria pomocne przy zmianie pozycji i przenoszeniu podopiecznego*

- drabinka mocowana do ramy łóżka;
- podkład, czyli materiał rozłożony w poprzek łóżka na wysokości od łopatek do bioder chorego np. prześcieradło złożone na pół, które służy do poprawiania pozycji chorego. Podkład umieszczamy między prześcieradłem, a jednorazowym podkładem chłonnym;
- maty ślizgowe do przesuwania i podnoszenia chorego w łóżku. Ułatwiają czynności pielęgnacyjne i odciążają kręgosłup opiekuna. Można je zastąpić dużymi chustami z cienkiego i śliskiego materiału;
- dysk ślizgowy, służący do przemieszczania chorego z łóżka na fotel/wózek;
- dysk obrotowy do transferu, tj krążek podkładany pod stopy chorego, pozwalający na obrót bez nadmiernego obciążania kręgosłupa opiekuna;
- pasy, które pozwalają na optymalne użycie siły, bez konieczności chwytania chorego za kończyny.

Podnoszenie i przenoszenie podopiecznego z łóżka na wózek (fotel)

Podopieczny, który na co dzień leży w łóżku, powinien podnosić się do posiłków, nawet tylko siadając w łóżku. Czasem ta podstawowa czynność jest dużym wyzwaniem dla obu stron. Podnoszenie i przenoszenie z łóżka na wózek (lub fotel) powinno być bezpieczne zarówno dla podopiecznego, jak i dla opiekuna.

W tym celu należy:

- zapewnić odpowiednie łóżko medyczne (rehabilitacyjne);

*) Akcesoria pomocnicze można kupić w sklepach ze sprzętem medycznym.

- dostosować wysokość łóżka do wzrostu opiekuna tak, aby opiekun nie był zmuszony do nadmiernego nachylania się do przodu;
- ocenić, czy możemy podnieść chorego samodzielnie, jeśli nie należy poprosić o pomoc;
- ocenić stan chorego, nasilenie dolegliwości i możliwość współpracy w danej chwili;
- powiedzieć, co zamierzamy zrobić i uzyskać jego zgodę.

Zasady zapewniające bezpieczeństwo podopiecznego i opiekuna:

- Wózek stawiamy na wysokości głowy bliskiego z prawej strony łóżka. Jeśli chory ma niedowład prawostronny, wózek ustawiamy z lewej strony. Wózek powinien mieć zaciągnięte hamulce, podniesione podłokietniki oraz złożone podnóżki.
- Stajemy po tej samej stronie łóżka.
- Ręce podopiecznego układamy na jego brzuchu lub klatce piersiowej.
- Uginamy nogi chorego w kolanach tak, aby stopy przylegały do materaca.
- Chwytny za bark i biodro (dalsze od nas) i odwracamy twarzą do siebie, do leżenia na boku na brzegu łóżka.
- Opuszczamy nogi chorego poza łóżko jednocześnie chwytając za bark i łopatkę od dołu.
- Stojąc przed podopiecznym, prosimy o pochylenie się do przodu i opieramy jego prawy bark na swoim lewym biodrze. Podkładamy dłonie pod pośladki chorego.
- Obejmując swoimi kolanami z przodu i boków kolana chorego, jednocześnie wypychając kolana chorego do wyprostu, podnosimy chorego w górę, obracając tyłem w stronę wózka, sadzamy na wózku.
- Ustawiamy stopy bliskiego na podnóżkach i poprawiamy pozycję siedzącą, stając za wózkiem i chwytając chorego pod pachy.

Pomocne przy wstawaniu

- **podwyższenie siedziska**

Dla osób, które mają niewielkie trudności przy wstawaniu, najprostszym rozwiązaniem jest podwyższenie nóg mebli. Jest to korzystne rozwiązanie zwłaszcza w sytuacji, kiedy nie mamy łóżka z regulacją wysokości. Inną metodą, ułatwiającą podnoszenie się z fotela czy krzesła, są poduszki o specjalnej konstrukcji wspomagającej wstawanie.

- **uchwyty**

Mogą być zamontowane na stałe np. w łazience przy wannie czy w toalecie. W niedużych pomieszczeniach można zastosować drążek z uchwytami, których położenie może być regulowane zależnie od potrzeb. Drążek stabilizuje się pomiędzy sufitem a podłogą na zasadzie rozporowej.

Pionizacja przy pomocy balkonika

Pionizację można rozpocząć dopiero wtedy, kiedy mięśnie ud podopiecznego są wystarczająco silne, aby unieść ciężar ciała do pozycji stojącej. Nad ćwiczeniami, ich charakterem, zakresem, czasem trwania powinien czuwać fizjoterapeuta/rehabilitant. Najlepiej, aby to w jego asyście chory wstawał do balkonika po raz pierwszy.

Wstawanie do balkonika z pomocą opiekuna

Wstawanie jest łatwiejsze, jeśli łóżko, z którego korzysta podopieczny ma możliwość podniesienia siedziska.

Zasady zapewniające bezpieczeństwo podopiecznego i opiekuna:

- Przystawiamy i zablokowany balkonik do łóżka.
- Bliski samodzielnie lub z pomocą przesuwa się na brzeg łóżka.
- Stajemy na szeroko rozstawionych nogach i pochylamy chorego do przodu.
- Podnosimy podopiecznego, obejmując jedną ręką plecy, a drugą chwytając pod ramię.
- Czynność stanie się łatwiejsza, jeśli bliski odepchnie się nogą znajdującą się bliżej łóżka.

Uwaga na błędy

Bezpieczne przemieszczanie i układanie podopiecznego wymagają od opiekuna wiedzy z zakresu ergonomii. Równie ważne jest rozpoznanie typowych błędów, które mogą prowadzić do urazów – zarówno u chorego, jak i u osoby pomagającej.

DO NAJCZĘSTSZYCH BŁĘDÓW, KTÓRYCH POWINNIŚMY UNIKAĆ, NALEŻA:

- podnoszenie chorego do pozycji siedzącej poprzez ciągnięcie go za ręce lub rękę i nadgarstek – grozi urazem barku, zwiększa się także ryzyko powstania odleżyn (tarcie pomiędzy bielizną chorego, a jego skórą), jak również może dojść do upadku opiekuna, gdy „ręce się wyslizgną”;
- chwytanie opiekuna za szyję przy wstawaniu z łóżka – może dojść do urazu kręgosłupa szyjnego;
- podnoszenie na prostych nogach połączone z pochylaniem się nad bliskim;
- zbyt duża odległość pomiędzy opiekunem a podopiecznym;
- chwytanie opiekuna za plecy w odcinku lędźwiowym;

- brak odciążenia kręgosłupa poprzez oparcie jednego kolana na brzegu łóżka chorego.

WAŻNE:

Podnoszenie i przemieszczanie podopiecznego wymaga znacznego wysiłku i wiąże się z ryzykiem urazów. Podczas tych czynności może dojść do naderwania ścięgien i więzadeł, skręcenia stawów, uszkodzenia nerwów, a nawet złamań kości czy stanów zapalnych mięśni. Nieprawidłowa technika zagraża kręgosłupowi opiekuna, a u chorego dodatkowo zwiększa ryzyko mechanicznych uszkodzeń skóry oraz powstawania odleżyn w wyniku tarcia.

Warto wypracować bezpieczne metody pracy, które ochronią zdrowie opiekuna i zapewnią komfort podopiecznemu.

Wskazówki dla opiekunów

- podczas prasowania zadbaj o dostosowanie wysokości deski do swojego wzrostu;
- w czasie zmywania naczyń odciążaj mięśnie, stawiając nogę na podwyższeniu (np. schodek kuchenny);
- unikaj zakładania nogi na nogę;
- siedząc, wykonuj ćwiczenie, polegające na zginaniu i wyprostowywaniu stóp;
- wstając z łóżka obróć się na bok, opuść nogi i podeprzyj się ręką;
- wykonuj regularnie ćwiczenia rozciągające: np. skłony japońskie, koci grzbiet.

Zasada jest prosta: najpierw zadbaj o własną sprawność, aby móc skutecznie pomagać innym. Twoje zdrowie to jedyny zasób, którego nie da się łatwo zastąpić w codziennej opiece.

Odleżyny – przyczyny, profilaktyka, leczenie

Odleżyny należą do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych. Powstają najczęściej wskutek unieruchomienia i stałego ucisku tkanek znajdujących się nad wystającymi częściami kości. Powoduje to niedokrwienie, niedotlenienie i niedożywienie danego obszaru, co bez odpowiedniego leczenia prowadzi do martwicy. Warto pamiętać, że odleżyny wynikają z wielu złożonych czynników – błędne jest przekonanie, że ich jedyną przyczyną jest niewłaściwa higiena.

Na powstawanie odleżyn wpływa:

- kondycja zdrowotna chorego, w tym choroby, np. cukrzyca, zaburzenia krążenia;
- stosowane leki;
- stopień niedożywienia;
- ograniczenie mobilności pacjenta;
- nietrzymanie moczu oraz stolca;
- stan skóry (zakażenia, stopień wysuszenia, grubość naskórka);
- płeć – częściej na odleżyny narażone są kobiety;
- urazy i mikrourazy powstające np. podczas codziennej pielęgnacji, przemieszczania chorego, zsuwania się do pozycji leżącej;
- brak zmiany pozycji;
- niedokładne mycie i osuszanie skóry;
- zmiany w odczuwaniu bólu przez chorego;
- brak sprzętu przeciwoodleżynowego;
- pieluchowanie podopiecznego.

Odleżyny rozwijają się zazwyczaj powoli. Rozpoczynają się od niewielkiego zaczerwienienia skóry, na której potem pojawia się rana, która powiększa się i pogłębia.

Najczęstszymi obszarami, na których powstają odleżyny są te, na które wywierany jest stały ucisk i mają niewielką ilość tkanki tłuszczowej.

Miejsca najbardziej narażone

W pozycji na wznak:

- tył głowy – okolica potylicy
- kręgosłup i okolice łopatek
- łokcie
- kość krzyżowa i guziczna
- uszy

W pozycji na boku:

- staw biodrowy
- kolana – od wewnętrznej strony
- uszy
- boki stóp
- ramiona

W pozycji siedzącej:

- pośladki
- okolice kulszowe

Profilaktyka odleżyn

- Zmieniaj pozycję chorego, tak często, jak to możliwe (co 1,5-2 godziny) oraz jeśli jest to możliwe, zachęcaj do samodzielnego poruszania się.
- Dobieraj pościel oraz bieliznę z naturalnych, miękkich materiałów.
- Dbaj o właściwą higienę skóry oraz jej dokładne osuszanie.
- Pamiętaj o właściwym odżywianiu chorego i leczeniu niedożywienia, w tym odpowiedniej podaży białka, jeśli bliski nie ma wskazań do diety ubogobiałkowej.
- Stosuj sprzęt i pomoce przeciwoodleżynowe.
- Wybieraj wyroby chłonne dopasowane do potrzeb chorego.
- Często sprawdzaj miejsca najbardziej narażone na odleżyny pod kątem pojawiających się zaczerwienień i zmian.
- Korzystaj z fachowej pomocy i rozpocznij leczenie odleżyn jak najwcześniej.

Co robić, gdy pojawi się odleżyna

Warto pamiętać, że odleżyny są to zmiany, które bardzo trudno się goją i mają tendencję do nawracania. Dlatego, już na samym początku, gdy tylko pojawi się zaczerwienienie, należy reagować. Najważniejsze, to oczywiście odciążenie uciskanego miejsca. Należy wtedy zastosować środek odkażający, który nie powoduje pieczenia (np. na bazie oktenidyny). Dodatkowo nałożmy krem z tlenkiem cynku lub inny preparat stosowany przy odleżynach I stopnia. Nie powinno się rozmasowywać miejsca, w którym pojawiło się zaczerwienienie.

Ważna jest bardzo wczesna reakcja na pojawiającą się zmianę, wtedy jest największa szansa zatrzymania dalszego rozwoju odleżyny.

Klasyfikacja i leczenie odleżyn (wg Torrance'a)

I stopień – pojawia się zaczerwienienie, które blednie pod wpływem ucisku, w tkance nadal zachowane jest krążenie, a ciągłość naskórka nie została naruszona;

Na tym etapie możemy sami zaopatrzyć odleżynę stosując odpowiednie preparaty – m.in. odkażające oraz profilaktykę przeciwoodleżynową – odciążenie uciskanej tkanki.

II stopień – zaczerwienienia nie bledną, pojawiają się przebarwienia, ocieplenie skóry, obrzęk, mogą dołączyć się także pęcherze i nadżerki;

Można nadal próbować samodzielnie radzić sobie z raną poprzez stosowanie odpowiednich plastrów i opatrunków dostępnych w aptece. Najlepiej sprawdzą się na tym etapie opatrunki poliuretanowe wykonane są z cienkiego, elastycznego materiału przypominającego błonę bądź gąbkę, których zadaniem jest zabezpieczenie rany przed rozwojem stanu zapalnego. Można je stosować na rany z niewielkim wysiękiem lub bez niego.

Przy braku poprawy należy zasięgnąć porady specjalisty – pielęgniarki lub lekarza.

III stopień – następuje głębokie uszkodzenie skóry, rana może być pokryta żółtawym nalotem, tkanką martwiczą lub strupem;

Ten etap, podobnie jak kolejne, wymaga już specjalistycznej opieki medycznej, a niekiedy interwencji chirurgicznej. Powszechnie stosuje się tu opatrunki hydrokoloidowe, które utrzymują wilgotne środowisko niezbędne do regeneracji tkanek. Dzięki zdolności do tworzenia warstwy żelowej w kontakcie z wysiękiem chronią one nowo powstający naskórek i wspierają proces gojenia.

IV stopień – uszkodzenie przekracza barierę skóry i dociera do tkanki podskórnej oraz powięzi.

Leczenie pod okiem specjalisty.

V stopień – zniszczenia są bardzo głębokie i obejmują mięśnie, ścięgna, stawy oraz kości.

Leczenie pod okiem specjalisty.

Istotnym aspektem jest dobranie rozmiaru opatrunku do wielkości odleżyny oraz jego właściwa zmiana – zawsze zgodna z zaleceniami producenta. Należy pamiętać, że opatrunek specjalistyczny należy nakładać na oczyszczoną ranę, nigdy bezpośrednio na maść lub inny preparat. Jeśli na ranę naniesiono środek leczniczy, należy ją zabezpieczyć jałowym kompresem lub opatrunkiem typu Cosmopor.

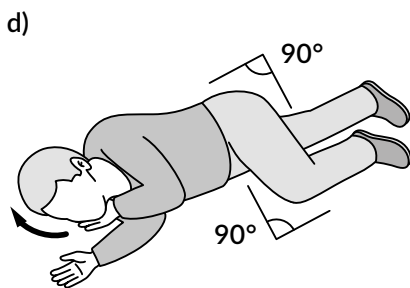
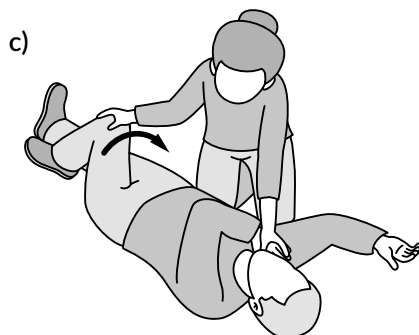
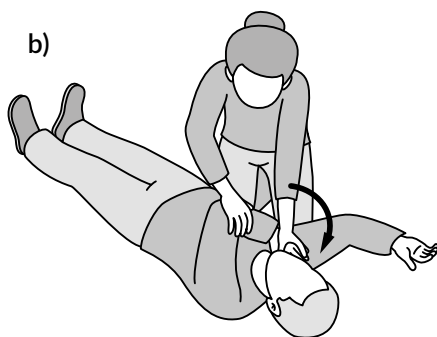
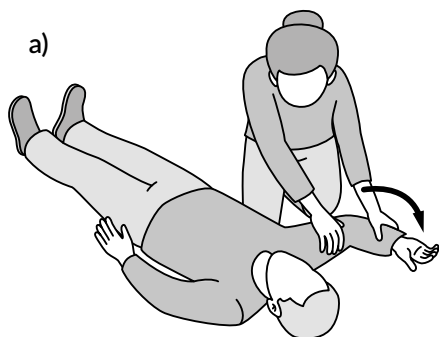
Pierwsza pomoc przedmedyczna

Jeżeli bliski straci przytomność i jej nie odzyska, ale oddycha i zachowane jest krążenie, najbezpieczniej jest ułożyć go w pozycji bocznej bezpiecznej (ustalonej).

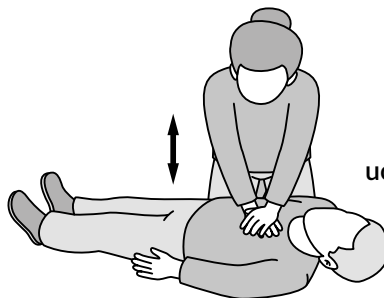
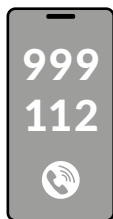
📌 POZYCJA BOCZNA BEZPIECZNA

1. Uklęknij przy podopiecznym, ułóż go na plecach i wyprostuj jego nogi.
2. Rękę bliskiego leżącą bliżej ciebie zegnij w łokciu pod kątem prostym do góry, tak aby dłoń była skierowana ku górze **(a)**.
3. Drugą rękę przełóż w poprzek klatki piersiowej, a grzbiet dłoni ułóż pod policzkiem bliskiego **(b)**.

4. Zegnij dalszą nogę chorego pod kątem prostym, a następnie delikatnie przytrzymując za biodro obróć chorego na bok, twarzą do siebie (c).
5. Po obroceniu nogę znajdującą się na górze ułóż tak, aby w stawie biodrowym i kolanowym zgięcie wynosiło 90 stopni (d).
6. Odchyl głowę podopiecznego ku tyłowi, w celu upewnienia się, że nie jest zablokowany przepływ powietrza przez drogi oddechowe (d).



Resuscytacja krążeniowo-oddechowa



5-6 cm

100-120
uciśnięć/min

1. Upewnij się, czy podopieczny jest przytomny. Jeśli nie reaguje, sprawdź, czy w jamie ustnej nie ma widocznych ciał obcych (np. resztek pokarmu, luźnej protezy) i w razie potrzeby ostrożnie je usuń.
2. Udrożnij drogi oddechowe. Ułóż podopiecznego na plecach. Jedną rękę połóż na jego czole, delikatnie odchylając głowę ku tyłowi, a palcami drugiej ręki unieś żuchwę (brodę) ku górze.
3. Pochyl się nad twarzą. Przez 10 sekund obserwuj ruchy klatki piersiowej, słuchaj szmeru oddechu i staraj się wyczuć ruch powietrza na swoim policzku. Prawidłowo powinny wystąpić co najmniej 2 oddechy.
4. Jeśli bliski nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo, zadzwoń na numer 999 lub 112 i wezwij pomoc, jeśli ktoś jest z Tobą poproś go o wezwanie pomocy.
5. Jeśli chory nie oddycha, natychmiast zacznij masaż serca:
6. Przyjmij stabilną pozycję kłękając przy podopiecznym z rozsuniętymi kolanami. Na środku klatki piersiowej umieść obie dłonie (jedna dłoń powinna spoczywać na grzbiecie drugiej). Utrzymuj wyprostowane ramiona w pozycji prostopadłej do klatki piersiowej leżącego.

7. Zaczynij uciskać klatkę piersiową.
8. Klatkę piersiową uciskaj ciężarem swojego ciała na około 5-6 cm głębokości. Uciski z częstotliwością 100-120 uciśnień/min bez odrywania rąk od klatki piersiowej.
9. Jeśli jesteś przeszkolony w wykonywaniu oddechów ratowniczych, to wykonuj naprzemiennie 30 uciśnień klatki piersiowej i 2 skuteczne oddechy ratownicze. Podczas wykonywania oddechów ratowniczych dostarczaj tyle powietrza, aby klatka piersiowa zaczęła się unosić; unikaj nadmiernej wentylacji. Jeśli nie jesteś przeszkolony w wykonywaniu oddechów ratowniczych, to uciskaj klatkę piersiową bez przerw.
10. Czynności wykonuj do czasu, aż bliski zacznie reagować, do czasu przybycia służb ratowniczych lub własnego wyczerpania się sił.

***Dbanie o podopiecznego zaczyna się od zadbania o siebie.
Pozwól sobie na pomoc i skorzystaj z wiedzy specjalistów i praktyków.***

www.syntonia.org.pl



projekt finansuje
miasto stołeczne
Warszawa

S SYNTONIA
STOWARZYSZENIE