

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

# medi

kwartalnik nr 4 (85) grudzień 2020

**Opieka długoterminowa  
w popandemicznej  
perspektywie**

**Zarządzanie  
niepewnością  
mieszkańca DPS**

**Żywność w dobie  
pandemii  
SARS-COV-2**

# Razem z mamą wybrałyśmy Seni Active

Majtki chłonne dla osób ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu



## seni®

### wspiera w opiece



- Z systemem kontroli zapachu
- Odpowiednie dla osób, które odmawiają noszenia pieluchomajtek (np. osoby z demencją)
- Dostępne w trzech poziomach chłonności i rozmiarach od S do XXL

Zamów  
**BEZPŁATNĄ PRÓBKĘ**  
na: [seni.pl](http://seni.pl)

Dostępne w refundacji

Forum Opieki Długoterminowej

# medi

GRUDZIEŃ // 2020

## Szanowni Państwo!

**G**rudniowym wydaniem Medi zamykamy kolejny rok – z pewnością dla wielu z nas zdeterminowany pandemią. Rok przynoszący wiele zmian, ale również refleksji na temat tego – co dalej? W bieżącym wydaniu Medi obecną sytuację sektora opieki długoterminowej, tym razem z perspektywy lekarza, analizuje Aleksander Biesiada.

Jednocześnie robimy krok do przodu, zadajemy pytanie o kierunki rozwoju opieki długoterminowej w popandemicznej perspektywie. Piotr Michalak przedstawia Państwu różne scenariusze – tym samym rozpoczyna dyskusję o przyszły kształt opieki długoterminowej w Polsce.

Zmiany organizacyjne, procedury, nowe wytyczne – te kwestie determinują funkcjonowanie placówek OD. Państwo, jako kadra zarządzająca, doskonale zdajecie sobie jednak sprawę, że w kontekście sytuacji pandemii, równie istotne są kwestie psychologiczne. Lęk, niepewność, natłok informacji – to tylko niektóre z emocji, z jakimi mierzą się podopieczni placówek OD – dlatego tak ważne jest umiejętne zarządzanie niepewnością mieszkańców. Jak robić to dobrze, z jakich konkretnych narzędzi korzystać – podpowiada Marzena Grochowska. Niezwykle ważnym aspektem są również skutki psychologiczne wśród pracowników służby zdrowia i opieki długoterminowej – o czym pisze w swoim artykule Klaudia Ołownia.

Na temat wpływu żywienia na stan zdrowia i kondycję psychiczną, nikogo nie trzeba już przekonywać. Anna Orłowska dokładnie analizuje, jakie elementy diety mają realny wpływ na odporność organizmu i jakość życia osób starszych w dobie pandemii.

Nieodłącznym elementem pracy w instytucji OD jest pielęgnacja podopiecznych – pokażemy Państwu w jaki sposób można to robić szybko, skutecznie i z największą dbałością o jakość – z wykorzystaniem środków do mycia bez wody. Szanowni Państwo, podsumowując ostatni rok, dziękujemy za Państwa ciężką pracę, poświęcenie, często zaangażowanie ponad siły! Życzymy Państwu wytrwałości, dużo siły i zdrowia. Do przeczytania w nowym 2021 roku!

Redakcja Medi

**WYDAWCA:**  
Fundacja TZMO  
Razem Zmieniamy Świat

**PRACOWNIK WYDANIA:**  
TZMO SA  
Producent wyrobów  
pod markami Seni, Matopat, Bella

**REDAKCJA NAUKOWA:**  
mgr Grzegorz Baranowski  
mgr Lilia Kimber-Dziwisz  
dr n. med. Piotr Kowalczyk  
mgr Janina Mirończuk  
dr n. med. Marta Podhorecka  
mgr Grażyna Śmiarowska  
dr n. med. Robert Ślusarz

**REDAKTOR:**  
Katarzyna Rozmus-Gazda  
[katarzyna.rozmus@tzmo-global.com](mailto:katarzyna.rozmus@tzmo-global.com)

**SKŁAD GRAFICZNY:**  
Małgorzata Bógdat

**ADRES REDAKCJI:**  
ul. Żółkiewskiego 20/26  
87-100 Toruń  
tel. 056 612-32-93  
fax. 056 612-35-83

**PRENUMERATA:**  
Formularz prenumeraty  
znajduje się na stronie  
[www.razemzmieniamyswiat.pl](http://www.razemzmieniamyswiat.pl)  
w zakładce PROJEKTY – MEDI

Redakcja zastrzega sobie prawo  
skracania i aduacji  
nadsyłanych tekstów.  
Przedruk, kopiowanie lub powielanie  
w jakiegokolwiek formie  
wyłącznie za zgodą redakcji.

# Opieka długoterminowa w czasie COVID-19

## – PERSPEKTYWA LEKARZA

### ● Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 Opieka długoterminowa w czasie COVID-19 – perspektywa lekarza  
*Aleksander Biesiada*
- 8 Scenariusze rozwoju placówek opieki długoterminowej w popandemicznej perspektywie  
*Piotr Michalak*

### ● Psychologia

- 13 Zarządzanie niepewnością mieszkańca Domu Pomocy Społecznej – wymysł czy konieczność?  
*Marzena Grochowska*
- 18 Psychologiczne skutki pandemii wirusa SARS-COV-2 (COVID-19) wśród pracowników służby zdrowia i opieki długoterminowej  
*Klaudia Ołownia*

### ● Prawo

- 20 Fundusz socjalny w DPS na czas epidemii  
*Anna Orłowska*

### ● Żywienie

- 30 Wpływ żywienia na odporność i jakość życia w tym zdrowie psychiczne osób starszych w dobie pandemii Sars-CoV-2  
*Anna Pawlik*

### ● Pielęgnacja

- 36 Szybko, szybko... a może po prostu inaczej? Jak oszczędzić czas.  
*Leszek Guga*

### ● Zajęcia terapeutyczne

- 42 Rezerwa poznawcza, czyli jak starzeć się pomyślnie.  
*Marzena Grochowska*

**ALEKSANDER BIESIADA //**

*Rezydent medycyny rodzinnej, lekarz hospicjum domowego, autor bloga mistrzpolikarp.pl*

**Dane amerykańskie i europejskie są bezwzględne. W domach opieki długoterminowej umiera od 27 do 50% Chorych z COVID-19. Czy jesteśmy na to przygotowani?**

#### Bez leczenia

**S**miertelność i ryzyko powikłań zwiększają się w COVID-19 przy nadciśnieniu tętniczym, w chorobach serca, płuc, oskrzeli, w cukrzycy, chorobach nerek. Ta charakterystyka blisko odpowiada opisowi Pacjenta na stałe pozostającego pod opieką Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Domu Seniora czy Domu Pomocy Społecznej. To Ci Chorzy wymagają intensywnej terapii, to oni wreszcie umierają.

Trwają prace nad szczepionkami przeciw SARS-COV-2. Leczenie opiera się o działania objawowe i możemy stosować je w dowolnych wa-

runkach. Jednak specjalistyczne leczenie tlenem (wysokie przepływy) realizowane jest tylko w warunkach szpitalnych. Osocze ozdrowieńców, czy leki przeciwwirusowe podawane są także tam i nie są wolne od poważnych powikłań.

Co zatem pozostaje? Zalecenia z czasów hiszpanki czy dżumy. Restrykcyjne zasady higieny (ręce, środki ochrony indywidualnej, sprzęt, posiłki, pomieszczenia), bezwzględna izolacja podejrzanych o infekcje i chorych (w tym także personelu). Wczesne wykrywanie dzięki badaniom przesiewowym (dziś nie tylko PCR, ale także wybrane testy antygenowe).

Międzynarodowa Organizacja Zdrowia oficjalnie ogłosiła pandemię 11 marca 2020. Nieznany dotąd wirus SARS-COV-2 powodujący gorączkę, kaszel i duszność w okresie od 2 do 14 dni od chwili zakażenia stał się naszą codziennością.

Tydzień wcześniej zgłoszono pierwszy przypadek w Polsce. Czy wiedzieliśmy wtedy, co nas czeka? Mie-liśmy choćby mgliste przeczucie jaki los spotka wielu naszych Pacjentów, zwłaszcza starszych, ciężko chorych?

### Bez kontaktu

82-latka stała się smutna i osowiata. Wezwano mnie do Niej, bo odmawia posiłków. Po badaniu i po rozmowie z Chorą muszę przyznać uczciwie, że nie potrzeba Jej lekarza. Potrzebuje kontaktu z rodziną, powrotu do domu na święta i widoku własnych wnuków.

Domy opieki długoterminowej, z uwagi na konieczne restrykcje sanitarne, stały się ośrodkami zamkniętymi. Mimo najszczerzych chęci i nowych technologii wpływa to negatywnie na stan podopiecznych. Cierpi ich dobrostan psychiczny.

Praca instytucji opieki ma pokryć całe spektrum potrzeb podopiecznych. Mamy więc posiłki, które ucierpiaty, bo są przynoszone do pokoju i jedzone w izolacji. Mamy potrzeby zdrowotne – trudne do realizacji, bo polski system opieki zdrowotnej nie radzi sobie z Pacjentami z COVID, nie mówiąc o Chorych z innych przyczyn. Mamy potrzeby społeczne – do tego ośrodki zresztą przygotowywano (wspólne sale, duże otwarte przestrzenie). Dziś często pusta przestrzeń wspólna i cały dzień w pokoju uniemożliwiają budowanie relacji. Wreszcie rehabilitacja – ta cierpi z powodu braków kadrowych.

### Bez kadry

Opiekunka wychodząca z porannej zmiany w szpitalu i jadąca do prywatnego domu opieki czy ratownik medyczny schodzący z nocnego dyżuru w Zespole Ratownictwa Medycznego wprost do domu seniora. Dwa etaty to raczej minimum w pracy w opiece zdrowotnej. Sam tak pracuję.

Problem pracy na dwóch etatach jest podwójny. Po pierwsze – ogromne ryzyko zawleczenia infekcji SARS-COV-2 z jednego miejsca pracy w drugie. Po wtóre – narastające wypalenie zawodowe tak pracującego personelu. Na minimum kadrowym funkcjonuje większość placówek opiekuńczych, zarówno pry-

watnych, jak i publicznych – tak było jeszcze przed 2020. Pandemia wysadziła klif, po brzegu którego stąpaliśmy. Otchłań niezaspokojonych potrzeb podopiecznych rozwiera się. Posiłki dostarczane do pokoi, indywidualna opieka, śluzy, czas na przebranie się w ŚOI. Ograniczenie rehabilitacji, a więc zmniejszenie samodzielności Pacjentów. Ciągłe telefony rodzin. Z drugiej strony: kwarantanny i izolacje personelu, nieobecności związane z koniecznością opieki nad dziećmi w wieku szkolnym, zabieranie personelu do innych miejsc w systemie opieki zdrowotnej. Czym się kończą te braki kadrowe? Na przykład masowym cewnikowaniem podopiecznych bez wskazań medycznych. Tylko, by ułatwić sprawowanie opieki.

### Bez sił i środków

Ogromnym wysiłkiem 4 osób zlecieliśmy 42 wymazy w kierunku SARS-COV-2 u podopiecznych jednego z domów seniora. Nie, ogniska epidemicznego nie rozpracowywała jak można by sądzić Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna. Dodatni wynik wymazu u jednego z podopiecznych (skierowanego do szpitala) skwitowano w PSSE słowami: „to nie ognisko, do ogniska trzeba dwóch Chorych”. Po „wymazaniu” okazało się, że dwóch... jest ujemnych.

Systemowe wsparcie dla ośrodków opieki nie istnieje. Instytucje publiczne zdezerterowały, z pominięciem może wojska, której przy braku innych alternatyw – prowadzi po prostu ewakuację ośrodka.

ZOL ma do dyspozycji lekarza i pielęgniarkę, prywatne domy opieki zwykle także. Dramat zaczyna się w przypadku ogniska w DPS – gdzie kadry medycznej zwykle nie ma. Brakuje podstawowego wyposażenia do prowadzenia leczenia – przecież DPS to nie szpital.

### Bez odpowiedzi

Potrzeba strategii dla instytucji opieki długoterminowej. W zakresie rekrutacji i edukacji personelu, zwłaszcza kluczowego. Stałej edukacji i audytu w zakresie prewencji infekcji i przestrzegania zaleceń sanitarnych. Dzielenia się dobrymi i złymi praktykami. Prowadzenia

diagnostyki i screeningu SARS-COV-2. Spójnej i jasnej polityki restrykcji odwiedzin. Strategii uwzględniającej finansowanie tych nowych działań.

Bez tego pozostaniemy bezbronni na miesiące, na lata. ●

## WYZWANIA

### Medyczne

- nowa sytuacja, brak standardów postępowania
- praktycznie pewna infekcja w placówce
- bardzo wysokie ryzyko ciężkich przebiegów i zgonu
- szybkie tempo szerzenia się infekcji
- konieczność separowania Chorych COVID+
- trudności w przekierowywaniu Chorych do szpitali

### Prawno-organizacyjne

- bezustanna zmiana przepisów
- opóźnienia w działaniach ustawodawczych w opiece zdrowotnej
- brak jednolitych standardów i wytycznych postępowania
- ryzyko roszczeń cywilnych, karnych i w ramach odpowiedzialności zawodowej personelu

### Osobowe

- braki kadrowe (często już przed epidemią)
- okresy izolacji/kwarantanny pracowników
- przeciążenie pracą personelu
- stres u personelu, wypalenie zawodowe
- konflikty wśród pracowników
- napięcie w relacji z rodzinami podopiecznych

### Biznesowe

- zwiększone koszty prowadzenia ośrodka (ŚOI, zmiany przestrzenne, absencje personelu)
- ryzyko utraty dobrego wizerunku
- ryzyko bankructwa lub utraty wartości przedsiębiorstwa
- brak stabilnej sytuacji ekonomicznej (trudne planowanie)
- przeorganizowanie sposobu prowadzenia opieki

### Źródła:

1. Zalecenia dotyczące organizacji procesu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w związku ze stanem epidemii i ryzykiem zakażeń SARS-COV-2 i zachorowań na COVID-19, stan na 08.11.2020, gov.pl
2. Long-term care settings in the times of COVID-19: challenges and future directions, *International Psychogeriatrics* (2020), 32:10, 1239–1243
3. Epidemiology of COVID-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington, T. M. McMichael and Others, *N Engl J Med* 382:2005, May 21, 2020

# Scenariusze rozwoju placówek opieki długoterminowej w popandemicznej perspektywie

PIOTR MICHALAK //

*Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu, Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej*

Chaos organizacyjny, z którym mamy do czynienia w związku z sytuacją epidemiologiczną, nie zwalnia podmiotów polityki społecznej – od MRiPS począwszy a na gminach skończywszy, od refleksji co dalej z instytucjami opieki długoterminowej, ich mieszkańcami i pracownikami. Przeciwnie jest to czas, w którym musimy zacząć rozmawiać na temat kształtu opieki długoterminowej po pandemii. Niedostatki systemu pomocy społecznej instytucjonalnej nie wystąpiły w związku z COVID-19. One się tylko jeszcze bardziej unaocznily. Niskie płace, słaba oferta rozwoju zawodowego, postrzeganie społeczne DPS sprawiają, że jeszcze przed pandemią prowadzono działania mające na celu reformę systemu DPS. Tylko czy deinstytucjonalizacja jest rozwiązaniem? Czy pandemia ten kierunek wzmocni, czy ostabi?

Czy wreszcie sam pomysł zmniejszania miejsc w DPS poprawi atrakcyjność placówek jako miejsc pobytu i pracy? Według stanu w dniu 31 grudnia 2018 r. na terenie całego kraju działało 1831 zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, w których było 118,9 tys. miejsc. Spośród wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, o których mowa wyżej 876 to domy pomocy społecznej (82,8 tys. miejsc), a 364 to placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej (13,5 tys. miejsc). Alternatywne formy opieki to rodzinne domy pomocy (400 miejsc) i środowiskowe domy samopomocy (z miejscami całodobowego pobytu – 200 miejsc).

## Czego oczekują seniorzy?

Przyszłość domów pomocy społecznej w obecnym kształcie nie jest jednak taka pewna. Jak wskazuje prof. Teresa Zbyrad wynika to z kilku powodów.

Po pierwsze, będą wzrastać oczekiwania mieszkańców tych instytucji, gdyż będą tu przybywać ludzie z wyższym wykształceniem, świadomi swoich praw, o coraz bardziej wyrafinowanych potrzebach. Po drugie, podwyższanie w domach pomocy społecznej standardu świadczonych usług, będzie generować dodatkowe koszty, których samorządy mogą nie udźwignąć.

Po trzecie, obecne w wymiarze międzynarodowym trendy w zakresie oferowanych form pomocy seniorom wymuszają pewne zmiany także w Polsce. Pomimo zmian, jakie dokonują się w domach pomocy społecznej, instytucje te nie cieszą się dobrą opinią społeczną. Seniorzy – ale nie tylko oni – mają negatywny obraz tych instytucji, co wyrażają określenia typu: „dom starców”, „przechowalnia dla Ludzi Starych”, „umieralnia”, „dziadownia”, „przytułek”. Ponadto słyszy się więcej opinii negatywnych o tych instytucjach, aniżeli pozytywnych. Wśród opinii negatywnych przeważały: „zła opieka”, „złe obchodzenie się ze starszymi”, „słaba opieka nad pensjonariuszami”, „brak funduszy” – wreszcie współczesne opinie dotyczące DPS jako wylęgarni COVID-19. Mieszkańcy DPS najczęściej krytykują instytucje ze względu na: brak intymności, swobody (głównie z uwagi na zamieszkiwanie w pokojach wieloosobowych), niewłaściwe kontakty z innymi mieszkańcami zwłaszcza z zaburzeniami psychicznymi i osobami nadużywającymi alkoholu, pracę personelu i jego dystans do mieszkańców oraz ciągłe remonty i modernizacje placówki (Leszczyńska-Rejchert). Według Alicji Kurcz, umieszczenie w placówce

postrzegane jest jako utrata dotychczasowej pozycji społecznej, zachwianie poczucia bezpieczeństwa, godności i niezależności osobistej oraz poczucie znalezienia się w sytuacji gorszej od osób, które mieszkają we własnych domach, w kręgu najbliższej rodziny.

Jednak tak naprawdę dojmujące jest poczucie osamotnienia, które często towarzyszy starszym mieszkańcom domów pomocy społecznej. Wysoki stopień osamotnienia stwierdzono u 42,5% mieszkańców, średni – 54,8%, niski – 2,7%. Żaden senior nie zadeklarował braku osamotnienia. Opinie pozytywne odnosiły się głównie do opieki.

„Współczesne domy pomocy społecznej stoją więc przed poważnymi wyzwaniami, związanymi ze zmieniającymi się potrzebami ludzkimi. Warunki adekwatne do potrzeb człowieka starszego w połowie XX wieku nie odpowiadają preferencjom seniora XXI wieku.”

## Czas na zmiany.

Domy pomocy społecznej ewoluują dostosowując swe usługi do zmieniających się potrzeb seniorów. Instytucje te przeszły pewne etapy rozwoju od instytucji totalnych do demokratycznych, od zamkniętych do otwartych, od sztywnych zaspokajających w sposób masowy potrzeby mieszkańców do bardziej elastycznych wobec indywidualnych preferencji. Zmiany w domach pomocy społecznej są w większości warunkowane zmieniającymi się potrzebami mieszkańców, którzy podczas pobytu w instytucji pragną – na ile to możliwe – prowadzić taki styl życia, jaki wiedli żyjąc we własnych mieszkaniach czy domach. Domy pomocy społecznej wychodząc naprzeciw aktualnym wyzwaniom świadczą różnego rodzaju usługi, w tym szeroko pojętą aktywizację. Aktywizowanie mieszkańców domów pomocy społecznej jest o tyle trudne, że wśród nich są osoby zarówno nadmiernie aktywne tzw. kłopotliwi członkowie, jak i pasywne, obojętne na jakiegokolwiek oferty kierowane pod ich adresem. Różnorodność mieszkańców domu pomocy społecznej generuje wiele problemów, jak chociażby związanych z codziennym życiem obok siebie ludzi o odmiennych po-

trebach, poglądach, oczekiwaniach.

Standardy obowiązujące we współczesnych domach pomocy wydają się nie nadążać za zmiennością potrzeb seniorów i innych mieszkańców. Wiele problemów natury materialnej jest nadal nierozwiązanych. Wymienić tu można utrzymujące się nadal w tych instytucjach pokoje wieloosobowe (dla 2, 3 oraz większej liczby mieszkańców). W pokoju wieloosobowym trudno zachować prawo do prywatności, intymności, a nawet poszanowania podstawowych praw człowieka.

Wiele do życzenia pozostawiają regulacje prawne, które to uwzględniają potrzeby bytowe, edukacyjne (zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży), kulturalne czy religijne. Jednak żadne z rozporządzeń nie uwzględnia potrzeb seksualnych pensjonariuszy, nie ma ani śladu zapisu, który pozwoliłby kierownikom domów pomocy społecznej zająć jasne stanowisko w tej sprawie, brakuje standardów przewidujących tego typu sytuacji.

Współczesne domy pomocy społecznej stoją więc przed poważnymi wyzwaniami, związanymi ze zmieniającymi się potrzebami ludzkiemi. Warunki adekwatne do potrzeb człowieka starszego w połowie XX wieku nie odpowiadają preferencjom seniora XXI wieku.

### Jakie mamy alternatywy?

Przyszłość domów pomocy społecznej prowadzi do kluczowego pytania: czy instytucje te przetrwają w obecnej formie? Czy może nastąpi kres instytucjonalnych form pomocy na rzecz deinstytucjonalnych alternatyw?

Dlaczego ludzie nie chcą mieszkać w DPS (właściwie jest to ich ostatni wybór)?

Osoby starzejące się dostrzegają rozmaite psychospołeczne walory kontynuowania życia we własnych domach, gdyż w ich mniemaniu umożliwia im to (z badań Z.Woźniaka):

- 1 zachowanie niezależności i możliwość kontrolowania fizycznego otoczenia,
- 2 funkcjonowanie w znajomym i czytelnym środowisku,
- 3 prowadzenie gospodarstwa domowego i codzienne czynności związane z utrzymaniem mieszkania służą aktywności,
- 4 samodzielne i bez skrupowania przyjmowanie gości,

- 5 stworzenie z domu miejsca skupienia rodziny i nośnika pamięci,
- 6 wreszcie dom wskazuje na status społeczny właściciela.

Domy pomocy społecznej będące na utrzymaniu samorządów są instytucjami niedochodowymi, co oznacza, że nie przynoszą zysków. Jest to argument mobilizujący do poszukiwania innych rozwiązań.

W poszukiwaniu alternatyw wobec domów pomocy społecznej należy uwzględnić dwa kierunki rozwoju.

Pierwszy zmierzać będzie w stronę przekazywania ich podmiotom prywatnym i organizacjom sektora non-profit. Możliwy jest scenariusz, według którego nastąpi polaryzacja seniorów na bogatych korzystających z komercyjnych ośrodków o wysokim standardzie usług i uboższych, dla których pozostaną nieco okrojone liczebnie i jakościowo domy pomocy, utrzymywane ze środków publicznych. Drugi kierunek wyznaczać będzie zwrot ku zasobom środowiskowym i wykorzystanie możliwości pomocy w miejscu zamieszkania.

Przypuszczać należy, iż pogłębiać się będzie proces deinstytucjonalizacji w zakresie pomocy seniorom polegający na odchodzeniu od stacjonarnych instytucji opiekuńczych.

Alternatywy: rodzinne domy pomocy, prywatne pensjonaty, tworzenie osiedli dla seniorów pod hasłem „architektura 55+”.

Problem dotyczy całej Unii Europejskiej, gdzie setki tysięcy osób z różnymi upośledzeniami fizycznymi i psychicznymi lub w podeszłym wieku, a także porzuconych lub zaniedbanych dzieci, mieszka w dużych izolowanych placówkach.

W dokumentach unijnych dotyczących deinstytucjonalizacji wyczytamy, że z założenia instytucje te miały zapewniać opiekę, wyżywienie i schronienie, jednak zebrane przez lata dowody wskazują, iż nie są w stanie zapewnić usług skoncentrowanych na dobru podopiecznych ani wsparcia gwarantującego pełne włączenie społeczne. Fizyczne oddzielenie od lokalnych społeczności i rodzin drastycznie ogranicza zdolność oraz gotowość osób zamieszkałych lub wzrastających w takich miejscach, do pełnego uczestnictwa w życiu ogólnie pojętego społeczeństwa.

Przy opracowywaniu systemów opieki społecznej i wsparcia godnych XXI wieku powinny nami kierować wspólne europejskie wartości godności, równości i poszanowania praw człowieka. Kraje członkowskie muszą podjąć właściwe reformy w tym obszarze.

Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności przygotowana na lata 2010–2020 stwarza ramy pomocy osobom niepełnosprawnym w pełnym włączeniu się w życie społeczeństwa oraz gwarantuje respektowanie ich fundamentalnych praw.

Strategia podkreśla zaangażowanie UE w promowanie idei aktywnego wypoczynku osób niepełnosprawnych, podejmowania przez nich pracy zawodowej oraz korzystania z edukacji, opieki zdrowotnej i opieki społecznej, a także idei zamiany opieki instytucjonalnej na opiekę w ramach lokalnej społeczności.

zakładów opieki długoterminowej w celu świadczenia nowych usług, aby zapewnić długoterminową trwałość wdrożonych rozwiązań;

- 2 planowane zamknięcie stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, w których dzieci, osoby niepełnosprawne (w tym mające problemy ze zdrowiem psychicznym) i starsze są odizolowane od społeczeństwa, nie zapewnia się im odpowiedniej opieki i wsparcia oraz często nie szanuje się ich praw;
- 3 zapewnienie powszechnej dostępności podstawowych usług w dziedzinach, takich jak edukacja i szkolenia, zatrudnienie, mieszkalnictwo, opieka zdrowotna oraz transport wszystkim dzieciom i osobom dorosłym potrzebującym wsparcia.

Proponuje się tzw. rozwiązania półinstytucjonal-

### Cechy charakterystyczne instytucji, które sprzyjają deinstytucjonalizacji:

- izolacja oraz oddzielenie od niezależnego życia w społeczności lokalnej,
- obowiązkowe dzielenie się asystentami z innymi osobami oraz brak lub ograniczony wpływ na to, od kogo można uzyskać wsparcie,
- brak kontroli nad codziennymi sprawami,
- brak możliwości wyboru z kim mieszkamy,
- sztywność rutyny nie zważająca na wolę czy preferencje jednostki,
- identyczne zajęcia prowadzone w tym samym miejscu dla grupy osób podlegających pewnemu zwierzchnictwu,
- paternalistyczne podejście do świadczenia usług,
- sprawowanie nadzoru nad warunkami mieszkaniowymi
- zwykle także dysproporcja w liczbie osób z niepełnosprawnościami żyjących w tym samym środowisku.

### Deinstytucjonalizacja w rządowym programie „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030 Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność” (DZ.U. poz 1169 z 30.11.2018 r.)

Założenia:

- 1 rozwój w obrębie społeczności indywidualizowanych usług o wysokiej jakości, w tym zapobiegających umieszczeniu dzieci i osób dorosłych w zakładach, oraz przeniesienie zasobów ze stacjonarnych

ne, czyli takie, w których opieka instytucjonalna sprawowana jest czasowo lub w niepełnym wymiarze godzin. Zamieszkanie w instytucji powinno być ostatecznością zarezerwowaną tylko dla tych osób, którym udzielenie wsparcia w środowisku nie jest możliwe.

Zatem założeniem programu jest rozwój różnych form opieki dziennej i całodobowej, okresowej i stałej, dostosowanej do zróżnicowanych potrzeb niesamodzielnych osób starszych, w tym m.in.:

- form opieki dziennej wśród osób starszych nieaktywnych, nieuczestniczących w życiu środowiska lokalnego, w tym o charakterze opiekuńczym (łącznie z opieką wytchnieniową i w czasie oczekiwania na instytucje opieki długoterminowej),
- rozwijanie sieci gospodarstw opiekuńczych i promowanie tworzenia ich na obszarach wiejskich;
- tworzenie dziennych domów opieki medycznej (DDOM)
- wspieranie inicjatyw jednostek samorządu terytorialnego na rzecz tworzenia mieszkań chronionych;
- rozwój opieki całodobowej poprzez wypracowanie jednoznacznych i adekwatnych do potrzeb niesamodzielnej osoby starszej kryteriów ich kwalifikacji do różnych placówek opieki długoterminowej;
- wspieranie inicjatyw jednostek samorządu terytorialnego na rzecz tworzenia placówek całodobowej opieki dla niesamodzielnych osób starszych i samotnych;
- wspieranie tworzenia rodzinnych domów pomocy społecznej i innych form środowiskowej opieki całodobowej.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej zaproponowało zmiany w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), których celem jest realizacja części postulatów podmiotów zajmujących się stosowaniem przepisów dotyczących pomocy społecznej w praktyce – i znajdujemy tu odniesienia do samej deinstytucjonalizacji np. możliwość porozumień między gminami w celu prowadzenia rodzinnych domów pomocy, czy możliwość skierowania do jednego (tego samego) domu pomocy społecznej wspólnie małżonków, jak również rodzica z dorosłym dzieckiem, pomimo zakwalifikowania ich do różnych typów domu pomocy społecznej. Jak widać regulacje proponowane do realizacji zmierzają w kierunku realizacji deinstytucjonalizacji. Zmieniające się otoczenie wymusi kolejne zmiany – już nie tylko związane z wolnym rynkiem – ale też realizacją praw mieszkańca. Zmiany obejmą zapewne też standardy usług w DPS. Musimy uczestniczyć w pracach z tym związanych, aby jak najpełniej zabezpieczyć prawa mieszkańców, ale też uwzględnić działalność samych domów, jako jednostek w pełni odpowiadających na potrzeby XXI wieku. ●

# Zarządzanie niepewnością

## MIESZKAŃCA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ WYMYSŁ CZY KONIECZNOŚĆ?

MARZENA GROCHOWSKA // trener, coach, brainolog

*W dzisiejszych niespokojnych czasach niezwykle ważne jest umiejętne zarządzanie tym co nieoczywiste i niewidoczne. Do takich właśnie zjawisk należy zarządzanie niepewnością człowieka. Tym cenniejsze wydaje się zarządzanie niepewnością osoby zależnej od opieki, której świat względnie bezpieczny i przewidywalny przestał istnieć przez niewidzialne zagrożenie.*

Niepewność to nie socjologiczny termin uknuty na potrzeby marketingu, a głębokie zjawisko społeczne, które towarzyszy ludziom od zarania dziejów ludzkości. Jest też słusznie nazywana fenomenem ludzkiej egzystencji. Niepewność należy też definiować jako brak zdecydowania, pewności i wiary w siebie oraz brak poczucia bezpieczeństwa i ufności w pomyślną przyszłość, której towarzyszy niepokój. Ostatnią definicję niepewności opiszę jako wszelką niezgodność w obrębie struktur po-

znawczych oraz między nimi i doświadczeniami lub zachowaniami mózgu człowieka. Niepewności tej towarzyszy niemożność przewidywania przyszłych zdarzeń. Na takim gruncie rozpatrywanie niepewności mieszkańca jawi się jako kolejne wyzwanie w opiece nad nim. Niepewność jednostki indukować może niepewność zbiorową mieszkańców, a ponieważ w naturze ludzkiej człowiek dąży do zachowania homeostazy, jego działania będą się skupiały na dążeniu do likwidowania niepewności.

Artykuł ten ma jasno wskazać jakie istnieją korzyści z zarządzania niepewnością dla mieszkańców i personelu oraz uzmysłowić strategię jakie należy przedsięwziąć, aby zminimalizować starty wynikające z niebezpieczeństw, które niepewność indukuje.

By wyzwolić w człowieku niepokój o przyszłość, należy użyć odpowiednich do tego narzędzi. Narzędzia te są wszechobecne w przestrzeni nie tylko mieszkańców, ale każdego człowieka. Media – bo o nich mowa, są miejscem, które generuje dziś ich nadmiar a nie niedobór i w tym właśnie paradygmacie wyboru danych i ich źródeł tkwi przyczyna niepewności. Mózg człowieka pochłania dziennie 34 gigabajty danych, to jest równoważne 100 tysiącom słów lub 12 godzinom ciągłego mówienia. Mózg człowieka w swej konstrukcji nastawiony na przetrwanie i szukanie zagrożeń asymiluje zatem szybko te wiadomości, które o tych zagrożeniach donoszą. Dzisiejsze zarządzanie informacją generuje nowe zagrożenia takie jak: smog informacyjny, szok medialny, chaos znaczenia, często w literaturze nazywany też infomasą danych czy papką informacyjną. Te komunikaty nie pozostają bez znaczenia dla naszego organizmu i generują biochemiczne zmiany w naszych ciałach. Analizę danych napływających do nas każdego dnia utrudnia zjawisko wszytkoizmu – dążeniu do zdobycia wiedzy o wszystkim, czego skutkiem jest niezmiernie w dobie Covid ilość ekspertów od wirusologii, medycyny katastrof, zarządzania zagrożeniem epidemicznym i innych.

Mnóstwo z tych informacji ma ładunek negatywny, by odpowiadać na potrzeby rywalizujących o uwagę mediów. Nieustająca pogoń za nowością, sprzedaż lęków, epizodyczne natychmiastowe i wysoce emocjonalnie kaloryczne wiadomości stanowią dziś pożywkę dla naszego i tak już przeciążonego mózgu. Generalną zasadą jest przykrywanie kolejną złą wiadomością, kolejnych złych i negatywnych, nie utrzymujących się w przestrzeni medialnej, wiadomości. Taki rodzaj przekazywania wiedzy o aktualnym świecie skutkuje zalewem informacyjnym, w który wpisują się następujące skutki:

- brain overladed – czyli przeciążony mózg, którego fizyczne moce przerobowe nie są

w stanie odfiltrowywać informacji;

- efekt puzzla, to wiedza o zjawisku w projekcji – coś wiem, ale w sumie to nie wiem co wiem, jest kolejnym skutkiem;
- paradoks dostępności, który należy definiować jako niemożność poruszania się po zbyt dużej ilości danych. W związku z tym, człowiek podejmuje obronę przed natłokiem danych i zamyka się na kanały informacji, lub wręcz przeciwnie uruchamia w sobie pogoń za nowością i przesadnie śledzi „newsy” oraz statystyki;
- zjawisko dryfowania, czyli wątpliwość w trwałość samego siebie.

Wszystkie przedstawione skutki zalewu informacji, generują zagrożenia biologiczne w organizmie człowieka.

### Wpływ stresu informacyjnego na organizm

Przeciążanie, nadmiar danych, które docierają do jednostki biologicznej, zaburzają homeostazę człowieka na skutek nierównowagi napływających bodźców i niemożności ich przetworzenia. Kolejnym skutkiem, który jest kluczowy w kontekście świadczenia wsparcia psychospołecznego, jest przeciążanie pamięci i uwagi skutkujące utratą kontroli poznawczej i subiektywnym poczuciem nieradzenia sobie z obecną sytuacją. Do tego dochodzi zaburzone przetwarzanie informacji w całym procesie ich asymilacji. Od odbioru przez obróbkę, przypominanie i ich wykorzystywanie. To generuje dyskomfort psychiczny i znacząco obniża korzystanie z zasobów mentalnych.

W taki właśnie sposób powstaje zespół IBIS, czyli zespół braku dopasowania informacyjno– biologicznego, który przejawia się następującymi objawami: wysokim poziomem kortyzolu, pogorszeniem widzenia, zagubieniem, częstą mgłą mózgową, frustracją, częstymi błędami oceny, utrzymującą się ruminacją myśli oraz co charakterystyczne i znamienne, obniżoną życzliwością. Ten ostatni objaw powinien być bacznie monitorowanym bo może być właśnie jednym z pierwszych objawów tego zagrożenia.

Niepewność sama w sobie indukuje trzy typy niebezpieczeństw: najbliższe zagrażające ciału – do których zaliczamy chorobę lub śmierć,

niebezpieczeństwa pośrednie zagrażające majątkowi oraz te zagrażające trwałości i solidarności porządku społecznego.

Badacze pokusili się o zbadanie wskaźników niepewności dla poszczególnych krajów. W naszej kulturze wskaźnik unikania niepewności dla Polski jest bardzo wysoki, bo wynosi aż 93/100. Należy to rozumieć jako zespół wysokiego poziomu stresu i subiektywnego odczuwania niepokoju, który we właściwym czasie musi dać ujście agresji. Polacy postrzegają niepewność jako zagrożenie z którym trzeba walczyć i obawiają się o zdrowie i pieniądze. To badanie daje też wskazówkę, w jaki sposób pracować z niepewnością i jak nią zarządzać. Głównymi motywatorami dla polskiego społeczeństwa są: poczucie bezpieczeństwa i przynależności. Oba te parametry wpisują się w codzienne funkcjonowanie domu i każde z nich jest priorytetem w codziennej pracy zespołu terapeutycznego z mieszkańcami.

Jak zatem zaspokoić głód informacyjny mieszkańca, by jednocześnie nie generować negatywnych następstw nadmiaru informacji? Przyjrzyjmy się dwóm kluczowym strategiom, które mogą przyjmować mieszkańcy w obliczu zagrożenia COVID-19 .

**Titanic** to działanie cechujące się wszechogarniającym zamętem, dezorganizacją na masową skalę. Przejawia się w prezentowaniu dwóch skrajnych, wykluczających się opinii na temat wirusa i potrzeby jego eliminacji. Część mieszkańców nie wierzy w istnienie wirusa, ale wierzy w światowy spisek, druga część panicznie boi się samego wirusa, ale też tych mieszkańców, którzy prezentują skrajnie odmienną opinię, negujących nowe zasady i wprowadzone obostrzenia.

**Uroboros** to działanie autodestrukcyjne jednostki, przejawiające się narastającym przewlekłym napięciem, które pochłania coraz to większe pokłady energii na jej zatrzymanie. Skutkuje to zaburzeniami o charakterze IBS, ale także zaburzeniem funkcjonowaniem społecznym mieszkańca.

Jak zatem chronić mieszkańca? Jak przekazywać informację o wirusie, by chronić dobrostan mieszkańca?

W pierwszej kolejności należy chronić jego mózg, aby mógł on prawidłowo oceniać rze-

czywistość, która go otacza. Należy podejmować działania skierowane na pomnażanie dobrostanu, budowanie rezerwy poznawczej. W te zadania wpisują się zarówno zajęcia ruchowe, śpiew, praca na pozytywnych wspomnieniach, jak i zwykłe codzienne aktywności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Najważniejsze, aby przekazywanie informacji o wirusie odbywało się w codziennych aktywnościach dnia i naturalnych okolicznościach. Nie należy organizować specjalnego spotkania, żeby nie wzmagać poczucia lęku i niepokoju w mieszkańcu. Takie działanie obniżające napięcie pozwala mieszkańcowi dostrzec rzeczywistość jako bezpieczną i stabilną, otwierając jednocześnie go na kontakt terapeutyczny i tak ważne w tym okresie zadawanie pytań. Pytania mieszkańca są skarbnicą wiedzy o jego stanie psychicznym i pozwalające celnie kierować postępowanie obniżające jego niepokój i niepewność.

### Narzędzia:

**Przemyc to w rutynie dnia**, to rodzaj działania z zakresu bezpieczeństwa ontologicznego, który upatruje w zachowaniach rutynowych i powtarzalnych praktykach redukcję lęku i niepewności. Takie działanie daje mieszkańcowi wiedzę o kolejnym kroku postępowania, które zna i zapisał się one w jego pamięci długoterminowej. Jest to bezpieczny i łatwo powtarzalny transfer wiedzy, który został też oszacowany jako jeden z lepszych mechanizmów obronnych człowieka.

Kolejnym działaniem jest stosowanie strategii **plynnego dnia**, by nie generować zachowań o charakterze Titanic czy Uroboros u mieszkańca. Należy pokazać niepewność z jaką się mierzymy jako stały element naszego świata, jako obszar do którego mamy się dostosować tak, jak to robimy z porami roku, czy innymi w historii domu wprowadzonymi normami.

Kluczowe na tym etapie jest **wsparcie emocjonalne**, czyli przekazywanie informacji w toku interakcji wyrażającej troskę i pozytywne nastawienie do mieszkańca. Care communication to potężne narzędzie, które z jednej strony buduje zaufanie do zespołu jak i wiarę, że w każdej chwili mogę zwrócić się do pracownika o pomoc. Nie bez kozery pozostaje też kwestia



**wsparcia duchowego**, którego zadaniem jest kojenie bólu związanego z sensem życia, gdzie główny nacisk kładzie się na redukcję stresu i odbudowywanie rezyliencyjnych zasobów człowieka.

Język przekazu powinien być **językiem potocznym**, bo taki właśnie rodzaj interakcji pozwala na zrozumienie sytuacji, położenia życiowego oraz problemu z jakim się mierzymy. Sam język powinien być połączony z **prostą informacją**, która z kolei pełni funkcję adaptacyjną i w potoczny sposób udziela wiedzy oraz wskazówek. Ma ona dwubiegunową wartość i jasno różnicuje, jakie zachowania będziemy wspierać a jakie korygować. To charakter wiedzy typu książka kucharska czy instrukcja obsługi. Prosta, czytelna i krótka.

Kolejną skuteczną strategią jest forma modelowania skutecznych pozytywnych zachowań w trakcie udzielania **instruktażu** „teraz kiedy będzie Pan jechał do lekarza, jeśli będzie to konieczne, zawsze będzie miał pan maseczkę na twarzy...” Instruktaż i metoda zanikających podpowiedzi to skuteczne narzędzia odbudowujące rezerwę poznawczą mieszkańca.

W stosunku do mieszkańców negujących istnienie wirusa i podejrzewających globalny spisek, należy przyjąć strategię **faktu dokonanego**. Technika ta polega na przeniesieniu ciężaru rozmowy na przestrzeganie normy i jej egzekwowanie, a nie polemizowanie z faktem.

Przykład, nasz mieszkaniec neguje noszenie maseczki i jasno wyraża swoje niezadowolenie. Rolą personelu nie jest polemika na temat istnienia zagrożenia, a jasne i czytelne przywołanie normy do której się stosujemy. Takie działanie ma zwiększyć poczucie bezpieczeństwa mieszkańca w obszarze podporządkowywania się do nowej istniejącej normy. Ma też cel ochronny dla tych mieszkańców, którzy normę respektują, dając im jasny sygnał, że bezwzględnie popieramy i wzmacniamy ich zachowania.

To narzędzie może być stosowane razem ze **strategią strefy wpływu** do której mamy mieszkańca przenosić. Każdy z nas osobniczo posiada dwie strefy, jedną z nich jest strefa wpływu, nazywana DZIAŁAM, a drugą – strefa troski, nazywana MARTWIĘ SIĘ. Martwienie się o przyszłość buduje wysoki poziom dezorien-

tacji w rzeczywistości i odbiera możliwość budowania motywacji do działania. Przenoszenie mieszkańca do strefy wpływu obniża lęk i niepokój oraz pozwala łatwiej zarządzać niepewnością. Stosowanie **dwójmyślenia** jako metody scenariuszowego wariantu A i B obniża niepokój podopiecznego i nie pozwala na ruminacje myśli. Metoda ta opiera się na przedstawieniu mieszkańcowi wariantu A pozytywnego i pomyslnego oraz wariantu B, jeśli wariant A byłby niemożliwy do zrealizowania. To działanie daje mieszkańcowi oparcie i pewność że znajduje się w dobrych rękach i pod fachową opieką.

Ostatni, dość kontrowersyjny sposób jest bardzo często negowany przez personel. **Przesady zwiastujące powodzenie**. Z badań wynika że 55% Polaków wierzy w zabobony i przesady zwiastujące powodzenie. Zainteresowanie przesadami zawsze wzrasta w trudnych historycznie czasach, ponieważ to właśnie zjawisko redukowało niepewności i pozwalało z nadzieją patrzeć w przyszłość. Pozwól mieszkańcowi na przystawowe chuchanie na zimno, trzymanie kciuków, bo to w opinii mieszkańca redukuje mu lęk i ma charakter protekcyjny.

Czytelnym i skutecznym narzędziem informującym o postępowaniu w trakcie pandemii jest **piktogram**. To właśnie znak graficzny, prosty obraz, pozostaje najdłużej w naszej pamięci i pozostawia tam najtrwalszy ślad. Piktogram przekazuje wiedzę, ostrzega, przypomina i nie nosi na sobie brzemienia emocjonalnego. Jest łatwy do odtworzenia i odnalezienia w przestrzeni domu, co sprawia, że dość szybko przyswajamy sobie wiedzę w nim zawartą.

W sytuacjach kryzysu bardzo często sięgamy po autorytety, które miałyby być dla nas wzorem i opoką w tych trudnych momentach życia. Tu należy być rozsądnym w przyjmowaniu jakiegokolwiek stanowiska za lub przeciw, ponieważ nosi ono daleko idące niepokoje. Negowanie przez polityków konieczności noszenia środków ochrony osobistej w postaci maseczki, dało społeczeństwu wiedzę, iż z pewnością takie działanie nie jest skuteczne w walce z wirusem. Z tego też powodu zachęcamy do śledzenia danych tylko ze źródeł ministerstwa zdrowia, a nie z ust kolejnych ministrów wypowiadających się w swoim prywatnym imieniu, bo takie postępowanie godzi w interes

publiczny. Zalecam też ostrożność w przekazie medialnym, ponieważ jego rolą jest generowanie niepewności, a nie jej obniżanie.

Przyszło nam żyć w „ciekawych” czasach z globalnym, niewidzialnym zagrożeniem. Jedno jest i nigdy nie zostanie zmienione – dobro człowieka. Takie dobro, o które starają się pracownicy domów pomocy, by zapewnić swoim podopiecznym bezpieczną przyszłość. Jesteśmy jak system naczyń połączonych. Im szybciej zrozumiemy jakie należy stosować narzędzia w sytuacji zagrożenia i niepewności, tym łatwiej opanujemy chaos i przywrócimy dobrostan własny i mieszkańców. ●



# Psychologiczne skutki

## PANDEMII WIRUSA SARS-COV-2 (COVID-19) WŚRÓD PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA I OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

**KLAUDIA OŁOWNIA** // psycholog, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (w trakcie doktoryzacji)

Od momentu ogłoszenia stanu pandemii nasze życie i świat zmieniły się, ale zmiany te są szczególnie odczuwalne dla osób, które w pracy zajmują się opieką nad innymi. Adaptacja do nowej i niewątpliwie trudnej rzeczywistości jest koniecznością, a w niej na pierwszy plan wysuwają się niepewność o przyszłość i ogromne obciążenie psychiczne. Psychologowie mówią o wzroście zapadalności na zaburzenia psychiczne, u podłoża których leżą wymuszone przez epidemię – izolacja społeczna i związane z nią narażenie na przewlekły i często silny stres. Problemy psychiczne związane z COVID-19 mogą pojawiać się nie tylko u pacjentów zakażonych koronawirusem i u osób z rozpoznanymi wcześniej zaburzeniami psychicznymi, ale także u pracowników służby zdrowia i opieki długoterminowej, którzy mają bezpośredni kontakt

z chorobą, np. u lekarzy, pielęgniarek, pracowników DPS, a także całych ich rodzin.

Na wiosnę tego roku przeprowadzono badania wśród lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników pierwszej i drugiej linii opieki zdrowotnej, a także opieki długoterminowej we Włoszech (populacja 1300 osób) oraz Chinach (populacja 1200 osób). Uczestnicy badań zgłaszali objawy, takie jak:

- silny, traumatyczny stres: 35 – 49%;
- zaburzenia depresyjne: 15 – 25%;
- zaburzenia lękowe: 12 – 20%;
- bezsenność i trudności ze snem: 8%

Według najnowszych badań to kobiety bardziej niż mężczyźni narażone są na nasilone objawy stresu psychologicznego podczas pandemii. Są też ogólnie bardziej podatne na stres i istotnie częściej rozwijają się u nich objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD).

W szeregu badań naukowcy nakreślili czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne dla występowania problemów psychicznych wśród pracowników służby zdrowia. Wśród tych pierwszych wskazano kontakt z chorymi pacjentami. Poza tym – towarzyszące choroby i zaburzenia psychiatryczne oraz choroby przewlekłe, izolacja społeczna, poczucie braku wsparcia organizacyjnego i stygmatyzacja społeczna, jaka jest kierowana względem osób pracujących z chorymi. Do czynników ochronnych zaliczono przede wszystkim dostęp do środków ochrony indywidualnej. Innymi czynnikami sprzyjającymi było wsparcie społeczne, czyli możliwość otrzymania pomocy od innych ludzi oraz dostęp do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Bardzo ważne dla osób pracujących w strefie bezpośredniego zagrożenia jest również wsparcie emocjonalne – okazywanie troski, budowanie poczucia bezpieczeństwa. To właśnie poprzez rozmowę z drugim człowiekiem pracownicy służby zdrowia czy opieki długoterminowej mogą pozbyć się negatywnych uczuć i emocji oraz wyrazić swoje obawy związane z pracą, zdrowiem swoim oraz swoich bliskich, czy też bliższą lub dalszą przyszłością. Badania pokazują, że najczęściej oczekiwanym rodzajem wsparcia jest zbudowanie poczucia nadziei, otrzymywanie jasnych i zrozumiałych informacji od przełożonych oraz czas wolny od pracy.

Oprócz negatywnych skutków pracownicy narażeni na bezpośredni kontakt z osobami zarażonymi mogą doświadczać również pozytywnych skutków psychologicznych, wynikających z wysiłku, jaki wkładają w swoją pracę podczas okresu pandemii. Ankieta internetowa przeprowadzona w kwietniu 2020 r. na 600 pracownikach jednego z ośrodków medycznych na terenie Nowego Jorku wykazała, że u ponad 60% pojawiło się zwiększone poczucie sprawczości i sensu wykonywanej pracy. To poczucie własnej sprawczości to nic innego jak umiejętność stawiania czoła wyzwaniom. Oznacza ono, że osoba jest świadoma swoich możliwości. Przekonania takie kształtują się na bazie doświadczeń osobistych i tworzą niejako bilans sukcesów, a także porażek i przeżywanych sytuacjach trudnych. Sens wykonywanej pracy postrzegany jest zazwyczaj dwuwymiarowo – jako coś osobistego, np. samorozwój, realizacja założonych celów oraz globalnie – czyli jakie znaczenie ma wykonywany przeze mnie za-

wód dla drugiego człowieka.

Bardzo istotne jest rozwijanie własnej sprawczości poprzez umiejętne wykorzystywanie swoich mocnych stron oraz rozwój wspólnotowości, czyli na przykład robienie czegoś postrzeganego jako dobre dla społeczeństwa. Właśnie dlatego bardzo ważne jest, aby rozwijać u personelu poczucie sensu wykonywanej pracy. W jaki sposób to robić? Ważnym aspektem jest przekazywanie informacji zwrotnych co do jakości i ważności wykonywanej pracy, wspieranie wymiany wiedzy między pracownikami oraz organizowanie pomocy np. poprzez inicjowanie wspólnych posiłków, poszukiwanie osób do pomocy podczas wykonywania trudnych i czasochłonnych zadań, podkreślanie wagi i specyfiki więzi, jakie są nawiązywane przez opiekunów z mieszkańcami domów opieki długoterminowej. Nie należy ignorować lub trywializować emocji odczuwanych przez pracowników, także tych uważanych jako trudne, jak np. złość czy smutek. Możliwość szczerego, otwartego porozmawiania, dostrzeżenia tego, że są przeżywane – jest ważnym elementem radzenia sobie z nimi. Ignorowanie ich i zakładanie, że z czasem miną będzie nawarstwiać problem.

Obecne realia są dla każdego z nas bardzo trudne. Warto więc pamiętać o dbaniu o własne zdrowie psychiczne również poprzez odpowiednią długość i jakość snu, zdrową dietę, a także aktywność fizyczną. Jest to o tyle istotne, że zdrowy styl życia aż w około 53% decyduje o stanie zdrowia. Niewłaściwy styl życia może wpływać na obniżenie odporności organizmu i stanowić podłoże dla rozwoju wielu chorób, w tym przyczyniać się również do większej podatności na zakażenie wirusem SARS-COV-2.

Nasz obecny stan wiedzy wskazuje nam na dwa podstawowe kierunki działania. Z jednej strony jest to wsparcie innych osób. Najskuteczniejszym narzędziem do tego nieustannie jest rozmowa – skupiona na tym co pracownicy czują, co myślą, ale również na tym jak duży, pozytywny wpływ na życie podopiecznych ma ich praca i wysiłek. Drugim, pozostaje dbałość o samych siebie i poświęcenie sobie, w tych trudnych czasach, większej uwagi. Często mówi się zadbaj o siebie zanim zadbasz o innych – wygląda na to, że obecnie nadal jest to prawdą. ●



# Fundusz socjalny w DPS NA CZAS EPIDEMII

MICHAŁ BOCHENEK

W okresie epidemii nie do rzadkości należą przypadki, gdy z dnia na dzień może pogorszyć się sytuacja materialna danej rodziny, w tym rodziny pracownika domu pomocy społecznej (DPS) lub ośrodka pomocy społecznej (OPS). Skutki chorób zakaźnych mogą tak dalece wpłynąć na sytuację rodzinną lub finansową danej rodziny, że niejednokrotnie bez wsparcia „z zewnątrz” pracownik DPS lub OPS nie jest sobie w stanie sam poradzić z nieprzewidzianą, zaskakującą rzeczywistością. Niniejsze opracowanie, z uwagi na poruszaną tematykę – szczególnie w stanie epidemii COVID-19 będzie szczególnie „na czasie” i przedstawi wybrane zagadnienia dotyczące zakładowego funduszu świadczeń socjalnych (dalej także „ZFŚS” lub „Fundusz”) w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (JOPS) w ujęciu praktycznym, tzn. z uwzględnieniem przykładów, odesłań do orzecznictwa sądowego lub wzoru wniosku. Komentarz

praktyczny wskazuje m.in. na zasady przyznawania i rodzaje świadczeń z Funduszu, krąg osób uprawnionych do przedmiotowych świadczeń. Komentarz może być zatem cenną pomocą dla kierowników (dyrektorów) i pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, które funkcjonują w każdej gminie.

## Podstawy prawne funkcjonowania ZFŚS w JOPS.

Jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy samorządowego, w tym np. domu pomocy społecznej lub ośrodka pomocy społecznej jest zaspokajanie, w miarę posiadanych środków, potrzeb socjalnych pracowników. Przepisy ustawy z 21.11.2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1282) określają podmioty uprawnione do wykonywania czynności z zakresu prawa pracy wobec poszczególnych kategorii pracowników samorządowych. Zasadą jest, że czynności z zakresu prawa pracy wobec pracowników zatrudnionych w samorządowej jednostce or-

ganizacyjnej, w tym DPS lub OPS podejmuje kierownik tej jednostki. Sąd Najwyższy wskazuje, że pracodawcą jest dla pracownika ta jednostka organizacyjna, na rzecz której świadczy pracę, niezależnie od tego przez kogo jest finansowana oraz jaki podmiot ma kompetencję do podpisania z pracownikiem umowy o pracę oraz wypowiedzenia tej umowy (por. np. wyrok SN z 20.10.1998 r., sygn. akt: I PKN 390/98). Działalność socjalna w JOPS prowadzona na rzecz zatrudnionych pracowników przejawia się zazwyczaj w tworzeniu zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Trzeba jednoznacznie stwierdzić, że środki znajdujące się w jednostce na wyodrębnionym rachunku ZFŚS powinny być wykorzystane na cele, do jakich Fundusz ten został powołany.



## Uwaga

Gospodarowanie środkami Funduszu odbywa się na podstawie regulaminu, więc pracodawca tworzący Fundusz ma obowiązek posiadać regulamin ZFŚS. Zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy z 04.03.1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1352 ze zm.), dalej także „u.z.f.s.s.” lub „ustawa” w regulaminie Funduszu powinny znaleźć się zapisy dotyczące zasad i warunków korzystania z usług i świadczeń finansowanych z funduszu oraz zasad przeznaczania środków funduszu na poszczególne cele i rodzaje działalności socjalnej.

Nie można nie zauważyć, że kierownik DPS lub OPS ma obowiązek ustalić treść regulaminu Funduszu z działającym u niego w jednostce związkiem zawodowym. Zgodnie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 23.05.1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 263 ze zm.), dalej także „u.z.z.” ustalanie zasad wykorzystania zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, w tym podział środków z tego funduszu na poszczególne cele i rodzaje działalności, ustala pracodawca w regulaminie uzgodnionym z zakładową organizacją związkową.

## Ważne

Oznacza to, że pracodawca nie może samodzielnie wprowadzić w życie regulaminu Funduszu, bez uzyskania porozumienia ze związkiem zawodowym. Podkreślenia wymaga, że gdy w JOPS nie działa żadna zakładowa organizacja związkowa, pracodawca ma obowiązek uzgodnić treść regulaminu funduszu z pracownikiem wybranym przez załogę do reprezentowania jej interesów.

Natomiast jeśli w JOPS działa kilka organizacji związkowych, które nie przedstawią kierownikowi DPS lub OPS wspólnego uzgodnionego stanowiska co do treści regulaminu Funduszu w terminie 30 dni, decyzje w tych sprawach kierownik podejmuje samodzielnie, po rozpatrzeniu jednak odrębnych stanowisk organizacji związkowych (art. 30 ust. 5 u.z.z. w związku z art. 8 ust. 2 ustawy).

## Regulamin ZFSS

W ustawie określone zostały cele i przeznaczenie ZFŚS, ale to w regulaminie Funduszu powinny znaleźć się zapisy szczegółowo określające zasady i tryb ich przyznawania. Regulamin Funduszu powinien określać więc przede wszystkim:

- podstawę prawną jego wydania;
- krąg osób uprawnionych (w tym kto konkretnie z członków rodziny pracownika, emeryta i rencisty uprawniony jest do korzystania z Funduszu);
- rodzaje usług i świadczeń przyznawanych z Funduszu;
- szczegółowe zasady i warunki korzystania z Funduszu, np. określenie grup dochodowych, w których przyznawane jest dofinansowanie w określonych wysokościach;
- zasady oceniania wniosków osób uprawnionych, w tym jakie informacje i dokumenty są wymagane dla oceny, czy osoba ubiegająca się o świadczenie spełnia kryteria socjalne;
- tryb przyznawania świadczeń, w tym treść składanego wniosku, termin rozpatrzenia wniosku, ewentualny tryb weryfikacyjny od podjętej decyzji;
- częstotliwość lub terminy przyznawania określonych świadczeń;

**Ważne**

Regulamin Funduszu powinien być podany do wiadomości osób uprawnionych, np. poprzez jego wywieszenie lub przestanie pocztą elektroniczną. Powinien on być także stale dostępny do wglądu dla osób uprawnionych np. w dziale kadr DPS lub OPS (lub np. na dysku wspólnym na elektronicznej poczcie wewnętrznej).

**Orzecznictwo**

Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy środki Funduszu są gromadzone na odrębnym rachunku bankowym. Zgodnie z Wyrokiem Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 21.02.2013 r., sygn. akt: III AUa 1588/12 uprawnienia kontrolne organu rentowego sprowadzają się do ustalenia, czy istnieje w regulaminie podstawa sfinansowania bonów oraz sprawdzenia, czy środki rzeczywiście pochodzą z funduszu świadczeń socjalnych. Chodzi mianowicie o to, czy środki pochodzą z odrębnego rachunku bankowego utworzonego zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 12 ust. 1 u.z.f.ś.s.

**Uwaga**

Podstawą planowania i wydatkowania środków z Funduszu jest tzw. preliminarz. Natomiast podstawą do przygotowania preliminarza jest rozliczenie wydatków z Funduszu za rok poprzedni. Preliminarz najczęściej w JOPS opracowuje komisja socjalna, a zatwierdza kierownik DPS lub OPS.

Preliminarz powinien zawierać w szczególności wysokość:

- wysokość planowanych przychodów Funduszu;
- wysokość planowanych wydatków z Funduszu.

Integralną częścią Regulaminu powinny być „tabele dopłat” (często zwane „widełkami kwotowymi”). Tabele dopłat określają przedziały dochodów, od których uzależniona jest wysokość otrzymywanych przez osobę uprawnioną świadczeń z Funduszu.

**Konkluzja**

Utworzenie zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w JOPS jest obowiązkowe, bez względu na ilość zatrudnionych pracowników. Zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy pracodawcy prowadzący działalność w formie jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych tworzą Fundusz, bez względu na liczbę zatrudnianych pracowników. Stosownie do zasady wyrażonej w art. 10 u.z.f.ś.s. administrowanie środkami Funduszu w praktyce należy do kierownika (dyrektora) JOPS – w ramach obowiązków pracodawcy. Musi ono być zgodne z przyjętym w JOPS i obowiązującym regulaminem korzystania z Funduszu, który jest ustalany w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową, a w przypadku gdy w JOPS nie działa taka organizacja – z pracownikiem wybranym przez pracowników do reprezentowania ich interesów. Co istotne, regulamin musi również prawidłowo regulować zasady przetwarzania danych osobowych (art. 8 ust. 2 w związku z ust. 1–1b u.z.f.ś.s.).

**Zasady przyznawania świadczeń z Funduszu**

Świadczenia z Funduszu dedykowane dla osób uprawnionych powinny być przyznawane według „kryterium socjalnego”, przewidzianego w art. 8 ust. 1 u.z.f.ś.s., uzależniającego ich przyznanie wyłącznie od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej do korzystania z funduszu (por. wyrok SN z dnia 20.08.2001 r., sygn. akt I PKN 579/00). Trzeba podkreślić, że świadczenia z ZFŚS nie mogą stanowić formy dodatkowego wynagrodzenia dla wszystkich pracowników, nie powinny też być przyznawane wszystkim uprawnionym „po równo”. Trudniejsza sytuacja powinna mieć wpływ na prawo do otrzymania świadczenia w pierwszej kolejności, jeśli pula środków jest ograniczona lub w większej wysokości, jeśli środki z funduszu wystarczą na zaspokojenie potrzeb wszystkich uprawnionych. Nie jest więc dyskryminacją, gdy świadczenia z ZFŚS otrzymują tylko niektórzy uprawnieni (pod warunkiem, że przyznając je kierownik DPS lub OPS zastosuje kryterium socjalne), bądź w niższej wysokości.

**Ważne**

Kierownik DPS lub OPS, jako pracodawca, musi znać sytuację życiową, rodzinną i majątkową uprawnionych do korzystania z ulgowych świadczeń, aby prawidłowo je rozdzielać. W związku z tym jest uprawniony do zbierania informacji o sytuacji materialno–życiowej pracownika, aby przyznać mu świadczenie socjalne (wyrok SN z dnia 08.05.2002 r., sygn. akt I PKN 267/01). Udostępnienie pracodawcy (DPS lub OPS) danych osobowych osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu, w celu przyznania ulgowej usługi i świadczenia oraz dopłaty z Funduszu i ustalenia ich wysokości, następuje w formie oświadczenia. Pracodawca może żądać udokumentowania danych osobowych w zakresie niezbędnym do ich potwierdzenia. Potwierdzenie może odbywać się w szczególności na podstawie oświadczeń i zaświadczeń o sytuacji życiowej (w tym zdrowotnej), rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu (art. 8 ust. 1a u.z.f.ś.s.). W przypadku, gdy w związku z ubieganiem się o świadczenia socjalne pracodawca przetwarza dane osobowe, w tym dotyczące zdrowia, do przetwarzania takich danych osobowych mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania takich danych wydane przez pracodawcę. Osoby dopuszczone do przetwarzania takich danych są obowiązane do zachowania ich w tajemnicy (art. 8 ust. 1b u.z.f.ś.s.). Jednym z najczęściej stosowanych kryteriów, zamieszczanych w regulaminach ZFŚS, jest średni dochód na członka rodziny, gdyż jest uznawany za obiektywny, czytelny i miarodajny sposób oceny zasadności ubiegania się o świadczenia z tego funduszu (wyrok SN z dnia 06.02.2008 r., sygn.akt II PK 156/07).

**Orzecznictwo**

Wyrok SA w Łodzi z dnia 22.06.2018 r., sygn. akt III AUa 1121/17, zgodnie z którym „Przepis art. 8 ust. 2 ustawy z 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1316 z późn. zm.) wymaga, by pracodawca w regulaminie, w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi, ustalił między innymi warunki korzystania przez osoby uprawnione z usług

i świadczeń finansowanych z funduszu, ale niesprzecznie z kryteriami z art. 8 ust. 1 ustawy (w przypadku świadczeń adresowanych indywidualnie). Ustawa nie określa, w jaki sposób pracodawca ma ustalić pociżenie życiowe, rodzinne i materialne osoby uprawnionej do korzystania z funduszu. Oznacza to, że pracodawca ma swobodę w wyborze kryteriów, na podstawie których sytuację pracowników ustali. Ma też swobodę w doborze instrumentów, przy pomocy których ustali pociżenie socjalne osób uprawnionych. Ważne jest, by pracodawca był w stanie wykazać, że przed przyznaniem świadczenia z funduszu rzeczywiście uzależnił samo przyznanie świadczenia, a następnie jego wysokość, od faktycznego poznania sytuacji socjalnej pracownika”.

**Uwaga**

Świadczenia wypłacane z Funduszu nie są wyrazem funkcji odpłatności za pracę, stanowią jednak realizację postulatu ochrony interesów socjalnych pracowników. Zwolnienie tych należności z obowiązku składowego na ubezpieczenia społeczne zostało podyktowane brakiem związku pomiędzy przychodem, a realizacją zatrudnienia w ramach stosunku pracy. Obowiązek opłacenia składki na ubezpieczenie społeczne odnosi się do przychodu.

**ZFŚS a RODO**

Do przetwarzania danych osobowych dotyczących sytuacji materialnej danej rodziny, zdrowia jej członków, o których m.in. mowa w art. 9 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania takich danych wydane przez kierownika DPS lub OPS. Osoby dopuszczone do przetwarzania takich danych są obowiązane

ne do zachowania ich w tajemnicy. DPS lub OPS przetwarza przedmiotowe dane osobowe przez okres niezbędny do przyznania ulgowej usługi i świadczenia, dopłaty z Funduszu oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres niezbędny do dochodzenia praw lub roszczeń.

### Uwaga

Pracodawca (DPS lub OPS) dokonuje przeglądu omawianych danych osobowych, nie rzadziej niż raz w roku kalendarzowym w celu ustalenia niezbędności ich dalszego przechowywania. JOPS usuwa dane osobowe, których dalsze przechowywanie jest zbędne do realizacji celu związanego z Funduszem.

### Ważne

W opinii Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), jeżeli na potrzeby udokumentowania spełnienia określonych kryteriów przydatny byłby dostęp do różnych dokumentów, np. PIT-u małżonka, to powołana regulacja umożliwia pracodawcy jedynie wgląd do nich, ale nie daje prawa do przechowywania ich kopii czy innego utrwalania. Powodowałyby to gromadzenie danych w szerszym zakresie

niż jest to niezbędne do celu przetwarzania. PIT współmałżonka to dokument zawierający również takie dane, jak np. nazwa zakładu pracy czy numer PESEL, które nie są niezbędne do potwierdzenia danych przedstawionych w oświadczeniu pracownika.

Zatem DPS lub OPS, przetwarzając dane osobowe, nie powinni też zapominać o zasadach określonych w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych (RODO). Jedną z nich jest zasada minimalizacji danych, zgodnie z którą dane muszą być adekwatne, stosowne oraz ograniczone do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane. Przyjęto się, że adekwatność danych w stosunku do celu ich przetwarzania powinna być rozumiana jako równowaga pomiędzy uprawnieniem osoby do dysponowania swymi danymi, a interesem administratora (w tym przypadku JOPS). Przepisy ustawy nie wskazują wprost, aby członkowie rodzin osób uprawnionych musieli podpisywać dodatkowe oświadczenia. Z regulacji ustawy wynika, że oświadczenie na temat sytuacji rodzinnej, życiowej i materialnej przedstawia pracownik. Powyższe wyjaśnienia mają zastosowanie również w odniesieniu do przetwarzania danych tzw. „wrażliwych” np. o stanie zdrowia na skutek wirusa SARS-CoV-2.



### Uwaga

Podstawami uprawniającymi JOPS do przetwarzania danych na potrzeby przyznania ulgowej usługi i świadczenia oraz dopłaty z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych i ustalenia ich wysokości są art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. Pierwszy z powołanych przepisów legalizuje przetwarzanie danych osobowych, gdy jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Drugi natomiast ma zastosowanie w przypadku przetwarzania szczególnych kategorii danych (np. dotyczących zdrowia). Umożliwia on przetwarzanie takich danych, gdy jest to niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii Europejskiej lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą. Kierownik DPS lub OPS nie może też zapomnieć o archiwizacji dokumentacji ZFŚS, ponieważ w przypadku pracodawcy będącego podmiotem publicznym, który zgodnie z przepisami ustawy z 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164) ma obowiązek archiwizowania wytworzonej dokumentacji, istotne znaczenie przy realizacji obowiązków wynikających z ustawy o ZFŚS będą miały przepisy dotyczące archiwizacji. Oznacza to, że jeżeli dokumentacja z działania Funduszu zostanie przypisana kategorii archiwizacyjnej z jednolitego rzeczowego wykazu akt, to dokumenty niezbędne do realizacji celów, dla których prowadzony jest Fundusz będą musiały być przechowywane przez określony w tej kategorii czas. Wówczas nie można ich zniszczyć aż do czasu, kiedy będą one podlegały brakowaniu. Zatem podmioty publiczne będą realizowały zarówno cele związane z ochroną danych osobowych w ramach działania Funduszu, jak i cele archiwizacyjne.

### Rodzaje świadczeń z Funduszu

Środki z Funduszu mogą być w DPS lub OPS przeznaczane na dofinansowanie na przykład:

- dopłaty do wypoczynku pracowników organizowanego przez nich we własnym zakresie, tzw. „wczasy pod gruszą”
- dopłaty zorganizowanego wypoczynku dzieci w wieku przedszkolnym lub szkolnym pracowników DPS lub OPS,
- pomocy socjalnej na zakup podręczników lub artykułów szkolnych dla dzieci w wieku przedszkolnym lub szkolnym pracowników DPS lub OPS,
- świadczeń okolicznościowych dla osób uprawnionych,
- pomocy rzeczowej i finansowej (np. zapomoga losowa w związku ze stanem zdrowia na skutek COVID-19),
- wspólnego wypoczynku osób uprawnionych o charakterze sportowym, rekreacyjnym lub kulturalno – oświatowym (np. wspólne wyjścia lub wyjazdy turystyczne, do teatrów, kin, pikniki, itp.).

### Ważne

Wysokość świadczeń z Funduszu powinna być uzależniona od dochodu na członka rodziny osoby uprawnionej, np. od wysokości dochodu brutto ze wszystkich źródeł na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą uprawnioną, z roku (albo kwartatu) poprzedzającego złożenie wniosku o przyznanie świadczenia z Funduszu.

Dochód określony wyżej powinien być określany kwotowo, np. na podstawie rocznego zeznania podatkowego, w oświadczeniu o dochodach. Oświadczenie o dochodach należy złożyć wraz z wnioskiem o odpowiednie świadczenie.

### Uwaga

Kierownik DPS lub OPS ma prawo do weryfikowania prawdziwości danych podanych w oświadczeniu przez wnioskodawcę i w tym celu może żądać od niego udokumentowania danych w zakresie niezbędnym do ich po-

twierdzenia. Potwierdzenie może odbywać się na podstawie np. zaświadczeń wydanych przez właściwe organy (instytucje), a w szczególności:

**a)** w przypadku osoby zatrudnionej w JOPS na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy – zaświadczenia o uzyskiwanym wynagrodzeniu;

**b)** w przypadku osoby prowadzącej działalność gospodarczą – deklaracji podatkowej za ostatni zakończony rok podatkowy;

**c)** w przypadku osoby prowadzącej działalność rolniczą – zaświadczenia z właściwego urzędu gminy o dochodach z gospodarstwa rolnego;

**d)** w przypadku osoby pobierającej emeryturę lub rentę – aktualnej decyzji o przyznaniu emerytury lub renty lub wyciągu z konta. Praktycznym rozwiązaniem może być przyjęcie, że w przypadku odmowy udzielenia dodatkowych informacji lub udokumentowania danych podanych w oświadczeniu domniemywa się i przyjmuje, iż wnioskodawca znajduje się w kategorii osób o najlepszej sytuacji materialnej (w najwyższej grupie dochodowej).

Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o dochodach zgodnie z prawdą oraz rzetelnego powołania wszelkich faktów i okoliczności mogących mieć wpływ na decyzję co do przyznania świadczenia z Funduszu oraz jego wysokości. Świadczenia pobrane z Funduszu nienależnie, wskutek ich przyznania na podstawie oświadczenia lub dokumentu zawierającego nieprawdziwe informacje, powinny podlegać zwrotowi na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

### Przykład (epidemia)

Pomoc rzeczowa lub finansowa (np. zapomoga losowa) może być przyznawana osobom uprawnionym w razie wystąpienia nadzwyczajnej sytuacji życiowej, która ich bezpośrednio dotknęła, a mianowicie: zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych lub długotrwałej choroby (np. COVID-19), itp. W celu otrzymania pomocy rzeczowej lub finansowej osoba uprawniona powinna złożyć kierownikowi DPS lub OPS odpowiedni wniosek wraz z dowodami, np. dokumentami potwierdzającymi zaistnienie okoliczności wymienionych wyżej.

#### Wzór

Data: .....

### Wniosek o przyznanie pomocy finansowej lub rzeczowej

Od: dane osoby uprawnionej

Do: kierownika DPS

Na podstawie § .... Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w DPS  
w .....zwracam się o przyznanie świadczenia pieniężnego/rzeczowego\*

\* niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie wniosku:

.....(opis nadzwyczajnej, nieprzewidzianej sytuacji w jakiej znalazła się rodzina osoby zakażonej wirusem SARS-COV-2, konieczność hospitalizacji, przyjmowania drogich leków, przymusowa kwarantanna małżonka, który był zmuszony zawiesić działalność gospodarczą w zakresie "małej gastronomii", itp.)  
Dołączam następujące dokumenty (dowody) potwierdzające wystąpienie nadzwyczajnej sytuacji życiowej, która mnie (osobę uprawnioną) bezpośrednio dotknęła (szczególnie zdarzenia losowe, klęska żywiołowa lub długotrwała choroba, itp.):

.....  
/podpis wnioskodawcy/

### Krąg osób uprawnionych do ZFŚS

W art. 2 pkt 5 ustawy określony został krąg podmiotów uprawnionych do korzystania ze środków zgromadzonych w zakładowym funduszu świadczeń socjalnych. Są to:

- pracownicy;
- rodziny pracowników;
- emeryci i renciści – byli pracownicy i ich rodziny;
- inne osoby, którym pracodawca przyznał w regulaminie zakładowego funduszu świadczeń socjalnych prawo korzystania ze świadczeń socjalnych finansowanych z Funduszu.

Osoby wymienione w punktach 1–3 nie mogą być pozbawione w regulaminie Funduszu prawa do korzystania z Funduszu, ponieważ ich uprawnienie wynika bezpośrednio z ustawy. Do pierwszej grupy osób należą wszystkie osoby zatrudnione w DPS lub OPS na podstawie umowy o pracę, bez względu na wymiar czasu pracy. Do grupy trzeciej zaliczani są emeryci lub renciści, którzy przeszli na emeryturę lub rentę bezpośrednio po zatrudnieniu w danym JOPS. Emeryt lub rencista jest więc uprawniony do korzystania z Funduszu wyłącznie u swojego ostatniego pracodawcy. Osoba, która uprzednio przeszła na wcześniejszą emeryturę i podjęta w nowym zakładzie pracy zatrudnienie przy zawieszeniu wypłaty emerytury, a następnie po rozwiązaniu stosunku pracy ponownie pobiera emeryturę, jest „emerytem – byłym pracownikiem” (w rozumieniu ustawy) tego ostatniego zakładu (por. uchwała SN z 15.11.1991 r., sygn. akt I PZP 56/91).

W regulaminie ZFŚS kierownik DPS lub OPS nie może, nawet przy zgodzie związków zawodowych, ograniczyć emerytom i rencistom uprawnień tylko do niektórych usług lub świadczeń. Tak jak pracownikom JOPS, przysługuje im pełne prawo do korzystania z Funduszu. Ustawa nie precyzuje co należy rozumieć poprzez pojęcie „rodzina” pracownika, emeryta lub rencisty. Dlatego krąg tych osób powinien być określony w regulaminie Funduszu tak, aby nie było wątpliwości, kto z członków rodziny jest uprawniony do korzystania z funduszu. Do grupy tej należeć powinni przede wszystkim:

- a)** małżonkowie;
- b)** pozostające na utrzymaniu i wychowaniu

dzieci własne, przysposobione, dzieci współmałżonka – do ukończenia 18 lat lub zakończenia nauki, nie więcej jednak niż do ukończenia przez nie 25 roku życia;

**c)** rodzice – z ograniczeniem np. do pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym rodziców niepełnosprawnych lub powyżej 75 roku życia.

Jeśli w danym DPS lub OPS zatrudnionych jest dwoje członków rodziny, np. małżonkowie, matka i syn, to obojgu przysługują uprawnienia do korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych i nie można w regulaminie funduszu ograniczyć ich prawa (np. tylko do jednego członka rodziny). Pracownik będący zatrudniony w dwóch lub więcej JOPS ma prawo do korzystania z funduszy istniejących w każdym z tych zakładów pracy. Pracownik korzysta z Funduszu nie tylko w czasie wykonywania pracy, ale także w czasie urlopu wypoczynkowego, macierzyńskiego i wychowawczego.

### Przykład

W DPS są zaangażowane osoby, które wykonują prace społecznie użyteczne. Czy wyżej wymienione osoby będą uprawnione do świadczeń z Funduszu? Odpowiedź będzie przecząca. Przede wszystkim trzeba podkreślić, że prace społecznie użyteczne są organizowane przez gminę w jednostkach pomocy społecznej, w tym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych, w organizacjach lub instytucjach zajmujących się pomocą charytatywną lub działalnością na rzecz społeczności lokalne. Stosownie do art. 73a ust. 1 ustawy z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1409 ze zm.) na wniosek gminy starosta może skierować bezrobotnego bez prawa do zasiłku korzystającego ze świadczeń z pomocy społecznej do wykonywania prac społecznie użytecznych na terenie gminy, w której bezrobotny zamieszkuje lub przebywa, w wymiarze do 10 godzin w tygodniu. Natomiast stosownie do art. 5 ust. 1 ustawy Fundusz tworzy się z corocznego odpisu podstawowego, naliczanego w stosunku do przeciętnej liczby zatrudnionych. Stosownie do § 1 rozporządzenia Ministra

Pracy i Polityki Społecznej z dnia 09.03.2009 r. w sprawie sposobu ustalania przeciętnej liczby zatrudnionych w celu naliczania odpisu na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych (Dz.U. z 2009 r., Nr 43 poz. 349), podstawę naliczania odpisu, o którym mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 04.03.1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych stanowi przeciętna planowana w danym roku kalendarzowym liczba zatrudnionych u pracodawcy, skorygowana w końcu roku do faktycznej przeciętnej liczby zatrudnionych, obejmująca pracowników zatrudnionych w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy (po przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy). Z powołanych wyżej przepisów wynika jednoznacznie, że Fundusz dotyczy pracowników zatrudnionych u pracodawcy, który przedmiotowy Fundusz prowadzi. Osoby wykonujące prace społecznie użyteczne nie są pracownikami DPS lub OPS w tym przypadku.

#### Zakończenie

Geneza funduszu świadczeń socjalnych wskazuje, że instytucja ta miała przyczynić się do zaspokajania potrzeb materialnych i bytowych pracowników. Zarówno w języku potocznym, jak i nazwach różnych instytucji termin „socjalny” odnoszony jest do ubóstwa, zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Fundusz nie jest jednak instytucją prawa publicznego, do której stosuje się obiektywne mierniki ubóstwa. Poziom świadczeń jest bardzo zróżnicowany w różnych zakładach pracy, podobnie jak potrzeby osób korzystających z jego zasobów, występuje również duża swoboda dookreślenia ustawowych kryteriów przyznawania świadczeń. Szczególnie w „dobie epidemii koronawirusa” pracownik DPS lub OPS zainteresowany tematem świadczeń socjalnych i ich potencjalną wysokością w danym roku, powinien zapoznać się z treścią regulaminu ZFŚS i preliminarza wydatków z Funduszu u swojego pracodawcy. Musi pamiętać jednak

o tym, iż dopóki kierownik DPS lub OPS nie przyzna konkretnego świadczenia, nie może domagać się udzielenia świadczenia na podstawie treści samego regulaminu np. w drodze powództwa cywilnego. Nie mniej jednak kierownik DPS lub Dyrektor OPS będzie podlegał odpowiedzialności za wykroczenie polegające np. na wypłacie świadczeń indywidualnych z Funduszu „po równo” wszystkim zainteresowanym lub świadczeń z ZFŚS nie przewidzianych w regulaminie Funduszu (art. 12a u.z.f.ś.s.), za co grozi kara grzywny. ●



# Wpływ żywienia na odporność i jakość życia

## W TYM ZDROWIE PSYCHICZNE OSÓB STARSZYCH W DOBIE PANDEMII SARS-COV-2

ANNA PAWLIK // Dietetyk Domu Pomocy Społecznej w Mysłowicach

*Biorąc pod uwagę ilość przeprowadzonych na tą chwilę badań – wpływ sposobu żywienia na odporność jest obecnie trudny do podważenia. W czasach gdy istnieje zwiększone ryzyko infekcji, dbałość o odpowiedni – jakościowy i ilościowy dobór pokarmu może stanowić element prewencji chorób zakaźnych, jak i przewlekłych chorób metabolicznych.*

Ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) nowa epidemia koronawirusa o nazwie SARS-CoV-2 wywołała światowy kryzys zdrowotny wpływając bezpośrednio na życie całej populacji ludzkiej. Brak wiedzy na temat skutecznych metod leczenia choroby (COVID-19) i/lub szczepionek spowodowały, że w centrum uwagi znalazły się czynniki, które mogą wspomóc prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego do walki z infekcjami. Na tą chwilę niestety nie istnieje poparta dowodami naukowymi, w stu procentach skuteczna dieta, która chroni przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Istnieje jednak szansa na to, że codzienne zwyczaje żywieniowe będą miały

wpływ na zdolność organizmu do radzenia sobie z infekcją w toku ewentualnego jej trwania. Analizując dotychczas zebrane dowody naukowe, Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) wskazał sześć witamin (D3, A, C, kwas foliowy, B6, B12) i cztery minerały (cynk, żelazo, miedź i selen) za niezbędne do prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego.

Prowadzone od lat badania na temat wpływu stosowanej diety na ryzyko wystąpienia chorób dowodzą jednoznacznie prozdrowotnego i protekcyjnego działania spożycia warzyw i owoców, a co za tym idzie licznych bioaktywnych związków obecnych w ich składzie, na stan

**Związki niezbędne do prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego wg EFSA:**

- 1 witaminy: D3, A, C, kwas foliowy (B9), B6, B12
- 2 składniki mineralne: cynk, żelazo, miedź i selen

zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Najlepiej przebadana pod tym względem została dieta śródziemnomorska, której główne założenia to codzienne spożycie produktów zbożowych, wysokie spożycie warzyw i owoców, oliwy z oliwek, nasion roślin strączkowych oraz orzechów, średnie spożycie ryb i owoców morza (kilka razy w tygodniu), natomiast niskie spożycie mięsa czerwonego i produktów mięsnych (kilka razy w miesiącu), oraz niewielkie spożycie tłuszczów nasyconych (kilka razy w miesiącu). Prowadzone badania dotyczące wpływu diety na ryzyko wystąpienia demencji potwierdzają neuroprotekcyny wpływ takich produktów spożywczych jak: zielone warzywa – które są bogate w witaminę E, kwas foliowy i karotenoidy, owoce morza – bogate w kwasy tłuszczowe omega-3 czy jagody zawierające polifenole. Najnowsze badania potwierdzają związek między podwyższonymi wskaźnikami stanu zapalnego w organizmie, a wystąpieniem depresji.

Stanowi to kolejny argument ku temu, aby jako podstawowe narzędzie do pracy nad zdrowiem zarówno psychicznym jak i fizycznym wykorzystywać występujące w dużej ilości, głównie w żywności pochodzenia roślinnego, substancje o działaniu przeciwutleniającym. Do związków tych zaliczamy przede wszystkim: polifenole, witaminy – A, C i tokoferole, karotenoidy, ponadto kwasy organiczne, wapń, selen, chlorofiliny, glutation, indole, fitinyiany, tiocyjaniany, izomery kwasu linolowego. Warto wspomnieć o diecie stworzonej wstępnie w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom nadciśnienia tętniczego – diecie DASH. Badania wskazują na istotną redukcję nadwagi i otyłości u osób stosujących ten model żywienia. Oprócz pozytywnego wpływu na masę ciała zauważono także korzystny wpływ na stężenie cholesterolu i frakcji LDL.

W obecnym czasie prowadzone są liczne badania na temat występowania związku pomiędzy niewłaściwym sposobem odżywiania, a co za tym idzie niedoborów takich związków jak: witamina B12, witamina B6, kwas foliowy, witamina D3, składników mineralnych jak magnez, żelazo, cynk, oraz NNKT (niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe) głównie kwasy omega-3, a funkcjonowaniem ludzkiego mózgu. Niedobory te mogą mieć wpływ na występowanie zaburzeń neurodegeneracyjnych jak otępienie, choroba Parkinsona, schorzenia układu krążenia.



**Komponując dietę powinniśmy bazować na modelu najlepszych i najbardziej prozdrowotnych diet (dieta śródziemnomorska, dieta DASH), które zalecają głównie:**

- 1** Wysokie spożycie warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych oraz orzechów.
- 2** Niskie spożycie mięsa czerwonego i produktów mięsnych.
- 3** Niewielkie spożycie tłuszczów nasyconych.

nia, schorzeń naczyniowych mózgu i zaburzeń psychicznych w tym zaburzeń depresyjnych. Najczęstszą przyczyną niedoborów witamin z grupy B są błędy w żywieniu. Złe przyzwyczajenia kulinarne, przede wszystkim wybór głównie przetworzonych produktów spożywczych, których skład jest mocno zubożały w wymienione prozdrowotne związki. Do tych produktów należą między innymi produkty z oczyszczonej mąki pszennej, biały(tuskany) ryż, wszystkie produkty, które w procesie produkcji zostały poddane działaniu wysokiej temperatury. W wyniku obróbki termicznej następuje utrata cennego kwasu foliowego.

Kwas foliowy (witamina B9) należy do witamin z grupy B. Foliiany występują w produktach pochodzenia roślinnego jak i zwierzęcego.

Do najlepszych ich źródeł należą:

- Surowe zielone warzywa: sałata, szpinak, kapusta włoska, brukselka, brokuły
- Rośliny strączkowe takie jak groch, fasola
- Pełne ziarna zbóż drożdże
- Ze źródeł pochodzenia zwierzęcego – wątróbka

Promieniowanie słoneczne, wysoka temperatura i kwasowość środowiska powodują utratę od 50 do 90% zawartości tych związków żywności. Niedobór kwasu foliowego może doprowadzić do rozwoju procesów miażdżycowych, oraz powiązanych z nim chorób: choroby niedokrwiennej serca, może przyczynić się do większej podatności na występowanie niektórych nowotworów, niedokrwistości, osteoporozy, problemów dermatologicznych oraz zaburzeń pracy mózgu w postaci pogorszenia funkcji poznawczych. Niedobór kwasu foliowego pełni funkcję w patogenezie powstawania zaburzeń lękowych, agresji, nadpobudliwości, a przede wszystkim ma niewątpliwą rolę w

z występowaniem zaburzeń nastroju i depresji. Osoby starsze są w szczególności narażone na niedobory folianów ze względu na mnogość stosowanych leków, które mogą wpływać na metabolizm kwasu foliowego. Często stosowanie ubogiej i niewłaściwej pod względem jakościowym jak i ilościowym diety, używki jak palenie papierosów, spożycie kawy i herbaty w nadmiarze, mogą przyczynić się do niedoborów tego cennego związku.

**Dzienna suplementacja kwasem foliowym w ilości 0,8 mg w połączeniu z suplementacją witaminą B12 w ilości 0,4 mg na dobę łagodzi objawy już zdiagnozowanej depresji.**

Innym bardzo ważnym dla funkcjonowania mózgu związkiem są NNKT (niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe). Organizm człowieka nie posiada zdolności syntezy NNKT, którymi są: kwas  $\alpha$ -linolenowy (ALA) – rodzina omega-3 i kwas linolowy (LA) – rodzina omega-6. Z tego powodu NNKT muszą być dostarczane bezpośrednio z dietą.

**Źródłem omega-3 – zwłaszcza EPA (kwas eikozapentaenowy) i DHA (dokozaheksaenowy) – w diecie polskiej są:**

- Tłuste ryby, głównie morskie (łosoś, sardela europejska, sardynki, śledź, makrela, pstrąg, tuńczyk, halibut)
- Suplementacja olejem wątrusowym (tran)

W wyniku starzenia się organizmu, dochodzi do hamowania syntezy DHA i wzrostu ryzyka zaburzeń funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego u ludzi starszych. Dlatego odpowiedni poziom spożycia kwasów omega-3 jest tak istotny w wieku podeszłym. Zbyt mała podaż tych związków może przyczynić się do zwiększonego ryzyka rozwoju depresji i stanów lękowych.

**Ryby należą do produktów niskokalorycznych i mogą być z powodzeniem uwzględniane w diecie osób starszych, z nadwagą lub schorzeniami układu sercowo – naczyniowego.**

**Są nie tylko źródłem wartościowego białka i tłuszczu, ale także skarbnicą wielu cennych substancji mineralnych, takich jak żelazo, cynk i wapń.**

Oleje roślinne to z kolei bogate źródło omega-6 (olej słonecznikowy, z pestek winogron, sezamowy, arachidowy). Zbyt wysokie spożycie kwasów tłuszczowych omega-6 i tłuszczów zawierających kwasy tłuszczowe nasycone (głównie tłuszcze zwierzęce) w stosunku do spożycia kwasów omega-3, stwarza podwyższone ryzyko rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych.

W Polsce pierwszy przypadek zarażenia koronowirusem (SARS-CoV-2) został odnotowany 4 marca 2020r. i od tamtej pory dalej zbiera swoje żniwo zwłaszcza wśród starszej części społeczeństwa. Osoby starsze oraz osoby obciążone występowaniem chorób towarzyszących – jako osoby najbardziej narażone na infekcję, wymagają szczególnej uwagi i zachowania w ich przypadku wzmożonych środków ostrożności w trakcie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego.

Wiek starszy jest czasem, gdy w naturalny sposób siły obronności organizmu, zwłaszcza obronności immunologicznej są osłabione. Jest to okres w życiu jednostki predysponujący do wystąpienia mnogości chorób, będących często wynikiem wieloletniego bagażu złych nawyków żywieniowych i nieprawidłowego stylu życia.

Ograniczenie możliwości wychodzenia na zewnątrz w znaczący sposób powoduje pogorszenie jakości życia i sprawności fizycznej. Permanentna nadwyżka energetyczna powstająca często na skutek niedostatecznej aktywności fizycznej, często zjawiska „zajadania stresu”, czy jedzenia „z nudy” – predysponuje do otyłości, a w konsekwencji skorelowanych z nią innych chorób metabolicznych, które stwarzają większe prawdopodobieństwo narażenia na infekcje. Występująca w populacji osób starszych otyłość sarkopeniczna związana jest ze zmianami w składzie ciała zależnymi od wieku. Gdy organizm starzeje się, stopniowo zmniejszają się proporcje ciała – pojawia się spadek beztłuszczowej masy ciała na rzecz większej ilości tkanki tłuszczowej, która w wieku starszym gromadzi się głównie w okolicach narządów wewnętrznych stwarzając zagrożenie dla zdrowia. Niedostateczna podaż w diecie seniorów składnika pokarmowego, którym jest białko, pogarsza dodatkowo sytuację, gdyż niedożywienie biał-

kowo – energetyczne w skrajnych wypadkach może wpływać znacząco na funkcje układu immunologicznego.

Światowa Organizacja Zdrowia jako podstawę do walki z wirusem stawia w pierwszej kolejności działania najprostsze – przede wszystkim: częste mycie i dezynfekcja rąk, jak i ograniczenie zbędnych kontaktów i skupisk ludzkich. Izolacja stwarza zagrożenie pod postacią niedostatecznej realizacji podstawowych potrzeb życiowych, zwłaszcza takich jak: poczucie bezpieczeństwa, poczucia przynależności i miłości. Konieczność izolacji w celach zapewnienia ochrony przed zarażeniem, sama stwarza realne zagrożenie dla zdrowia, jakości życia – w tym stanu zdrowia psychicznego poddanych izolacji jednostek. Dostosowanie zasad życia codziennego do zasad pandemii negatywnie oddziałuje na wszystkich – utrata niezależności, samodzielności, poczucie braku wpływu na to co się dzieje i niesprawiedliwości – w konsekwencji mogą spowodować znaczne pogorszenie nastroju oraz zagrożenie wystąpieniem depresji.

Brak możliwości stałego korzystania z aktywności na zewnątrz w znaczny sposób ogranicza wytwarzanie witaminy D3(cholekalcyferol), której głównym źródłem jest synteza mająca miejsce w skórze właściwej na skutek poddania jej działaniu promieni słonecznych.

**Efektywna synteza skórna witaminy D3 jest możliwa w Polsce od maja do września, w godzinach 10:00–15:00, przy ekspozycji trwającej przez około 15 minut, obejmującej około 18% powierzchni ciała (odkryte przedramiona i podudzia) oraz przy niezastosowaniu w tym czasie filtrów słonecznych.**

W miesiącach zimowych oraz latem rano i wieczorem kąt padania promieni słonecznych na powierzchnię ziemi niemal całkowicie uniemożliwia skórną produkcję witaminy D, dlatego zalecana jest suplementacja owej witaminy. Dawki witaminy D3 stosowane profilaktycznie powinny zależeć od wieku, masy ciała, stopnia nasłonecznienia związanego z porą roku i ekspozycji na słońce oraz uwarunkowań, takich jak dieta i styl życia. Dawka profilaktyczna dla osoby dorosłej (19.–65. r.ż.) o prawidłowej masie ciała wynosi 800–2000 j.m./dobę.

Osoby starsze są w szczególności narażone na niedobór witaminy D, który stwierdza się u 5%

do 25% osób mieszkających samodzielnie i od 60% do nawet 80% u osób przebywających w domach pomocy społecznej.

Powiązanie niedoborów witaminy D z zaburzoną funkcjonalnością mózgu i zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych

**Produkty spożywcze, które mogą stanowić dodatkowe źródło witaminy D3 to np.:**

- Tran
- Żółtko jaja
- Wątroba
- Ryby, takie jak: łosoś, sardynki, śledź oraz makrela

sprawia, że jest ona jednym z potencjalnych i ogólnodostępnych środków służących do leczenia szeregu schorzeń.. Może ona zostać wykorzystana jako czynnik neuroprotektoryjny w łagodnych zaburzeniach poznawczych i otępieniu.

Wiele chorób, które mogą zagrażać osobom starszym, powstaje w wyniku niedoborów składników mineralnych. Przyczynami tych niedoborów mogą być zarówno niedostateczne spożycie z dietą, jak i występowanie chorób towarzyszących, zwłaszcza chorób przewodu pokarmowego i nerek oraz stosowane leki. Obniżona kwasowość soku żołądkowego zmniejsza odporność błony śluzowej przewodu pokarmowego i prowadzi do niestrawności, zwiększając prawdopodobieństwo rozwoju patologicznej flory bakteryjnej w obrębie jelita. Zjawisko to może mieć wpływ na ograniczenie wchłaniania żelaza i witaminy B12. Ludzie starsi często borykają się z występowaniem niedokrwistości na tle niedoborów żelaza i innych składników odżywczych.

Procesem powstawania niektórych schorzeń jamy ustnej, a także wpływ przewlekłego bólu jamy ustnej na ogólną kondycję psychiczną i fizyczną, może być skorelowany z faktem, że osoby starsze często świadomie eliminują ze swojej diety trudniejsze do rozdrobnienia w ja-

**Niedobór żelaza może powodować zmiany behawioralne oraz zmniejszać odporność organizmu na występowanie infekcji.**

mie ustnej produkty mniej przetworzone, takie jak: maki, makarony, pieczywo z pełnego przemiału oraz grube kasze. Może to mieć negatywny wpływ na pokrycie zapotrzebowania na niezbędne składniki mineralne. Niedostateczne pokrycie zapotrzebowania na witaminy i składniki mineralne w diecie wpływa na powstawanie chorób jamy ustnej – tworzy to błędne koło.

Udowodniono, że niedobór magnezu (Mg) w diecie może mieć wpływ na pogorszenie nastroju, a w rezultacie przyczynić się do wystąpienia epizodów depresji.

**Dobre źródło Mg stanowią takie produkty jak:**

- Pestki dyni
- Otręby pszenne
- Kakao
- Migdały
- Kasza gryczana
- Biała fasola
- Gorzka czekolada
- Orzechy laskowe
- Otręby owsiane
- Rodzynki
- Banany
- Woda mineralna o wysokim i średnim stopniu mineralizacji.

Jeśli wraz z dietą nie zostaną dostarczone niezbędne składniki lub gdy ich ilość będzie nieadekwatna do zapotrzebowania, organizm nie będzie w stanie wytworzyć z ich udziałem właściwych – niezbędnych do funkcjonowania mózgu substancji – neuroprzekazników – w zadowalającej ilości. W syntezie neuroprzekazników w mózgu znaczącą rolę odgrywa ilość i rodzaj spożytego białka będącego źródłem: aminokwasów (L-tyrozyny, fenyloalaniny, tryptofanu, kwasu glutaminowego, histydyny), węglowodanów, kwasów tłuszczowych, witamin (B1, B6, B9, B12, C, E), składników mineralnych (Ca, Na, K, Mg, Fe, Mn, Zn, J) i choliny. Niedobory witaminowo, mineralne w diecie skutkują zaburzeniami szlaków biochemicznych serotoniny, noradrenaliny i dopaminy, które mają ogromny wpływ na nasz nastrój. Ich prekursorami są aminokwasy – w przypadku dopaminy i noradrenaliny – fenyloalanina i powstająca z niej tyrozyna, podczas gdy w przypadku serotoniny – tryptofan. Na wchłanianie tryptofanu z pożywienia mogą mieć negatywny wpływ zapalne choroby przewodu pokarmowego czy uszkodzenie wątroby, ponieważ w tych stanach zdolność do jego absorpcji ulega zakłóceniu. Niezdrowe nawyki żywieniowe oraz stresogenny tryb życia mogą prowadzić do niedoborów tego aminokwasu, co może skutkować zaburzeniami nastroju a nawet depresją.

**Do najbogatszych źródeł tryptofanu zalicza się:**

- Pestki dyni
- Pestki słonecznika
- Nasiona sezamu
- Siemię lniane
- Orzechy
- Płatki owsiane
- Kakao
- Brokuły
- Ryby
- Mięso drobiowe
- Nabiał

Wielochorobowość występująca u wielu seniorów predysponuje do stosowania w większości przypadków diety łatwostrawnej, a co za tym idzie wprowadzenia eliminacji części produktów i pokarmów, o ogólnie przyjętym w populacji prozdrowotnym działaniu (pieczywo pełnoziarniste, żytnie i pszenne, grube kasze, pełnoziarniste makarony, warzywa kapustne, papryka, szczypior, cebula, ogórki, rzodkiewki, itp). W celu poprawy strawności dozwolonych w diecie warzyw i owoców proponuje się podanie ich obróbce kulinarnej (obieranie, krojenie, rozdrabnianie, gotowanie). Zabiegi te wpływają negatywnie na zawartość w nich cennych składników. Dieta łatwostrawna stosowana w przypadku chorób przewodu pokarmowego wymaga wprowadzenia ograniczeń w ilości błonnika pokarmowego. Błonnik pokarmowy (włókno pokarmowe) to mieszanina substancji pochodzenia roślinnego. Dzieli się on na frakcję włókna rozpuszczalnego w wodzie (owies, jęczmień, owoce np. jabłka, cytrusy, warzywa np. pietruszka, marchew, bakłażan, nasiona roślin strączkowych np. groch, fasola, a także siemię lniane, orzechy) oraz frakcję błonnika nierozpuszczanego (głównie w produkty zbożowe z pełnego przemiału takie jak chleb, płatki zbożowe, maki pełnoziarniste, otręby, grube kasze np. kasza pęczak).

Zaleca się, aby przyjmować dziennie ok. 25 g błonnika pokarmowego przy diecie 2000 kcal. Zawartość w diecie włókna pokarmowego, wpływa na zwiększenie różnorodności prozdrowotnej flory bakteryjnej jelit.

Błonnik pełni więc funkcję prebiotyku, tj. substancji nietrawionej przez człowieka, której produkty fermentacji stymulują rozwój bakterii probiotycznych w ludzkich jelitach, wpływając tym samym na zdrowie gospodarza. Bakterie jelitowe uczestniczą m.in. w ochronie organizmu przed patogenami. Poprzez kolonizację powierzchni jelita nie pozostawiają miejsca do rozwoju bakterii chorobotwórczych, chroniąc tym samym przed zakażeniami pokarmowymi.

Mikrobiota jelit produkuje substancje przeciwbakteryjne oraz pobudza organizm gospodarza do syntezy czynników przeciwbakteryjnych. Zapewnia utrzymanie immunologicznej homeostazy, mając protekcyjny wpływ na występowanie chorób o podłożu autoimmunizacyjnych. Bakterie jelitowe zapewniają dodatkowo prawidłowy rozwój układu nerwowego oraz utrzymanie równowagi neurologicznej, jak również zapewnienie prawidłowego stężenia tryptofanu. Dodatkowo, drobnoustroje jelitowe produkują witaminy K, B12, B6 oraz B1, kwas foliowy.

W związku z powyższym warto dbać o właściwe odżywienie mieszkańców dolnego odcinka przewodu pokarmowego uwzględniając w diecie odpowiednią podaż warzyw i owoców – także w surowej formie – produktów kiszonych oraz fermentowanych, zwłaszcza dozwolonych w diecie łatwostrawnej – fermentowanych przetworów mlecznych (kefir, jogurt naturalny, maślanka), które poza swoim probiotycznym działaniem stanowią także cenne źródło pełnowartościowego białka i wapnia – składników bardzo cennych w diecie seniora.

Czas pandemii koronawirusa SARS-Cov-2, coraz bardziej rozpowszechniające się choroby cywilizacyjne i dodatkowo, okres zwiększonej zachorowalności na choroby infekcyjne, stawia odporność organizmu – zarówno immunologiczną jak i psychiczną – pod przystawioną „ścianą”. Optymalne odżywianie jest jednym z głównych wyznaczników zdrowia, który może poprawić samopoczucie i złagodzić szkodliwe konsekwencje zdrowotne związane z dystansem społecznym. Żywność stanowi cenne, niezastąpione źródło niezbędnych składników, których działanie wywiera udokumentowany licznymi badaniami wpływ na stan fizyczny i psychiczny organizmu. Osoby starsze, obciążone chorobami przewlekłymi – stanowiące potencjalnie jednostki bardziej narażone na infekcje, powinny w szczególności stosować zasady diety zdrowej, zbilansowanej pod kątem wszystkich niezbędnych składników odżywczych, w tym makro i mikroelementów, witamin i innych prozdrowotnych aktywnych związków, gdyż stanowi ona gwarancję lepszego jakościowo życia zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. ●

# Szybko, szybko... a może po prostu inaczej?

## JAK OSZCZĘDZIĆ CZAS.

LESZEK GUGA // Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat



*Szybko, zbudź się, szybko, wstawaj!*

*Szybko, szybko, stygnie kawa!*

*Szybko, zęby myj i ręce!*

*Szybko, światło gaś w łazience!*

*Szybko, tata na nas czeka!*

*Szybko, tramwaj nam ucieka!*

*Szybko, szybko, bez hałasu!*

*Szybko, szybko, nie ma czasu!*

*Na nic nigdy nie ma czasu?*

[...]

– Danuta Wawitow „Szybko”

**K**ażdego dnia najwięcej czasu zajmują jego stałe elementy – wstajemy, idziemy do łazienki, jemy coś (czasami za szybko) na śniadanie i pędzimy do pracy. W ten sposób znika nam pierwsza godzina, albo i więcej, każdego dnia. Podobnie, w pracy wiele elementów jest statych. O stałej porze pielęgnujemy mieszkańców, o stałej porze pomagamy im udać się na posiłki. Po odjęciu tych wszystkich powtarzalnych elementów pozostaje nam zaledwie garstka czasu na zajęcie się dodatkowymi sprawami, a jeżeli coś nas zaskoczy, co nieraz się zdarza, to może okazać się, że zaczyna nam brakować czasu, żeby wszystko ze sobą pogodzić. Po prostu, czasu nigdy nie jest za wiele. Kiedy mamy dużo do zrobienia – czas wydaje się biec podwójnie szybko. Oszczędność czasu, nie musi oznaczać, że zrobimy coś gorzej. Dobrze dobrane narzędzia zmieniają naszą pracę – w końcu, lepiej jest policzyć coś na kalkulatorze zamiast używać liczydła. Dlatego przyjrzyjmy się temu, jak można ułatwić sobie życie sięgając po rozwiązania, które są wygodniejsze i po prostu – szybsze. Czasami tę samą czynność można wykonać na kilka różnych sposobów – czujemy to intuicyjnie. Jeśli odkryjemy nową drogę do domu, okaże się, że udało nam się zaoszczędzić kilka minut. Przykrywamy pieczeń kawałkiem pergaminu a nie pokrywką i efekt przerasta nasze oczekiwania. W ten sam sposób można przekonać się, czy są wygodniejsze sposoby na wykonanie czynności pielęgnacyjnych.

### Po pierwsze: bez dźwigania

Oczyszczenie skóry mieszkańca jest niezbędne przy każdej zmianie produktów chłonnych. To też niestety oznacza, że zaopiekowanie się każdym mieszkańcem wymaga zmiany wody, przeniesienia lub przewiezienia miski z miejsca na miejsce. Ta woda, to dziesiątki dźwiganych kilogramów dziennie, a tygodniowo – pewnie setki. Poza obciążeniem dla kręgosłupa to również dodatkowy czas spędzony na przygotowaniu się do pielęgnacji każdej osoby. A co gdyby możliwe było wyeliminowanie tego przygotowania? Dzięki skorzystaniu z pianki myjąco–pielęgnującej lub kremu myjącego 3 w 1 Seni Care oraz nasączonych chusteczek Seni Care czynności pielęgnacyjne można wykonać bez użycia wody, nie rezygnując jednocześnie ze skutecznego oczyszczenia. Ponadto, dzięki składnikom pielęgnacyjnym takim jak witamina E i Pantenol można dodatkowo odżywić skórę i złagodzić ewentualne zaczerwienienia, co nie byłoby możliwe przy „klasycznym” myciu wodą z mydłem. Taka profilaktyka pomaga nie tylko tu i teraz, ale możliwe, że oszczędza nam również pracy w przyszłości.

### Po drugie: prowadzić

Rozmawiając o wyzwaniach opieki długoterminowej często powracającym tematem jest to, jakim wyzwaniem jest praca z osobami żyjącymi z demencją. Opieka nad nimi może przysparzać personelowi dodatkowych trudności i kiedy one się pojawiają, kosztuje pracowników więcej wysiłku i czasu. Temu, w jaki sposób można poradzić sobie z częścią tych trudności poświęcony jest darmowy poradnik **Damy Radę „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji?”**. Zachęcamy po sięgnięciu do niego, ale dzisiaj porozmawiamy o jednym z poruszanych tam sposobów na uproszczenie opieki – chwycie dłoń pod dłoń. Prezentację jego wykorzystania można obejrzeć na kanale YouTube

programu Damy Radę. W skrócie, opiekując się osobą żyjącą z jakąkolwiek formą demencji zmierzamy do tego, żeby swoją dłońią prowadzić jej dłoń, tak aby osoba odczuwała, że sama wykonuje różne czynności. Sprawia to, że łatwiej jest jej zaakceptować czynności pielęgnacyjne, a dodatkowo może sprawić, że otworzy się ona na część z nich i może odblokować pokłady sprawności, które mogą nas zaskoczyć. Może się okazać, że nie tylko osoba „zezwała” na wykonanie różnych

czynności pielęgnacyjnych, ale może nawet nam w nich pomóc. Pozornie większe zaangażowanie w czynność i dodatkowy czas włożony w jej rozpoczęcie będzie procentować łatwiejszym i – summa summarum – szybszym jej wykonaniem.

**Po trzecie: jedną ręką**

Nie zawsze obie ręce mamy wolne. Czasami stabilizujemy mieszkańca, innym razem prowadzimy jego jedną rękę chwytem dłoń-pod-dłoń.

**TECHNIKA „dłoń-pod-dłoń”**



1. Podaj rękę



2. Uściśnij lekko rękę



3. Zahacz kciukiem o kciuk



4. Zawiń dłoń wokół nasady kciuka



5. Podopieczny automatycznie odpowiada tym samym



6. Przekręć dłoń tak, aby dłoń podopiecznego była na górze i dalej wykonuj czynność – z udziałem jego ręki

Prezentacja chwytu dłoń pod dłoń i innych technik utwierdzających opiekę, znajdziecie Państwo w kanale programu – pod linkiem: [www.youtube.pl/damyradeinfo](http://www.youtube.pl/damyradeinfo)

Na przykład podczas kąpieli wskazane jest żeby osoba, którą kąpiemy oboma dłońmi, trzymała nas za przedramię. Dla części osób może to mieć efekt uspokajający, a u innych będzie zajmować ich dłońie i sprawiać, że nie będą one szukały sobie innego zajęcia. To może być pomocne, bo np. taki zajęty mieszkaniec nie będzie bawił się kurkiem z wodą. Dzięki temu można uniknąć trudnej sytuacji, w której przypadkowo oblewa się lodowatą wodą i odmawia dalszej kąpieli. Jedynym minusem tej metody jest to, że nasza jedna ręka jest stale zajęta i wykonanie niektórych czynności może być trochę trudniejsze. Ułatwieniem mogą być produkty do mycia z wodą Seni Care w opakowaniach z pompką. Korzystając z nich można nałożyć pojedynczą porcję żelu lub szamponu jedną ręką, kiedy druga zajęta jest wspieraniem mieszkańca.



**Po czwarte: nie zawsze tak samo**

Mimo tego, jaką oszczędnością czasu może być wykonywanie czynności higienicznych bez wody, należy dbać o to, by zachować równowagę pomiędzy tym sposobem pielęgnacji a klasycznym myciem z wodą. Mycie bez wody ma szereg za-

let, zwłaszcza że kontakt z wodą, paradoksalnie, wysusza skórę. Dlatego trzeba ten minus równoważyć sięgając po kosmetyki które będą nawilżać i odżywiać skórę, żeby stworzyć przeciwwagę dla tego problemu. Mimo tych wad, kontakt z wodą jest bardzo ważny i nie można ignorować jego terapeutycznego działania, bo zwykła, klasyczna kąpiel, prysznic – są po prostu przyjemne.

**Po piąte: nie zawsze własnymi rękami**

Z jednej strony, czasami żartujemy „jeśli chcesz, żeby coś było zrobione dobrze, musisz zrobić to sam”. Z drugiej strony, chyba trudno znaleźć osobę, która nie lubi, kiedy jej się pomaga. Taką pomocą mogą być dla nas sami mieszkańcy. Mówiąc o opiece długoterminowej często porusza się temat zachowania jakości życia i zachowania sprawności. W praktyce, oznacza to, że jeżeli tylko mieszkaniec może zrobić coś samodzielnie – powinniśmy szukać sposobu na umożliwienie mu tego, w granicach jego sprawności. Oczywiście, będzie się to różnić od osoby do osoby, ale jeżeli uda nam się wspierać i zachęcać mieszkańców do zadbania o samych siebie to poza realizacją postulatu samodzielności, może to oznaczać, że z czasem, w niektórych sytuacjach, będziemy im mniej potrzebni, a dzięki temu będziemy mieć możliwość wykorzystania naszego czasu inaczej, lub poświęcenia go osobom, które naszego wsparcia potrzebują więcej. ●

**Produkty do pielęgnacji bez użycia wody**

**Krem myjący 3 w 1**

- oczyszcza i nawilża skórę dzięki zawartości 3% mocznika
- zmniejsza uczucie napięcia naskórka
- neutralizuje nieprzyjemne zapachy



### Pianka myjąco-pielęgnująca

skutecznie oczyszcza skórę, również z pozostałości kału

łagodzi podrażnienia

neutralizuje przykry zapach moczu i kału



90%

profesjonalnych opiekunów zwrócić uwagę na skrócenie czasu oczyszczania skóry z kału dzięki zastosowaniu pianki myjąco-pielęgnującej Seni Care

\*

### Chusteczki pielęgnacyjne



z prebiotykiem wspierającym dobrą florę bakteryjną skóry

dużo większe niż standardowe chusteczki nawilżane

neutralizują nieprzyjemne zapachy



99%

profesjonalnych opiekunów zauważyło poprawę komfortu swojej pracy dzięki zastosowaniu chusteczek Seni Care

\* Wyjaśnienie: Badanie na próbie 305 osób przeprowadzone przez Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej w instytucjach opieki długoterminowej w Polsce w 2019 roku.



### Myjki podfoliowane

wykonane z miękkiego i chłonnego materiału

chronią skórę dłoni osoby pielęgnującej

Mycie może być wygodniejsze dla opiekuna a przyjemniejsze dla mieszkańca dzięki wykorzystaniu miękkich jednorazowych myjek Seni Care



# Rezerwa poznawcza

## CZYLI JAK STARZEĆ SIĘ POMYŚLNIE. O PAMIĘCI SEMANTYCZNEJ, WSPOMNIENIACH I ZAPACHU SZARLOTKI.

MARZENA GROCHOWSKA // trener, coach, brainolog

Rok 2020 dla mieszkańca domu pomocy społecznej nie jest rokiem wyzwiań biopsychospołecznych. Ciągła niepewność i niepokój, nowe ograniczania w funkcjonowaniu, niemożność pielęgnowania niektórych rytuałów i wykonywania aktywności w przestrzeni zewnętrznej domu, z pewnością mogą zaburzać budowanie i utrzymywanie rezerwy poznawczej mózgu. Troska o zasoby mentalne seniora, czy podopiecznego, przyświecała autorce do podjęcia eksploracji tego zagadnienia. Na tej bazie poszukajmy nowych rozwiązań do pracy z rezerwą poznawczą mózgu, dzięki której mieszkaniowiec może spokojniej przechodzić przez niepewność i budować swoje rezyliencie zasoby mentalne.

Sam proces starzenia się może przybierać wielorakie wzorce. Od typowego spadku zdolności i aktywności społecznej, obciążonej ryzykiem demencji, przez starzenie o typie patologicznym, gdzie cechą charakterystyczną jest utrata samodzielnego funkcjonowania w następstwie zaburzeń poznawczych lub występującego otępienia, do wzorca starzenia się pomyślnego, gdzie aktywność społeczna i korzystanie z rezerwy

poznawczej utrzymuje dobrostan mieszkańca. Właśnie takiego przebiegu starzenia życzylibyśmy sobie i naszym podopiecznym. Uwaga zespołu terapeutycznego powinna być skupiona na sposobach redukcji ryzyka niepewności i demencji mieszkańca oraz winna się koncentrować na mechanizmach pełniących funkcję protekcyjną dla mózgu. Szczególnie istotne jest budowanie rezyliencji, plastyczności mózgu opartej na pozytywnym doświadczeniu i wspomnianej już rezerwy poznawczej. Rezerwa poznawcza ma jeszcze jedną funkcję, umożliwia kompensację i dobre funkcjonowanie mieszkańca, u którego wystąpił deficyt neurologiczny w następstwie jakiegokolwiek patologicznego aktywności w obrębie układu nerwowego.

Rezerwa poznawcza to swoista bio-łokata dla naszego mózgu. Rozumiana jest jako zbiór wiedzy, umiejętności i postaw, nabyte w trakcie całego naszego życia, które plastycznie wykorzystywane przez nasz mózg, pozwalają nam bezpiecznie poruszać się po rzeczywistości. Te zasoby to nasza oręż na procesy otępienne i neurodegeneracyjne. Im wyższy poziom rezerwy poznawczej, tym dłużej i bezpieczniej funkcjonuje w sferze biopsychospołecznej. W kon-

cepcji starzenia się zdrowego mózgu, wyróżnić możemy również rezerwę motywacyjną, która stanowi uzupełnienie całej koncepcji rezerwy mózgu. Badacze nazywają ją czynnikiem, który zwiększa odporność człowieka na uszkodzenia neuropatologiczne.

Bezsprzeczne jest postawienie tezy, że wyższy zasób rezerwy mózgu chroni nas przed zagrożeniem neurodegeneracyjnym. Wiele badań wskazuje, że umiarkowana aktywność fizyczna (np. spacer, taniec, pływanie) podczas której wydziela się białko BDNF – neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego, ma funkcję ochronną dla naszego mózgu. Podobnie jak aktywność społeczna, która zabezpiecza jedną z trzech podstawowych potrzeb ludzkiego mózgu, wg dr Ricka Hansona – więzi społeczne. Do takich aktywności społecznych zaliczamy klasycznie realizowane w domu seniora aktywności, takie jak: udział w działalności grupy, aktywne więzi z bliskimi, aktywności kulturalne – spektakle, widowiska, kino, teatr. Aktywność poznawcza również ma inklinację pozytywną w kontekście ochrony naszych zasobów mentalnych i skupia się wokół czytania, pisanie, gry na instrumentach, układania puzzli czy treningów mentalnych.

Jak już wspomniano rok 2020 obfituje w niezliczoną ilość niepewności i zagrożeń, co skutkuje zaniechaniem niektórych aktywności w obszarze życia społecznego. Celowym zatem jest szukanie nowych dróg prowadzenia wielokierunkowej terapii z mieszkańcami uwzględniającej budowanie rezerwy poznawczej w nowy i bezpieczny sposób. Naprzeciw takiemu wyzwaniu wychodzi narzędzie Wspominajki, karty do budowania rezerwy poznawczej. Rolą kart jest praca na pozytywnym odświeżonym wspomnieniu mieszkańca, wydobywanie go z izolacji mentalnej oraz

budowanie pomostu do prowadzenia efektywnej komunikacji i kreatywnego spędzania czasu.

To tak jak z zapachem szarlotki, którą piekła mama lub babcia. Pamięta się ten zapach i samo to doświadczenie przez całe życie. Wyzwalaczem jest zapach, zdjęcie lub samo ciasto, to właśnie to zdarzenie przenosi nas w obszar pamięci semantycznej, czyli pamięci zdarzeń, uruchamiając w czasie rzeczywistym garnitur ciepłych wspomnień i biologicznej równowagi.

Narzędzie powstało w nurcie medycyny prewencyjnej mózgu i walidowane było w domach pomocy społecznej w Polsce, zbierając same pozytywne opinie i rekomendacje. W samym koncepcie narzędzie bazuje na montrealskiej sali rezerwy poznawczej i tworzy przestrzeń do uruchamiania pamięci związanej z modalnością zmysłową: dotykową, ruchową, węchową, słuchową, wzrokową i smakową. Uruchamia w odbiorcach pokłady pamięci deklaratywnej, czyli wiedzy nabytej w ciągu całego życia. Pozwala jednocześnie plastycznie, przy użyciu neuromodulacji, przenosić w rzeczywistość dobre wspomnienie i ciepłe chwile. Praca ze Wspominajkami to ćwiczenie fluencji słownych, abstrahowania i skojarzeń. Pobudzanie funkcji wzrokowo – przestrzennych, tworzenie ciągów przyczynowo skutkowych, praca z metaforą i analiza obrazu. Karty zostały tak przygotowane, by stanowić nieograniczone pole do prowadzenia rozmowy, zabawy, gry i oceny stanu emocjonalnego mieszkańca. Można je katalogować na wiele sposobów i używać jak obrazów do poruszania się po okalającej nas rzeczywistości. Karty pozwalają również obniżać stres, który towarzyszy osobom starszym i chorym, ze względu na pogłębiający się problem z odpowiednią komunikacją i budowaniem relacji z innymi ludźmi. ●

Już dziś możesz zamówić Wspominajki do Twojej Instytucji! Zaloguj się na [Seniomat.pl](http://Seniomat.pl)

i wymień punkty na nagrodę w postaci Wspominajek.

Więcej na temat samego narzędzia na stronie: [www.wspominajki.pl](http://www.wspominajki.pl)



# seni®

wspiera  
w profilaktyce  
odparzeń  
i odleżyn



+



Więcej na [seni.pl](http://seni.pl)