

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 4000 egz.

medi

WYDANIE SPECJALNE

kwartalnik nr 4 (81) wrzesień 2019

Teepa Snow

Pozytywne
Podejście
do Opieki

Dzienne Domy Pomocy

jako centra wsparcia
dla rodzin zmaga-
jących się z demencją

Wiedza łagodzi lęk

rozmowa z Marcelem
Andino Velezem

NOWY BEZPŁATNY PORADNIK



Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji

Poradnik poprowadzi opiekuna po złożonym świecie demencji.

Wesprze i pomoże w zrozumieniu sytuacji, w których uczestniczy wraz z chorym.

Wskaże konkretne narzędzia i studia przypadku opiekunów i bliskich im osób.

W poradniku znajduje się szereg informacji, które pozwolą jeszcze lepiej opiekować się osobą z demencją:

CZĘŚĆ I

Poznaj rodzaje demencji

CZĘŚĆ II

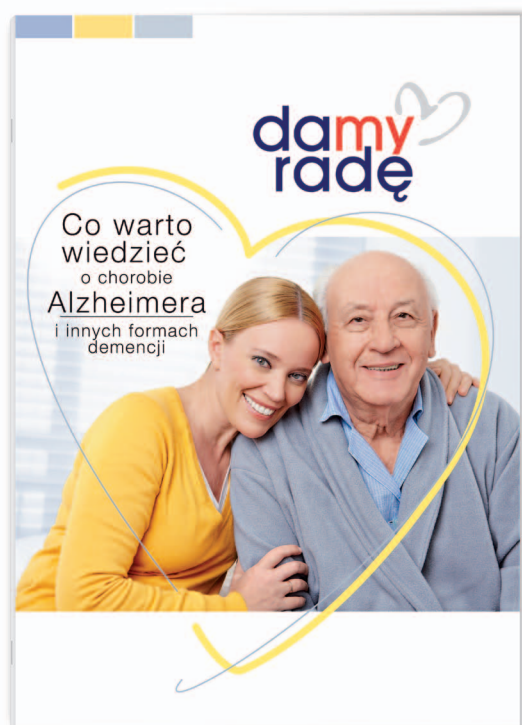
Naucz się rozpoznawać etapy choroby

CZĘŚĆ III

Stwórz otoczenie przyjazne dla chorego

CZĘŚĆ IV

Zachowaj spokój w trudnych sytuacjach



Bezpłatny poradnik „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”
możesz zamówić na stronie:

www.damy-rade.info

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:

Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopiat, 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:

Małgorzata Kamińska
malgorzata.kaminska1@tzmo-global.com

SKŁAD GRAFICZNY:

Małgorzata Bógdał

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
w zakładce PUBLIKACJE

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



Oddajemy w Wasze ręce wyjątkowe wydanie Medi. To Medi w całości poświęcone opiece w demencji, o której wiemy cały czas za mało. Dostrzegamy jak ważny jest to temat i jak wielu osób dotyczy.

Wydanie otwiera wywiad z Teepą Snow, jedną z najbardziej cenionych ekspertek ds. demencji w Stanach Zjednoczonych. To specjalistka, która ma ponad 30-letnie doświadczenie w geriatrui, współpracuje z największymi organizacjami alzheimerowskimi na świecie.

Wiele ważnych treści odnajdziecie Państwo w tekście Agnieszki Cysewskiej, dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Sopocie. W jaki sposób organizować pracę w instytucji, w której mieszkają osoby z demencją? - to jedno z wielu pytań, na które autorka stara się znaleźć odpowiedź.

Zapraszamy do zapoznania się z historią Marcela Andino Veleza, wicedyrektora Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie, który zrezygnował z kariery zawodowej, by móc zająć się schorowanymi rodzicami. W wywiadzie opowiada nam m.in. o powodach swojej decyzji i o tym jak odnajduje się w nowej rzeczywistości.

Kolejny artykuł, który polecamy Państwa uwadze to ten dotyczący znaczenia żywienia w chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Okazuje się, że właściwa dieta może mieć wpływ na spowolnienie przebiegu tychże chorób.

Opieka nad drugim człowiekiem to jedno z najtrudniejszych zadań, z jakim na co dzień muszą mierzyć się pracownicy domów pomocy społecznej. O trudach tej opieki i związanym z nią ryzykiem wypalenia zawodowego pisze Leszek Guga, psycholog.

Liczymy, że to wydanie Medi okaże się dla Państwa cennym źródłem wiedzy. Życzymy miłej lektury.

Redakcja Medi

● Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 Teepa Snow - Pozytywne Podejście do Opieki
Leszek Guga
- 10 Prowadzenie domu pomocy społecznej - nowe wyzwania
Agnieszka Cysewska

● Dobre praktyki

- 18 Dzielne Domy Pomocy jako centra wsparcia dla rodzin zmagających się z demencją
Aneta Jędrejko
- 22 Wiedza łagodzi lęk - rozmowa z Marcelem Andino Velezem
Hanna Szymkiewicz
- 28 W moich rękach
Leszek Guga
- 33 Znaczenie żywienia w chorobach demencyjnych
Agnieszka Guligowska

● Skuteczna pielęgnacja

- 38 Zmiany zawsze są trudne – jak wprowadzić produkt chłonny do codziennej higieny?
Leszek Guga
- 43 Produkty pielęgnacyjne Seni Care niezbędne w pielęgnacji osób z nietrzymaniem moczu - wyniki badań

Teepa Snow

POZYTYWNE PODEJŚCIE DO OPIEKI

Z **TEEPĄ SNOW** // rozmawiał **LESZEK GUGA**,
psycholog z Fundacji TZMO Razem Zmieniamy Świat

Teepa Snow to terapeutka zajęciowa z ponad czterdziestoletnim doświadczeniem. Jest jednym z najważniejszych głosów na świecie w debacie na temat partnerstwa w opiece z osobami żyjącymi z demencją. Od wielu lat nie tylko uczy, ale przede wszystkim pozwala zrozumieć demencję i wyzwania jakie stawia ta choroba. Zachęca też do zmiany kultury opieki.

L **G:** W Twoich wykładach mówisz bardzo dużo o tym, jak demencja zmienia życie i zachowanie osób, i że zrozumienie tych zmian jest kluczem do opieki. W jaki sposób powinniśmy przygotować opiekunów do pracy z osobami żyjącymi z demencją?

TS: Przyjrzyjmy się temu co robimy i spróbujmy to zrozumieć. Zamknij oczy i niech inna osoba Cię dotknie. Niech nie mówi ani tego w jaki sposób to robi, ani gdzie. Niech po prostu to robi. Czy myślisz „Było cudownie, zrobmy tak jeszcze raz”? czy też „Wystarczy! Nie podobało mi się”. Tak często widzimy, że Ci którym chcemy pomóc opierają się albo zamykają się w sobie. To musi oznaczać, że nie rozumieją czegoś

co robimy. My sądzymy, że jest to pomocne, albo nie uważamy ich za osoby, którym może się to nie podobać.

Zatem spróbujmy czegoś innego. Pierwsze co musimy zrobić to nawiązać osobisty kontakt. Jeśli nie uda mi się dotrzeć do podopiecznych tak, żeby mogli zobaczyć, poczuć i usłyszeć to trudno będzie nam wykonać jakikolwiek dalszy krok. Na samym początku trzeba pomóc opiekunom zrozumieć, że podopieczni nie zachowują się tak celowo, zachowują się tak, bo brakuje im danych – jakkolwiek różne mogłyby te dane być. Najłatwiej zacząć od zmysłu wzroku, bo jako ludzie tak bardzo na nim polegamy. Więc ten pierwszy krok – to podstawa – osoby z demencją różnią się od nas, ale

to nie znaczy, że tam w środku nikogo nie ma. Ich mózgi robią co w ich mocy, ale wiele ich obszarów może być uszkodzonych. Mimo to pewna część obszarów działa. Jeśli nie nawiążemy do tych, które jeszcze funkcjonują, będziemy się męczyć i będziemy nieszczęśliwi. Dzięki sygnałom wzrokowym, słownym i dotykowym - w tej kolejności - upewniamy się, że mamy kontakt i kiedy robimy coś, podopieczny może dać nam znać: tak czy nie. Kiedy mówi nie – przestajemy to robić. Jednak nie zastanawiamy nad tym czy faktycznie miał to na myśli. Zastanawiamy się czy

w ogóle widział to, co mu pokazujemy. Mam taki przykład: piję z kubka, a potem daję go Tobie. Daję Ci ten kubek. Czy zrozumiesz co mam na myśli? Proszę, napij się. Robię to zamiast wziąć ten kubek i przyłożyć Ci go do ust, a ty bybyś tym zaskoczony. Dla mnie to doświadczenie, które może przeżyć opiekun, który często nie ma za sobą innego szkolenia niż ćwiczenia z manekinem lub odgry-

wanie scenek. Do tego jesteśmy szkoleni – umyć kogoś, a nie dostać jego zgodę na mycie. Upewnijmy się, że ktoś rozumie co zamierzamy zrobić, pokażmy mu – gestami lub inaczej, ale upewnijmy się, że nas widzi. A nie, że jesteśmy poza polem widzenia tej osoby. Pole widzenia zawęża się przecież z wiekiem.

LG: W opiece długoterminowej często brakuje nam czasu. Czy nie ma tutaj sprzeczności? Czy tak indywidualne podejście do podopiecznego jest możliwe?

TS: Nie mamy czasu. Nie mamy nawet czasu, by szkolić opiekunów, muszą po prostu ruszać do swoich obowiązków, opiekować

się, nie wiedząc kim są ich podopieczni. Nie wiemy jakie są umiejętności i zdolności tych osób. Liczymy, że ktoś ich przygotował i po prostu wysyłamy tych opiekunów do pracy. To jest spirala, która się nakręca, bo zaczynam pracę bez przygotowania w jakiegokolwiek formie lub przygotowani tylko w podstawowym zakresie. Zakładamy, że wiedzą co robić, ale pracują pod presją czasu - czego można się wtedy spodziewać? Pewnie nie zostaną w naszym zespole zbyt długo, znajdą sobie coś innego i wtedy, znowu, zatrudnimy kogoś nowego. Tracimy tak dużo czasu

zatrudniając kogoś i pozwalając mu na to, żeby sobie nie poradził, albo żeby stała mu się krzywda. Wyobraźmy sobie, że w tej chwili trzeba zająć się trzema osobami i zajęcie się każdą z nich wymaga dwóch opiekunów. Każdą z tych osób trzeba przytrzymać, gdyż nie pozwala sobie na zmianę pieluchomajtek. Czasem konieczna jest pomoc trzeciej osoby i nagle mamy trzy osoby, zajęte przez kwadrans, żeby wykonać dane zadanie,

które można było zrobić w pojedynkę w pięć do dziesięciu minut. To czterdzieści pięć minut czasu pracy. Gdyby wykorzystać proste metody, można by zrobić to łatwiej. Mamy nagrania sytuacji, kiedy dwoje pracowników spędza piętnaście minut przy podopiecznym i jedynym tego efektem jest to, że on nadal jest w łóżku, jedna osoba jest podrapana i teraz trzeba sporządzić kartę incydentu. Nic nie udało się zrobić, łóżko jest nadal zamoczone, osoba jest nie ubrana, nie je. Ten czas został zmarnowany. Na tych samych nagraniach, zajmuję się tą samą osobą. Dzięki wykorzystaniu technik o których wcześniej mówiliśmy, w kilka minut idę z nią

Mieszkańcy pamiętają te rzeczy, które składały się na ich życie, wszystkie te rzeczy, które wcześniej robili w domu. Już nie mogą ich zrobić i musi się nimi zajmować ktoś inny. A gdyby ktoś ich poprowadził, to tak naprawdę, z częścią z nich nadal mogliby sobie poradzić, a to sprawiłoby, że mieliby cel, czuliby, że to, co robią ma jakąś wartość.

do łazienki, przebieram ją i po kolejnych trzech minutach idziemy na śniadanie.

LG: *To mówi samo za siebie.*

TS: Dla mnie, takie nagrane sytuacje pomagają to zrozumieć. I wtedy Pani, która jest już w zaawansowanej chorobie i którą trzeba przekonywać półtorej godziny do jedzenia, kończy posiłek w 20 minut. Można to zrobić tak jak dotychczas i będzie nas to kosztować dużo energii i czasu żeby dać tej osobie opiekę, której nie chce. Można to inaczej zrobić i sprawdzić co się stanie, kiedy spróbujesz dotrzeć do tej osoby we właściwy sposób i działać dalej. Jeżeli będziemy ścierać się ze sobą – do niczego nie dojdziemy.

LG: *Ważnym elementem Twojego podejścia jest zachęcanie do aktywności osób żyjących z demencją.*

W jaki sposób ją zachować jeżeli w wielu kwestiach dotyczących swojego codziennego funkcjonowania, jak choćby sprzątanie lub przygotowanie posiłków są wyręczani przez personel, a kontrole często zwracają uwagę na to, że mieszkańcy nie powinni być włączani do prac na terenie instytucji, nawet jeśli tego chcą?

TS: To jest trudne. Mieszkańcy pamiętają te rzeczy, które składały się na ich życie, wszystkie te rzeczy, które wcześniej robili w domu. Już nie mogą ich zrobić i musi się nimi zajmować ktoś inny. A gdyby ktoś ich odpowiednio poprowadził, to tak naprawdę, z częścią z nich nadal mogliby sobie poradzić. To sprawiłoby, że mieliby cel, czuliby, że to, co robią ma jakąś wartość. Szukajmy takich zajęć, które osoba z demencją potrafi robić. Wyzwaniem staje się – skoro mamy ograniczoną liczbę opiekunów i ograniczony czas – co możemy zrobić we wspólnej przestrzeni, z grupą mieszkańców. Czy mamy zasoby, żeby stworzyć podobne zajęcia, które znają z dawnych lat? Mogą składać np. ręczniki i to są ręczniki przeznaczone tylko do terapii zajęciowej, nieużywane w instytucji – nie musimy się wtedy obawiać, zarzutu, że obarczamy podopiecznych obowiązkami.

LG: *Starasz się więc naśladować zadania, które znają ze swojej codzienności nawet*

jeżeli nie są to przedmioty, które faktycznie będą potem przez nich używane?

TS: Tak. I takie zaangażowanie ma cel, a ludzi potrzebują celu.

Dla kobiet, które przez znaczną część swojego życia głównie zajmowały się domem,



albo same były opiekunami, dobre będą zadania z jedzeniem lub ze sztuczkami – czy musimy jeść to, co przygotowują? Nie. Pewnie nie. Jest to marnotrawstwo, ale ważne jest żeby dać im coś, czym mogą zająć ręce, oczy i serca. Coś co pozwala powiedzieć „Popatrz ile zrobiłaś! Świetnie Ci poszło! Dziękuję!” Czy szkole opiekunów żeby mówili „dziękuję”? Tak, dokładnie tego chcę, nawet jeżeli za chwilę, w drugim pomieszczeniu porozkładają wszystko z powrotem do pudełek. To niedorzeczne, ale rozumiem to. Bycie pielęgowanym to nie jest codzienność jakiej ktokolwiek by chciał. Ludzie nie chcą być pielęgowani – chcą żyć. Poza tym, można angażować ludzi w drobną pomoc. Na przykład, mamy stos liter. Szukamy litery „Z”, czy możesz mi pomóc? Potrzebujemy „W” żeby ułożyć napis na tablicy ogłoszeń, czy wiesz jak się pisze to słowo? I układamy ten napis razem. Biorąc pod uwagę wszystkie ograniczenia, które mamy, będziemy szukać sukcesów, które są w zasięgu ręki. I łatwiej jest robić coś,

co i tak musimy zrobić i pozwolić mieszkańcom się w to włączyć niż tworzyć dla nich zajęcia od podstaw. Jeżeli mamy mniej personelu niż byśmy chcieli, ostatnią rzeczą jakiej potrzebujemy to więcej zajęć. Staramy się znaleźć równowagę pomiędzy tym zaangażowaniem, które ma wartość, a tym, że przepisy ograniczają możliwość osoby do bycia sobą. Musimy stać się kreatywni, bo jeżeli jako opiekun mamy tak dużo do zrobienia, a podopieczny nic, to on zacznie sobie tego zajęcia szukać. Nie wiadomo co robi, ale wstanie i zacznie chodzić, szukać i to jest potencjalne źródło kłopotów, bo może kiedy coś zniszczy lub rozerwie to zwrócimy na niego uwagę.

LG: W instytucjach, często przebywają oso-

by o różnym stanie zdrowia, różnej sprawności, na różnym etapie zaawansowania choroby. W jaki sposób budować zajęcia, które są angażujące i integrujące dla nich wszystkich?

TS: Wracam do czasów kiedy byliśmy młodzi. Uczyliśmy się wtedy różnych rzeczy. „O! Pamiętacie to? To jedna z pierwszych piosenek, których uczyłam się kiedy byłam małą” [Teepa śpiewa „Panie Janie”] Od razu sięgamy po dziecięce rytmy. Powód, dla którego działają to to, że mają to da-da-daa [nuci melodię Panie Janie]. Chcemy mieć dziesięć piosenek, które mają to raz-dwa-trzy-cztery. Przechodzimy od piosenki do piosenki i nagle robimy coś razem. Śpiewaliśmy swoim dzieciom i sięgamy do dzieciństwa, ale

nie jako dzieci, tylko jako dorośli, którzy je wspominają. Łączy nas ten rytm, klaskanie. To ma dużą moc. Możemy też powiedzieć „Hej, czy możecie mi pomóc? Potrzebuję kawałków tej gazety, czy możesz podrzeć ją w paski? Czy pomożecie mi w tym? Popatrzcie. Będę robić z tego masę papierową”.

Lepiej funkcjonujące osoby mogą powiedzieć „jasne, co zamierzacie z niej zrobić?”, ale inne osoby nie muszą być zainteresowane, nie obchodzi ich co będziemy robić, ale darcie papieru jest interesujące. To zajęcie, które bardzo angażuje, jest w nim ruch, jest powtarzalne i proste, każdy może je wykonywać i nikt nie wygląda na gorszego. Musimy myśleć o tym, kiedy istnieje wspólny obszar, a kiedy potrzebna będzie osobna przestrzeń. Cieszymy się ze wszystkiego co uda nam się zrobić, nie musi być to zrobione dobrze, żeby było celebrowane.

LG: **Zaczęliśmy naszą rozmowę od skali mikro - jak przygotować opiekuna do pracy z osobami żyjącymi z demencją. W swoich wystąpieniach, mówisz o zmianie kultury**

opieki - jakie zmiany w skali makro są Twoim zdaniem potrzebne, by ta kultura faktycznie uległa zmianie?

TS: Urzędy poruszają się po omacku, sądzą że istnieje jedna forma demencji i że każdy przechodzi przez nią w określony sposób. Mamy ten ogromny problem, który nie ma nic wspólnego z zarządzaniem leczeniem, ale z ludzkim zachowaniem i tym, że albo wierzymy w ludzi i ich zdolność do tego, by nadal mieli wybór albo nie. Wspieranie tych wyborów w formie „to czy tamto”, a nie zabieranie tego prawa w całości. Musimy dotrzeć do prawodawców, do osób podejmujących decyzje na samej górze i powiedzieć im: „czekajcie...” Co zrobicie kiedy system [opieki] zostanie przeciążony? Czy macie tego świadomość? Rzeczywistość jest taka, że nie mają. Ogromnie ważną rzeczą na początku jest wyjaśnienie tego. Zaangażowane jest w to też WHO Światowa Organizacja Zdrowia. Teraz to sprawa międzynarodowa. Jako opiekunowie przejmujemy kontrolę i podejmujemy decyzje, nie mając na to pozwolenia. Duża część mojej pracy skupia się na perspektywie osoby z demencją i tym, abym mogła jako opiekun działać za jej przyzwoleniem, a to oznacza, że niezależnie od zmian w prawie, jestem w porządku, bo zawsze tę zgodę uzyskiwałam. Szukamy sposobów, żeby przejść tę naprawdę skomplikowaną chorobę i myślę, że trzeba zrozumieć, że to nie jest jednoznaczne, masz demencję albo nie. To bardzo skomplikowany taniec – nie wiem jakie tańce ludowe macie w Polsce, ale to tak jakbyśmy wykonali jakieś kroki, a nasi partnerzy inne i nagle tańczymy dwa różne tańce. Jedyne co będziemy robić to ścierać i kłócić się ze sobą. Musimy wymyślić w jaki sposób tańczyć to samo, co nasz partner. Nie chodzi tutaj o czas, bo nie potrzeba do tego więcej czasu, chodzi o to, jak inaczej go wykorzystać. To nie jest to, do czego jesteśmy przyzwyczajeni jako opiekunowie, ale od tego powinniśmy zacząć: musimy przestać robić to, co robimy, i porzucić to przekonanie, że wszystko zależy od nas. Demencja jest sprawą związaną z prawami człowieka. Kiedy ktoś zostaje zdiagnozowany albo zauważy się u niego zmiany w mó-

zgu, to nagle i społeczeństwo i nasz system prawny patrzy na niego jak na osobę gorszą, z mniejszą ilością praw. Aby móc kogoś ubezwłasnowolnić, decyzję musi podjąć sąd. Powszechne jest przekonanie, że dzieci, małżonkowie, pielęgniarki i lekarze prawidłowo oceniają na ile osoba z demencją jest w stanie lub nie poradzić sobie z własnym życiem.

Czy mówimy o finansach, warunkach życiowych, zdrowiu czy o tym w jaki sposób ma spędzać swój czas. Nikt nie decyduje o tym, co wolno robić, a czego nie, osobom dookoła nas. Jest jednak społeczne przyzwolenie na taką ingerencję w przypadku osób z demencją.

Żeby to zmienić, musimy odnieść się do tego problemu prawnego. Częścią tego problemu jest też to, że sędziowie nie mają żadnej wiedzy na temat demencji, a oceniają zdolności tych ludzi, ich samodzielność i to, kto powinien zajmować się tą osobą i jej majątkiem. Ta zmiana kultury zaczyna się od nas jako opiekunów, ale włączyć w nią trzeba prawodawców, a żeby z nimi rozmawiać musimy wiedzieć jak najwięcej. ●

WAŻNE



Zachęcamy do obejrzenia filmów dla opiekunów osób z demencją, np.

„Jak pomóc osobie z demencją skorzystać z toalety”

Co zrobić gdy chory na demencję nie chce jeść?

Porad udzielają: trenerka autorskiego programu Teepy Snow „Pozytywne podejście do opieki” oraz pielęgniarka i Ambasadorka programu Damy Radę

Wszystkie filmy dostępne są na stronie youtube.com/DamyRadeinfo



Nowe wyzwania

W PROWADZENIU DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

AGNIESZKA CYSEWSKA // Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Sopocie

W tej chwili DPS-om jest coraz bliżej do Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych (ZOL). W domach pomocy spotykamy się dziś z licznymi problemami medycznymi. Największym wyzwaniem jest zorganizowanie odpowiedniej opieki dla podopiecznych z demencją. Jednocześnie trzeba podkreślić, że zarządzanie tego typu placówką to dziś kwestia wielopłaszczyznowa, a przede wszystkim zarządzanie brakami: odpowiedniej wiedzy, kadry medycznej oraz porozumienia między pomocą społeczną, a ochroną zdrowia.

Domy pomocy społecznej (DPS-y) funkcjonują w Polsce w systemie pomocy społecznej. Oznacza to, że w placówkach tych nie leczy się pacjentów, tylko umożliwia i organizuje korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Tak funkcjonują domy dla osób z problemami psychicznymi, dla osób niepełnosprawnych fizycznie, czy

przewlekłe somatycznie chorych. Są także domy dla osób w podeszłym wieku obciążonych wielochorobowością. Rozdzielenie w Polsce systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, czyli Ministerstwa Zdrowia od Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej skutkuje wieloma problemami praktycznymi podczas organizacji pracy i opieki w DPS-ach.

Kiedy stary system zawodzi

Obecnie obserwujemy starzenie się społeczeństwa. Skutkiem takiego stanu demograficznego jest coraz większa liczba osób zainteresowanych pobytem w domach seniora. Przyjmujemy coraz więcej osób obciążenie chorych, wymagających całodobowej, profesjonalnej opieki medycznej. Chorzy, którzy otrzymali w skali Barthel mniej niż 40 pkt. muszą być przyjmowani do domów pomocy, ponieważ liczba miejsc w ZOL-ach w naszym województwie (pomorskim) jest zbyt mała (tylko 950 łóżek). Sytuacja taka, choć uzasadniona realnymi

potrzebami, nie jest zgodna z prawem. DPS-y jako instytucje pomocy społecznej ani organizacyjnie, ani kadrowo, nie są przygotowane na uzupełnianie luk w służbie zdrowia. Musimy dostosować się do sytuacji panującej w naszym rejonie, ale oznacza to pilną potrzebę zatrudniania większej liczby pielęgniarek. Pocieszające jest, iż Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w trakcie ostatniego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach podkreślała, iż coraz więcej pielęgniarek zostaje w Polsce i po zakończeniu edukacji zatrudnia się w krajowych instytucjach.



Jest też coraz więcej uczelni otwierających kierunki pielęgniarstwa, co potwierdza w wypowiedzi dla portalu Rynek Zdrowia, Józefa Szczurek – Żelazko, wiceminister zdrowia.

Jest to pocieszające, ale na dzień dzisiejszy jest tak mało pielęgniarek, iż dyrektorzy DPS-ów zmuszeni są redukować ich zadania wyłącznie do rozdawania i podawania leków. Jest to oczywiście niezbędna podstawa w funkcjonowaniu mieszkańców domów pomocy, jednak redukcja zadań pielęgniarek wyłącznie do tego powoduje, że mieszkaniiec przewlekłe chory, bardzo często obciążony wielochorobowością i wielolekowością, nie będzie miał poczucia bezpieczeństwa. Dlaczego? Dlatego, że pielęgniarka nie będzie w stanie stale monitorować jego zdrowia, co jest niezbędne w sytuacji brania 6, a nawet 12 różnych leków w ciągu doby. Reakcje organizmu na tak dużą ilość leków należy kontrolować i monitorować przez cały czas. System ochrony zdrowia skupia się jedynie na leczeniu, na medycynie czysto naprawczej, gdy tymczasem osoby w podeszłym wieku wymagają znacznej pomocy opiekuńczej, rehabilitacyjnej i wsparcia psychologicznego.

Nie ma takiej oferty w służbie zdrowia, czego pokłosiem jest zmiana podopiecznego w DPS-ie. To znaczy, że uzupełniamy braki i niedociągnięcia służby zdrowia. To oznacza także, że działania DPS-u kierowane są w stronę leczenia, rehabilitacji i całodobowego wsparcia pielęgniarstwowego. Jest to o tyle trudne, że nawet szpitale mają problemy z kadrą pielęgniarską, a co dopiero DPS-y, w których wynagrodzenia w żaden sposób nie konkurują z wynagro-

dzeniami w szpitalach, zwłaszcza w dużych ośrodkach akademickich.

W DPS-ach spotykamy się dziś z problemem związanym ze zorganizowaniem odpowiedniej opieki dostosowanej do aktualnego stanu zdrowia podopiecznego. Ustawa o pomocy społecznej określa, iż: „organizacja DPS, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności”. Jakież poczucie bezpieczeństwa DPS może dać mieszkańcowi, który ma cukrzycę, nadciśnienie, chore nerki, skoro mamy niedobory pielęgniarek, a zaproszenie lekarza na wizytę w DPS-ie staje się coraz trudniejsze? W tej sytuacji ciekawa wydaje się być propozycja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych skierowana do Ministerstwa Zdrowia i NFZ w piśmie z dnia 19 czerwca 2018 roku, aby utworzono nowy instrument, czyli świadczenia zdrowotne kontraktowane i finansowane przez NFZ jako odrębny produkt zapewniający całodobową opiekę pielęgniarską w DPS-ie. Dzięki temu dyrektorzy DPS-ów mogliby podpisywać kontrakty z NFZ, a tym samym

mieliby łatwiejszy dostęp do kadry pielęgniarskiej i lekarskiej, co staje się bardzo zasadne w obecnej sytuacji demograficzno-zdrowotnej. Potrzebę rozstrzygnięcia problemu opieki medycznej w DPS-ie podkreślał też wielokrotnie NIK w swoich raportach. Kontrola przeprowadzona przez NIK

Demencja zmienia zachowania. Człowiek, który był miły, uprzejmy i elokwentny nagle ma problemy z wypowiadaniem się, nie rozumie słów, jest agresywny i sfrustrowany. To wszystko jest objawem choroby i uszkodzeń, jakie dokonują się w jego mózgu.

w szesnastu DPS-ach w województwie łódzkim wykazała, iż za opiekę nad mieszkańcami powinien płacić NFZ, ponieważ pensjonariusze objęci są ubezpieczeniem zdrowotnym i z tego tytułu przysługuje im prawo do nie-

odpłatnych świadczeń medycznych. Wynika z tego, że dziś płacą za nie z własnej kieszeni.

Przygotuj się na szok

Dziś do sopockiego DPS-u najczęściej przyjmowane są osoby z różnymi formami demencji i jest to największe wyzwanie. Demencja zmienia zachowania. Człowiek, który

był miły, uprzejmy i elokwentny nagle ma problemy z wypowiedzianiem się, nie rozumie słów, jest agresywny i sfrustrowany. To wszystko jest objawem choroby i uszkodzeń, jakie dokonują się w jego mózgu. Tak więc przyjmujemy do domu pomocą osobę będącą w ogromnym stresie, z niską świadomością

i obawą przed wszystkim, co nowe, ponieważ demencja powoduje, że pacjent ma nikłe możliwości nauczenia się czegoś nowego. Wszystko, co związane z demencją prowadzi do problemów na wielu poziomach wymagających rozwiązań nowych, a nawet rewolucyjnych. Musimy być na to gotowi. To opieka tak różna i czasem dochodzi do sytuacji tak zaskakujących i nietypowych, że można przeżyć szok.

Czym przejawia się stres u osób z różnymi formami demencji? Agresją. Zdarzają się uderzenia pracowników i innych mieszkańców, a także popychanie, ale przede wszystkim niszczenie przedmiotów. Siła, jaka budzi się w mózgu chorego człowieka jest tak ogromna, że gołymi rękoma potrafi rozkręcić i połamać szafę zarówno z dykty, jak z drewna, podrzeć gumowy materac i rolety okienne. To są zachowania niezawinione. Ktoś zapyta: jak to przekłada się na zarządzanie DPS-em? Są osoby, do których rano

nie może podejść jedna opiekunka; muszą podejść trzy. Bardzo często po porannej toalecie mieszkańca, do pokoju wchodzi także konserwator i zespół osób sprząających, aby to miejsce doprowadzić do porządku. Mimo szczerych chęci nie jesteśmy w stanie zaplanować czy przewidzieć, w którym momencie czy dniu nastąpi atak. Możemy jedy-

nie posprzątać pomieszczenia i wymienić zniszczone rzeczy. To niesie za sobą ogromne koszty i powoduje wyczerpanie pracowników.

Prowadząc DPS i otwierając się na osoby z demencją musimy przygotować się na nowe podejście do opieki. DPS jako jednostki samorządowe opiera-

Nie będziemy dobrze opiekować się osobami z demencją, jeśli nie otrzymamy odpowiedniej i dużej dawki wiedzy na temat różnych form demencji czyli np. choroby Alzheimera, demencji z ciałami Lewy'ego, czy demencji naczyniowej, które w skutkach mogą być różne. Należy więc zacząć od wiedzy.

ją swoją działalność na przepisach prawa, czyli: ustawie o pomocy społecznej, która sytuuje domy w systemie pomocy społecznej, a nie ochrony zdrowia; rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej, które narzucają standardy opieki, terapii oraz wskaźniki zatrudnienia pracowników; a także ustawie o finansach publicznych. Mamy więc dość ściśle wytyczne na temat tego, jak prowadzić jednostkę, jednak nijak mające się do opieki nad osobą z demencją. A jeśli mamy jeszcze grupę osób na różnym etapie rozwoju choroby, to kodeks pracy czy ustawa o finansach publicznych wręcz przeszkadzają nam w organizowaniu opieki. Dlaczego? Dlatego chociażby, że osoby chore na demencję mają inny rytm dobowy. I nie chodzi tu o branie leków. Wieczorem, gdy zmniejsza się liczba pracowników, chorzy z demencją doznają aktywności. Zaczynają bezcelowo krążyć, nielogicznie mówią do siebie, robią zamieszanie. To tzw. syn-

drom zachodzącego słońca. To wszystko oznacza, że rytm i harmonogram pracy należy dostosować do chorego. Nie jest łatwo zmienić harmonogram pracy pracownikom, których mamy za mało.

Sukces w opiece idzie za wiedzą

Kiedy opiekujemy się osobami z demencją, nie możemy używać naszych dotychczasowych doświadczeń. Ta wiedza nie jest praktyczna, użyteczna. Nie będziemy dobrze opiekować się osobami z demencją, jeśli nie otrzymamy odpowiedniej i dużej dawki wiedzy na temat różnych form demencji czyli np. choroby Alzheimera, demencji z ciałami Lewy'ego, czy demencji naczyniowej, które w skutkach mogą być różne. Należy więc zacząć od wiedzy. Sukces w opiece nad osobami z demencją idzie za wiedzą. W Polsce mamy wiedzę specjalistyczną i wysoko medyczną lub mocno indywidualną, wynikającą z doświadczenia osób, które opiekowały się chorymi. W praktyce jest to wiedza nieuniwersalna i nieużyteczna.

Gdy spotykamy się z chorymi i staramy się zorganizować dla nich oddział, przyjmujemy, że zadanie to będzie inne, niż to z którym spotykaliśmy się w DPS-ie do tej pory. Tak, jak nieoczywiste będzie zachowanie osób z demencją i niekonwencjonalny będzie sposób prowadzenia terapii. Musimy się na to nastawić. Pomocny staje się system szkoleń dla pracowników.

Kończąc kursy dostępne na rynku: opiekuna osoby niepełnosprawnej, opiekuna osoby w podeszłym wieku, opieki długoterminowej, czy leczenia ran – znamy swoje zadania. Jesteśmy przygotowani do pełnienia swoich funkcji. Tymczasem żaden z tych kursów nie przygotowuje nas do opieki nad osobą z demencją. Dlatego wchodząc do DPS-u, mając zasób doświadczenia życiowego i zawodowego musimy przygotować się na to, że nasza praca z grupą pacjentów (powtarzam: pacjentów, nie mieszkańców) będzie inna, niż ta, którą znamy. Jeśli posiadziemy wiedzę, jak różne formy demencji powstają w naszym mózgu i co niszczą, to będziemy umieli wytłumaczyć, dlaczego pacjent z demencją zachowuje się w taki, a nie inny

sposób. Ale tego trzeba się nauczyć. Trzeba wiedzieć, dlaczego nie rozpoznaje nas osoba, z którą codziennie pracujemy, jaka część mózgu za to odpowiada, dlaczego nasi pacjenci gorzej widzą i słyszą. My musimy zmienić podejście do pracy, aby była efektywna i satysfakcjonująca. Opieka i terapia w demencji stosowana z sukcesem jest możliwa i może przynieść obu stronom satysfakcję, o ile my dostosujemy się do chorego.

Co jeśli nie mamy takiej wiedzy? Po prostu mamy problemy podczas opieki nad osobą z demencją.

Nie ma w Polsce odpowiedniej wiedzy, musimy ją ściągać z zagranicy. Stąd w DPS-ie w Sopocie od wielu lat funkcjonuje system szkoleń opartych na doświadczeniach amerykańskiej terapeutki zajęciowej Teepy Snow, która całe życie zawodowe poświęciła osobom chorym na Alzheimera. T. Snow stworzyła zespół zachowań, ćwiczeń i norm odpowiednich w pracy z osobami chorymi na różne formy demencji, ale przede wszystkim stworzyła cały zestaw szkoleń dla pracowników będących podstawą w opiece. Dzięki temu możemy szkolić opiekunów tak, aby nie byli wycieńczeni, żeby nie czuli się winni, żeby nie stali zaskoczeni nie wiedząc, dlaczego mimo całej jego troski i zaangażowania, pacjent krzyczy i ucieka. Jeżeli opiekun będzie wiedział skąd wynikają zachowania chorego, będzie też umiał na nie zareagować, tak aby opieka była skuteczna i efektywna. Dlatego planując oddział dla osób z demencją, organizując kadrę do tego domu, najpierw musimy wyszkolić ludzi. Bez tego nie będziemy mieć dobrej kadry do opieki. Pracownik musi mieć także swobodę wyboru. Jeśli nie jest gotowy do pracy, jeśli nie czuje tej specyficznej empatii i cierpliwości, jeśli nie potrafi się zregenerować w oparciu o swoją wiedzę – nie można zmuszać go do pracy z chorymi. Oznacza to także, że w DPS-ach musimy mieć osobne oddziały dla osób przewlekle chorych, dla osób niepełnosprawnych fizycznie (ale sprawnych intelektualnie i świadomych) oraz oddziały dla osób z demencją. To inne zajęcia, inny rytm dnia, inne podejście do pacjenta.

Ponadto musimy zwrócić uwagę na różnice w fizycznym i emocjonalnym obciążeniu pracowników, którzy pracują z różnymi grupami pacjentów. Sprawiedliwe traktowanie pracowników to nie zawsze traktowanie równe. Dyrektor zobowiązany jest dostrzegać te różnice.

Zbyt późna diagnoza

Na demencję nie ma leków. W pierwszych jej etapach możemy podawać medykamenty poprawiające przepływ krwi do mózgu. Rzecz jednak w tym, aby trafić na moment, w którym farmakologia ma jeszcze czas zadziałać.

Demencja to temat trudny. Nie znamy źródła demencji, trudno więc demencji zapobiegać. Przesiewowe badania wśród sześćdziesięciolatków, badanie każdego siedemdziesięciolatka i wyżej, pozwoli zdiagnozować chorych na początku choroby.

Diagnoza najczęściej stawiana jest wtedy, gdy mamy już niezwykle zaawansowany stan choroby.

Istnieje tylko kilka ośrodków w Polsce (w tym w Sopocie) prowadzących diagnozę różnych form demencji, a to diagnoza powinna być podstawą naszych planów terapeutycznych i leczniczych. Apeluję więc do wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu, aby w ramach prowadzonej praktyki, mając w gabinecie starszych pacjentów, wykonywali im najprostsze testy. Testy wykażą, czy lekarze leczą pacjenta będącego w stanie zrozumieć zalecenia i poprowadzić w domu zadaną terapię, czy leczą pacjenta, który jest w stanie kupić sobie leki i dawkować je wg wskazań lekarza. Demencja u osób w podeszłym wieku jest niezwykle częsta. Punktem wyjścia jest, czy pacjent nas rozumie oraz na ile jest w stanie z nami współpracować. Dlatego diagnoza na poziomie lekarza pierwszego kontaktu powinna być powszechna. Niestety w Polsce działamy trochę w rozproszeniu. Oznacza to, że system pomocy społecznej jest oddzielony od systemu zdrowia, nie mamy więc możliwości, żeby osobę starszą, potrzebującą wsparcia społecznego wzmocnić wsparciem medycznym. Dopóki nie będzie wspólnego systemu, to

każdy z nich będzie wykonywał swoje zadania, w wyniku czego pacjent będzie bardzo drogi, a praca nieefektywna. Niezbędne jest więc połączenie obydwu systemów w koordynowaniu opieki nad osobą starszą.

W zespole psychologów i terapeutów sopockiego DPS-u także wykonywane są testy. Są krótkie i nieobciążające dla pacjenta. To test zegara i Mini Mental (MMSE). Wykonujemy je każdemu mieszkańcowi wytapując ewentualne pogorszenie stanu, aby móc niezwłocznie wprowadzać zajęcia dotleniające, ćwiczące mózg i ciało. Zadania nie mogą być trudne, bo zniechęca, nie mogą być też za łatwe, bo mieszkańiec pomyśli, że są zbyt infantylne. I wprawdzie nie mamy metody leczenia choroby i nie jesteśmy w stanie jej zatrzymać, ale odpowiednią terapią i opieką możemy spowolnić jej rozwój. Na to nastawiamy się od momentu przyjęcia mieszkańca do DPS-u. Stąd też różne formy terapii i bardzo specjalistyczne prowadzenie gimnastyki indywidualnej i grupowej tak, aby nie pogarszać stanu naszych podopiecznych.

Organizacja otoczenia

Ważna jest także odpowiednia organizacja otoczenia i pokoju seniora. Czasem zastąpienie klamki, lustra, pozbywanie się z pokoju przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych ułatwia codzienne funkcjonowanie. Zamieniamy słowa na symbole, aby łatwiej je było odczytać. Dopasowujemy przestrzeń DPS-u do chorego, aby jak najdłużej utrzymać jego poziom samodzielności, nie dać chorobie całkowicie zawładnąć mózgiem. Profilaktyka to też terapia. Urządzamy wspominki, śpiewamy dobrze nam znane piosenki; przywołujemy wspomnienia z czasów, gdy byliśmy piękni i młodzi. To elementy terapii reminiscencyjnej powszechnie i z sukcesem wykorzystywanej w DPS-ach. W tym zakresie dobrze też działa modlitwa. Rytmiczne powtarzanie fraz wycisza i uspokaja, obniża poziom stresu i pomaga odpocząć. Sopocki DPS jest jedynym w Polsce, gdzie do terapii wykorzystuje się fokę. Foka to zaawansowany, interaktywny robot terapeutyczny zaprojektowany dla pacjentów

z chorobą Alzheimera i innymi formami demencji. Jego użycie poprawia komunikację oraz interakcje z osobami starszymi oraz zwiększa aktywność osób w podeszłym wieku. Terapia z użyciem foki powinna być rutynowo stosowana u pacjentów z demencją w domach opieki. Nie może zastąpić terapeuty, ale powinna stanowić obowiązkowe narzędzie dla personelu domów opieki. Wprowadzenie terapii z użyciem foki w opiece psychogeriatrycznej podnosi jakość opieki nad pacjentem oraz jakość życia osób w podeszłym wieku. Trzy lata z foką pomogły nam dotrzeć do spowolnionego ludzkiego mózgu. Pacjenci, z którymi nie mieliśmy już logicznego kontaktu nawiązali go z nami ponownie. Praca z foką przywróciła im umiejętność sensownego i zrozumiałego komunikowania się. Sztuczna inteligencja sprawdza się w służbie choremu człowiekowi.

Zmiany potrzebują współpracy

Zorganizowanie oddziału dla osób z demencją to ogromna zmiana dla instytucji jaką jest DPS oraz dla wszystkich jego pracowników. Angażuje wszystkich; nie tylko terapeutów zajęciowych, pielęgniarki czy dyrektora, ale też sprzątaczkę, portierów, kucharkę, wolontariuszy. Wszystkich, którzy uczestniczą w codziennym życiu domu. Oznacza to, że musimy się skupić na tym, jak dostarczyć usługi, jak zorganizować dom, aby pacjenci byli bezpieczni, aby czuli się dobrze. To niestety wymaga reorganizacji pracy i zmiany

myślenia, a my musimy zacząć się uczyć nowej wiedzy, wiedzy o demencji. Wyzwaniem w ostatnich latach w DPS-ach jest kadra, a właściwie jej brak. Od prawie 3 lat borykamy się z brakiem pielęgniarek, opiekunek, fizjoterapeutów i pracowników socjalnych. Jesteśmy zmuszeni do negatywnej selekcji podczas rekrutacji pracowników. W dużych ośrodkach miejskich, a także w Trójmieście, sytuacja wygląda nieco lepiej, ale w mniejszych miejscowościach sytuacja kadrowa w DPS-ach zaczyna być dramatyczna. Głównym powodem są nieatrakcyjne pensje. DPS-y nie są konkurencyjne jako pracodawca na rynku pracy. Liczymy na to, że władze wojewódzkie i krajowe dostrzegają ten problem i będą nas wspierać w poszukiwaniu pracowników, w motywowaniu młodzieży do wybierania takich zawodów jak pielęgniarka, opiekunka czy fizjoterapeuta. Warto podkreślić, że Okręgowa Izba Pielęgniarek i Pomożników Pielęgniarek prowadzi szeroko zakrojoną akcję promocji zawodu odwiedzając szkoły i zachęcając do nauki pielęgniarstwa. Dobrze byłoby mieć podobne poparcie w promowaniu DPS-ów, jako miejsc stabilnej pracy i rozwoju pracowników.

Minister zdrowia, Łukasz Szumowski analizując potrzeby rynku i widząc braki kadrowe wskazywał, iż jest to program na wiele lat. Potwierdzamy: nie są to działania akcyjne. Stoimy przed wieloletnim procesem stałego dostosowywania DPS-ów do potrzeb coraz starszych i bardziej chorych mieszkańców, dostrudniania kadry medycznej, skupiania

się na leczeniu i rehabilitacji bardziej niż na dotychczasowych zadaniach pomocy społecznej. Wsparcie i monitorowanie tego procesu przez władze wojewódzkie byłoby dla nas dużym ułatwieniem. ●



Dzienne Domy Pomocy

JAKO CENTRA WSPARCIA DLA RODZIN ZMAGAJĄCYCH SIĘ Z DEMENCJĄ

ANETA JĘDREJKO // *Terapeuta w Dziennym Domu Pomocy Fundacji Akme w Poznaniu*

Powstaje coraz więcej miejsc adresowanych dla seniorów, którzy z uwagi na różne schorzenia, nie mogą pozostawać samodzielnie w domu. Jedną z takich grup stanowią osoby żyjące z różnymi formami demencji. Potrzebują wsparcia w jak najdłuższym utrzymaniu samodzielności.

Dla członków ich rodzin, opiekunów faktycznych oraz profesjonalistów bardzo ważny jest dostęp do informacji i rzetelnej wiedzy na temat zaburzeń neuropsychicznych. Dlatego powstające ośrodki dziennego/krótkiego pobytu* powinny pełnić nie tylko funkcję wspierająco-opiekuńczą, ale przede wszystkim edukacyjną.

Otoczenie może pomóc

Przygotowanie dziennego domu dla osób zmagających się na co dzień z demencją, powinno obejmować kilka płaszczyzn. Sfera związana z wyposażeniem oraz aranżacją przestrzeni stanowi istotny obszar, którego dobra organizacja ułatwi wspieranie samodzielności, organizowanie i animację czasu oraz zapewni bezpieczeństwo. Osoby, odpo-

wiedzialne za tworzenie i projektowanie miejsc mających służyć ludziom żyjącym z demencją, obowiązkowo powinny posiadać szczegółową wiedzę z zakresu schorzeń wywołujących tę grupę chorób. Poznać jednocześnie ograniczenia i możliwości jednostki związane z codziennym funkcjonowaniem, będące wynikiem zarówno demencji jak i chorób współwystępujących. Przestrzeń w dziennym domu powinna być czytelna dla 83-letniej pani Barbary żyjącej z chorobą Alzheimera, która chce skorzystać z toalety. Symbole używane do oznaczania pomieszczeń czy przedmiotów muszą być zrozumiałe dla klientów. Wiedza z zakresu demencji sprawi, że nie położymy czarnej, dużej wycieraczki na jasnej podłodze przy drzwiach wejściowych, ponieważ wiemy, że zmieniający się w wyniku demencji mózg ma trudności z odbieraniem i interpretowaniem docierających do niego m.in. bodźców wzrokowych. To, co dla zdrowego człowieka jest czarną wycieraczką na jasnej podłodze, dla osoby zmagającej się z demencją może oznaczać dziurę, którą będzie próbowała ominąć. Na pewno nie przekonamy jej, aby po niej przeszła. Dlatego przy planowaniu wykorzystujemy tę umiejętność naszych podopiecznych – widzenie kontrastów – do oznaczenia progów, brzegów schodów np. żółto-czarną taśmą lub inną w widocznym kolorze – tak, aby jednobarwne schody nie były odczytane jako płaska powierzchnia. Przy zakupie wyposażenia kierujemy się zasadą ergonomiczności i praktyczności, to oznacza, że potrzebujemy np. krzesła z podłokietnikami, odpowiednio wysokich i głębokich foteli oraz sof, z których łatwo można wstać, gładkich cerat, obrusów, dobrego oświetlenia itp. Jednym słowem wszystkiego, co stworzy przestrzeń przyjazną, bezpieczną oraz zrozumiałą. W dziennym domu powinny znajdować się pomieszczenia, w których pracujemy w małych grupach lub indywidualnie, gdzie można wypocząć i zrelaksować się oraz służące do rozrywki. Często, z uwagi na ograniczoną powierzchnię, w dziennych ośrodkach, większość pokoi jest multifunkcyjna, sala gimnastyczna rano, zmienia się w salę kinową popołudniem, pokój wypoczynkowy zmienia się w gabinet kosmetyczny lub fizjoterapeu-

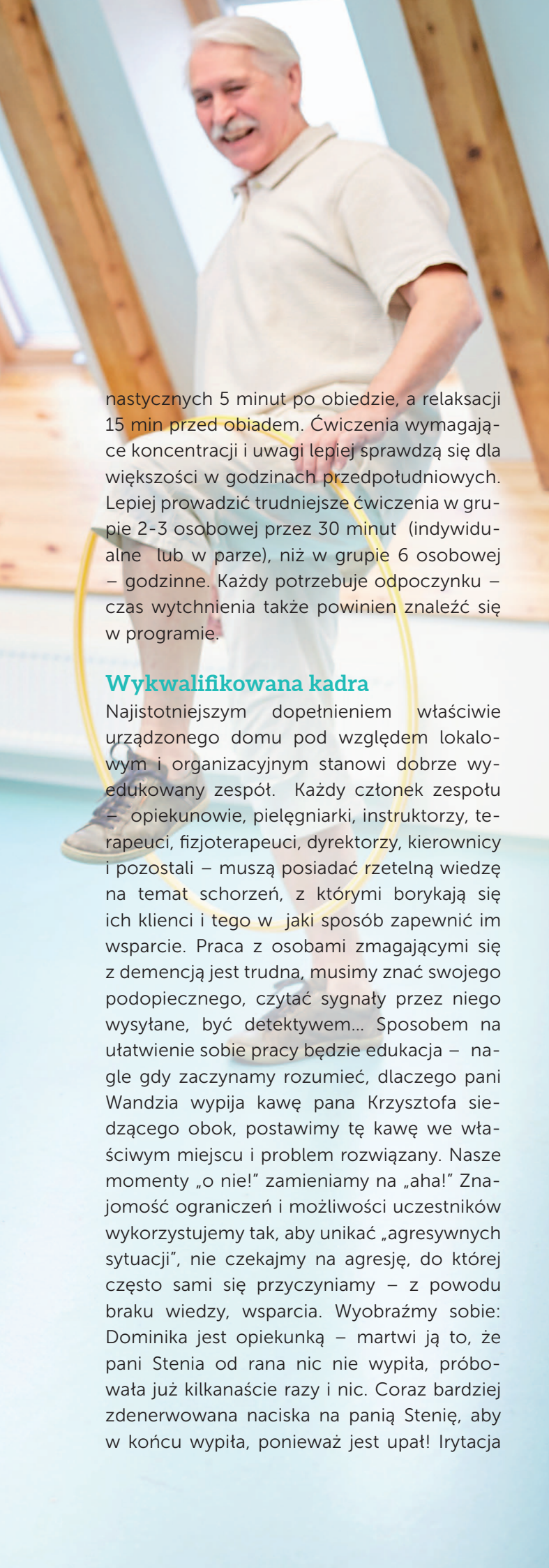
tyczny. Trudno tego uniknąć, jednak zawsze przy realizowaniu jakiegoś zadania na pierwszym miejscu stawiamy możliwości, umiejętności i ograniczenia naszych podopiecznych. Ćwiczenia wymagające wysiłku intelektualnego realizujemy w cichej sali, w małej grupie lub indywidualnie, nie przy stoliku w sali, gdzie pozostali oglądają telewizję.

Każdy jest inny

Dobrze przygotowane miejsce ułatwia wykonywanie zadań związanych z opieką i aktywizacją podopiecznych. Czas spędzony w dziennym ośrodku powinien być wypełniony wartościowymi czynnościami, przy czym dla pani Oli atrakcyjne jest pozmywanie po sobie talerza i szklanki, zamiecenie podłogi, składanie prania, a gdy już wykona wszystkie swoje obowiązki ma czas na rozmowę lub wysłuchanie fragmentu książki. Natomiast pani Teresa poczułaby się głęboko urażona gdyby miała po sobie pozmywać – nigdy się tym nie zajmowała, chętnie będzie brała udział w zajęciach z muzyką klasyczną, rozwiązywała zadania, brała udział w dyskusjach, zajęciach plastycznych. Pan Janek będzie ćwiczył tylko wtedy, gdy będzie mógł robić coś z piłką, chętnie będzie ćwiczył w grupie męskiej, nie ma szansy, aby wziął udział w ćwiczeniach w grupie „starszych pan”. Pani Maria, gdy zobaczy rysunek ze świnką do pokolorowania powie do nas „no..., to jest ta ta...no ta... moja babcia miała ich dużo...” zobaczymy uśmiech na jej twarzy, weźmie kredkę i pokoloruje. Pan Janusz na widok tej samej kartki poczuje się dotknięty i potraktowany jak dziecko. Właściwe dobranie wartościowych zadań powinno odbywać się w oparciu o wywiad z podopiecznym, jego rodziną, przyjaciółmi oraz jego historię życiową. Im więcej szczegółów znamy, tym łatwiej będzie ustalić odpowiedni „grafik” dla podopiecznego. Propozycje zadań dla osób zmagających się z demencją powinny być przemyślane, a przede wszystkim powinny mieć cel, np. wykonanie czegoś dla kogoś, pomoc komuś, sprawdzenie czy są wszystkie części itd.

Oprócz rodzaju zadania ważne jest układanie planu dnia, aby był jak najbardziej naturalny. To znaczy, że nie organizujemy ćwiczeń gim-





nastycznych 5 minut po obiedzie, a relaksacji 15 min przed obiadem. Ćwiczenia wymagające koncentracji i uwagi lepiej sprawdzą się dla większości w godzinach przedpołudniowych. Lepiej prowadzić trudniejsze ćwiczenia w grupie 2-3 osobowej przez 30 minut (indywidualne lub w parze), niż w grupie 6 osobowej – godzinne. Każdy potrzebuje odpoczynku – czas wytchnienia także powinien znaleźć się w programie.

Wykwalifikowana kadra

Najistotniejszym dopełnieniem właściwie urządzonego domu pod względem lokalowym i organizacyjnym stanowi dobrze wyedukowany zespół. Każdy członek zespołu – opiekunowie, pielęgniarki, instruktorzy, terapeuci, fizjoterapeuci, dyrektorzy, kierownicy i pozostali – muszą posiadać rzetelną wiedzę na temat schorzeń, z którymi borykają się ich klienci i tego w jaki sposób zapewnić im wsparcie. Praca z osobami zmagającymi się z demencją jest trudna, musimy znać swojego podopiecznego, czytać sygnały przez niego wysyłane, być detektywem... Sposobem na ułatwienie sobie pracy będzie edukacja – nagle gdy zaczynamy rozumieć, dlaczego pani Wandzia wypija kawę pana Krzysztofa siedzącego obok, postawimy tę kawę we właściwym miejscu i problem rozwiązany. Nasze momenty „o nie!” zamieniamy na „aha!” Znajomość ograniczeń i możliwości uczestników wykorzystujemy tak, aby unikać „agresywnych sytuacji”, nie czekajmy na agresję, do której często sami się przyczyniamy – z powodu braku wiedzy, wsparcia. Wyobraźmy sobie: Dominika jest opiekunką – martwi ją to, że pani Stenia od rana nic nie wypita, próbowała już kilkanaście razy i nic. Coraz bardziej zdenerwowana naciska na panią Stenię, aby w końcu wypita, ponieważ jest upa! Irytacja

opiekunki udziela się Pani Steni, która odsuwa szklankę wylewając zawartość...(pani Stenia w danym momencie nie potrafi wyjaśnić opiekunce, że chciałaby mniej napoju w szklance) - Dominice nikt nie powiedział, że pani Stenia pije ze szklanki tylko wtedy, gdy jest w jednej trzeciej wypełniona sokiem, herbatą, kawą... gdy szklanka jest pełniejsza nie pije z niej lub próbuje odlać „nadwyżkę” do szklanki sąsiada. To nie wina pani Steni, że stół i sąsiad z boku są mokrzy... tylko nasza! Każdy kto wie jak pracować, pracuje lepiej. Ma lepszy nastrój, co udziela się pozostałym.

Rodzina też potrzebuje opieki

Wsparciem dziennych domów powinni zostać objęci także członkowie rodzin, im także należy uświadamiać, że to co odczytują jako złośliwość, agresję – jest skutkiem błędnie odebranego komunikatu lub informacją niosącą przestanie. Każdy opiekun powinien wiedzieć, że z demencją nie może mierzyć się samotnie, potrzebuje odpoczynku oraz profesjonalnego wsparcia. Takie wsparcie oferuje najbardziej kompleksowy program, pozwalający zrozumieć świat demencji, stworzony przez Teepę Snow – Positive Approach to Care. Rolą dziennych domów/ośrodków dedykowanych osobom żyjącym z demencją są nie tylko usługi opiekuńcze, aktywizacyjne, rehabilitacyjne, ale także szerzenie wiedzy, która powinna poprawić jakość życia ich samych, a co za tym idzie ich rodzin. Dienne ośrodki powinny pomagać zaadaptować się do zmian wynikających z postępowania choroby i przejścia w system opieki całodobowej. Zdajemy sobie sprawę, że liczba i jakość powstających dziennych domów pomocy zwłaszcza w mniejszych miejscowościach jest niewielka, a krótka wrześnie wizyta amerykańskiej specjalistki ds. demencji to dopiero początek. Ale to od nas i naszego podejścia zależy czy będzie to kropla, która zniknie w morzu potrzeb, czy iskra, która wznieci chęć zdobywania wiedzy i tworzenia świata rozumiejącego potrzeby osób żyjących z demencją. Dopóki naukowcy nie znajdą lekarstwa, musimy radzić sobie wykorzystując to, co wiemy tu i teraz. „Until there's a cure, there's care” – Teepa Snow. ●

Wiedza łagodzi lęk

Z MARCELEM ANDINO VELEZEM //
rozmawiała HANNA SZYMKIEWICZ //
z Fundacji TZMO Razem Zmieniamy Świat

W ostatnim czasie media obieęła informacja o decyzji wicedyrektora Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie, który zrezygnował z pracy zawodowej, by poświęcić się opiece nad swoimi schorowanymi rodzicami. O przyczynach i skutkach tej decyzji rozmawiamy z Marcelem Andino Velezem.

HS: Patrząc na Pana historię, widzimy mężczyznę u szczytu kariery, który wykonuje kreatywną i cenioną pracę, obraca się w artystycznym środowisku. Dlaczego podjął Pan decyzję o rezygnacji ze stanowiska wicedyrektora Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie, żeby zająć się rodzicami? Ta decyzja była bardzo zaskakująca dla wielu osób i odbiła się szerokim echem w polskich mediach.



MV: To nie jest decyzja, która wiązała się tylko z rezygnacją z dotychczasowej pracy i poświęceniem się rodzicom. To zmiana w ogóle tego, co w życiu robię – odkryłem, że bardzo potrzebna jest na polskim rynku usług opiekuńczych koordynacja opieki geriatrycznej, zarządzanie opieką. Mi osobiście i moim rodzicom czegoś takiego bardzo brakowało. Nie mieliśmy komu powierzyć zarządzania opieką, a jest to bardzo

czasochłonne zajęcie, wymagające wiedzy, doświadczenia, kreatywności w rozwiązywaniu problemów. Nie znalazłem nikogo, kto mógłby nam pomóc, więc stwierdziłem, że muszę zacząć to robić sam.

Nie można w życiu robić dwóch rzeczy, które wymagają praktycznie 24-godzinnego poświęcenia. Taka była praca w Muzeum – ona nie kończyła się po wyjściu o godzinie 19.00, czasami trwała do późnych godzin, a czasem wiązała się z pracą w weekendy. Z tego powodu nie mogłem poświęcać wystarczająco dużo czasu rodzicom. Dla opinii publicznej zadziwiające było to, że to mężczyzna podjął taką decyzję. W polskiej kulturze to kobieta zajmuje się opieką. To przymus, nikogo nie interesuje, że kobiety poświęcają swoje kariery i życie prywatne, by zająć się chorującymi rodzicami. W naszej rodzinie nie było kobiety, ponieważ jest nas dwóch braci. Starszy brat ma trójkę dzieci, ja dzieci nie mam, dlatego to ja podjąłem taką decyzję. Długo się nad tym zastanawiałem, przygotowywałem do tej zmiany. Wymagało to sporo pracy nad sobą. Zrozumiałem, że obowiązki związane z opieką nad rodzicami są dla mnie ważniejsze. I że przynosi mi to satysfakcję, zwłaszcza jeśli się udaje rozwiązać jakieś skomplikowane problemy opiekuńcze czy zdrowotne. Jest to bardzo satysfakcjonujące, chociaż bardzo trudne.

HS: *Kilka lat temu w ramach projektu Damy Radę przeprowadziliśmy ogólnopolskie badanie wśród blisko 1000 opiekunów osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Jednym z wniosków było to, o czym Pan mówi, że w większości przypadków opiekę sprawują kobiety. Dodatkowo, 43% osób mówiło, że ma problemy z pogodzeniem opieki z pracą zawodową. Można więc powiedzieć, że to powszechny problem wśród opiekunów.*

MV: Tak. Musimy jednak pamiętać, że dorośli człowiek ma ograniczoną możliwość regeneracji. Jeśli wykonujemy intensywną pracę zawodową, to też trzeba się wyspać, czasem odpocząć, pójść na spacer, spotkać się z przyjaciółmi, żeby odreagować stres i wysięk. Kiedy człowiek nie ma czasu na regenerację, a ma w domu jeszcze jedną waż-

ną i trudną pracę – łatwo można się wypalić i po prostu wyczerpać fizycznie i psychicznie. A wtedy nie jesteśmy dobrzy ani w opiece, ani w pracy zawodowej. Takie kryzysy przeżywa wiele osób.

HS: *Jak się Pan odnajduje w tej nowej sytuacji, w nowym zawodzie, po odejściu z Muzeum?*

MV: Poznałem w ciągu ostatniego pół roku bardzo wielu opiekunów i wszyscy zajmujący się opieką nad osobami starszymi doświadczają bezradności. To naprawdę potworne uczucie, kiedy dorośli człowiek, uczony całe życie, jak sobie radzić, nagle staje przed problemem, którego nie umie rozwiązać, nie jest w stanie określić perspektywy czasowej, kiedy nadejdzie rozwiązanie, jakie będą trudności. Praktycznie każdego dnia opiekun styka się z problemami. Często stresowi związanemu z opieką towarzyszy bezsenność, wczesne wybudzanie się, np. o godzinie 4.00, i rozmyślania, lęk przed dniem nadchodzącym, co on nam przyniesie, z jakimi problemami się spotkamy. Ja radziłem sobie w ten sposób, że starałem się jak najszybciej, jak najwięcej dowiedzieć, nauczyć się o chorobach, zwłaszcza o otępieniu mojego taty. Mi pomaga uczenie się oraz poznawanie ludzi, którzy są w podobnej sytuacji i mają większe doświadczenie. Polecam to każdemu jako sposób na wyjście z tej bezradności.

HS: *Wspomniał Pan, tata ma demencję. Jakie były pierwsze symptomy? Kiedy był ten moment, że stwierdziliście, że trzeba poszukać pomocy u profesjonalistów?*

MV: To trwało dość długo. Kilka lat temu życie rodziców zaczęło się powoli zmieniać w chaos. Pojawiały się ostre kłótnie wokół spraw codziennych. Rodzice mieszkali samodzielnie i nieustannie pojawiały się konflikty związane z gubieniem przez tatę kluczy, obwiniali się nawzajem, mama obwiniła tatę, tata obwinił mamę. Codziennie narastały problemy typu gubienie kluczy, kart, dokumentów. U taty coraz częściej było widać problemy ze skoordynowanym myśleniem. Było też to widać w sposobie mówienia. W pewnym momencie uznałem, że muszę wkroczyć, zobaczyć co się dzieje. Zacząłem chodzić z rodzicami do lekarzy na

Dobre praktyki

wizyty, żeby wiedzieć, co dokładnie im dolega. Zdecydowałem też, że musimy tatę zabrać do neurologa. No i to już był początek diagnozowania. Okazało się, że tata cierpi na otępienie mieszane - demencja w przebiegu choroby Alzheimera i otępienie naczyniowe. Diagnozowanie trwało dosyć długo, bo tata, niestety należy do tej grupy chorych, którzy chorobę wypierają.

HS: To dosyć częsty problem. Jak przekonałicie tatę, żeby poszedł do lekarza?

MV: To były dosyć dramatyczne sceny. Wszystko, co jest związane ze świadomością ojca na temat choroby, jest dla niego też trudne. Po wizycie u lekarza położyłem lek na komodzie w domu rodziców i poszedłem z psem na spacer. Pod moją nieobecność tata sięgnął po ulotkę, a tam od razu w pierwszym zdaniu było napisane, że jest to lek na Alzheimera. Nastąpiła tzw. reakcja katastroficzna – od razu awantura i potem kilkutygodniowy problem z przyjmowaniem

grupach wsparcia i widzę jak inni opiekunowie nie są w stanie pogodzić się z tym, że muszą swoich rodziców czy współmałżonków oszukiwać albo manipulować nimi. To są właśnie te wyzwania, które stawia przed nami opieka.

HS: Gdzie na samym początku szukał Pan informacji, wskazówek jak sobie poradzić w tak trudnych sytuacjach?

MV: Pomógł mi między innymi wasz poradnik (przyp. red. Damy Radę "Jak opiekować się osobą przewlekłe chorą w domu"). Na polskim rynku, w polskim biznesie mało jest firm, które mają taką świadomość celów społecznych, jakie muszą brać na swoje barki. Dla mnie wasz poradnik był bardzo pomocny. Do Internetu mam podejście krytyczne, bo tam jest dużo bzdur więc można sobie łatwo zaszkodzić, ale jeżeli robi się to w sposób umiejętny, można dotrzeć do dobrej wiedzy i poradników. Jedną z ważniejszych dla mnie publikacji był też podręcznik „36



jakichkolwiek leków. Na szczęście nauczyłem się jak postępować. Zawsze kierowałem się w życiu dewizą, że kiedy nie wiadomo jak się zachować, należy zachować się przyzwoicie; kiedy nie wiadomo co powiedzieć, należy powiedzieć prawdę. A w postępowaniu z chorymi mówienie prawdy jest absolutnie nieskuteczne i powoduje dramatyczne konsekwencje. Wiele osób ma z tym problem. Uczestniczę w różnych szkoleniach,

godzin na dobę”, którego już sam tytuł był dla mnie wymowny. Moja doba teraz też ma 36 godzin i próbuję sobie z tym jakoś radzić. Więc absolutnie dla mnie najważniejsze było z jednej strony szukanie wiedzy w tekstach w Internecie, w książkach, z drugiej strony - i to mogę też doradzić każdemu opiekunowi - bardzo ważne jest porozmawiać z kimś, kto ma już tę wiedzę. To działa jak najlepszy balsam na nerwy, na lęk, na przerażenie.

HS: *Pan sobie poradził na tyle świetnie, że oprócz tego, że zajmuje się swoimi rodzicami, założył również innowacyjną, jak na polskie warunki, firmę, która zajmuje się koordynacją opieki geriatrycznej. Proszę powiedzieć coś więcej – co to znaczy, czym ta firma się zajmuje?*

MV: Tak, czuję się trochę pionierem. Prowadzę usługę, którą sam wymyśliłem. To był podręcznikowy przykład wynalazku, który rodzi się w głowie, kiedy dostaje się jakiegoś olśnienia, że coś jest komuś potrzebne i wie, jak to zrobić. Ja miałem tak dokładnie jesienią zeszłego roku. Przeżywałem kryzys godzenia pracy i opieki. Chciałem zatrudnić kogoś, kto nie jest de facto opiekunem, lekarzem, ale kimś, kto zarządza opieką. A zarządzanie opieką to jest bardzo wiele złożonych elementów. To jest kwestia leczenia, lekarzy, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, ale jest to też kontrola nad przyjmowaniem leków. Gdybym mógł to komuś zlecić, miałbym więcej czasu na pracę, a równocześnie mógłbym do rodziców przychodzić wieczorami, w dni wolne i to byłby czas poświęcony wspólnym posiłkom, oglądaniu filmów, oglądaniu zdjęć, rozmowom. Ja mój czas poświęcam właśnie na organizację szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Rozumiem jednak, że inni ludzie niekoniecznie muszą się na tym znać. Trudnością jest też to, że trzeba się zwalniać z pracy, żeby chodzić na wizyty lekarskie z rodzicami, jeździć po wyniki, chodzić na rehabilitację. Wszystkie te czynności wykonuje się w godzinach pracy. Koordynator to osoba, która przejmuje te obowiązki w sposób profesjonalny. Nie zastąpi on lekarza ani pielęgniarki, lecz pomoże zarządzać, kiedy do tego lekarza pójść – ustali terminy, połączy te wszystkie elementy układanki. W Stanach Zjednoczonych zawód menedżera opieki geriatrycznej istnieje od 40 lat, definiuje się go jako professional relative, czyli zawodowy członek rodziny. To odkrycie upewniło mnie w przekonaniu, że taki zawód powinien powstać też w Polsce.

HS: *Czyli zwracając się do państwa zyskują takiego dodatkowego brata czy siostrę, którzy, kiedy ja jestem w pracy, pojedą do lekarza i przekażą mi później, jakie były zalecenia?*

MV: Tak. Dla mnie przełomowy moment nastąpił, kiedy zacząłem z rodzicami wchodzić do gabinetu lekarskiego. Zrozumiałem, że w pewnym momencie życia komunikacja z lekarzem, opanowanie dokumentacji medycznej, historii choroby, wypisów ze szpitali staje się poważnym problemem. Poświęciłem wiele godzin na sporządzenie ujednoliconej, na bieżąco aktualizowanej dokumentacji medycznej rodziców i zrozumiałem, że wchodząc na wizyty będę mógł pomagać rodzicom w rozmowie z lekarzem, pomagać lekarzowi i potem będę miał rzetelnie zebraną dokumentację. Taki koordynator może notować, może sprawdzać notatki, które ma przygotowane na wizyty lekarskie – wtedy ta praca z informacją jest pełniejsza. Na ogół po wyjściu z gabinetu lekarskiego mamy malusieńką karteczkę z zapiskami, jak przyjmować leki, którą łatwo zgubić, a nie mamy spisu szczegółowych informacji. Łatwo zapomnieć zalecenia i ważne kwestie komunikowane przez lekarza często niezrozumiałym dla nas zaawansowanym językiem medycznym. Jest to po prostu zarządzanie informacją w imieniu osoby starszej.

HS: *Jak często taki koordynator bierze udział w życiu rodzinnym?*

MV: Każda sytuacja jest inna, zależy od stanu osoby, którą się opiekujemy, ale też od możliwości rodziny. Jedną z grup, do której kierujemy ofertę, są osoby za granicą, które mają w kraju rodziców. Nie mogą się więc nimi osobiście zajmować. Wizyty koordynatora mogą odbywać się od kilku do nawet kilkunastu razy w miesiącu. Praca jest rozliczana godzinowo.

Koordynator ma też kontrolę nad opiekunami. Może pomagać w ich rekrutacji. Nawet gdy rodzic jest w instytucji opiekuńczej, to koordynator jest dodatkowym wsparciem dla rodziny i dla osoby starszej – odwiedziny w nietypowych godzinach to ważne źródło wiedzy o funkcjonowaniu instytucji opiekuńczej. Jeszcze nie mamy klientów, którzy mają rodziców w domu opieki, ale jesteśmy na to przygotowani.

HS: *Czy koordynator pomoże też dobrać odpowiedni sprzęt typu materac przeciwodleżynowy albo produkt chłonny na nie-*

trzymanie moczu? Opiekunowie na początku swojej drogi często nie wiedzą, gdzie szukać takich zabezpieczeń i na które powinni się zdecydować.

MV: Tak. Na razie koordynator to nowy zawód. Mam nadzieję, że za jakiś rok uda nam się rozwinąć tę działalność nie tylko dla Warszawy, żeby taka osoba mogła doradzić, do jakiego punktu najlepiej zwrócić się w celu wypożyczenia łóżka czy materaca przeciwoleżynowego. Nasi koordynatorzy to osoby z dużym doświadczeniem, które wcześniej opiekowały się swoimi bliskimi. Mają więc dużą wiedzę o pomocach dla osób starszych. Mogą też doradzić m.in. jakie wyroby chłonne na nietrzymanie moczu sprawdzają się u osoby chodzącej, a jakie u osoby leżącej. Na moich rodzicach wypróbowaliśmy przez ostatnie kilka lat wszystkie pieluchomajtki dostępne na rynku, zdecydowanie preferują produkty Seni.

HS: Miło mi to słyszeć.

MV: No tak się akurat złożyło. Jak ktoś się na co dzień styka z opieką, to takich rzeczy się szybko uczy. Także tego, gdzie najlepiej zgłosić się na rehabilitację, którzy usługodawcy na rynku są lepsi, godni polecenia. Istnieje cały ogromny zasób wiedzy, z którego warto skorzystać zamiast uczyć się wszystkiego od nowa na własnych błędach.

Koleżanki, z którymi pracuję w Młodszy Bracie, przez wiele lat prowadziły lub nadal prowadzą domowe szpitale dla swoich rodziców. Na przykład Weronika Kociniak, córka aktora Mariana Kociniaka, opiekowała się przez 6 lat ciężko chorymi rodzicami. Po ich śmierci nie mogła znaleźć na rynku pracy sensownych ofert. A ma ogromną wiedzę na temat opieki. Kobiety z takim doświadczeniem najlepiej wiedzą, gdzie wypożyczyć łóżko i materac przeciwoleżynowy. Mogą podpowiedzieć, kto na rynku jest rzetelny, a kto nie. Koordynator jest w stanie wiele spraw załatwić sprawniej niż rodzina.

HS: Można powiedzieć, że to paradoks polskiego rynku. Opiekun, który rezygnuje z pracy, by zajmować się bliską osobą, po jej śmierci zostaje bez pracy i środków do życia. A ma przecież wiedzę, na którą jest ogromne zapotrzebowanie. Problemem

jest więc właściwie fakt, że w Polsce brakuje takiego formalnego zawodu jak koordynator opieki.

MV: Właśnie tak. Mam nadzieję, że ta profesja się przyjmie i rozpowszechni nie tylko w Warszawie, ale też w innych miastach. Mnóstwo osób dzwoni do mnie z innych miast i małych miasteczek, by zapytać, czy pracujemy też poza Warszawą.

Wierzę, że taka usługa jest potrzebna w naszym kraju, ale wiem też, że może być trudna do zrealizowania. Wiele osób nie wie, jak przekonać własnych rodziców do tego, że nagle zaczną pracować jeszcze jedna osoba. To jest nowość, bo to nie będzie ani pani opiekunka mieszkająca z rodzicami, ani to nie będzie pielęgniarka dochodząca, tylko ktoś kto wykonuje jeszcze inny rodzaj czynności. Kiedy zaczynaliśmy z kilkoma rodzinami, to przez kilka tygodni prowadziliśmy dialog, by zyskać zaufanie osób starszych. Seniorzy nie lubią zmian, a już dla osób z demencją zmiana jest najgorszym, co się może zdarzyć w ich życiu. Dlatego zaufanie to podstawa. Przyjąłem zasadę, że nasze usługi firmuję swoim imieniem i nazwiskiem, swoją własną twarzą. Na naszej stronie internetowej dostępne są też zdjęcia naszych koordynatorek. Wszystko po to, aby ludzie mogli nam zaufać, po prostu muszą wiedzieć, kim jesteśmy. Jestem przekonany, że takim koordynatorem nie może być osoba przypadkowa, anonimowa.

HS: Wśród osób w wieku starszym, u których występuje wielochorobowość, bardzo ważna jest opieka geriatryczna, jednak geriatrów w Polsce nie mamy wielu. Czy koordynator jest w stanie zorganizować taką konsultację geriatryczną?

MV: Geriatrów jest dramatycznie mało, dlatego warto z ich wiedzy korzystać efektywnie. Koordynator może umówić taką wizytę, ale też dobrze się do niej przygotuje. Do geriatry trzeba przyjść z kompletną dokumentacją medyczną, żeby lekarz dobrze wiedział, na co i jak jest leczony dany pacjent. Po wizycie koordynator dopilnuje też, by zalecenia lekarza były faktycznie wdrażane w życie.

HS: Na koniec ostatnie pytanie do Pana jako do osoby, która przeszła całą ścieżkę - od

początkowej fazy, gdzie jeszcze nie było wiadomo, jak poukładać sobie opiekę nad rodzicami w domu, do etapu, w którym dysponuje Pan bardzo dużą wiedzą. Jakie wskazówki dałby Pan opiekunom, którzy są na początku tej drogi?

MV: Najważniejsze jest samokształcenie, bo wiedza naprawdę pomaga złagodzić lęk, który nam towarzyszy w opiece. Dzięki wiedzy czujemy się pewniej i bezpieczniej. A druga rzecz to apel do wszystkich, żeby dbać o siebie. Opiekując się kimś, jesteśmy też de facto pacjentem. Tak jak małżonek alkoholika jest współuzależniony i wymaga terapii, tak samo opiekunowie wymagają opieki i należy korzystać z wszelkich możliwości

pomocy. Czy to będzie grupa wsparcia, grupa dyskusyjna w Internecie, czy psychoterapia. Wiele opiekunów wymaga wsparcia psychiatry i leków przeciwdepresyjnych. One są po to, żeby nam pomóc. Ważne jest dbanie o własne zdrowie i o regenerację – trzeba czasem pójść na spacer, do kina, po prostu wyjść z domu. Trzeba rozmawiać z kimś, kto ma wiedzę, doświadczenie, kto może nas uspokoić i poprowadzić. Pamiętam ważną dla mnie rozmowę z konsultantem z warszawskiego Centrum Alzheimer. Poczuję wtedy, że jest ktoś na świecie, kto rozumie moje problemy, że nie jestem sam. To był dla mnie przełomowy moment.

HS: Dziękuję za rozmowę. ●



Bezpłatne poradniki Damy Radę „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu” oraz „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji” można zamówić na stronie damy-rade.info



W moich rękach

LESZEK GUGA // psycholog, Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat

Opieka to nie tylko możliwość pomocy innej osobie, ale również odpowiedzialność. Ta odpowiedzialność potrafi zacząć ciążyć, szczególnie kiedy choroba nieubłaganie postępuje. Stres z tym związany opisany został już prawie 50 lat temu, ale każdy opiekun musi szukać sposobu jak sobie z nim poradzić.



Opiekowanie się innymi ludźmi jest jednym z najtrudniejszych zadań jakie można sobie wyobrazić. To nie tylko umiejętności, ale również

zaangażowanie w pracę z drugim człowiekiem. Zostało to zaobserwowane już w połowie lat siedemdziesiątych, kiedy niezależnie od siebie dwoje badaczy – Christina Maslach i Herbert Ferudenberg zauważyło, że stres związany z pracą w zawodach, w których pracownicy opiekują się innymi ludźmi wyraża się w specyficzny sposób – zmęczeniem, cynizmem i narastającym roz-

czarowaniem – nazwali to zjawisko wypaleniem zawodowym.

Objawy wypalenia

Maslach w swoich badaniach wyłoniła kilka czynników przekładających się na to, że obciążenie w opiece może być większe niż w innych zawodach – zaangażowanie, również emocjonalne w pracę, branie na siebie trosk i zmartwień osób, którymi się opiekują. Dodatkowo, opieka nie dotyczy jednej osoby, a prawie każdy z mieszkańców ma inne, często poważne problemy zdrowotne. Wszystkie te czynniki dochodzą do głosu

w opiece długoterminowej, różni mieszkańcy wymagają różnej opieki, a to może sprawiać, że stres związany z pracą będzie bardziej odczuwalny.

To nawarstwienie stresu, gromadzenie go przez długi czas, w połączeniu z brakiem możliwości jego rozładowania przekłada się na kilka czynników, których wystąpienie nazywamy wypaleniem. Nie muszą one występować jednocześnie i mogą pojawiać się w różnej kolejności oraz nasileniu.

Wyczerpanie (dawniej nazywane wyczerpaniem emocjonalnym) – ten objaw wyraża się poprzez nawarstwiający się zmęczenie oraz coraz większą trudność w radzeniu sobie z emocjami pojawiającymi się na skutek pracy.

Cynizm (dawniej depersonalizacja) – coraz trudniej jest pozostawać pozytywnie nastawionym do osób, z którymi pracujemy, lub którymi się opiekujemy. Zaczynamy postrzegać je jako wrogie, złośliwe, coraz trudniej jest zrozumieć ich punkt widzenia.

Brak poczucia osiągnięć – postrzegamy swoją pracę jako pozbawioną wartości, sensu, taką, w której niezależnie od naszego zaangażowania i ilości wydanej energii nie dzieje się nic pozytywnego.

Sukces czyli co?

W opiece długoterminowej trudno jest jednoznacznie określić co jest sukcesem.

W klasycznym leczeniu możemy nieraz przywrócić pacjentowi utraconą sprawność. W opiece długoterminowej częściej naszym celem jest utrzymanie jakości życia. To sprawia, że

opiekunowie mogą nie mieć poczucia, że coś udało im się osiągnąć. Opieka nad osobami żyjącymi z demencją jest trudna jeszcze z innego względu. Obecnie nie mamy żadnego sposobu, żeby ją leczyć. Trudno nawet powstrzymać jej rozwój, a cofnięcie zmian, które spowodowała jest niemożliwe. To

oznacza, że opiekując się osobą żyjącą z demencją musimy mierzyć się z nieuchronnym – wiemy, że będzie potrzebował naszej pomocy w coraz większym zakresie i opiekunom towarzyszy poczucie, że w długiej perspektywie nic tego nie zmieni. To oznacza, że efekty naszej pracy są niejednokrotnie mniej ewidentne, trudniej namacalne i mogą prowadzić do klasycznie postrzeganego wypalenia. Jak mam czuć, że moja praca ma sens, skoro z tygodnia na tydzień, z miesiąca na miesiąc widzę, że stan osoby, którą się opiekuję nie poprawia się? Co więcej, takich osób mam pod swoją opieką kilkanaście, kilkadziesiąt, albo nawet więcej.

Trudności jest wiele

Demencja nieodwracalnie zmienia to, jak osoba porozumiewa się z ludźmi dookoła. W zależności od typu demencji, zaburzenia mowy i zmiany emocjonalne mogą pojawić się wcześniej lub później. Jednak ich pojawienie się oznacza, że komunikacja z osobą, którą się opiekujemy będzie zaburzona, albo przynajmniej trudna. Na to, w miarę rozwoju wypalenia zawodowego, może nałożyć się depersonalizacja, która sprawia, że nie tylko trudniej jest mi się zaangażować, ale coraz mniej sensu widzę w przywiązywaniu wagi do opieki i poświęcania uwagi poszczególnym osobom. Mogę mieć też coraz większy kłopot ze zrozumieniem trudnych zachowań

pojawiających się w demencji. A jeśli w miarę rozwoju demencji kontakt z osobą, którą się opiekuję jest coraz mniejszy to ryzyko, że zacznę postrzegać ją bardziej

przedmiotowo jest dużo większe. Ani ja nie jestem w stanie z nią porozmawiać, z czasem ona sama coraz mniej może mi przekazać i pojawia się obawa, że zacznę postrzegać opiekę, którą sprawuję coraz bardziej mechanicznie, coraz bardziej jako zadanie do wykonania, kłopot do rozwiązania, trudność

Demencja nieodwracalnie zmienia to, jak osoba porozumiewa się z ludźmi dookoła.

do pokonania, a coraz mniej tę osobę, która mimo tego jak wygląda, jak mało może, nadal wymaga bliskości i troski.

To jest pewna pułapka czyhająca na opiekunów i sprawiająca, że opieka jest miejscem, w którym wypalenie ma tak dobre warunki do zaistnienia. Z jednej strony – małe zaangażowanie w osobistą relację zwiększa naszą podatność

na depersonalizację. Z drugiej – większe zaangażowanie w pomoc zwiększa ryzyko, że wobec nieuniknionego rozwoju choroby zaczniemy odczuwać brak poczucia osiągnięć. Którykolwiek z tych objawów, niezależnie od kolejności ich pojawienia się, będzie szedł w parze z wyczerpaniem. To wyczerpanie zamyka krąg i sprawia, że pozostałe dwa objawy będą narastać w czasie i przekładać się na coraz większe wyczerpanie.

Każdy opiekun jest inny

To, jak zmieniają się osoby z demencją widać gołym okiem. Z czasem, każda utracona sprawność musi zostać przejęta przez opiekuna, trzeba zastąpić ją swoją własną pracą i dodatkowym czasem poświęconym mieszkańcowi. To sprawia, że każda z tych utraconych sprawności nie tylko zmienia życie mieszkańca, ale jest odczuwalna dla opiekuna. Dlatego ten brak poczucia osiągnięć może być tak odczuwalny. Jak na to odpowiedzieć?

Sytuację, gdzie osoba musi mierzyć się z wymaganiami, które jej zdaniem są zbyt duże, lub do których nie czuje się wystarczająco przygotowana nazywamy zbyt dużym obciążeniem pracą. Istotną częścią tego stwierdzenia są słowa „jej zdaniem” – to poczucie jest subiektywne, a to oznacza, że możemy postawić w podobnej sytuacji dwie różne osoby, podobnie je przygotować i jedna

z nich będzie radzić sobie bardzo dobrze, a druga będzie odczuwać duży stres związany ze swoją pracą. To też oznacza, że w ra-

dzeniu sobie ze stresem i wypaleniem równie ważne jak systemowe rozwiązania i obiektywne mierniki jest dopasowanie się do osoby lub przynajmniej próba jej zrozumienia. To o tyle ważne, że utrzymywanie pracownika w sy-

tuacji, w której odczuwa ciągłe, zbyt duże obciążenie pracą sprawia, że odpoczynek i rozładowanie tego stresu poza pracą może okazać się bardzo trudne, a wręcz niemożliwe.

Christina Maslach określiła sześć przyczyn wypalenia zawodowego i zrozumienie ich jest też, po części, kierunkiem, w którym powinniśmy poszukiwać rozwiązań tego problemu.

Nadmierne obciążenie pracą – duża intensywność pracy, konieczność sprostania wymaganiom i presja czasu.

Kontrola i współdecydowanie – mała autonomia pracy, mała możliwość podejmowania decyzji o sposobie wykonania swoich zadań.

Niewystarczające wynagrodzenie – czynnik wzmacniający poczucie braku osiągnięć, jeżeli nie widzę postępów w swojej pracy, a dodatkowo moje wynagrodzenie nie odpowiada moim potrzebom (lub oczekiwaniom), mogę mieć poczucie, że moja praca jest dodatkowo deprecjonowana. Tworzy to podatny grunt dla rozwoju wypalenia.

Brak sprawiedliwości – poczucie braku przejrzystości pracy, trudności w zrozumieniu kryteriów, według których jest oceniana i sensowności zasad, według których podejmowane są decyzje dotyczące np. organizacji pracy czy jej oceny, czy też podziału obowiązków.

To też oznacza, że w radzeniu sobie ze stresem i wypaleniem równie ważne jak systemowe rozwiązania i obiektywne mierniki jest dopasowanie się do osoby lub przynajmniej próba jej zrozumienia.

Rozpad wspólnoty – źródłem cynizmu pojawiającego się w wypaleniu jest nie tylko trudność w relacji z podopiecznymi, ale również problemy we współpracy lub poczucie braku wsparcia ze strony współpracowników. To ważny element, bo relacje w pracy nieodmiennie wskazywane są jako najistotniejszy element przekładający się na zadowolenie z pracy, w większości badań znajdujący się nawet wyżej niż satysfakcja finansowa.

Konflikt wartości – to niezgodność pomiędzy przekonaniem pracownika, a wymaganiami, które są mu stawiane w pracy. Może, na przykład, dotyczyć sytuacji, kiedy pracownik pod presją czasu musi poświęcić mieszkańcowi mniej uwagi niż uważa za właściwe lub wprost przeciwnie, kiedy wymagamy od opiekuna zaangażowania, które on uważa, na przykład ze względu na stan pacjenta, za bezzasadne. Odpowiedzią na konflikt wartości są edukacja i komunikacja, których celem jest to, aby zarówno pracownik jak i kadra zarządzająca miały taką samą perspektywę na wykonywane zadania.

Nie na wszystkie te czynniki mamy bezpośredni wpływ, albo wystarczające zasoby, ale wspieranie przynajmniej części tych zasobów może stworzyć środowisko, w którym wypaleniu zawodowemu trudniej będzie się rozwijać. Na część tego środowiska można wpływać poprzez decyzje kadry zarządzającej i kierowniczej, ale spora grupa tych czynników leży w szerszym obszarze, który nazywamy kulturą organizacyjną. Na nią nie mamy już bezpośredniego wpływu – jest wypadkową relacji mieszkańców i opiekunów.

Podejście do opieki

Na czym zatem może polegać zmiana kultury? Skoro nie możemy zmienić przebiegu choroby, możemy spróbować zmienić swoje podejście do opieki. Często skupiamy się na utraconych sprawnościach i wtedy faktycznie może być trudno widzieć postęp, zauważyć te „osiągnięcia” o których mówi Christina Maslach. Filozofia pozytywnego podejścia do opieki (PAC), na której oparty jest poradnik Damy Radę „Co warto wiedzieć o choro-

bie Alzheimerera i innych formach demencji”, skupia się na sprawnościach, które są jeszcze zachowane, nawet w późnych etapach choroby. Skupiając się na tym co osoba jeszcze potrafi, łatwiej dostrzec to, że niezależnie od etapu choroby mamy do czynienia z osobami, które jeszcze pewne rzeczy potrafią zrobić, a nasza pomoc wspiera ich samodzielność. Z naszą pomocą mogą zrobić rzeczy, z którymi inaczej nie mogliby sobie poradzić. Sprzyja temu zarówno wykorzystanie w opiece metody „dłoń-pod-dłoń” (więcej na temat metody dłoń-pod-dłoń przeczytasz na str. 42), czy też rozwijanie wiedzy z zakresu demencji, która pozwala zrozumieć nie tylko skuteczne sposoby działania w chorobie, ale również – przynajmniej po części – lepiej zrozumieć perspektywę osób chorych. Łącznie te dwa elementy odpowiadają na dwa z trzech czynników wypalenia zawodowego. Wyposażenie w umiejętności sprawia, że możemy wykonać swoje zadania łatwiej, a nawet może okazać się, że rzeczy, które wcześniej były niemożliwe, teraz uda się zrobić angażując w nie, nowymi metodami, mieszkańców. Wiedza na temat przebiegu demencji może ułatwić nawiązanie kontaktu w sytuacji, kiedy na skutek choroby ten kontakt jest już bardzo utrudniony. To ułatwia pojawienie się tej więzi, wspomnianej wcześniej wspólnoty, a to z kolei odpowiada bezpośrednio na czynnik cynizmu pojawiający się w wypaleniu zawodowym.

Zmniejszenie stresu - to jest możliwe

Mówiąc o wypaleniu mamy do czynienia ze skomplikowanym zjawiskiem, które często jest skutkiem miesięcy i lat nawarstwionego stresu, trudności i frustracji. Na pewno nie chcę sugerować, że ich rozładowanie również będzie natychmiastowe. Zajmując się tym tematem, stajemy zawsze przed wyzwaniem nazwania tego, na co faktycznie mamy wpływ. Dopiero wtedy możemy liczyć na to, że dzięki zmianie środowiska i kultury organizacyjnej – tam gdzie jest to możliwe i na tyle na ile jest to możliwe uda nam się zmniejszyć stres związany z pracą i ułatwić rozładowanie go na tyle, że ta różnica stanie się odczuwalna dla opiekunów. ●

Znaczenie żywienia



W CHOROBAH DEMENCYJNYCH

AGNIESZKA GULIGOWSKA,
ZUZANNA CHRZĄSTEK, TOMASZ KOSTKA

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, iż w 2030 r. liczba osób dotkniętych demencją wyniesie 75,6 mln, a do roku 2050 wzrośnie do 135,5 mln. Oznacza to, że w 2050 r. liczba chorych na chorobę Alzheimera ulegnie potrojeniu. W świetle tych szacowań pojawiają się dwa priorytety. Z jednej strony zapobieganie demencji w celu zmniejszenia częstości występowania choroby, a z drugiej poprawa jakości życia osób z demencją i spowolnienie postępu choroby.

Należy zidentyfikować czynniki ryzyka, szczególnie te modyfikowalne. Jednym z nich jest stosowana **dieta i sposób odżywiania**. Dietę należy definiować jako to, co zwykle jest zjadane i wypijane oraz stanowi składową stylu życia. Natomiast odżywianie obejmuje procesy przyjmowania i trawienia pokarmu oraz wchłaniania i metabolizowania zawartych w nim składników odżywczych. Czynniki te warunkują prawidłowy rozwój organizmu i zapewniają właściwą pracę mózgu.

Gdy chory nie chce jeść

Jeżeli chodzi o osoby chorujące na chorobę Alzheimera to jej przebieg jest związany z degradacją obszarów mózgu odpowiadających za istotne funkcje człowieka, orientację w czasie, kojarzenie czynności z przedmiotem. Im późniejsze stadium choroby, tym choremu trudniej wykonywać samodzielnie czynności związane ze spożywaniem posiłków, aż do całkowitego zatracenia tej funkcji. Demencja może **wpływać na odżywianie i nawodnienie** w następujący sposób:

Dobre praktyki

- zmienia się odczuwanie smaku, część osób preferuje smak słodki, inne smak intensywny;
- zmniejsza się pragnienie – chory potrzebuje przypominania o regularnym piciu płynów;
- zmniejsza się apetyt lub występuje całkowity brak zainteresowania jedzeniem;
- potrawy, a także elementy zastawy stołowej nie są rozpoznawane;
- chory nie potrafi korzystać ze sztuców, w pierwszej kolejności traci zdolność krojenia, a następnie korzystania z widelca, używa tylko łyżki, którą zjada cały posiłek, w kolejnym stadium posiłek jest zjadany przy użyciu rąk;
- zmniejszona koncentracja lub jej całkowity brak podczas posiłków utrudnia jego spożywanie;
- brak orientacji w czasie powoduje, że osoby z demencją nie zdają sobie sprawy, że nadszedł czas na posiłek;
- u osób nadmiernie pobudzonych, ruchliwych zwiększa się zapotrzebowanie na energię;
- trudności z połykaniem powodują mniejsze spożywanie pokarmów i napojów, zaburzenia te były odnotowane u 13-57% chorych.

Konsekwencją tych zmian jest spożywanie niedostatecznej ilości składników odżywczych, co prowadzi do **niedożywienia** i coraz większego osłabienia organizmu. Osoba z demencją traci samodzielność, zwiększa się także zachorowalność na choroby współtowarzyszące i ryzyko zgonu. Aby przeciwdziałać tej kaskadzie niekorzystnych zmian należy wdrożyć procedury poprawiające stan odżywienia oraz zapewniające dostarczenie odpowiedniej ilości składników odżywczych i energii. Aby **poprawić apetyt** Towarzystwo Alzheimerowskie rekomenduje:

- indywidualne podejście do podopiecznego, oferowanie ulubionych potraw, obserwowanie preferencji i ich notowanie;
- jeśli zwykły posiłek nie jest akceptowany warto eksperymentować z różnymi rodzajami żywności, np. koktajlami, smoothies, a także z dodatkami np. przyprawy, zioła, miód;
- oferowanie deseru i przekąsek, nawet jeśli danie główne nie zostało zjedzone;
- podawanie posiłków ciepłych, kontrola ich temperatury, podgrzewanie w razie wychłodzenia, używanie podgrzewaczy do talerzy;
- delikatne przypominanie o posiłku, wyjaśnienie co to za potrawa, zachęcanie do jedzenia;
- zapewnienie bezstresowej relaksującej atmosfery (np. poprzez delikatną muzykę w tle);
- minimalizowanie niekorzystnych dźwięków i hałasu,
- nie należy zakładać, że dana osoba nie chce jeść, zjawisko to jest związane z chorobą i wymaga od opiekuna cierpliwości, spokoju i podejmowania kolejnych prób.

Gdy występują **problemy z koordynacją fizyczną** zaleca się także stosowanie indywidualnego podejścia:

- jeśli występują trudności w posługiwaniu się widelcem i nożem, należy podawać potrawy pokrojone w kawałki na tyle małe, aby móc jeść je łyżką;
- można także serwować porcje dostosowane do jedzenia przy użyciu rąk (bez sztuców);
- należy pozwolić na jedzenie w miejscu, które najbardziej odpowiada podopiecznemu;
- w razie potrzeby należy stosować kubki niekapki lub specjalnie dostosowane talerze, widelce, noże i łyżki.

Aby **zachęcić do spożywania płynów**:

- oferować napoje za każdym razem, gdy spożywany jest posiłek;
- korzystać z przezroczystej szklanki, co pozwoli zobaczyć jaki płyn znajduje się w środku, natomiast kolorowy kubek, może zwrócić uwagę na napój;
- przypominać, jaki rodzaj napoju znajduje się w szklance;
- oferować różnorodne napoje - zarówno gorące, jak i zimne - przez cały dzień;
- nie zapominać, że produkty bogate w wodę, takie jak sosy, galaretki, lody itp., także mogą poprawiać nawodnienie.

Posiłki w komfortowych warunkach

Na właściwe spożywanie posiłków wpływa także **otoczenie i procedura spożywania posiłków**, dlatego też należy:

- usuwać wszystkie zbędne przedmioty

z miejsca spożywania posiłków, tak aby nie rozpraszało podopiecznego;

- ograniczyć hałas do minimum, może on bardzo rozpraszać;
- czasami spokojna muzyka może pomóc zrelaksować się;
- pomieszczenie powinno być dobrze oświetlone, ponieważ osoba z demencją może nie widzieć dobrze i mieć problemy z rozpoznawaniem potraw, w razie potrzeby należy opisać potrawy;
- jeśli to możliwe, należy używać talerzy i zastawy stołowej (takich jak obrusy lub podkładki), które są gładkie i kontrastują ze sobą; na przykład zielony obrus i czerwony talerz, należy unikać wzorów, potrawy także powinny być w kontrastujących kolorach;
- nie należy ponaglać jedzącego, ani komentować bałaganu powstającego podczas spożywania posiłków, uwagi mogą rozprószyć podopiecznego i zakończyć jedzenie;
- można stworzyć stół dla „wolno jedzących” tak, aby zapewnić tym osobom więcej czasu na spożywanie posiłków.

Część osób z demencją ma **problemy z przejadaniem się**, w takim wypadku należy:

- podzielić posiłek na dwie części i zaoferować drugą porcję dopiero, gdy osoba poprosi o dodatkę;
- komponować danie w taki sposób, że większość talerza składa się z warzyw (surówki, gotowane jarzyny), natomiast zmniejszyć porcję produktów skrobiowych i mięsa;
- przekąski powinny być zdrowe, mogą być to pokrojone w plasterki jabłka, brzoskwinie, pomidory koktajlowe, itp.;
- zamiast większej ilości jedzenia można zaproponować koktajl mleczny lub inny zdrowy napój.

Realizacja tych procedur zdecydowanie **obciąża opiekunów**, dlatego warto zapewnić odpowiednią ilość personelu, a także prowadzić szkolenia wyjaśniające specyfikę opieki nad osobami z demencją, oraz zasadność procedur stosowanych podczas posiłków.

Ważnym członkiem zespołu jest **dietetyk**, który wspiera planowanie posiłków oparte na zasadach zdrowego odżywiania osób starszych, pomaga w ocenie stanu odżywienia i planuje indywidualne wsparcie dla podopiecznych.

Polecana dieta śródziemnomorska

Dieta osób żyjących z demencją powinna dostarczać odpowiednią ilość energii i składników odżywczych, które są niezbędne do utrzymania właściwej masy ciała i dobrego stanu zdrowia. W połączeniu z odpowiednio dobraną farmakoterapią, zbilansowana dieta może złagodzić i spowolnić przebieg choroby. Jak już przedstawiono wcześniej wiele zmian w organizmie związanych z demencją prowadzi do niedożywienia. Problem ten dotyka 20–45% osób z demencją ze środowisk domowych i powyżej 50% podopiecznych w domach opieki.

Przygotowując jadłospis należy uwzględnić **5 posiłków w ciągu dnia** o kaloryczności zgodnej z zapotrzebowaniem organizmu. Podstawowym źródłem energii powinny być węglowodany, głównie złożone (55–60% energii), z tłuszczu powinno pochodzić 25–30% energii, a z białka 12–15%. Spożycie białka u osób starszych powinno wynosić co najmniej 1,2 g na kg masy ciała na dzień. Ilość należy indywidualnie dostosować w odniesieniu do stanu odżywienia, poziomu aktywności fizycznej, statusu choroby i tolerancji. Dieta powinna pokrywać podwyższone u osób starszych zapotrzebowanie na witaminy: B1, B2, B6, B12, C, D, E, A i β-karoten, a także składniki mineralne. Należy także dostarczyć odpowiednią ilość wody i błonnika. Zgodnie z piramidą żywienia dla osób starszych podstawą racjonalnej diety są warzywa i owoce oraz jeżeli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, pełnoziarniste produkty zbożowe. Dodatkowo należy wybierać odtłuszczone produkty mleczne, chude mięso, drób, ryby. Do przygotowywania potraw dobrze jest używać olejów roślinnych, najlepiej oleju rzepakowego i oliwy. Ograniczyć natomiast należy tłuszcze, takie jak masło, smalec, olej palmowy i kokosowy oraz cukry proste. **Zalecanymi technikami kulinarnymi** są gotowanie, gotowanie na parze, duszenie bez wcześniejszego obsmażania.

W przypadku nasilonych problemów ze spożywaniem posiłków warto włączyć **suplementację doustną**. Jeżeli drogą doustną nie można dostarczyć odpowiedniej ilości energii i składników odżywczych należy rozważyć rozpoczęcie leczenia żywieniowego za pomocą gastrostomii. Jednak przed zastosowaniem tej formy żywienia należy wziąć pod uwagę kontrowersje



etyczne. Zgodnie z wytycznymi ESPEN u osób z ciężką demencją w przypadku żywienia dojelitowego stosunek korzyści do ryzyka jest niekorzystny i generalnie nie jest ono zalecane.

Profilaktyka – wyniki badań

Liczne badania wykazały, że ryzyko rozwoju łagodnych zaburzeń poznawczych u osób stosujących **dietę śródziemnomorską** zmniejsza się o 28%, natomiast rozwoju choroby Alzheimera aż o 48%. Dieta ta charakteryzuje się dość wysokim udziałem energii z tłuszczu (25–40%), przy czym tylko 7–8% energii dostarczają nasycone kwasy tłuszczowe. Dominującym tłuszczem jest **oliwa z oliwek**, bogata w jednonienasycone kwasy tłuszczowe (MUFA) i polifenole, dzięki tym składnikom tłuszcz ten korzystnie wpływa na profil lipidowy krwi, eliminuje wolne rodniki, przeciwdziała oksydacji cząstek LDL, powoduje także regresję blaszek miażdżycowych. Istotnym elementem diety jest bardzo niska zawartość **kwasów tłuszczowych trans**. Wg American

Heart Association ich wysokie spożycie w postaci margaryn, produktów typu fast food, słodkich i stonionych przekąsek, śmietanek do kawy wpływa na postępujące zaniki pamięci nawet u osób poniżej 45 r.ż. Dodatkowo dieta śródziemnomorska jest bogata w antyoksydanty zawarte w warzywach i owocach, błonnik oraz działające przeciwzapalnie kwasy tłuszczowe omega-3.

W diecie profilaktycznej nie może także zabraknąć **witamin z grupy B** (B6, B12, kwasu foliowego), których niedobór jest bezpośrednio związany z podwyższonym poziomem homocysteiny, a także bogatych w antyoksydanty przypraw. Najlepiej przebadaną i najbardziej obiecującą z nich jest kurkuma (składnik curry). Zawarta w niej **kurkumina** może modyfikować patologię choroby Alzheimera. Badania in vivo i in vitro potwierdzają, że wykazuje ona działanie hamujące tworzenie i promuje dezagregację blaszek β -amyloidu, osłabia hiperfosforylację białka tau i zwiększa jego klirens. Ograniczeniem jest mała biodostępność kurkuminy.

Liczne badania potwierdzają także korzystny wpływ regularnego picia **kawy** na zmniejszenie ryzyka rozwoju choroby demencyjnej o około 30%, w porównaniu do osób niepijących tego napoju. Najistotniejszymi w tym neuroprotektynym działaniu składnikami są najprawdopodobniej **polifenole i kofeina**. Kofeina może blokować receptor adenozyliny, co powoduje wzrost stężenia neuroprzekazników (serotoniny i acetylocholiny) w ośrodkowym układzie nerwowym, poprawia także szczelność bariery „krew-mózg”, co wpływa na utrzymanie homeostazy centralnego układu nerwowego. Natomiast zawarte w kawie polifenole (przede wszystkim kwas chlorogenowy i kwercetyna) zwiększają potencjał antyoksydacyjny krwi, co może chronić neurony przed szkodliwym wpływem wolnych rodników.

Podsumowanie

1 Właściwy sposób odżywiania osób żyjących z demencją może spowolnić postęp choroby, zapobiec postępującemu niedożywieniu i pozytywnie wpłynąć na jakość życia.

- 2** W przebiegu choroby występują ograniczenia i dysfunkcje bezpośrednio wpływające na proces spożywania posiłków.
- 3** Stworzenie odpowiednich warunków do spożywania posiłków, a także wsparcie ze strony opiekunów jest niezmiernie ważnym elementem terapii osób z demencją.
- 4** Posiłki powinny być dostosowywane indywidualnie do podopiecznego, w zależności od jego upodobań i potrzeb wynikających ze stanu zdrowia.
- 5** Bardzo wysokie ryzyko niedożywienia wymaga cyklicznej kontroli i ewentualnego wdrożenia leczenia żywieniowego, poprzez suplementację doustną. Leczenie dojelitowe wiąże się z dylematami etycznymi i przed jego ewentualnym wdrożeniem należy rozważyć zalety i korzyści.
- 6** Badania naukowe dotyczące profilaktyki chorób demencyjnych wskazują na korzyści ze stosowania diety śródziemnomorskiej, zalecają regularne spożycie warzyw i owoców bogatych w antyoksydanty, oliwy z oliwek, ryb i innych produktów bogatych w długołańcuchowe kwasy tłuszczowe (DHA, EPA), stosowanie kurkumy i picie kawy. ●

Piśmiennictwo

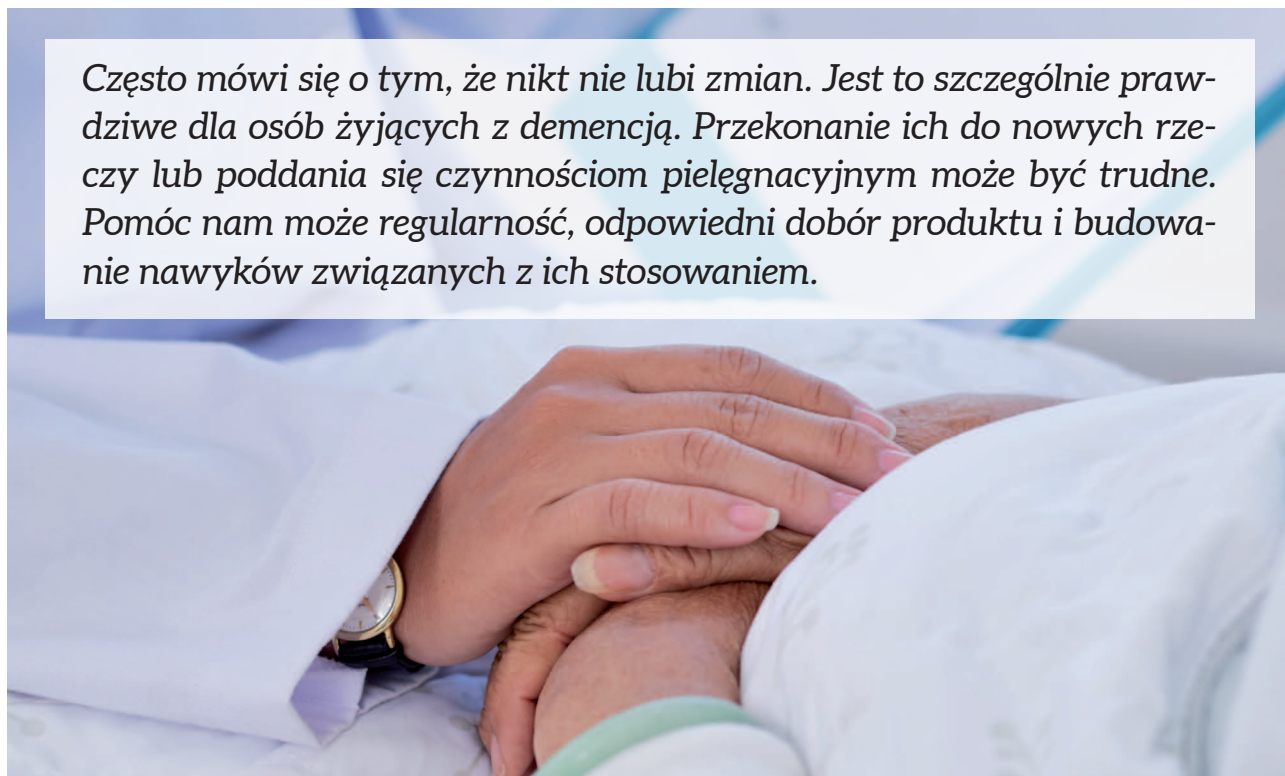
- 1** Dochniak M, Ekiert K: Żywnienie w prewencji i leczeniu choroby Alzheimera i choroby Parkinsona. Piel Zdr Publ 2015; 5: 199–208.
- 2** Kolahdouzan M, Hamadeh MJ. The neuroprotective effects of caffeine in neurodegenerative diseases. CNS Neurosci Ther. 2017 Apr;23(4):272-290.
- 3** Koseoglu E., Karaman Y.: Relations between homocysteine, folate and vitamin B12 in vascular dementia and in Alzheimer disease. Clin. Biochem. 2007; 40: 859–563.
- 4** Prince, Martin, Comas-Herrera, Adelina, Knapp, Martin, Guerchet, Maëlen and Karagiannidou, Maria (2016) World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. Alzheimer's Disease International (ADI), London, UK
- 5** Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. Nutrition and dementia: a review of available research. Available: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- 6** Tang M, Taghibiglou C. The Mechanisms of Action of Curcumin in Alzheimer's Disease. J Alzheimers Dis. 2017;58(4):1003-1016.
- 7** Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):10-47.
- 8** Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, Vandewoude M, Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015 Dec;34(6):1052-1073.

Zmiany zawsze są trudne

OSOBY Z DEMENCJĄ NIE LUBIĄ
ZMIAN – JAK WPROWADZIĆ
PRODUKT CHŁONNY
DO CODZIENNEJ HIGIENY?

LESZEK GUGA // Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat

Często mówi się o tym, że nikt nie lubi zmian. Jest to szczególnie prawdziwe dla osób żyjących z demencją. Przekonanie ich do nowych rzeczy lub poddania się czynnościom pielęgnacyjnym może być trudne. Pomóc nam może regularność, odpowiedni dobór produktu i budowanie nawyków związanych z ich stosowaniem.



Nietrzymanie moczu często towarzyszy różnym formom demencji i niestety, z reguły pogłębia się wraz z upływem czasu. Epizody nietrzymania moczu mogą pojawiać się częściej i z czasem być bardziej obfite. Tempo tych zmian niekoniecznie będzie postępować w taki sam sposób jak inne objawy demencji – może być zależne od innych czynników i współwystępujących chorób.

Regularność i powtarzalność

Część osób może zachowywać kontrolę nad oddawaniem moczu dłużej i potrzebować tylko dodatkowego zabezpieczenia przy lekkim nietrzymaniu moczu, a inne osoby mogą potrzebować majtek chłonnych lub pieluchomajtek zdecydowanie szybciej. Na rynku dostępnych jest wiele produktów do radzenia sobie z tym problemem, ale jaki produkt wybrać i w jaki sposób przekonać podopiecznego do jego używania? W miarę postępowania choroby, osoby żyjące z demencją stają się coraz bardziej przywiązane do swoich przyzwyczajeń. Pomaga im regularność, przewidywalność i powtarzalność. W związku z tym

zmiany mogą być trudne, a jedną z takich zmian może być rozpoczęcie korzystania z produktów chłonnych. To zmiana nawyków, które są bardzo głęboko zakorzenione – przez całe życie, każdy z nas ma swoje nawyki związane z ubieraniem się. Nagle, na skutek pogorszenia stanu zdrowia, zamiast nosić taką bieliznę jakiej używał przez pięćdziesiąt lat muszę zacząć nosić pieluchomajtki. Osoba z demencją może nie móc tego zrozumieć, zwłaszcza, że nieświadomość pogorszenia się stanu swojego zdrowia jest typowym objawem choroby. W związku z tym nagle nosi produkt, którego nie zna i którego potrzeby używania nie rozumie. To może prowadzić do sytuacji, w której osoby skubią, rozdzierają i zdejmują z siebie produkty chłonne. Jest to dodatkowo potęgowane przez nudę i jeżeli osoba z demencją nie ma czym zająć rąk to zainteresuje się rzeczami, które są dla niej nowe, a zatem też ciekawe. Jak na to odpowiedzieć?

Im wcześniej tym lepiej

Skoro przyzwyczajenia są tak ważne, to możemy spróbować wykorzystać ich siłę na naszą korzyść. Jeżeli produkt chłonny zostanie wpro-

PRODUKTY CHŁONNE

Wkładki urologiczne Seni Lady

- dostępne w 8 poziomach chłonności
- z systemem kontroli zapachu
- z osłonkami bocznymi, które dodatkowo zabezpieczają przed wyciekami



Wkładki urologiczne Seni Man

- dostępne w 3 poziomach chłonności,
- stworzone z myślą o męskiej anatomii,
- mocowane do bielizny za pomocą paska klejowego,
- z systemem kontroli zapachu



Majtki chłonne Seni Active

zakłada się je jak zwykłą bieliznę, a rozrywane szwy boczne pozwalają szybko zdjąć produkt, gdy jest to konieczne

- z systemem kontroli zapachu,
- dostępne w 3 poziomach chłonności,
- dostępne w rozmiarach od S do XXL



Skuteczna pielęgnacja

wadzonego wystarczająco wcześnie, jest większa szansa na to, że osoba żyjąca z demencją będzie mogła się do niego przyzwyczaić. Nie bez znaczenia będzie też wielkość tej zmiany. Jeżeli osoba będzie nosić wkładkę urologiczną, nawet o wysokiej chłonności, np. Seni Lady Plus (dla kobiet) lub Seni Man Extra (dla mężczyzn), to nadal pozostanie w swojej bieliźnie – będzie to łatwiejsze do zaakceptowania niż noszenie klasycznych pieluchomajtek. Dzięki temu, oswojenie ich jako naturalnej części garderoby, może przyjść podopiecznemu łatwiej.

Budowanie tych przyzwyczajeń może też przyjąć inne formy – wkładki można wkleić od razu do bielizny znajdującej się w szafce. W ten sposób osoba nie musi o tym pamiętać ubierając się, lub nie będzie protestować, kiedy opiekun

będzie zakładać jej wkładkę pomagając podczas ubierania. Podobnie majtki chłonne Seni Active można wyjąć z opakowania i umieścić bezpośrednio w szafce na bieliznę.

Strach przed wodą

Nietrzymanie moczu sprawia, że skóra stale jest podrażniona przez mocz lub kał i zachowanie odpowiedniej higieny staje się szczególnie ważne. Może to być trudne, bo dla wielu osób z demencją kąpiel jest niekomfortowa. Woda jest dla nich niewidoczna, jej szum męczący, a dotyk wody na skórze może być nieprzyjemny, a nawet bolesny. W takiej sytuacji utrzymanie higieny może być wyzwaniem, a każdorazowa próba kąpieli spotykać się z niechęcią i protestami. Pomóc mogą produkty do mycia bez użycia wody Seni Care, np. krem myjący 3 w 1, pianka myjąco-pielęgnująca i szampon w pianie.

MYCIE BEZ WODY



Krem myjący 3w1 Seni Care

- oczyszcza i nawilża skórę dzięki za wartość 3% mocznika
- zmniejsza uczucie swędzenia i napięcia naskórka
- zawiera SINODOR® neutralizujący nieprzyjemne zapachy



Szampon w pianie Seni Care z formułą DeoPlex

- po nałożeniu na włosy rozpuszcza łój i brud
- jest skuteczną alternatywą dla tradycyjnego mycia, gdy trzeba odświeżyć włosy bez użycia wody



Pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care

- skutecznie oczyszcza skórę, również z pozostałości kału
- łagodzi podrażnienia
- neutralizuje nieprzyjemny zapach



Chusteczki Seni Care Maxi z Biolinem

- są dużo większe niż chusteczki dla dzieci (25 x 30 cm)
- zapewniają prebiotyczną ochronę - wspierają dobrą florę bakteryjną skóry
- neutralizują nieprzyjemny zapach



Są one uzupełnieniem dla klasycznej toalety z wodą, kiedy jest ona utrudniona lub niemożliwa. Ich skład, zawierający składniki odżywcze, nawilżające i nattuszczające pomaga złagodzić swędzenie skóry i utrzymać odpowiednią higienę – szczególnie okolic intymnych, na które działają drażniące składniki moczu i kału. Poza tym zawierają w swoim składzie łagodzący pantenol, a opatentowana substancja SINODOR® eliminuje nieprzyjemny zapach.

Kolejny produkt, który świetnie sprawdzi się do pielęgnacji to chusteczki Seni Care Maxi z Biolinem, które pozwalają szybko odświeżyć ciało. Warto pamiętać też o odpowiednim zabezpieczeniu skóry np. kremem ochronnym z arginina.

Infekcje układu moczowego

Trudności z higieną, ale również wymuszona pozycja siedząca lub leżąca, zastój moczu w pęcherzu, narażenie na czynniki drażniące – mocz, kał, odwodnienie – niechęć do picia, to wszystko przyczynia się do występowania infekcji układu moczowego. Jeżeli podopieczny jest niespokojny, często bywa w toalecie, ale nie oddaje moczu lub nie chce wchodzić do toalety, a pojawi się popuszczanie moczu – jest to powód do niepokoju. Zrywanie produktów chłonnych lub manipulowanie przy nich może być jednym z symptomów infekcji układu mo-

czowego i będzie wymagać odpowiedniego leczenia. Często podanie odpowiednich leków, które likwidują stan zapalny dróg moczowych powoduje wyciszenie kłopotliwych objawów, pozwala dobrze funkcjonować i może wyeliminować trudności w noszeniu produktu chłonnego.

Lepiej poprosić o zgodę

Osoby z demencją zmieniają się. Z czasem, coraz trudniej jest im wykonywać codzienne czynności i w przebiegu choroby będą potrzebować nie tylko coraz więcej pomocy w ich wykonaniu, ale również coraz trudniej będzie im wyrazić uczucia i myśli. Nawet jeżeli nie okazują tego po sobie – towarzyszą im takie same emocje jakie towarzyszyłyby nam na ich miejscu. Dlatego tak ważne jest, aby we wszystkich kwestiach związanych z codziennym funkcjonowaniem, w tym w kwestiach związanych z higieną, dbać o godność. Codzienne czynności opiekuńcze potrafią być trudne, bo zmuszają do przekroczenia bariery intymności, pomocy, która nie raz może być niezręczna i wstydliva. To nowa sytuacja i oswojenie jej może być szczególnie trudne w początkowych stadiach demencji. Dlatego warto zachęcać podopiecznych do samodzielności, całkowitej lub częściowej – nawet na późnym etapie choroby wiele zadań



Skuteczna pielęgnacja

związanych z pielęgnacją może być przez nich wykonane z pomocą opiekuna, chociażby przy użyciu techniki „dłoń-pod-dłoń”. To technika, którą wykorzystujemy np. gdy pomagamy podopiecznemu skorzystać z toalety. Osoba z demencją myśli, że to ona np. odpina sobie guzik spodni, podczas gdy to opiekun steruje jej dłońią (dokładny opis tej metody można znaleźć w bezpłatnym poradniku Damy Radę „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”, który można zamówić na stronie damy-rade.info)

Właściwe pytanie to nie „Czy potrzebujesz po-

mocy?” – takie pytanie będzie często spotykać się z odmową. Lepiej prosić o zgodę „Czy pozwolisz żeby Ci z tym pomóc? Czy będzie Ci wygodnie oprzeć się na mnie w drodze do łazienki?”. Tak oferowana pomoc jest bardziej otwarta i kładzie większy nacisk na dobrovolność skorzystania z niej – jest opcją, którą podopieczny może wybrać. Ta samodzielność i możliwość podejmowania decyzji ułatwi nie tylko same czynności opiekuńcze, ale może być również kluczem do wprowadzania środków chłonnych lub produktów pielęgnacyjnych w codzienność osoby żyjącej z demencją. ●

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

Produkty pielęgnacyjne Seni Care

NIEZBĘDNE W PIELEGNACJI OSÓB Z NIETRZYMANIEM MOCZU – WYNIKI BADAŃ

Wśród mieszkańców domów opieki i zakładów opiekuńczych dużą część podopiecznych stanowią osoby z nietrzymaniem moczu. Bardzo ważne w takich przypadkach jest nie tylko stosowanie prawidłowo dobranych wyrobów chłonnych, lecz także odpowiednia pielęgnacja skóry okolic intymnych.

Marka Seni od lat wspiera opiekunów w zapewnieniu swoim podopiecznym możliwie najwyższego komfortu, oferując szeroki wybór wyrobów chłonnych oraz specjalistyczne produkty do pielęgnacji skóry.

Od samego początku istnienia, marka Seni współpracuje z profesjonalistami w dziedzinie opieki - zarówno z przedstawicielami środowiska naukowego, personelu medycznego

i opiekuńczego, jak i z kadrą zarządzającą instytucjami opieki. Bierzymy aktywny udział w podnoszeniu standardów opieki w Polsce. Bardzo uważnie słuchamy wszelkich sugestii i przyglądamy się potrzebom całego środowiska, by nasze produkty były jak najlepiej dopasowane zarówno do potrzeb samych użytkowników, jak i ich opiekunów.

Mamy świadomość, że opieka nad osobami

Skuteczna pielęgnacja

niesamodzielnymi wymaga wiele wysiłku. Dlatego produkty Seni i Seni Care mają za zadanie tę opiekę ułatwiać. O to, czy udaje nam się tego dokonać, zapytaliśmy profesjonalnych opiekunów w ramach ogólnopolskiego badania.

Ocena profesjonalistów

Do udziału w badaniu zostały zaproszone 64 domy pomocy społecznej z całej Polski. Badaniem zostało objętych ponad 200 kobiet i blisko 100 mężczyzn - mieszkańców DPS-ów. Średnia wieku podopiecznych to 72 lata. Były to osoby z nietrzymaniem moczu oraz kału, które na co dzień używają produkty chłonne.

W badanych DPS-ach, na jednego podopiecznego zużywano 3,7 sztuk produktów chłonnych na dobę. U ok. 10% badanych w ciągu nocy co najmniej raz zmieniano pieluchomajtki. Natomiast u 45% podopiecznych na noc zakładane były pieluchomajtki o wyższych chłonnościach, co nie wymagało zmiany produktu w nocy. To dobry znak ponieważ noc powinna być czasem przeznaczonym na regenerację organizmu. Dbłość o nieprzerwany sen podopiecznego, a co za tym idzie - brak konieczności zmiany produktu chłonnego w nocy, przynosi wiele korzyści. To też duże ułatwienie dla pracy opiekunów i spora oszczędność dla budżetu DPS-u, bo w efekcie zużywa się mniej wyrobów chłonnych.

Odpowiednia pielęgnacja to podstawa

W ramach badania opiekunowie przez trzy tygodnie do oczyszczania skóry swoich podopiecznych podczas zmiany wyrobu chłonnego stosowali chusteczki pielęgnacyjne i piankę myjąco-pielęgnującą Seni Care. Następnie zabezpieczali skórę kremem ochronnym z arginą Seni Care, przeznaczonym do codziennej profilaktyki odparzeń, natomiast w przypadku skóry zaczerwienionej stosowany był krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care.

Po trzech tygodniach zapytaliśmy opiekunów o ich opinię na temat używanych produktów pielęgnacyjnych.

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care

Chusteczki nawilżane są powszechnie stosowane w ramach opieki nad osobą niesamodzielną, również w DPS-ach są dobrze znane. Pozwalają szybko oczyścić skórę np. w czasie zmiany wyrobu chłonnego. Sprawdzają się również w codziennej toalecie, świetnie nadają się do odświeżenia ciała. Popularne jest stosowanie chusteczek dziecięcych. Jednak niewielki rozmiar tych chusteczek sprawia, że



Zauważone efekty stosowania chusteczek pielęgnacyjnych Seni Care	Tak	Nie mam zdania	Nie
Zniwelowanie zapachu	93%	3%	4%
Łatwiejsze rozpuszczenie kału	93%	4%	3%
Skrócenie czasu oczyszczania skóry z kału	94%	3%	3%
Skrócenie czasu oczyszczania skóry z moczu	96%	2%	2%
Poprawa stanu skóry	82%	14%	4%
Utrzymywanie optymalnej wilgotności dzięki zamknięciu w postaci klapki na opakowaniu	98%	2%	0%
Poprawa komfortu chorego	94%	5%	0%
Poprawa komfortu pracy opiekuna	99%	1%	0%
Większa wydajność niż dotychczas stosowane metody	89%	9%	2%

do jednorazowego oczyszczania skóry trzeba ich użyć bardzo dużo.

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care dedykowane dla osób dorosłych to produkt, który zyskał bardzo duże uznanie wśród badanych. **92% ankietowanych uznało, że używanie chusteczek pielęgnacyjnych Seni Care to rozwiązanie skuteczniejsze**, niż dotychczas stosowane sposoby takie jak np. używanie chusteczek nawilżanych dla dzieci. Jako ogromną zaletę chusteczek pielęgnacyjnych Seni Care opiekunowie wskazywali ich duży rozmiar. Dzięki temu zużywa się ich znacznie mniej, toaleta ciała przebiega szybciej, a dodatkowo duża powierzchnia chusteczki chroni dłonie opiekuna przed zabrudzeniem.

Opinie opiekunów:

„Są lepiej nawilżone niż poprzednio używane chusteczki, przez co zużywa się ich mniej i są bardziej wydajne”.

„Poprawiają jakość pracy, skracają czas toalety chorego”.

„Krótszy czas higieny, mniejsze podrażnienia skóry”.

„Zużyta mniejsza ilość chusteczek, poprawa stanu skóry”.

Pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care neutralizuje zapach

Z dużym entuzjazmem wśród badanych spotkała się też pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care. **95% osób poleciłoby używanie pianki Seni Care innym opiekunom.**

To produkt, który bardzo dobrze sprawdza się podczas oczyszczania skóry z trudniejszych zabrudzeń, np. z pozostałości kału, który skutecznie rozpuszcza i ułatwia sprawne pozbycie się zanieczyszczeń. Ankietowani zwracali też uwagę na skuteczną neutralizację przykrego zapachu. **Ten aspekt doceniło aż 98% ankietowanych**



Opinie opiekunów:

„Doskonale usuwa nieprzyjemny zapach”.

„Istotna pomoc podczas toalety chorego - uważam, że pianka Seni Care jest bardzo dobrym środkiem pielęgnującym w opiece nad chorym”.

„Skraca czas oczyszczania skóry”.

„Ułatwia utrzymanie skóry w czystości”.

Zauważone efekty stosowania pianki myjąco-pielęgnującej Seni Care	Tak	Nie mam zdania	Nie
Zniwelowanie zapachu	98%	1%	1%
Łatwiejsze rozpuszczenie kału	88%	8%	4%
Skrócenie czasu oczyszczania skóry z kału	90%	6%	4%
Skrócenie czasu oczyszczania skóry z moczu	97%	2%	1%
Łatwa aplikacja	98%	1%	1%
Poprawa stanu skóry	85%	12%	2%
Poprawa komfortu chorego	92%	7%	1%
Poprawa komfortu pracy opiekuna	97%	2%	1%
Pianka jest wydajna	97%	3%	0%

Skuteczna pielęgnacja

Krem ochronny z arginina Seni Care do codziennej profilaktyki

Skóra osób z nietrzymaniem moczu i kału potrzebuje szczególnej ochrony. W ramach badania opiekunowie zabezpieczali skórę swoich podopiecznych kremem ochronnym z arginina Seni Care. Krem przeznaczony jest do codziennego stosowania. Zabezpiecza skórę przed powstawaniem odparzeń i podrażnień oraz przyspiesza jej regenerację. Tworzy na skórze przezroczystą warstwę ochronną, która pozwala na bieżąco obserwować jej stan. Krem ochronny z arginina został



bardzo wysoko oceniony przez profesjonalnych opiekunów. 90% ankietowanych uznało, że krem jest skuteczniejszy niż wcześniej używane produkty. **Ponadto u 91% podopiecznych, w czasie używania kremu, nie pojawiły się nowe podrażnienia.**

Opinie opiekunów:

„Delikatny krem doskonale zabezpiecza skórę przed drażniącym działaniem zanieczyszczeń”.

„Bardzo dobrze zabezpiecza skórę przed odparzeniami”.

„Wydajność, przyjemny zapach, krem nie tworzy na skórze tłustego filmu”.

Zauważone efekty stosowania kremu ochronnego z arginina Seni Care	Tak	Nie mam zdania	Nie
Zniwelowanie zapachu	84%	9%	6%
Poprawa stanu skóry	91%	6%	3%
Brak nowo powstałych zmian na skórze	91%	6%	3%
Łatwość aplikacji dzięki opakowaniu w formie tuby	95%	2%	2%
Łatwość rozprowadzania na skórze	98%	1%	1%
Brak trudnej do usunięcia ze skóry warstwy kremu	94%	2%	3%
Ochrona skóry przed działaniem moczu i kału dzięki pozostawieniu na skórze delikatnego, przezroczystego biofilmu	90%	8%	2%

Krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care - pomoc przy zaczerwienieniach

Czasami, z uwagi na przyjmowane leki lub zmianę diety, mimo właściwej higieny, na skórze mogą pojawić się uciążliwe odparzenia, które powodują spory dyskomfort podopiecznego. W takich sytuacjach sprawdza się krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care. Ma gęstą konsystencję, dlatego nie wciera się go w skórę, lecz delikatnie wklepuje. Warstwa ochronna kremu zabezpiecza skórę przed powstawaniem nowych zmian i izoluje od czyn-



ników drażniących. **71% badanych opiekunów uważa, że krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care jest niezbędny w pielęgnacji osób z nietrzymaniem moczu oraz kału.**

Opinie opiekunów:

„Świetny krem, doskonale zabezpiecza skórę, ma właściwości kojące i gojące”.

„Lepsze gojenie się zmian na skórze, łatwo się rozprowadza, poprawia stan skóry”.

„Łatwa aplikacja, poprawa stanu skóry”.

Zauważone efekty stosowania kremu ochronnego z tlenkiem cynku Seni Care	Tak	Nie mam zdania	Nie
Zniwelowanie zapachu	77%	13%	9%
Poprawa stanu skóry	86%	8%	4%
Łatwość aplikacji dzięki opakowaniu w formie tuby	91%	4%	4%
Łatwość rozprowadzania na skórze	87%	5%	7%
Łatwość usuwania pozostałości kremu z powierzchni skóry chusteczkami warstwy kremu	87%	4%	8%
Lepsze gojenie się zmian na skórze	81%	13%	4%

Warto sięgać po produkty specjalistyczne

Z przeprowadzonego badania wynika, że opiekunowie obserwują pozytywne efekty stosowania specjalistycznych produktów pielęgnacyjnych zamiast drogeryjnych. Najbardziej widać to na przykładzie chusteczek pielęgnacyjnych. Chusteczki dziecięce - z uwagi na swój rozmiar - nie są w stanie zapewnić takiego komfortu użytkowania, jak chusteczki przeznaczone dla osób dorosłych.

Poza wygodą stosowania, specjalistyczne produkty pielęgnacyjne Seni Care mają także specjalnie opracowany skład, który ma za zadanie zapewnić odpowiednie odżywienie i ochronę wymagającej skóry osób starszych, długotrwale unieruchomionych, z nietrzymaniem moczu.

Dodatkowo, dzięki zawartości Sinodoru, który neutralizuje nieprzyjemny zapach, poprawiają komfort podopiecznego i jego opiekuna.

92% ankietowanych uznało, że warto stosować specjalistyczne produkty Seni Care do pielęgnacji osób starszych i niesamodzielnych.



Ankiety pokazują jednoznacznie, że stosowanie produktów Seni Care pozytywnie wpływa na ergonomię pracy opiekunów i samopoczucie ich podopiecznych. Pielęgnacja podopiecznych staje się łatwiejsza i zajmuje mniej czasu.

Bardzo nas to cieszy i motywuje do dalszej pracy. ●



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**

Dostępne w refundacji