

choroba **Alzheimera**

nie wiesz

ZROZUMIEĆ ALZHEIMERA



w **znajdziesz**



Vademecum – zrozumieć Alzheimera

I. WSTĘP	3
II. PODSTAWOWE INFORMACJE O CHOROBIE	4
III. DIAGNOZA CHOROBY	6
1. Czynniki ryzyka	6
2. Objawy choroby Alzheimera.....	6
3. Diagnoza choroby - badania.....	7
IV. ASPEKTY PRAWNE OPIEKI NAD OSOBĄ Z ZABURZENIAMI OTEPIENNYMI.	9
1. Opieka faktyczna.....	9
2. Składanie oświadczeń woli	10
A. Powołanie kuratora	10
B. Pełnomocnictwa.....	11
C. Ubezważnowolnienie	12
D. Procedura umieszczenia w DPS bez zgody osoby	15
E. Bezpłatna pomoc prawna	16
V. Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA NA CO DZIEN	18
1. Bezpieczeństwo	18
A. Przygotowanie mieszkania	18
B. Funkcjonowanie na zewnątrz.	19
2. Rola żywienia w chorobie Alzheimera – dieta MIND.....	20
A. Założenia diety - czyli co jeść, a co ograniczyć.	20
<i>Produkty zalecane</i>	21
<i>Napoje</i>	22
B. Suplementacja - zalecenia.....	22
Przykłady produktów z polecanych grup	22
Czarna lista.....	23
C. Jak zacząć?.....	24
D. Ile czasu zajmuje gotowanie?.....	24
E. Jak przygotowywać posiłki?.....	24
F. Jak przestrzegać?.....	24
3. Trudne zachowania osób cierpiących na Alzheimera – Jak sobie z nimi radzić.....	25
A. Zapominanie	25
B. Powtarzające się pytania	25
C. Zaburzenia myślenia	26
D. Halucynacje, urojenia	26
E. Dziwaczne, wstydlive zachowania	26
F. Zaburzenia snu	27
4. Zrozumieć emocje.....	27
A. Jak radzić sobie z agresywnymi zachowaniami osoby chorej na Alzheimera?	27
<i>Dlaczego osoby chore na Alzheimera zachowują się agresywnie?</i>	27
<i>Rola opiekuna</i>	30
5. Komunikacja.....	30
A. Ogólne wskazówki ułatwiające komunikację	31
B. Komunikacja z osobami chorymi z zaburzeniami wzroku.....	32
C. Komunikacja z osobami chorymi z zaburzeniami słuchu	32

6. Aktywizacja.....	33
A. Jak długo chory zachowa samodzielność?.....	33
B. Terapia wspierająca dla chorych - formy terapii i aktywizacji	33
<i>Trening umiejętności codziennych</i>	33
<i>Terapia zajęciowa.....</i>	34
<i>Terapia ruchowa.....</i>	34
<i>Choreoterapia i terapia tańcem i ruchem</i>	34
<i>Terapia poprzez sztukę czyli Arteterapia.....</i>	35
<i>Muzykoterapia i relaksacja</i>	36
<i>Śpiew.....</i>	36
<i>Ludoterapia.....</i>	36
<i>Terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa).....</i>	36
<i>Trening kulinarny.....</i>	36
<i>Biblioterapia.....</i>	37
<i>Trening umiejętności poznawczych.....</i>	37
<i>Logopedia.....</i>	37
<i>Zajęcia rehabilitacyjne i masaż.....</i>	37
7. Pielęgnacja osób w Chorobie Alzheimera.....	38
A. Pielęgnacja skóry.....	38
B. Pielęgnacja skóry głowy i włosów	38
C. Pielęgnacja stóp i paznokci	39
D. Odleżyny.....	39
E. Rehabilitacja	39
VI. OPIEKUN W ŚWIECIE ALZHEIMERA.....	40
1. Rola opiekuna osoby dotkniętej chorobą Alzheimera.	40
2. Stres w opiece nad bliskim.....	41
3. Pomoc dla opiekuna	42
A. Poradnictwo psychologiczne	43
B. Grupa wsparcia dla rodzin	44
C. Jak zadbać o siebie	44
VII. WSPARCIE Z ZEWNĄTRZ.....	47
1. Pomoc w domu	47
A. Opiekun indywidualny.....	47
B. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze	47
2. Dzielne ośrodki wsparcia.....	48
3. Domy Pomocy Społecznej	48
4. Stołeczne Centrum Opiekuńczo - Lecznicze.....	49
VIII. ADRESY WARSZAWSKICH INSTYTUCJI POMOCOWYCH.....	50

I. Wstęp

Kiedy słyszymy, że ktoś choruje na Chorobę Alzheimera, większość z nas myśli, że chory ma jedynie kłopoty z pamięcią i wydaje nam się, że to wcale nie takie straszne. Kiedy to samo hasło zaczyna dotyczyć nas i naszych bliskich okazuje się, że to wcale nie jest proste. Pojawia się tysiące pytań bez odpowiedzi, wiele trudnych emocji i sytuacji, z którymi nie potrafimy sobie poradzić.

Nie ma przesady w stwierdzeniu, że Choroba Alzheimera dotyczy całej rodziny. Mimo to bardzo często czujemy się osamotnieni w opiece nad osobą chorą. Nie wiemy gdzie i jakiej szukać pomocy. A czasami pomoc jaką otrzymujemy, nie spełnia naszych oczekiwań. Dzieje się tak, ponieważ każda rodzina jest inna. W zależności od tego na jakim etapie życia są członkowie rodzin, w jakim stadium choroby została ona zdiagnozowana, jakie rodzina ma możliwości finansowe i organizacyjne – potrzebuje ona innej pomocy. Czasami nie potrafimy nawet dokładnie zdefiniować jakiej pomocy oczekujemy. Po prostu chcemy, by ktoś wyciągnął do nas pomocną dłoń i żeby coś się zmieniło na lepsze.

Jednak, niezależnie od różnic, jest kilka podobieństw. Wcześniej czy później, pojawiają się pytania o diagnozę, co po diagnozie, jak zabezpieczyć osobę chorą i siebie, jak na co dzień żyć z osobą chorą. I na tych kwestiach autorzy tego poradnika się skupili.

Zanim jednak przyjrzymy się tym zagadnieniom pamiętajmy, że każdy człowiek, ma swoje potrzeby, które koniecznie trzeba zaspokajać i to w odpowiedniej kolejności.

Są to (od najbardziej przymusowej):

1. Potrzeby fizjologiczne – oddychanie, sen, picie, jedzenie,
2. Potrzeba bezpieczeństwa – potrzeba opieki, porządku, unikania bólu,
3. Potrzeba przynależności i miłości – w tym potrzebę akceptacji, pragnienie jedności,
4. Potrzeba szacunku – rozumianego jako szacunek do samego siebie, ale także odbieranego ze strony innych,
5. Potrzeba samorealizacji – co oznacza realizację swoich możliwości i talentów, dążenie do rozwoju i samospelnienia, poszukiwanie i wypełnianie sensu życia.

Dodatkowo, poza hierarchią, każdy z nas ma w sobie pragnienie zdobywania wiedzy, bycia zrozumianym i podstawową potrzebę estetyczną (A.H. Maslow).

Opiekunowie osób chorych często skupiają się na zapewnieniu osobom chorym tylko tych podstawowych potrzeb, a jednocześnie bardzo często zapominają, że również podlegają tej hierarchii. Mamy nadzieję, że poradnik ułatwi Państwu organizację pomocy, odpowie na większość podstawowych pytań i pozwoli również zadbać o siebie.

Ponieważ zdajemy sobie sprawę, że nie sposób odpowiedzieć na wszystkie pytania, na końcu podpowiemy, gdzie i jakiej pomocy szukać w Warszawie.

II. Podstawowe informacje o chorobie

Choroba Alzheimera stanowi najczęstszą przyczynę otępienia u osób powyżej 65 roku życia. Ocenia się, że w Polsce choruje na nią około 250 tys. osób. Częstość zachorowań wzrasta wraz z wiekiem, który jest bezspornym czynnikiem ryzyka wystąpienia otępienia alzheimerowskiego. Początek choroby występuje zwykle po 65 roku życia. Przed 65 rokiem życia zachorowania stanowią mniej niż 1% przypadków, u osób po 65 roku życia - ok. 14%, a po 80 roku życia chorobę stwierdza się w ok. 40%.

Choroba Alzheimera jest postępującą chorobą pierwotnie zwyrodnieniową mózgu, w wyniku której poprzez odkładanie patologicznych substancji w mózgu, dochodzi do zaniku komórek nerwowych i występujących między nimi połączeń. Przejawia się postępującym deficytem funkcji poznawczych, spośród których upośledzenie pamięci jest objawem kluczowym. Pozostałe deficyty poznawcze to między innymi zaburzenia językowe (zubożenie słownictwa, zastępowanie słów innymi nie zawsze odpowiednimi, spowolnienie mowy), apraksja (trudności w wykonywaniu czynności ruchowych np. ubraniu się), agnozja (nieumiejętność rozpoznawania przedmiotów) oraz osłabienie krytycyzmu. Zdarza się, że pierwszymi widocznymi objawami rozwijającej się choroby są zaburzenia emocjonalne, takie jak smutek, podejrzliwość, drażliwość czy wulgarność. W przebiegu choroby mogą pojawiać się dodatkowo zaburzenia zachowania oraz objawy psychiatryczne, które utrudniają sprawowanie nad chorym opieki.

Do tej pory nie poznano przyczyny choroby Alzheimera. Wydaje się, że ma ona złożoną etiopatogenezę, w której rolę odgrywają zarówno czynniki genetyczne jak i środowiskowe. Postać choroby występująca rodzinnie, dziedziczona w sposób autosomalny dominujący, z początkiem objawów przed 60 rokiem życia, jest odpowiedzialna za 5-10% zachorowań, pozostałe przypadki to zachorowania sporadyczne. W toku badań wykryto 4 geny, których mutacje przyczyniają się do wystąpienia rodzinnej postaci choroby. Innym bezspornym czynnikiem ryzyka choroby Alzheimera jest wiek. Pozostałe brane pod uwagę czynniki to m.in.: poziom wykształcenia, zwyczaje żywieniowe, aktywność intelektualna i fizyczna, współistniejące choroby, urazy głowy.

Choroba Alzheimera ma charakter przewlekły i postępujący. Oznacza to, że pojawiające się zaburzenia funkcji poznawczych wraz z trwaniem choroby ulegają stopniowemu nasileniu. Początkowo pojawiają się dyskretne, często niezauważane przez otoczenie zaburzenia pamięci polegające na trudnościach z przypominaniem sobie nazw przedmiotów, imion, umiejscowieniem rzeczy. Taki etap trwa kilka lat. Następnie dochodzi do obniżenia sprawności w wykonywaniu złożonych zadań w pracy i życiu społecznym- poczucia bezradności w nieznanych miejscach, łatwego zapominania świeżo poznanego materiału, gorszego wykonywania nowych obowiązków. Na kolejnych etapach choroby pojawiają się trudności w przypominaniu sobie ważniejszych zdarzeń z ostatniego tygodnia, w rozliczeniach finansowych, planowaniu czynności, występują zaburzenia orientacji w czasie. Chory zaczyna być coraz bardziej zależny od pomocy innych osób. Zanikają umiejętności nabywane w ciągu życia - możliwość samodzielnego ubierania się, dbania o higienę, a w końcu

poruszania się i komunikowania z otoczeniem. Często w przebiegu choroby pojawiają się zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne. Chory może być agresywny, przeciwstawiać się opiece, zwidywać obce osoby, krzyczeć, krążyć bez celu po mieszkaniu czy „chcieć iść do domu” pomimo tego, że właśnie w nim się znajduje. Zachowania takie bardzo utrudniają sprawowanie opieki nad osobą chorą.

W trakcie diagnostyki choroby Alzheimera wykonuje się szereg badań, które pozwalają również wykluczyć inne choroby powodujące zaburzenia pamięci, a mogące poddawać się leczeniu przyczynowemu. W tym celu zlecane są badania laboratoryjne, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu, czynnościowe badania obrazowe mózgu. W początkowej fazie choroby bardzo pomocnym badaniem jest badanie neuropsychologiczne, wykonywane przez wyspecjalizowanego psychologa. Badanie to pozwala na wczesne wykrycie zmian zachodzących w funkcjonowaniu poznawczym i emocjonalnym chorego, a w trakcie trwania choroby pomaga w ocenie dynamiki zachodzących zmian oraz ocenie skuteczności wdrożonego leczenia.

Do tej pory zbadano wiele leków, oceniając ich potencjalnie korzystne działanie w chorobie Alzheimera. Nadal prowadzone są badania nad nowymi substancjami. Większość z nich okazuje się jednak nieskuteczna bądź obciążona poważnymi działaniami niepożądanymi. Pomimo znacznego postępu w poznaniu przyczyn powstawania choroby Alzheimera, nadal zbyt mało wiadomo, by opracować w pełni skuteczną strategię zapobiegającą jej rozwojowi czy nasilaniu się. Aktualnie dysponujemy jedynie kilkoma lekami, które działają na objawy choroby, ale prawdopodobnie wywierają tylko niewielki wpływ na jej patogenezę. Podawanie tych leków może na pewien czas poprawić sprawność chorych, jednak choroba niestety będzie nadal postępować. Wraz z postępem choroby i pojawianiem się zaburzeń zachowania czy objawów psychotycznych może być konieczne zastosowanie dodatkowych leków. Zastosowanie każdego następnego leku powinno być poprzedzone po pierwsze staranną analizą stanu somatycznego, która wykluczyłaby związek tych zaburzeń z konkretną chorobą i po drugie zastosowaniem metod nefarmakologicznych. Każdy lek, niezależnie od tego w jakiej chorobie jest stosowany może wywoływać różne działania niepożądane lub być przeciwwskazany ze względu na inne współistniejące obciążenia zdrowotne. Dlatego ważne jest, aby leczenie odbywało się pod ścisłą kontrolą lekarza.

Poza stosowaniem leków bardzo ważne są oddziaływania poza farmakologiczne. Istnieje wiele metod stymulujących procesy poznawcze, które mogą być z powodzeniem stosowane przez opiekuna bez pomocy specjalisty. Najlepsze efekty można uzyskać stosując ćwiczenia oparte o jeszcze zachowane umiejętności chorego. Trening orientacji w rzeczywistości i terapia reminiscencyjna mogą zmniejszyć poczucie zagubienia i izolacji, poprawić samopoczucie i komunikację, wzmacniać poczucie tożsamości chorego. Zróżnicowane zajęcia korzystnie wpływają na stan psychiczny chorego, zmniejszają ich smutek, poczucie izolacji oraz są źródłem zaspokajania istotnych potrzeb - aktywności, odczuwania przyjemności, radości, ważności i kontaktów społecznych.

III. Diagnoza choroby

1. Czynniki ryzyka

Każdy z wiekiem zaczyna mieć większe lub mniejsze kłopoty z pamięcią, Nie każde z nich są chorobą Alzheimera. Są jednak pewne czynniki ryzyka, które mogą prowadzić do jej rozwoju. Są to:

- wiek powyżej 65 lat
- urazy głowy
- nadciśnienie tętnicze
- podwyższony poziom cholesterolu LDL
- cukrzyca
- zakażenie wirusem opryszczki (Herpes Simplex)
- niski stopień edukacji (zaobserwowano, iż osoby ze średnim i wyższym wykształceniem rzadziej zapadają na chorobę Alzheimera)
- predyspozycje genetyczne (mutacje w określonych genach)

2. Objawy choroby Alzheimera

Charakterystycznym objawem choroby Alzheimera są zaburzenia pamięci, czyli zdolności do nabywania nowych lub odtwarzania uprzednio nabytych informacji. Wraz z postępowaniem choroby występują:

- afazja – zaburzenia mowy, trudności w doborze słów i nazywaniu przedmiotów,
- agnozja – zaburzenia słyszenia i widzenia,
- apraksja – niezdolność wykonywania wyuczonych ruchów, np. posługiwania się sztucami, pisanie, czytanie,
- zaburzenia czynności wykonawczych – ubierania się, gotowania, jedzenia.

Amerykańskie Stowarzyszenie Chorych na Alzheimera (Alzheimer's Association) stworzyło listę 10 najczęściej występujących symptomów choroby Alzheimera. Znalazły się na niej:

- zaburzenia pamięci, które upośledzają codzienne funkcjonowanie (zapominanie ważnych dat, nazwisk, powtarzanie tych samych pytań, poleganie na bliskich w sprawach, w których wcześniej chorzy radzili sobie sami itp.)
- zaburzenia planowania i rozwiązywania problemów związanych np. z prowadzeniem domowego budżetu, trudności z wykonywaniem zadań według instrukcji itp.
- trudności w wykonywaniu codziennych czynności w domu, pracy, w trakcie wypoczynku – kłopoty z wykonywaniem czynności, które wcześniej nie sprawiały problemów: np. jazda samochodem, przygotowywanie posiłków, prowadzenie domu, uprawianie hobby itp.
- zaburzenia orientacji w miejscu i w czasie – chorzy mogą mieć kłopot z rozróżnieniem pory dnia, roku i świadomością upływu czasu, mogą zapominać gdzie są i jak się tam znaleźli
- zaburzenia wzrokowo-przestrzenne – pojawiają się kłopoty z czytaniem, oceną dystansu, rozróżnianiem kolorów itp. Przechodząc obok lustra, chorzy mogą mieć wrażenie, że widzą w nim obcą osobę

- problemy z mówieniem i pisaniem – kłopoty z uczestnictwem w konwersacji, zatrzymywanie się w środku dialogu, powtarzanie tych samych kwestii, trudności ze znalezieniem słów itp.
- gubienie i chowanie rzeczy w dziwnych miejscach, niemożność ich odnalezienia
- brak zdolności prawidłowej oceny sytuacji objawiająca się m.in. łatwowiernością (która może być wykorzystana przez osoby trzecie, np. telemarketerów), czy nieprzypisywaniem znaczenia do własnego wyglądu i czystości
- wycofanie się z pracy, kontaktów towarzyskich, hobby
- zaburzenia nastroju i zmiana osobowości – chorzy mogą odczuwać niepokój, zagubienie, strach czy smutek, także w miejscach, w których wcześniej czuli się komfortowo. Mogą również stać się bardziej podejrzliwi.

Jeżeli zaobserwujemy przynajmniej **2 z 10** opisanych wyżej objawów należy udać się do **lekarza psychiatry lub neurologa** w celu wykonania pogłębionej diagnostyki.

W zaawansowanej fazie choroby otępienie jest tak nasilone, że chory niekiedy nie wie, kim jest, ma trudności z wypowiedzeniem pojedynczych słów. Niektórzy chorzy są nadmiernie pobudzeni, agresywni lub dla odmiany apatyczni i wyczerpani. W chorobie Alzheimera obserwuje się także drgawki, drżenie rąk, przykurcze mięśni. Często występuje spadek masy ciała, który może być przyczyną nawracających infekcji. U osób w zaawansowanym stadium choroby obserwuje się wyniszczenie organizmu i tworzenie się ran odleżynowych.

3. Diagnoza choroby - badania

Żeby zdiagnozować chorobę Alzheimera, nie wystarczy jedno badanie czy jedna wizyta lekarska. Diagnoza polega nie tylko na rozpoznaniu choroby Alzheimera, ale również na wykluczeniu innych przyczyn otępienia. W związku z tym czekają nas:

- badania laboratoryjne – konieczne do rozpoznania ewentualnych schorzeń ogólnoustrojowych mogących mieć wpływ na rozpoznanie otępienia lub na dobór leczenia farmakologicznego
- konsultacja internistyczna - potrzebna do wykluczenia schorzeń somatycznych np. nowotworów, zaburzeń endokrynologicznych, zapalnych oraz niewydolności układu krążeniowego, oddechowego czy moczowego
- dokładny wywiad zebrany od pacjenta i jego opiekuna dotyczący wszystkich czynników mogących wpływać na funkcjonowanie poznawcze i zmian w funkcjonowaniu codziennym chorego
- rezonans magnetyczny (MRI) lub tomografia (TK) mózgowia(badania te pozwalają na wykrycie np. guzów czy zmian naczyniopochodnych, a także wykazują zanik mózgu, którego lokalizacja określa rozpoznanie choroby Alzheimera lub otępienia czołowo-skroniowego

- badanie neuropsychologiczne polegające na ocenie przebiegu procesów poznawczych i zestawieniu wyników tego badania z innymi aspektami funkcjonowania człowieka, takimi jak: stan emocjonalny, wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, codzienna aktywność aktualna sytuacja życiowa. Badanie przeprowadza psycholog posiadający wiedzę na temat związku pomiędzy zmianami w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego a zachowaniem i dysponuje metodami pozwalającymi ocenić funkcjonowanie poszczególnych funkcji poznawczych u osoby badanej
- konsultacja neurologiczna odgrywa istotną rolę w diagnostyce różnicowej otępień np. guzów i krwiałków mózgu, wodogłowia, udarów i innych schorzeń neurologicznych
- Konsultacja psychiatryczna umożliwia wykluczenie zaburzeń psychicznych np. depresji, zaburzeń świadomości, które uniemożliwiłyby postawienie rozpoznania danego otępienia oraz określenia jego poziomu

Podejrzenie, że mamy do czynienia z chorobą Alzheimera, czy już sama diagnoza, często nas paraliżuje i przez to odkładamy w czasie podjęcie działania. Czasami słyszymy opinię, że szybka diagnoza niczego nie zmieni, bo choroba i tak jest nieuleczalna. Jednak leki stosowane w leczeniu Alzheimera spowalniają postęp choroby. To daje nam czas, aby się przygotować i odpowiednio zorganizować, ustalić z osobą chorą np. dalszą formę opieki czy pozalać niektóre aspekty prawne. Tak, aby w momencie braku kontaktu z osobą chorą nie mieć wyrzutów sumienia podejmując ważne decyzje.

Elementem, który często pomija się po usłyszeniu diagnozy jest wizyta u psychologa. Wsparcie psychologiczne jest niezwykle ważne, zarówno dla osoby, której diagnoza dotyczy (o ile chorobę zdiagnozowano wcześniej), jak i jego opiekuna. Wsparcie psychologiczne może mieć formę spotkań indywidualnych, spotkań w szerszym gronie rodziny lub grup wsparcia.

IV. Aspekty prawne opieki nad osobą z zaburzeniami otępiennymi.

Formy wsparcia osób z zaburzeniami otępiennymi

W stosunku do osób z zaburzeniami otępiennymi możliwe jest podjęcie szeregu działań wspierających. Działania te można zakwalifikować do jednej z trzech kategorii:

1. opieka faktyczna
2. składanie oświadczeń woli
3. wsparcie materialne

1. Opieka faktyczna

Pierwsza kategoria działań obejmuje te aktywności, które prowadzą do zagwarantowania osobie z zaburzeniami otępiennymi stałej pomocy i ochrony, poprzez obecność osoby trzeciej. Opieka faktyczna jest najbardziej skuteczną, jeśli chodzi o bieżące wsparcie (podanie leków, podniesienie osoby kiedy upadnie, nakarmienie itp.), ale również w zakresie przeciwdziałania negatywnym zabiegom innych osób (kradzież po wpuszczeniu do mieszkania, niekontrolowane zakupy itp.). Działania z zakresu opieki faktycznej można podzielić według różnych kategorii m.in.

- opiekę w domu (np. przez członków rodziny, sąsiadów etc.) i poza domem (np. w dziennym domu pomocy, świetlicy, klubie seniora czy domu pomocy społecznej, zwanego w skrócie DPS),
- opiekę indywidualną (przez członków rodziny, wynajętą opiekunkę) i instytucjonalną tj. wsparcie pracownika z Ośrodka Pomocy Społecznej, umieszczenie osoby chorej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (ZOL) lub we wskazanym wcześniej (DPS).

Opieka faktyczna stanowi dopełnienie pozostałych form wsparcia i powinna być realizowana zawsze, gdy jest konieczna. Opieka faktyczna może być wspierana działaniami technicznymi, m.in. zamontowaniem kamery przed wejściem do mieszkania (aby sprawdzać, czy osoba z zaburzeniami otępiennymi wychodzi z mieszkania lub kto do niej przychodzi) czy zmianą systemu przygotowywania posiłków (rezygnacja z kuchenki gazowej).

Problematyczna pozostaje kwestia przyjęcia przez opiekuna dowodu tożsamości osoby z zaburzeniami otępiennymi. Brak dowodu osobistego uniemożliwia osobie m.in. zawarcie umowy kredytu czy dokonania zbycia nieruchomości przed notariuszem. Z drugiej strony, zabór cudzego dokumentu tożsamości może stanowić przestępstwo z art. 276 Kodeksu karnego. Pewnym rozwiązaniem może być przyjęcie takiego dokumentu w depozyt, tj. na podstawie art. 835-845 Kodeksu cywilnego (umowa przechowania). Celowym jest, aby powierzenie dokumentu na przechowanie było potwierdzone pismem. Osoba przyjmująca dowód osobisty na przechowanie powinna to pokwitować i zobowiązać się do niezwłocznego zwrotu dokumentu na każde żądanie osoby powierzającej dokument.

W ramach podsumowania można wymienić wszystkie formy sprawowania opieki faktycznej nad osobą z zaburzeniami otępiennymi:

- a) opieka członków rodziny, w tym poprzez wspólne zamieszkanie,
- b) prośba sąsiadów o „doglądanie” i odwiedziny u osoby z zaburzeniami otępiennymi,
- c) zatrudnienie opiekuna/opiekunki,
- d) wystąpienie do Ośrodka Pomocy Społecznej o wsparcie pracownika (podanie leków, jedzenia, doglądanie) na wniosek osoby, na rzecz której mają być świadczone usługi,
- e) wystąpienie do OPS o umieszczenie osoby w dziennym domu pomocy (konieczność zorganizowania dojazdu),
- f) uczęszczanie osoby do świetlicy, klubu seniora etc.,
- g) umieszczenie osoby w prywatnym Domu Pomocy Społecznej,
- h) umieszczenie osoby w DPS,
- i) skierowanie osoby do ZOL (przez lekarza prowadzącego lub sąd rodzinny).

2. Składanie oświadczeń woli

Odnosząc się natomiast do wsparcia osoby z zaburzeniami otępiennymi w zakresie zajmowania się jej sprawami (składania oświadczeń woli), to wyróżnić można trzy kategorie wsparcia:

- a) wystąpienie o powołanie kuratora dla osoby niepełnosprawnej
- b) przygotowanie pełnomocnictwa ogólnego i pełnomocnictw szczególnych
- c) ubezwłasnowolnienie.

A. Powołanie kuratora

Kuratora dla osoby niepełnosprawnej powołuje sąd rodzinny, działając na wniosek osoby zainteresowanej (dla niej) lub z urzędu. Aby sąd podjął sprawę z urzędu niezbędne jest, aby o sytuacji powziął wiadomość o zaistniałej sytuacji. Z taką prośbą (opisem sytuacji) może wystąpić każdy zainteresowany, nie tylko członek rodziny osoby chorej. Podstawą wyznaczenia kuratora jest art. 183 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

§ 1. Dla osoby niepełnosprawnej ustanawia się kuratora, jeżeli osoba ta potrzebuje pomocy do prowadzenia wszelkich spraw albo spraw określonego rodzaju lub do załatwienia poszczególnej sprawy. Zakres obowiązków i uprawnień kuratora określa sąd opiekuńczy.

§ 2. Kuratelę uchyla się na żądanie osoby niepełnosprawnej, dla której była ustanowiona.

Warto zauważyć, że kurator osoby niepełnosprawnej może podejmować działania zarówno z zakresu opieki faktycznej, jak i obsługi prawnej. Działa na zasadzie pełnomocnika, tyle że ustanowionego przez sąd. Sąd rodzinny również określa zakres upoważnienia kuratora.

B. Pełnomocnictwa

Jedną z pierwszych rzeczy jakie powinna zrobić rodzina osoby, u której pojawiają się zaburzenia otępienne to przygotowanie dla niej pełnomocnictwa. Może okazać się, że jedno pełnomocnictwo nie wystarczy lub osoba nie jest już w stanie podpisać wszystkich pełnomocnictw, dlatego warto możliwie szybko zająć się tą sprawą. Warte rozważenia są następujące pełnomocnictwa:

- ogólne – może być przygotowane w zwykłej formie pisemnej ze wskazaniem osoby podpisującej (imię, nazwisko i numer PESEL) oraz pełnomocnika (imię, nazwisko, PESEL, ewentualnie wskazanie pokrewieństwa np. córka); pełnomocnictwo to obejmuje „reprezentację przed sądami, organami administracji, osobami fizycznymi i prawnymi oraz innymi podmiotami, we wszystkich rodzajach spraw”;
 - wzór takiego pełnomocnictwa można pobrać w internecie lub otrzymać w Specjalistycznym Punkcie Konsultacyjnym Centrum Alzheimer
- notarialne – może obejmować swoim działaniem pełnomocnictwo ogólne (jest wówczas bardziej wiarygodne), ale również działanie w odniesieniu do nieruchomości (zgoda na sprzedaż, darowiznę, zamianę etc.); warto przygotować takie pełnomocnictwo, gdyż ułatwia ono załatwianie spraw oraz jako jedyne uprawnia m.in. do sprzedaży mieszkania/działki; warto pamiętać, że notariusz może odmówić podpisania pełnomocnictwa, jeśli stawiający się znajduje się w stanie wyłączającym swobodne składanie oświadczeń woli, w tym wskutek zaburzeń otępiennych; koszt pełnomocnictwa do kilku czynności to ok. 150 zł.
- bankowe – uprawnia do dostępu do rachunku bankowego, pobierania środków (np. z emerytury, celem opłacenia kosztów utrzymania osoby z zaburzeniami otępiennymi) czy wykonywania przelewów; pozwana na kontrolowanie wydatków oraz ograniczenie „wyprowadzania pieniędzy z konta”; pełnomocnictwo musi być podpisane przed pracownikiem danego banku przez dysponenta kontem,
- pocztowe – uprawnia do odbioru korespondencji za osobę z zaburzeniami otępiennymi, przy czym może pojawić się problem z faktycznym odbiorem korespondencji sądowej; pełnomocnictwa udziela osoba, której to dotyczy we właściwej dla niej placówce pocztowej; opłata za udzielenie pełnomocnictwa stałego i wydanie jego numeru (którym posługiwać się będzie pełnomocnik) wynosi 26 zł;
- in blanco – pełnomocnictwo zawierające wolne luki (do uzupełnienia), podpisane przez osobę, udzielającą pełnomocnictwa; często stanowi uzupełnienie pełnomocnictwa ogólnego; w luki te wpisuje się czynności, których nie można było przewidzieć, a od których wymagane jest pełnomocnictwo rodzajowe (do określonych czynności) lub szczególne (do konkretnej czynności) np. wystąpienie o zgodę na decyzję budowlaną czy reprezentowanie na nadzwyczajnym zgromadzeniu wspólnoty mieszkaniowej.

C. Ubezważnowolnienie

W kontekście osób z zaburzeniami otępiennymi często mówi się o potrzebie przeprowadzenia ubezważnowolnienia. Przypomnieć należy jednak, że jest to tylko jedno z rozwiązań, które powinno być traktowane jako środek ostateczny, gdy inne działania nie są skuteczne. Zanim rozważymy skierowanie wniosku o ubezważnowolnienie powinniśmy zastanowić się nad aspektem opieki faktycznej oraz przygotowaniem pełnomocnictw. Ubezważnowolnienie może być niezbędne m.in. wtedy, gdy:

- osoba z zaburzeniami otępiennymi odmawia leczenia,
- osoba chora nie może lub nie chce udzielić nam pełnomocnictwa niezbędnego do załatwienia jej spraw,
- podmioty zewnętrzne nie akceptują naszego pełnomocnictwa lub jest ono zbyt wąskie (np. nie ma upoważnienia do sprzedaży nieruchomości),
- istnieje niebezpieczeństwo zaciągnięcia niekorzystnych zobowiązań,
- Ośrodek Pomocy Społecznej odmawia skierowania osoby z zaburzeniami otępiennymi do DPS.

Warto pamiętać, że procedura ubezważnowolnienia niesie pewne konsekwencje wśród których należy wymienić:

- opór rodziny i pogorszenie stosunków z osobą chorą,
- długość postępowania (od 12 do 18 miesięcy),
- powstanie odpowiedzialności prawnej i obowiązków po stronie opiekuna,
- powstanie sytuacji, w której osoba ubezważnowolniona nie ma opiekuna,
- konieczność zapewnienia opieki faktycznej,
- brak możliwości sporządzenia testamentu przez osobę ubezważnowolnioną.

Gdy rozważymy celowość ubezważnowolnienia, należy zmierzyć się z zagadnieniem dotyczącym złożenia wniosku. Po pierwsze, taki wniosek mogą złożyć jedynie:

- osoby najbliższe (dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie, małżonek, rodzeństwo, opiekun prawny np. częściowo ubezważnowolnionego),
- prokurator.

Docelowo, jeśli nie należymy do kręgu osób najbliższych – pozostaje nam zwrócenie się do prokuratury o skierowanie wniosku o ubezważnowolnienie. W piśmie takim należy opisać sytuację osoby z zaburzeniami otępiennymi m.in. brak pomocy rodziny, konieczność uregulowania spraw, działania osób trzecich skutkujące uszczupleniem majątku (np. zaciąganie kredytów) etc.

Wniosek kierowany jest do Sądu Okręgowego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu (np. gdy osoba przebywa w DPS) osoby z zaburzeniami otępiennymi. Wniosek powinien zawierać:

- a) datę i miejsce sporządzenia dokumentu,
- b) wskazanie Sądu do którego jest kierowany (Sąd Okręgowy w „miasto”),

- c) wskazanie danych wnioskodawcy (składającego wniosek) i uczestnika (osoby z zaburzeniami otępiennymi) z podaniem imienia, nazwiska, numeru PESEL i adresu zamieszkania,
- d) tytuł wniosku („Wniosek o ubezwłasnowolnienie całkowite” lub „Wniosek o ubezwłasnowolnienie częściowe”),
- e) wskazanie przedmiotu wniosku i osoby, tj. *„wnoszę o ubezwłasnowolnienie całkowite Jana Kowalskiego, ur. 1 stycznia 1960 r. w Warszawie, z powodu innego rodzaju zaburzeń psychicznych (choroby Alzheimera)”*,
- f) ewentualnie złożenie wniosku o powołanie doradcy tymczasowego (opiekuna na czas trwania sprawy),
- g) ewentualnie złożenie wniosku o przesłuchanie uczestnika w miejscu zamieszkania,
- h) uzasadnienie, w ramach którego opisujemy:
 - kim jest wnioskodawca (pokrewieństwo z uczestnikiem),
 - czy uczestnik pozostaje w związku małżeńskim (wówczas drugim uczestnikiem jest też małżonek osoby, której wniosek dotyczy),
 - jak zaczęła się choroba uczestnika
 - jak choroba postępowała i czym się objawia (m.in. jaki jest stopień niepełnosprawności, jakie działania podejmuje osoba chora a jakich nie może),
 - do jakich placówek zdrowotnych uczęszcza uczestnik,
 - ewentualnie, wskazanie potrzeby przesłuchania osoby w jej domu (np. gdy nie opuszcza ona mieszkania z przyczyn zdrowotnych)
 - ewentualnie, wskazanie potrzeby powołania doradcy tymczasowego na czas trwania sprawy np. gdy istnieje konieczność wyrażenia zgody na leczenie,
- i) podpis wnioskodawcy,
- j) wymienienie załączników.
 - *wzór takiego wniosku można pobrać w Internecie. lub otrzymać w Specjalistycznym Punkcie Konsultacyjnym Centrum Alzheimera*

Do wniosku należy załączyć dokumenty:

- akt stanu cywilnego potwierdzający pokrewieństwo uczestnika z wnioskodawcą (np. akt małżeństwa lub urodzenia)
- akt stanu cywilnego dotyczący małżonka uczestnika (np. akt małżeństwa uczestnika lub akt zgonu małżonka uczestnika)
- kopię dowodu osobistego uczestnika (opcjonalnie – żądają jej niektórzy sędziowie),
- dokumenty dot. stanu zdrowia uczestnika, ze wskazaniem na zaburzenia otępienne i ich rodzaj; dokument taki może być w dowolnej formie (zaświadczenie lekarskie, epikryza, historia choroby, wypis ze szpitala, opinia lekarska etc.), w miarę aktualny (przepisy nie określają „terminu przydatności” takiego dokumentu).

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenia uiszczenia opłaty od wniosku (przelewu lub wpłaty w kasie sądu) oraz odpisy (egzemplarze) wniosku i załączników – dla Uczestnika, prokuratora i ewentualnie małżonka uczestnika (docelowo 3 lub 4 egzemplarze są składane w sądzie). Wniosek podlega opłacie 100 zł (po nowelizacji ustawy od dnia 21 sierpnia 2019 r.), jednak w toku sprawy może pojawić się konieczność poniesienia kosztów opinii biegłych (ok. 600 zł). Wniosek można wysłać pocztą lub złożyć w Sądzie Okręgowym, niekoniecznie osobiście.

Nie wchodząc bardziej szczegółowo w aspekty prawne – ubezwłasnowolnienie może przyjąć formę:

- 1) całkowitego – wówczas osoba traci zdolność do czynności prawnych, a w jej imieniu działa opiekun, ustanowiony przez sąd rodzinny,
- 2) częściowego – wówczas osoba posiada ograniczoną zdolność do czynności prawnych i pomaga jej kurator, ustanowiony przez sąd rodzinny.

Zakres wniosku (o ubezwłasnowolnienie częściowe albo całkowite) nie wiąże Sądu Okręgowego. Może on orzec według swoich ustaleń, poczynionych w oparciu o opinię biegłych powołanych w toku sprawy. Postanowienie o ubezwłasnowolnienie może być również zmieniane, jeśli dojdzie do zmian okoliczności stanowiących jego podstawę np. stan zdrowia osoby ulegnie pogorszeniu, wówczas ubezwłasnowolnienie częściowe może zostać zmienione na całkowite. O taką zmianę mogą wystąpić osoby najbliższe dla osoby ubezwłasnowolnionej lub ona sama.

Niezależnie od zakresu ubezwłasnowolnienia procedura przed sądem przebiega podobnie:

- a) Złożenie wniosku przez osobę uprawnioną,
- b) Wysłuchanie osoby, której wniosek dotyczy (także w domu),
- c) Powołanie doradcy tymczasowego (*ewentualnie*),
- d) Badanie osoby chorej przez biegłych sądowych,
- e) Wydanie opinii przez biegłych / powołanie kuratora do doręczeń (jeśli jest taka potrzeba)
- f) Złożenie wykazu majątku (*opcjonalnie*),
- g) Dalsze postępowanie dowodowe (przesłuchanie wnioskodawcy),
- h) Wydanie rozstrzygnięcia kończącego (postanowienia),
- i) Postępowanie odwoławcze – apelacja (*opcjonalnie*),
- j) Plus postępowanie dot. ustanowienia opiekuna przed Sądem Rejonowym – Wydział Rodzinny i Nieletnich (tzw. sąd rodzinny)

Docelowo stwierdzić należy, że postępowanie o ubezwłasnowolnienie jest dwuetapowe (nie licząc apelacji). W pierwszy etapie Sąd Okręgowy bada przesłanki do ubezwłasnowolnienia a w drugim – Sąd Rejonowy wyznacza osobę opiekuna/kuratora. Pierwsze postępowanie może zająć około 8-12 miesięcy i składa się z dwóch rozpraw. Na pierwszej rozprawie (lub na posiedzeniu w domu uczestnika), Sąd przesłuchuje uczestnika w obecności dwóch biegłych (psycholog, psychiatra lub neurolog). Wnioskodawca nie ma prawa zadawania pytań (tylko sąd i biegli). Na tej rozprawie Sąd może podjąć również decyzję o ustanowieniu doradcy tymczasowego. Po przesłuchaniu uczestnika Sąd zleca biegłym sporządzenie opinii. Biegłym

udostępnia się dokumenty medyczne uczestnika (które Sąd zwykle „ściąga” do sprawy). Mogą oni również wnosić o przeprowadzenie badania uczestnika w szpitalu (raczej niespotykane). Po sporządzeniu opinii, co może potrwać kilka miesięcy, Sąd podejmuje decyzję o ustanowieniu dla uczestnika kuratora do doręczeń. Jest to zwykle pracownik sądu, który formalnie odbiera pisma za uczestnika (Sąd wówczas nie wysyła pism do miejsca zamieszkania). Sąd wyznacza również termin kolejnej rozprawy. Na termin ten zwykle już nie wzywa się uczestnika (więc pojawia się on w sądzie tylko raz). Po przesłuchaniu wnioskodawcy rozprawa kończy się wydaniem postanowienia o ubezwłasnowolnieniu. Po uprawomocnieniu się tego rozstrzygnięcia Sąd Okręgowy sam kieruje sprawę do sądu rodzinnego, celem wszczęcia sprawy o ustanowienie opiekuna/kuratora.

O powołaniu opiekuna/kuratora decyduje sąd rodzinny. Wybiera go spośród osób, które wyrażą gotowość do pełnienia tej funkcji. Po przesłuchaniu (dość szczegółowym) sąd rodzinny odbiera przyrzeczenie od kandydata na opiekuna/kuratora i wydaje postanowienie w sprawie. Po uprawomocnieniu się postanowienia warto zamówić w Biurze Obsługi Interesanta zaświadczenie o statusie opiekuna/kuratora oraz postanowienie o ustanowienie opiekuna/kuratora (6 zł od strony).

Podejmując się obowiązku, opiekun / kurator bierze na siebie:

- a) odpowiedzialność cywilną – za czyny niedozwolone wyrządzone przez osobę pozostającą pod opieką (art. 427 – 428 k.c.), tj. za zniszczenie mienia,
- b) odpowiedzialność karną – za niedopilnowanie osoby, jeśli się jej coś stanie (np. art. 160 czy 210 k.k.),
- c) obowiązek sporządzania sprawozdań dla sądu rodzinnego i opiekuńczego (cyklicznie, najczęściej raz na rok) oraz złożenie wykazu majątku (najczęściej jednorazowo),
- d) obowiązek uzyskania zgody Sądu na ważniejsze czynności, dotyczące osoby lub majątku ubezwłasnowolnionego np. sprzedaż nieruchomości należącej do niej, odrzucenie spadku czy umieszczenie w DPS.

Warto także pamiętać, że skierowanie przez wnioskodawcę wniosku o ubezwłasnowolnienie bez uzasadnienia może wiązać się z nałożeniem na niego kary wymiarze do 3000 zł (art. 163 § 1 k.p.c.).

D. Procedura umieszczenia w DPS bez zgody osoby

Jak wcześniej wspomniano, jedną z form wsparcia osoby z zaburzeniami otępiennymi jest umieszczenie jej w Domu Pomocy Społecznej, prowadzonym w obrębie danego powiatu. Procedurę umieszczenia w DPS prowadzi Ośrodek Pomocy Społecznej, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której wniosek dotyczy.

Procedurę może zainicjować:

- osoba chora na zaburzenia otępienne (własny wniosek),
- opiekun prawny/kurator, po uzyskaniu zgody sądu rodzinnego,
- Ośrodek Pomocy Społecznej z własnej inicjatywy (umieszczenie bez zgody)
- Dyrektor szpitala psychiatrycznego.

Przebieg procedury jest dość podobny w każdym z powyższych przykładów. Najtrudniejsza jest jednak procedura umieszczenia osoby nieubezważonej w DPS bez jej zgody. Procedura taka składa się z następujących kroków:

- a) zainicjowanie procedury (przez sam OPS lub na wniosek dowolnej osoby, która opisuje sytuację osoby z zaburzeniami otępiennymi),
- b) badanie sytuacji mieszkaniowej i majątkowej osoby, której procedura dotyczy,
- c) badanie przez lekarza psychiatrę,
- d) skierowanie przez OPS wniosku do sądu rodzinnego o wydanie postanowienia, w przedmiocie „zgody zastępczej”,
- e) wydanie decyzji o umieszczeniu w DPS,
- f) wydanie decyzji w przedmiocie wyboru konkretnego domu pomocy społecznej (np. Centrum Alzheimera) - w Warszawie taką decyzję podejmuje Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie (WCPR),
- g) wydanie decyzji o odpłatności za pobyt w DPS
- h) skierowanie osoby do DPS (zaproszenie)
- i) ewentualnie, wystąpienie do sądu rodzinnego o nakazanie doprowadzenia osoby do DPS, jeśli odmawia stawienia się w nim.

Warto pamiętać, że OPS ma obowiązek przyjęcia wskazanego wyżej wniosku, a w przypadku braku stwierdzenia podstaw do przyjęcia do DPS bez zgody osoby- można składać odwołanie.

Podstawą przyjęcia do DPS jest:

1. pozostawanie osoby w takim stanie, że wymaga ona całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, co skutkuje niemożnością samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu, a której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych,
2. sytuacja osoby, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, **lecz nie wymaga leczenia szpitalnego.**

E. Bezpłatna pomoc prawna

Zawsze warto jednak skorzystać z porady prawnika, który nie tylko pomoże nam przygotować odpowiednie pisma i dokumenty, ale także podpowie, jakie dodatkowe kroki warto podjąć po zapoznaniu się z sytuacją rodziny.

Z nieodpłatnej pomocy prawnej (na etapie przedsądowym) mogą skorzystać:

- osoby do 26 roku życia,
- osoby, które są w ciąży,
- osoby posiadające ważną Kartę Dużej Rodziny,
- seniorzy po ukończeniu 65 lat,
- osoby, którym w okresie roku poprzedzającego zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej zostało przyznane świadczenie z pomocy społecznej na podstawie ustawy o pomocy społecznej, i wobec której w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia,
- kombatanci,
- weterani,
- osoby, które w wyniku wystąpienia klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej lub awarii technicznej znalazły się w sytuacji zagrożenia lub poniosły straty.

W Warszawie bezpłatne porady prawne są udzielane w Punktach Informacyjno - Konsultacyjnych Urzędach Dzielnic m.st. Warszawy. Bezpłatną poradę prawną w można również uzyskać w Specjalistycznym Punkcie Konsultacyjnym Centrum Alzheimerera.

V. Z chorobą Alzheimera na co dzień

1. Bezpieczeństwo

Jedną z podstawowych zasad opieki nad osobą z chorobą Alzheimera jest zapewnienie jej **poczucia bezpieczeństwa i spokoju**.

A. Przygotowanie mieszkania

W miarę rozwoju choroby konieczne będzie m.in. dostosowanie mieszkania dla wygody, ale przede wszystkim bezpieczeństwa chorego i jego otoczenia.

Urządzając mieszkanie, należy mieć na uwadze, że chory z czasem będzie coraz bardziej tracił nie tylko pamięć i zdolność kojarzenia, ale również sprawność fizyczną. Nie reorganizujemy całego mieszkania już na samym początku. Adaptację przestrzeni przeprowadzamy etapami, aby chory miał możliwość stopniowego przyzwyczajania się do zmian i ich akceptowania. Jeśli nasz bliski jest na wczesnym etapie choroby, warto ustalić z nim wszelkie potrzebne zmiany.

Osobie z chorobą Alzheimera należy w miarę możliwości zapewnić własną przestrzeń. Jeżeli nie mamy możliwości wygospodarowania oddzielnego pokoju, zorganizujemy jej własny kącik, w którym chory będzie mógł odpoczywać i czuć się swobodnie. Powinien się tam znaleźć wygodny fotel lub kanapa (wygodny nie tylko przy siedzeniu, ale również wstawaniu), mały stolik np. z ulubionym zdjęciem (pod zdjęciem warto podpisać kto się na nim znajduje – np. ja i moja córka Anna. W przestrzeni chorego warto wyeksponować przedmioty kojarzące mu się z domem, np. stara porcelana, zdjęcia itp.

Warto również na drzwiach umieścić podpisy pomieszczeń lub określonych sprzętów. Powinniśmy jednak używać nazw jakimi chory do tej pory się posługiwał np. nie wieszajmy napisu WC, jeśli zawsze osoba chora mówiła „toaleta” czy „ubikacja”. Podobnie powinniśmy zrobić z zawartością szafek w całym mieszkaniu (szczególnie w kuchni) oraz przykleić kartki do mebli. Takie rozwiązanie ułatwi choremu orientację w domu.

W głównych pomieszczeniach zawieśmy **duże zegary**, a w jednym z nich **kalendarz**, najlepiej z wrywanymi kartkami lub przesuwanym „okienkiem”.

W komunikacji z chorym na Alzheimera świetnie sprawdza się tablica korkowa, gdzie możemy zostawiać informacje: „*Jestem w pracy, wrócę o 17:00, obiad jest w termosie*”, zmniejszające u osoby chorej, przebywającej samotnie w domu, poczucie niepokoju i dezorientacji. Na tej samej tablicy powinniśmy również umieścić wykaz ważnych numerów telefonów. Istotne, aby podpisy pomieszczeń, podpisy pod zdjęciami czy numery telefonów były łatwe do odczytania.

Jeśli w kuchni znajduje się kuchenka gazowa, powinna być ona wyposażona w **samoczynne odcięcie ułatwiającego się gazu** lub, najlepiej, powinna zostać wymieniona na płytę elektryczną.

Jeśli chory nie jest w stanie samodzielnie gotować, ciepłe posiłki można zostawiać mu w termosie.

Nie trzymajmy na wierzchu:

- ważnych dokumentów,
- dużych kwot pieniędzy,
- kluczyków do samochodu.

Schowajmy w zamykanych szafkach niebezpieczne środki chemiczne i leki, usuńmy z zasięgu chorego zbędne bibeloty, zwłaszcza szklane, noże, widelce, zapalniczki, zapalki. Powinniśmy również zabezpieczyć różnego rodzaju kable – przedłużacze, przewody od oświetlenia, telewizora, komputera itd. Wszystkie gniazda elektryczne w mieszkaniu powinny zostać zabezpieczone specjalną osłoną. Zabezpieczyć należy również wszelkie sprzęty elektryczne takie jak suszarka, robot kuchenny, czajnik elektryczny.

Wraz z postępem choroby chory przestanie sygnalizować swoje potrzeby fizjologiczne, dlatego powinniśmy zrezygnować z dywanów czy wykładzin w domu. Dzięki temu będzie nam łatwiej zachować czystość. Jeśli jednak budzi to zbyt duży sprzeciw osoby chorej, pod dywany podłóżmy specjalne maty zapobiegające ich ślizganiu się. Jeśli w domu są schody, warto zawczasu pomyśleć o „**bramce**” **zabezpieczającej**.

W łazience i toalecie zainstalujmy **poręcze**, które ułatwią wychodzenie z brodzika lub wanny oraz podnoszenie się z toalety. Warto też w wannie lub brodziku zamontować specjalne taśmy lub **wykładziny antypoślizgowe**. Należy schować korki od wanny czy umywalki, aby uchronić mieszkanie przed ewentualnym zalaniem. Zdarza się, że chory źle reaguje na swoje odbicie w lustrze, wówczas lepiej pozdejmować lub zasłonić wszystkie lustra w domu.

Pamiętajmy również aby zabezpieczyć wszystkie okna i drzwi balkonowe przed otwarciem ich przez chorego. Powinniśmy usunąć klucze z drzwi wejściowych, jak również wewnętrznych, aby chory nie miał możliwości zamknięcia się od środka tak w samym mieszkaniu, jak i w określonym pomieszczeniu.

B. Funkcjonowanie na zewnątrz.

Osoby z chorobą Alzheimera na każdym kolejnym etapie choroby stają się coraz bardziej zagubione w terenie. Istotna jest, rozmowa z chorym na temat ograniczeń i zagrożeń dla zdrowia wynikających z choroby. Istotne jest aby zapewnić maksymalne bezpieczeństwo w poruszaniu się chorego poza domem, gdyż trudno jest powstrzymać go od samodzielnego poruszania się. Należy zatem zadbać o system identyfikacji chorego. Bransoletki medyczne, zaopatrzone w imię nazwisko i nr telefonu do opiekuna, GPS w telefonie. Rozwiązania technologiczne nie zawsze się sprawdzają w przypadku osób z chorobą Alzheimera, ze względu na to, że chorzy odmawiają noszenia lub gubią identyfikatory. Dlatego warto **np. w wewnętrznej stronie kurtki umieścić informację z numerem telefonu opiekuna**. Dobrze jest też poinformować o chorobie najbliższych znajomych w okolicy, sąsiadów, gospodarza domu, znajome ekspedientki w osiedlowym sklepie i zostawić u nich telefon kontaktowy do opiekuna. **W zaawansowanym stadium choroby opiekun chorego** powinien zadbać o możliwość korzystania chorego z wyjść na zewnątrz jedynie

w towarzystwie i skupić się na tym, by uniemożliwić mu przypadkowe samodzielne opuszczenie domu.

W związku z tym, że chorobie Alzheimera towarzyszą często inne choroby, warto zadbać o opaskę medyczną zawierającą informacje o chorobie szczególnie dotyczy to cukrzycy i epilepsji. W przypadku cukrzyków nie zapominać, o zaopatrzeniu chorego w coś słodkiego na drogę. Warto dołączyć prostą instrukcję postępowania w razie zasłabnięcia.

2. Rola żywienia w chorobie Alzheimera – dieta MIND

Istotna rola żywienia w profilaktyce jak i w trakcie trwania samej choroby jest aktualnie niepodważalna. Chorobę Alzheimera nazywa się już nawet mianem cukrzycy III stopnia. Natomiast cukrzyca II i III stopnia, nazywana cukrzycą dorosłych, rozwija się w odpowiedzi na nieodpowiednią dietę i styl życia. Dlatego uważa się, że to właśnie nieodpowiednia dieta jest jednym z kluczowych elementów wpływających na rozwój i progresję choroby.

Badania jasno pokazują nieoceniony wpływ diety śródziemnomorskiej, która z wielu względów może być trudna w utrzymaniu w naszej szerokości geograficznej. Z odpowiedzią na ten problem przychodzą badacze z Chicagowskiego Rush University. Opracowali oni dietę wpływającą w maksymalny możliwy sposób na prawidłową pracę mózgu. Dietę MIND.

Dzięki tej wiedzy, można wskazać odpowiednie zalecenia dla osób chorych.

Przy tak poważnej chorobie, jaką jest demencja, nie wystarczy podejmowanie działań tylko kilka razy w tygodniu. Okazuje się, że aby powstrzymać proces należy zadbać o to, aby działania zapobiegawcze podejmować najlepiej kilka razy dziennie. Taką możliwość daje nam żywność, którą spożywamy kilkakrotnie w ciągu dnia. Tak więc, przy odrobinie wiedzy, jesteśmy w stanie, z każdym zjedanym kęsem, wspierać organizm.

Aby tego dokonać należy wiedzieć co jeść, co wspiera organizm, układ nerwowy, mózg i inne narządy dostarczając odpowiednich cegiełek i materiałów budulcowych dla ciężko pracującego organizmu. Warto też wiedzieć, czego nie jeść, co niszczy organizm przyspieszając biologiczne starzenie się oraz co działa na niego destruktywnie.

A. Założenia diety - czyli co jeść, a co ograniczyć.

Dieta MIND została opracowana z myślą o osobach starszych, dlatego urzeka nas swoją prostotą. Nie potrzebujemy wagi kuchennej ani liczenia kalorii. Wystarczy jedynie podstawowa wiedza, które produkty są dobre, a które złe.

Nie ma produktów zakazanych, są jedynie produkty, które warto ograniczyć.

Nie ma produktów, które trzeba jeść, są jedynie produkty, które warto spożywać regularnie.

Produkty zalecane

1. Zielone warzywa: 2x dziennie. Naukowcy są zachwyceni ich ochronnymi właściwościami. Często bywają pomijane w codziennym jadłospisie, stąd też może odpowiedzią jest stale rosnąca liczba chorych. Ciemnozielone warzywa świetnie komponują się z innymi potrawami. Dodawajmy je do śniadań, obiadów i kolacji. Mogą być bazą zupy, dodatkiem do potrawki czy elementem koktajlu.

2. Inne warzywa: 2x dziennie. Zadbajmy o to, aby były to warzywa soczyście kolorowe. To kolor odpowiada za ich unikalne właściwości. Starajmy się, aby codziennie pojawiało się inne warzywo - głównie w postaci surówek, warzyw na parze czy aromatycznych zup. Unikajmy monotonii w postaci pomidora i ogórka jedzonego codziennie. Jedną porcję warzyw można zastąpić sokiem warzywnym, a jeszcze lepiej delikatnie je zblendować do postaci odżywczego kremu.

3. Owoce: 1-2x dziennie. Szczególnie polecane są owoce jagodowe, czarne porzeczki, aronie, czereśnie lub wiśnie, które mają tak silne działanie wspierające pracę mózgu, że są nawet badane jako środek wspierający zapamiętywanie i naukę u dzieci. U osób z zaburzeniami pamięci ich działanie zostało już potwierdzone. Garść dziennie może być świetną przekąską, dodatkiem do owsianki lub pysznego koktajlu.

4. Produkty pełnoziarniste: 3-4x dziennie. Podstawa energetyczna diety. Produkty pełnoziarniste są najlepszym paliwem dla mózgu. Dostarczają energii stopniowo i długotrwale. Codziennie powinna gościć jedna z odmian kaszy. Płatki owsiane natomiast są smakowitym rozwiązaniem na śniadanie. Unikajmy przetworzonych produktów zbożowych w postaci mąki i wszystkich powstałych z niej produktów.

5. Orzechy i nasiona: 1x dziennie. Zadbajmy o to, aby codziennie pojawiała się łyżka siemienia lnianego i garstka orzechów. Jest to jeden z najważniejszych elementów dla prawidłowej pracy mózgu. Siemię lniane możemy dodać do zupy, do sosu czy do owsianki. Pamiętajmy, aby było zmielone. Orzechy można namoczyć i zblendować. Powstanie wtedy pyszna tłusta pasta do smarowania pieczywa.

6. Rośliny strączkowe: 1x co dwa dni. Nasiona roślin strączkowych chronią organizm przed skokami cukru we krwi. Zapewniają unikalne frakcje błonnika niezbędne do prawidłowej pracy jelit i przewodu pokarmowego. Łatwo dodawać je do wszelkiego rodzaju zup, czy sosów. W Polsce szczególnie popularna jest grochówka, fasolowa czy zupa z soczewicy. Na naszych stołach równie często gości kapusta z grochem jak i fasolka po bretońsku. Bez tłustych dodatków i mięsa potrawy te pozwalają żyć dłużej.

7. Chudy nabiał: 2-3x dziennie. Wybierajmy odtłuszczone produkty fermentowane tj. jogurty, kefiry, zsiadłe mleko, które dodatkowo odżywią mikroorganizmy w jelitach poprawiając odporność. Produkty nabiałowe świetnie posłużą jako baza do koktajlu, dodatek do śniadania, czy bazę do owsianki.

8. Chudy drób: 2x na tydzień. Okazuje się, że mięso nie jest dla nas najlepszym rozwiązaniem. Moment, w którym mięso stało się u wielu codziennością jest również momentem epidemii chorób cywilizacyjnych. Zadbajmy o to, aby mięso było gotowane lub duszone. Wystrzegaj się smażenia i pieczenia w dużych temperaturach.

9. Ryby morskie: 1-2x na tydzień. Dlaczego u małp człekokształtnych zaczął intensywnie rozwijać się mózg? Naukowcy i archeolodzy zauważyli, że wzrost mózgu rozpoczął się w momencie, kiedy zmieniła się dieta. Był to okres gdy gatunek ten osiedlił się w okolicach dużych zbiorników wodnych. W takich okolicznościach dużo

łatwiej było o świeże ryby i skorupiaki. Z ryb zrobmy pastę do kanapki, czy dodatek do sałatki lub podajmy w formie głównego dania.

10. Oliwa z oliwek: 2 łyżki dziennie. Tłuszcz jest niezwykle istotny dla zdrowia mózgu. W końcu organ ten składa się głównie z tłuszczu i białek. Dlatego zadbajmy o dobrej jakości oliwę i orzechy ograniczając inne źródła tłuszczu.

11. Przyprawy: 1 łyżka dziennie. Aromatyczne i kolorowe przyprawy nie tylko wzbogacają aromat dań, mają również silne działanie antyoksydacyjne i przeciwzapalne. Chronią mózg i naczynia krwionośne skutecznie. Szczególnie polecane w ochronie mózgu jest curry ze względu na kurkumę w niej zawartą oraz rozmaryn.

Napoje

W Polsce u 48% pacjentów 75+ zgłaszających się do SOR, stwierdza się laboratoryjne cechy przewlekłego odwodnienia, a u 23% obecne są objawy odwodnienia: zawroty głowy czy utrata przytomności. Odwodnienie bywa jedną z głównych przyczyn hospitalizacji. Zapobieganie to wypijanie minimum 2l płynów.

Ważne jest, aby nie czekać na uczucie pragnienia, ponieważ jest to już znak o poważnym odwodnieniu.

Jedząc owsiankę na śniadanie, zupę na obiad oraz koktajl jako przekąskę już dostarczamy sporą ilość płynów. Owoce, składają się nawet w 94% z wody. Dodajmy do tego np. sok warzywny lub smaczne smoothie. Uzupełnijmy całość dwiema szklankami wody i zieloną herbatą, a problem odpowiedniego nawodnienia powinien być rozwiązany.

Gdzie nie znajdziemy wody? W popularnej kanapce z serem lub wędliną. Dodatkowo popijając ją czarną herbatą lub kawą utrudnia się wchłanianie ważnych substancji odżywczych do organizmu.

B. Suplementacja - zalecenia

Prawidłowo zbilansowana dieta powinna być źródłem wszystkich niezbędnych elementów.

Jednakże u osób po 50 roku życia, realizacja zapotrzebowania na niektóre składniki szczególnie (wapń, żelazo, kwas foliowy i witaminę B12) może być niemożliwa, dlatego w przypadku niedoborów wskazana jest ich suplementacja preparatem dobranym przez lekarza.

Dla populacji ogólnej zalecana jest też suplementacja witaminą D3 w okresie od września do marca w dawce 800-2000 IU/dzień. U seniorów w wieku +65 lat wskazana jest suplementacja przez cały rok.

Przykłady produktów z polecanych grup

1. Zielone warzywa: sałata, rukola, kapusta, cykoria, szpinak, botwina, jarmuż, por, fasolka szparagowa, cukinia, brokuły, brukselka, groszek, natka pietruszki, koperek, szczypiorek, zioła.

2. Inne warzywa marchew, papryka, bakłażan, burak, pietruszka, seler, cebula, czosnek, dynia, kalafior, karczoch, brukiew, pasternak, pomidor, rzępa, rzodkiewka, skorzonera, kalarepa,

3. Owoce: wiśnia, czereśnia, malina, jagoda, truskawka, śliwka, agrest, arbuz, melon, borówka, brzoskwinia, gruszka, jabłko, jeżyna, mandarynka, morela, pomarańcza, grejpfrut, cytryna, poziomka, porzeczka, ananas, banan, winogrono, żurawina

4. Produkty pełnoziarniste: kasza gryczana, jaglana, jęczmienna, kuskus, owsiana, komosa ryżowa, amarantus, bulgur, ryż długoziarnisty, ryż brązowy, płatki owsiane, żytnie, pszenne, makaron razowy, pieczywo razowe pszenne, żytnie, pumpernikiel,

5. Orzechy i nasiona: orzechy włoskie, laskowe, nerkowca, ziemne, brazylijskie, pistacjowe, migdały, siemię lniane, siemię konopne, pestki dyni, słonecznika, nasiona chia, sezam

6. Rośliny strączkowe: bób, fasola, groch, soczewica, cieciora, soja, groszek

7. Chudy nabiał: kefir, jogurt, mleko, zsiadłe mleko, maślanka, twaróg, mleko roślinne (sojowe, ryżowe, migdałowe, owsiane), tofu,

8. Chudy drób: kurczak i indyk bez skóry.

9. Ryby morskie: łosoś, halibut, tuńczyk, makrela, śledź, węgorz, szprot, sardynka, karp, pstrąg, lin, sola, dorsz, morszczuk, sandacz, szczupak, mintaj, kergulena, miruna, płóc, leszcz, płastuga, dorada, flądra.

Czarna lista

1. Przetwory mięsne: najgorsze, co człowiek mógł sobie zafundować. Od 2014 roku przez WHO zaliczane do substancji o potwierdzonym działaniu rakotwórczym. W tej samej grupie produktów znalazł się azbest i dym papierosowy!

2. Czerwone mięso: mniej niż porcja tygodniowo. Nie od dzisiaj wiadomo, że mięso innych ssaków, nie jest naszym najlepszym pożywieniem. Jeżeli już się na nie decydujemy to zadbajmy, by było z ekologicznych hodowli.

Stosujmy zasadę: **raz na jakiś czas coś lepszej jakości niż jedzenie regularnie produktów gorszej jakości.**

3. Masło i margaryna: jedna łyżeczka dziennie. Masło jest źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych. Ich zawartość w diecie powinna być ograniczana do niezbędnego minimum. Nasycone kwasy tłuszczowe mogą przyczyniać się do zatykania naczyń krwionośnych, również tych w mózgu, powodując obumieranie komórek mózgowych.

4. Ser żółty: jedna porcja tygodniowo. Ser żółty i tłuste produkty nabiałowe zawierają ten sam rodzaj tłuszczu nasyconych co masło.

5. Ciastka i słodycze: jedna porcja tygodniowo. Cukier dodawany do produktów spożywczych jest współodpowiedzialny za otyłość i cukrzycę, a jak już wiemy choroby mózgu bywają nazywane cukrzycą III typu.

6. Posiłki smażone oraz dania fast food: jedna porcja tygodniowo. Rodzaj dań, który jest najbardziej szkodliwy dla mózgu, naczyń krwionośnych i wspiera rozwój nowotworów złośliwych to z pewnością dania smażone. Smażenie jest dla nas tak nie naturalną formą przygotowywania żywności, że po prostu po cichu nas zabija.

Jak widać, lista ta nie jest ani długa, ani skomplikowana. Można ją bardzo łatwo dostosować do swoich upodobań. I tak naprawdę z niczego nie musimy zrezygnować.

C. Jak zacząć?

Nikt nie rodzi się mistrzem. Dieta z początku może powodować lekkie zakłopotanie, jednak z czasem efekt ten zniknie. Warto aby koszyk sklepowy wypełniały produkty polecane. To w zasadzie na sam początek w zupełności wystarczy.

D. Ile czasu zajmuje gotowanie?

Praktyka czyni mistrza. Z każdym tygodniem przygotowywanie potraw wchodzi w nawyk i czas na ich przygotowanie znacząco się skraca. Przy dobrze zaplanowanym dniu przygotowywanie potraw na cały dzień to średnio mniej niż godzina.

E. Jak przygotowywać posiłki?

Przede wszystkim każdym możliwym sposobem warto sobie ułatwiać. Ugotujmy za jednym razem większą ilość nasion roślin strączkowych. Pakujmy je w 4-5 mniejszych porcji gotowych do użycia na kolejny dzień. Zupy dla ułatwienia możemy przygotowywać z mrożonych warzyw.

F. Jak przestrzegać?

Kupujmy właściwe produkty. To sprawi, że samoistnie będziemy właściwie się odżywiać. Eksperymentujmy zestawiając ze sobą w różny sposób potrawy i produkty. Np. tradycyjny hummus składa się z cieciorke, pasty z sezamu, oliwy i przypraw cumin. *Zamieńmy cieciorke na fasole, pestki slonecznika i siemie lniane, dodajmy duszone pieczarki i cebulke, rozmaryn i pieprz. Tym sposobem mamy zupełnie inną pastę chociaż z pozoru tak podobną do hummusu.*

Po więcej informacji na temat samej diety, przepisów i propozycji dań odsyłamy do książki autorstwa **Mikołaja Choroszyńskiego** - "Dieta MIND. Sposób na długie życie" lub na stronę internetową – www.bdieta.pl.

3.Trudne zachowania osób cierpiących na Alzheimera – Jak sobie z nimi radzić.

Zachowania chorego wywołują szereg trudnych emocji. Ważne, aby nie winić go za to co robi i reagować ze spokojem. Postarajmy się w związku z tymi zachowaniami nie odsuwać go od życia, codziennych czynności, nawet jeśli sposób wykonania pozostawia wiele do życzenia, pozwólmy mu „żyć”. Jeśli będziemy karcić podopiecznego, złościć się za błędy, popadnie w apatię i usunie się z aktywności co z kolei przyspieszy proces choroby.

Ogólne wskazówki w traktowaniu chorego:

- bądź cierpliwy
- nie krytykuj chorego, za błędy, zachowania
- przestrzegaj rutynowego porządku : ta sama pora, kolejność, miejsce,
- nie oczekuj dokonywania wyborów np., co na obiad?

A. Zapominanie

Osoba z demencją czuje się zagubiona i zdezorientowana. Traci poczucie czasu, zapomina o podstawowych czynnościach dnia codziennego, myli teraźniejszość z przeszłością.

Wskazówki:

- wprowadź oznaczenia - napisy na drzwiach wówczas podopieczny łatwiej trafi do poszczególnych pomieszczeń
- w widocznych miejscach umieść kalendarz i duży zegar głośno tykający, zwracaj choremu uwagę gdzie się znajdują
- nie przestawiaj mebli gdyż wprowadza to dezorientację
- wypełnij pomieszczenia rodzinnymi zdjęciami, to pomoże zachować poczucie tożsamości
- przestrzegaj rutyny, powtarzalność ułatwia choremu orientację w czasie

B. Powtarzające się pytania

Osoba z chorobą Alzheimera czuje się zagubiona dlatego często upewnia się zadając wiele razy te same pytania, mimo odpowiedzi ze strony opiekuna.

Wskazówki:

- przypominaj sobie, że chory nie robi tego złośliwie, on naprawdę nie wie, nie pamięta
- nie ośmieszaj chorego przy kolejnej odpowiedzi, bądź taktowny
- staraj się odwrócić uwagę chorego od tematu, daj album ze zdjęciami, włącz TV
- stale informuj chorego o tym co się dzieje, będzie lepiej zorientowany i mniej pytał.

C. Zaburzenia myślenia

Wraz z utratą pamięci mieszają się fakty i fantazje, przeszłość rzeczywistością. Opiekun musi być czujny w takich sytuacjach i w zależności od okoliczności zachowywać się elastycznie, jednak w miarę możliwości nie podtrzymywać fantazji.

Wskazówki:

- odnoś się życzliwie do chorego, nie zgadzaj się natomiast z tym co mówi,
- wyrażaj swoją opinię w sposób taktowny, staraj się wyjaśnić jak jest naprawdę,
- postaraj się zmienić temat na inny.

D. Halucynacje, urojenia

Chorzy na Alzheimera często mylnie odbierają to co widzą i słyszą, zdarzają im się halucynacje, gdzie widzą rzeczy, których faktycznie nie ma, co powoduje u nich duży strach i dezorientację. Często urojenia dotyczą głodzenia i kradzieży.

Wskazówki:

- wytłumacz choremu jak jest w rzeczywistości jeśli coś mylnie widzi czy słyszy, jeśli rozpoznasz źródło niepokoju, usuń je, np. cień na ścianie, ruszające się zasłony itp.
- wskaż oparcie i zrozumienie jeśli chory ma halucynacje, nie zaprzeczaj, powiedz, że ty nie widzisz tych rzeczy które chorego przerażają, ale rozumiesz jego emocje. Postaraj się uspokoić chorego
- pomóż odzyskać choremu kontakt z rzeczywistością poprzez dotyk, przytulenie
- poinformuj lekarza o halucynacjach
- uprzedź bliskich i sąsiadów o myślach wytwórczych chorego, ostrzeż, że może ich posądzać o kradzież, chowanie rzeczy.

E. Dziwaczne, wstydlive zachowania

Zdarza się, że chory zachowuje się w sposób nie akceptowany społecznie. Niestosowne zachowania, takie jak plucie, przeklinanie, obnażanie publiczne powodują brak rozumienia i niechęć do chorego oraz poczucie wstydu u opiekuna.

Wskazówki:

- uprzedź znajomych, gości o możliwym zachowaniu chorego
- jeśli sytuacja ma miejsce w autobusie, na ulicy, możesz krótko powiedzieć obecnym o przyczynie zachowania, ludzie są z reguły wyrozumiali
- jeśli chory publicznie się obnaża, przejdź z nim w inne miejsce i upewnij się, czy coś go nie uwiera, czy nie jest mu zbyt gorąco

Pamiętaj, że zachowania chorego na Alzheimera wynikają z procesu zmian w mózgu, dlatego mogą być nieprzyjemne i zagrażające. To czego najbardziej potrzebuje w trudnych sytuacjach to Twoja cierpliwość, empatia i ciepło.

F. Zaburzenia snu

Zdarza się, że u osób chorych na Alzheimera występują zaburzenia snu, w związku z tym rozregulowaniu ulega cały rytm dnia. Obserwuje się wówczas wzmożoną aktywność w nocy. Chory przygotowuje sobie posiłki, chce wychodzić z domu, aby załatwić codzienne sprawy.

Wskazówki:

- zorganizuj odpowiednią ilość aktywności choremu w ciągu dnia
- zabezpiecz drzwi wejściowe, tak, aby chory nie mógł ich otworzyć
- skonsultuj się z lekarzem, czy nie jest konieczne zastosowanie leczenia farmakologicznego

4. Zrozumieć emocje

Stopniowa utrata samodzielności, zmiana miejsca zamieszkania, otoczenia, osób, urojenia, trudności dnia codziennego to tylko niektóre czynniki wywołujące bardzo trudne emocje u osób chorych na Alzheimera. Rolą opiekuna jest stworzenie choremu przyjaznego środowiska, unikanie sytuacji stresogennych, monitorowanie bólu, zmęczenia, podrażnień skóry i infekcji, czynności higienicznych, upraszczanie zadań i aktywności, zapewnienie chorego o bezpieczeństwie, odwracanie uwagi od sytuacji wzmagających poczucie zagrożenia, dostosowanie otoczenia, spokojne zachowanie i nie pozostawianie chorego samego. To tylko część obowiązków jakie spadają na opiekuna osoby z demencją. Z drugiej strony to ogromny obszar czynników stresogennych dla pacjenta. W swoim zagrożeniu przeżywa on lęk, poczucie winy i chęć ucieczki, uczucia z którymi nie umie sobie radzić, a w odpowiedzi na to pojawia się agresja w wyniku nagromadzenia trudnych emocji. Niezmiernie ważne jest zrozumienie sytuacji i wypracowanie własnej taktyki, ułatwiającej utrzymanie dobrej relacji osoby chorej i opiekuna.

A. Jak radzić sobie z agresywnymi zachowaniami osoby chorej na Alzheimera?

Zachowania agresywne, występujące w przebiegu choroby Alzheimera, są szczególnie uciążliwe dla opiekunów i członków rodzin osób dotkniętych tym schorzeniem. Szacuje się, że u blisko 40 % chorujących na Alzheimera występują tego typu zachowania i że są one częstsze w przypadku mężczyzn niż kobiet. Opiekunowie w kontakcie z bliskim, który zachowuje się agresywnie niejednokrotnie przeżywają szok, zwłaszcza wtedy, gdy przed chorobą ich ojciec/matka/dziadek/babcia był/-a „spokojnym, ciepłym, zrównoważonym człowiekiem”. Wielu bliskich osób chorych odbiera agresję jako wymierzoną przeciwko nim, bądź też czuje się odpowiedzialnymi za te trudne do zaakceptowania zachowania („mogłam się nie odzywać”, „wszystko robię źle”, etc.). Aby poradzić sobie z takimi obciążeniami emocjonalnymi warto przeanalizować przyczyny agresji u chorych.

Dlaczego osoby chore na Alzheimera zachowują się agresywnie?

Główną przyczyną agresji u chorych jest zniszczenie, na skutek choroby, tych ośrodków w mózgu, które odpowiadają za kontrolę agresji i gniewu. Można więc powiedzieć, że zachowania agresywne nie są celowe, a sam chory nie ma kontroli nad

ich przebiegiem. Postęp choroby odbiera zdolność do wyrażania emocji i adekwatnego reagowania, takiego, które można uznać za akceptowane społecznie. Z tego też powodu chory ma trudności z pohamowaniem lęku czy złości. Osoby żyjące z chorym dotkniętym Alzheimerem obserwują często, że ich bliski reaguje nieadekwatnie do sytuacji, że niekiedy jakaś, ich zdaniem, drobnostka, jest w stanie wywołać atak silnej złości, zarówno werbalnej jak i fizycznej. Wielu opiekunów uważa, niesłusznie zresztą, takie zachowania chorego za złośliwe czy wynikające z uporu.

Nasilenie tego typu zachowań ma związek z postępowaniem choroby i głębokością otępienia. W przebiegu choroby Alzheimerera obserwuje się narastające trudności z zapamiętaniem informacji, przypomnieniem sobie wydarzeń z przeszłości, a nawet istotnych faktów ze swojego życia. Pojawiają się także coraz większe kłopoty chorego w rozumieniu mowy, przypomnieniu sobie słów, co powoduje narastające trudności w komunikowaniu się z ludźmi i rozumieniu otaczającego świata. Wszystko to, co staje się niejasne, niepewne i niezrozumiałe wywołuje u chorych lęk i poczucie zagrożenia. Konsekwencją tych stanów emocjonalnych u chorego często staje się chęć ucieczki lub też ataku, po to, by ochronić samego siebie.

Agresja u osób dotkniętych chorobą Alzheimerera może przybierać różne formy. Dość często przejawia się ona słownie, wówczas chory wyzywa innych, oskarża („ukradłeś mi pieniądze”, „schowałaś mi okulary”) czy krzyczy. Równie częstą formą, zazwyczaj towarzyszącą agresji słownej, jest agresja fizyczna. W zasadzie rzadko się zdarza by przejawy agresji fizycznej występowały bez wcześniejszej reakcji słownej chorego. Z relacji opiekunów wynika, że zachowania agresywne chorych pojawiają się w najmniej oczekiwanych momentach i zazwyczaj z zupełnie nieuzasadnionych powodów.

Poniżej przedstawiono kilka przyczyn zachowań agresywnych u osób dotkniętych chorobą Alzheimerera. Z pewnością jest to spis niepełny, gdyż każdy chory jest inny i w inny sposób reaguje, odczuwa, ma inne nawyki, rytuały czy wartości.

Do najczęstszych przyczyn zachowań agresywnych u chorych z Alzheimerem należą:

- zaburzenia rytmu dnia czy rytuałów chorego (proponowanie wykonania pewnych czynności bez uwzględnienia indywidualnego schematu funkcjonowania dobowego oraz możliwości chorego, np. ponaglanie chorego przy jedzeniu, przyspieszanie wyjścia na spacer, próby powstrzymania chorego od pewnych jego nawykowych czynności, etc.);
- zmuszanie do wykonywania czynności, których chory nie jest w stanie samodzielnie wykonać lub nie potrafi ich wykonać w takim tempie czy z taką sprawnością, z jaką kiedyś sobie z nimi radził (np. mycie, ubieranie się, jedzenie, wykonywane w zbytnim pośpiechu mogą wywołać silną frustrację u chorego a w konsekwencji atak agresji);
- stawianie chorego przed koniecznością dokonywania wyborów, które z różnych powodów są dla niego za trudne, a często niezrozumiałe. Czasem pytania, które zadaje opiekun są skomplikowane, złożone. Powoduje to, że nadmiar bodźców, jaki dociera do chorego wywołuje w nim ogromny poziom napięcia, obawę, że nie sprosta oczekiwaniom, że na

pewno „to mi się nie uda”. Chory w takich sytuacjach może używać agresji dla poradzenia sobie z niezrozumieniem otaczającego go świata.

- reakcja na zmęczenie, ból lub dyskomfort. Osoba chora, zwłaszcza w zaawansowanym stadium zmian otępiennych, ma problemy z odczytywaniem sygnałów z ciała oraz ich adekwatnym nazywaniem i komunikowaniem. Poprzez agresję chory może sygnalizować, że coś go boli, dokucza bądź, że potrzebuje odpocząć.
- problemy komunikacyjne – m.in. brak zdolności wyrażenia przez chorego własnych potrzeb oraz frustracja z powodu niemożności zrozumienia tego, co mówi opiekun (zwłaszcza, gdy opiekun używa długich, złożonych zdań lub gdy mówi podniesionym głosem);
- nieznanne otoczenie – hałas, obecność obcych osób, które wzmagają poczucie zagubienia, uwalniają tłumione emocje.
- agresja jako skutek zaburzeń psychicznych, które mogą towarzyszyć chorobie Alzheimera (np. urojeń).

Skala zachowań agresywnych osoby dotkniętej chorobą Alzheimera jest bardzo szeroka - od rozdrażnienia i pobudzenia, poprzez agresję słowną lub fizyczną, aż do czynnych napaści na opiekuna. Szczególnym rodzajem agresji są tzw. reakcje katastroficzne, a więc niezwykle ciężkie wybuchy gniewu i agresji spowodowane błahymi przyczynami. Reakcje te są nieadekwatne w stosunku do powodów, jakie je wzbudzają. Tak silne reakcje są dowodem, ale też i skutkiem silnej frustracji chorego i ukrytego napięcia emocjonalnego wpisanego w obraz choroby Alzheimera.

Należy pamiętać, że każdy akt agresji może być zagrażający, zarówno dla chorego, jak i osób z jego najbliższego otoczenia. Aby poradzić sobie w takich sytuacjach warto sięgnąć po wsparcie farmakologiczne (wyłącznie pod kontrolą lekarza!) oraz przestrzegać kilku zasad:

- w momencie gdy chory jest pobudzony, należy do niego podchodzić powoli, z utrzymywaniem stałego kontaktu wzrokowego, mówić spokojnym powolnym głosem. Nigdy nie należy w takich sytuacjach odwracać się do chorego plecami (podchodzimy zawsze od przodu).
- nie należy (o ile to możliwe) unieruchamiać chorego czy krępować jego ruchów. Wywoływać to może większy lęk, a także chęć odwetu i tym samym większą agresję.
- warto upewnić się, czy w otoczeniu chorego nie znajdują się jakieś niebezpieczne przedmioty, przy użyciu których w czasie ataku agresji chory może zrobić krzywdę sobie lub opiekunowi.
- odpowiednia postawa ciała – opiekun w kontakcie z chorym powinien sprawiać wrażenie, że panuje nad sytuacją. Warto pochylić się nad chorym, dotknąć go, pogłaskać, mówić ciepłym głosem. Można próbować rozładować napięcie chorego, poprzez odwrócenie uwagi np. zainteresowanie chorego jakimś innym, przyjemnym dla niego zajęciem (np. obejrzenie ulubionego programu w telewizji, posłuchanie radia, wspólne przeczytanie gazety, itp.). To bardzo dobra metoda, gdy zauważymy, że chory staje się niespokojny i że może za chwilę „wybuchnąć”.
- w sytuacji realnego zagrożenia, opiekun powinien się wycofać, wezwać pogotowie lub poprosić kogoś innego o pomoc.

Osoba, która kilka lat opiekuje się chorym na Alzheimera, zazwyczaj doskonale wie, co wywołuje rozdrażnienie i co może stać się przyczyną zachowań agresywnych. Dzięki tej wiedzy opiekun wie, jakich rzeczy, bodźców czy czynności należy unikać (bądź je minimalizować).

Po ustąpieniu ataku agresji dobrze jest opisać sytuację, która go wywołała. Warto dokładnie przeanalizować co było przyczyną, jaka była reakcja opiekuna oraz jaki był skutek podjętych przez niego interwencji. Tego rodzaju zapiski mogą być pomocne w przyszłości, aby lepiej radzić sobie w innych, podobnych sytuacjach.

Rola opiekuna

Wielokrotnie powtarzające się ataki agresji u chorego, wpływają destrukcyjnie na opiekuna. Często cierpi on z powodu żalu czy złości, że bliska mu, kochana osoba, której tyle poświęca czasu i uwagi, bywa agresywna i niewdzięczna. Wielu opiekunów dręczą ogromne wyrzuty sumienia i poczucie winy, gdyż uważają, że to przez nich chorzy zachowują się tak, a nie inaczej. Niemal codziennie towarzyszą im poczucie lęku, zniechęcenie, frustracja, złość, gniew i smutek.

Zachowanie chorego na Alzheimera bywa niejednokrotnie niezwykle obciążające psychicznie i fizycznie. Wielu opiekunów to osoby, które samotnie pełnią tę trudną i odpowiedzialną rolę, co może wyczerpywać siły nawet najbardziej wytrwałej osoby. Niektórzy bliscy osób chorych przestają radzić sobie z własnymi emocjami w kontakcie z chorym i dopuszczają się zachowań przemocowych.

Aby tego uniknąć i chronić swoje zdrowie, **jako opiekun powinieneś pamiętać:**

- agresja chorego to wynik choroby Alzheimera, a nie wyraz stosunku do Ciebie
- nie bierz do siebie tego, co mówi czy wykrzykuje chory i nie obwiniaj siebie za napady agresji chorego
- ucz się kontrolować własne emocje (może Ci w tym pomóc, m. in. relaksacja, rozmowa z kimś bliskim lub profesjonalistą np. psychologiem)
- znajdź zastępstwo, chociaż na kilka godzin w tygodniu,
- nie izoluj się od innych,
- zadbaj o siebie. Postaraj się odpocząć, zrobić coś miłego dla siebie (np. wyjdź na spacer, spotkaj się z kimś, wyjeżdż na kilka dni).

5. Komunikacja

W codziennym życiu komunikacja jest kwestią podstawową. Pacjenci we wczesnych stadiach choroby mogą zacząć częściej zapominać o różnych sprawach i częściej doświadczać trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem. Wiele osób twierdzi, że w trakcie mówienia nagle traci wątek lub że potrzebuje więcej czasu na reagowanie na wypowiedzi innych. Nie należy jednak zapominać o tym, że chociaż osoby z łagodnymi objawami choroby Alzheimera mają kłopoty z wyrażaniem swoich myśli, zachowują świadomość tego, co się dzieje dookoła nich. Trzeba się z tym pogodzić i wykazać dużą dozę cierpliwości. Zachowywanie spokoju nawet w trudnych sytuacjach także okazuje się pomocne. Wielu z nas nie zdaje sobie sprawy, że kiedy wydaje nam się, że rozmówca nas nie rozumie, zaczynamy mówić do niego głośniej.

Należy o tym pamiętać, nie zmieniać tonu głosu i nie kłócić się z pacjentem. Ważne, aby opiekunowie szukali wskazówek jak dbać i ułatwić komunikację z chorym, aby mógł się on czuć wciąż aktywnym członkiem rodziny. Trudności wynikają z tego, że chory zapomina nazwy przedmiotów, kolorów, imion, ma coraz większą trudność w konstruowaniu i rozumieniu wypowiedzi. Osoby chore na Alzheimera wyczuwane są na sposób jak do nich mówimy, wyczuwane są na to by nie traktować ich jak dzieci.

A. Ogólne wskazówki ułatwiające komunikację

CZAS - SPOKÓJ - KONTAKT WZROKOWY – DOTYK – SZACUNEK

Walidacja - respektowanie samej osoby – metoda nastawiona głównie na uznanie ważności świata chorego, opiera się głównie na niewerbalnych metodach komunikacji: dotykanie, kontakt wzrokowy, ton głosu, uśmiech - zyskują na znaczeniu, gdyż uczucia, jakie przekazuje pacjent, powinny być ujawnione zarówno w sposób werbalny (jestem zły, boję się) jak i niewerbalny.

Jak komunikować się aby utrzymać harmonię w relacji z podopiecznym?

- upewnij się, że okulary i aparat słuchowy, proteza zębowa są właściwie dobrane
- porozumiewaj się w ciszy, zmniejszając czynniki rozpraszające
- ustaw się tak by chory widział Twoją twarz kiedy mówisz
- upewnij się, że nasz podopieczny uważa na to co mówisz
- mów spokojnie, wyraźnie, powoli, używaj prostych słów
- unikaj zawiłych zdań, mów krótkimi i prostymi zdaniami, dopasuj słownictwo
- stawiaj proste pytania zamknięte czyli takie, na które odpowiedź może ograniczyć się do TAK lub NIE np. „zjesz *banana*?” zamiast „co zjesz *na podwieczorek*?”
- jeśli nie zostaniesz zrozumiany za pierwszym razem, powtórz to w inny sposób
- staraj się domyślić, co chory chciał powiedzieć, ale nie podsuwaj od razu gotowych odpowiedzi, pozwól mu skończyć zdanie, przypomnieć sobie słowo, skończyć myśl, jeśli wywołuje to zbyt dużą irytację chorego podpowiedz i zapytaj czy dobrze zrozumiałeś
- nie wprowadzaj wielu wątków, używaj prostych sformułowań
- używaj słownictwa zrozumiałego dla podopiecznego
- ważne informacje powtarzaj kilkakrotnie, jeśli ciągle te pytania pojawiają się, postaraj się odwrócić uwagę chorego od tematu
- staraj się nie pouczać
- nie popędzaj chorego, daj mu czas i słuchaj – staraj się nie okazywać zniecierpliwienia
- unikaj zdrobnień oraz sposobu mówienia jak do dziecka
- nie zawstydzaj chorego, nie poprawiaj go ostro
- wzmacniaj słowa gestem i mimiką, np., kiedy mówisz „zjedz”, jednocześnie wskaż ręką na talerz

- pozwalaj mówić o tym, co było kiedyś i zachęcaj do gestykulacji
- podpieraj się starymi pamiątkami rodzinnymi, jeśli rozmowa dotyczy rodziny
- unikaj sformułowań typu: przesadzasz, wydaje Ci się, to nie ważne
- dystansuj się od złości podopiecznego i staraj się nie traktować jej personalnie (może być skutkiem choroby)
- doceniaj starania podopiecznego: uśmiechem, dotykiem, trzymaniem za rękę przekazujemy spokój, dajemy przekaz bliskiej osobie, że o nią dbamy i akceptujemy
- pozwól i pomóż podopiecznemu nazwać potrzeby i uczucia: „ *jestem smutna i rozczarowana, gdyż przygotowałam Ci kanapkę, a nie zostałam doceniona, chciałabym, abyś w przyszłości powiedział dziękuję*”
- obserwuj zachowania niewerbalne
- wykorzystaj pisemne formy porozumienia
- korzystaj z pomocy logopedycznych - stwórz tablice komunikacyjną używając piktogramów co ułatwi odbiór informacji przez podopiecznego
- unikaj przemęczenia podopiecznego.

Chorobie Alzheimera towarzyszą często inne zaburzenia które dodatkowo utrudniają komunikacje i wymagają szczególnej uwagi i zrozumienia.

B. Komunikacja z osobami chorymi z zaburzeniami wzroku

Wskazówki:

- należy objaśniać czynności, które wykonujemy lub zamierzamy wykonać
- ostrzegamy osobę chorą o przeszkodach typu schody, wysoki stopień itp., instruując jednocześnie jak ma iść
- wskazujemy ręką, miejsce, krzesło, talerz itp.
- potrzebne przedmioty stawiamy zawsze na tym samym miejscu
- motywujemy do samodzielności i chwalimy za sukcesy
- wspieramy po porażkach

C. Komunikacja z osobami chorymi z zaburzeniami słuchu

Wskazówki:

- mówimy wolno, krótkimi zdaniami, wyraźnie wymawiając poszczególne słowa, powtarzając tak długo aż podopieczny zrozumie
- mówimy po stronie ucha, lepiej słyszającego
- posługujemy się pismem dużym i wyraźnym gdy chory w ogóle nie słyszy
- zachowujemy kontakt wzrokowy, pacjent odczytuje z ust i mimiki
- zapewnimy dobre i pełne oświetlenie w miejscu rozmowy.

Brak możliwości porozumienia budzi u podopiecznego opór, bunt, bezsilność, poczucie niskiej wartości i spadek motywacji. Jeśli uwzględnimy wszystkie bariery podopiecznego mamy szanse na poprawę jego stanu emocjonalnego i zadowolenia z siebie.

6. Aktywizacja

A. Jak długo chory zachowa samodzielność?

Przede wszystkim należy uznać, że możemy jedynie opóźnić progres choroby, nie możemy zatrzymać jej postępu. Wychodząc z tego założenia stwarzamy choremu warunki do utrzymania funkcji samoobsługowych na co dzień, pozwalamy włączać się w codzienne domowe czynności. Często opiekun zaczyna wyręczać chorego w różnych zadaniach ze względu na brak dokładności czy długi czas wykonywania czynności. Chory czuje się wówczas odsunięty, niezaradny, przeżywa ból i wstyd, brak akceptacji.

Opiekun staje przed koniecznością zrozumienia świata osoby chorej i przyjęciem jej w nowych warunkach, bez oceny i z miłością. Dlatego na co dzień zachęcamy chorego do wykonywania czynności domowych, ale nie zmuszamy. Spokój i poczucie bezpieczeństwa jest warunkiem bezwzględny dla zaangażowania się osoby chorej w działanie. Jest też warunkiem do utrzymania dobrych relacji.

Funkcje poznawcze, społeczne i czynności dnia codziennego – jak je podtrzymywać?

Na poziom funkcjonowania osoby chorej wpływa wiele czynników. Przyjazna atmosfera w domu, właściwe leczenie farmakologiczne oraz terapeutyczne. Istotna jest aktywizacja ale, wyważona i w zgodzie z aktualnym stanem pacjenta, opierająca się na zasadzie uważności, obserwacji i podążaniu za pacjentem. Najbardziej sprawdzonym i skutecznym sposobem są czynności, które pacjent akceptuje, lubi i sprawiają mu przyjemność. Najważniejsza zasada „NIC NA SIŁĘ”.

B. Terapia wspierająca dla chorych - formy terapii i aktywizacji

Celem terapii jest odzyskanie równowagi emocjonalnej chorego, dzięki której może on funkcjonować w sposób jak najbardziej zbliżony do normalnego. Następują tu próby łagodzenia objawów, wzmocnienia mechanizmów obronnych oraz wypracowywania lepszych mechanizmów kontroli, które mogą się wiązać z tłumieniem emocji. Dotyczy to również redukcji zewnętrznych źródeł stresu.

Jako opiekunowie, możemy stosować elementy różnych terapii w domu, według własnych możliwości. Możemy również skierować osobę chora do Domów Seniora + lub Domów Dziennego Pobytu, gdzie w ciągu dnia terapeuci zapewnią różne formy terapii i wsparcia.

Trening umiejętności codziennych

To nauka orientacji w otaczającej rzeczywistości, funkcjonowania w nowym miejscu jakim jest np. Dzienny Dom Pobytu, utrzymywania higieny osobistej oraz doskonalenie czynności samoobsługowych, takich jak zmiana ubrania i przyjmowanie posiłków. W bardziej zaawansowanym etapie to również elementy treningu

pamięciowego – m.in. orientację w czasie i przestrzeni, trening podstawowych informacji dotyczących danej osoby np. imię i nazwisko, wiek, adres, imiona najbliższych członków rodziny itp., typowy plan dnia np. jakie czynności wykonujemy w danej części dnia. Ważnym aspektem jest również podtrzymywanie umiejętności szanowania innych osób, ich przestrzeni osobistej i własności. W miarę możliwości chory powinien być motywowany do współdecydowania o podstawowych czynnościach i dokonywania wyborów.

Najważniejszymi korzyściami wynikającymi z treningu jest zwiększenie poziomu samodzielności w życiu codziennym, podniesienie umiejętności samodyscypliny, zaspokojenie potrzeb akceptacji i bezpieczeństwa oraz integracji w grupie.

Terapia zajęciowa

To leczenie przez pracę. Dążymy, aby osoba chora nie pozostawała przez dłuższy czas bezczynna. Proponowane prace służą podtrzymywaniu umiejętności wykonywanych na co dzień, i wykorzystują różne techniki i obszary pracy, od prac plastycznych, poprzez przygotowywanie prostych posiłków, hortiterapię, do prac porządkowych.

Terapia ruchowa

Badania i doświadczenie terapeutów potwierdzają ogromną rolę ruchu w każdej postaci oraz arteterapii. Oba obszary działania dają pacjentowi poczucie sprawstwa, samodzielności i wpływu na swoją kondycję. Ruch jest najbardziej pierwotną czynnością w życiu człowieka, dlatego w ocenie pacjenta najmniej zagrażający jego samoocenie. Warunkiem jest dostosowanie wymagań do aktualnych możliwości fizycznych chorego. Spacer, gimnastyka, rehabilitacja bardzo korzystnie wpływają na dotlenienie mózgu, poprawę witalności i odczuwanie radości. Ponadto poprzez aktywność ruchową uzyskujemy, poprawę poziomu wydolności fizycznej, wzrost odporności, zachowanie siły mięśniowej, stabilizującej stawy i kręgosłup.

Choreoterapia i terapia tańcem i ruchem

Innowacyjna w Polsce metoda terapeutyczna, łącząca ruch, taniec i werbalną pracę psychologiczną w procesie terapii. Metoda ta opiera się na naturalnej umiejętności i skłonności każdego człowieka do aktywności ruchowej i poruszania się w rytm muzyki, niezależnie od wieku, poziomu sprawności fizycznej i umysłowej. Celem pracy psychologicznej tą metodą jest zintegrowanie osoby w wymiarze cielesno-emocjonalno-intelektualno-społecznym. Ruch i taniec są niewerbalnymi formami ekspresji siebie, poprzez które następuje odbudowanie obrazu własnego ciała i poprawa relacji z otoczeniem. Celem terapii tańcem i ruchem jest swobodne odkrywanie nowych dróg bycia i odczuwania oraz otworzenia dojścia do uczuć, które nie mogą być zwerbalizowane.

Terapia z wykorzystaniem tańców w kręgu oraz ruchu autentycznego stosowane u osób chorych na Alzheimera skupia się na fizjologicznych aspektach wieku starczego, ale głównie dotyczy przeżywania, nazywania i ekspresji emocji. W terapii tej osoby starsze mogą doświadczyć aktywności własnego ciała mimo jego limitów ruchowych, pobudzać dawne nawyki ruchowe i poprawić kondycję fizyczną. Taniec

jest formą sztuki i wyrazu, twórczego działania. Dla chorych to wyjątkowe doświadczenie, które poprawia nastrój, buduje poczucie akceptacji i własnej wartości.

Najważniejsze korzyści z terapii tańcem i ruchem dla osób chorujących na Alzheimera:

- poprawa pamięci i koncentracji m.in. poprzez pobudzanie wspomnień oraz pobudzanie pamięci ciała i wykonywanych przez całe życie ruchów,
- obniżenie poziomu izolacji społecznej przy jednoczesnym podniesieniu poziomu wspólnotowości,
- poprawa interakcji międzyludzkich - podniesienie poziomu bycia zrozumianym, usłyszanym, zobaczonym, ważnym dla innych osób,
- wymiana doświadczeń, wspomnień i wrażeń pomiędzy członkami grupy,
- zwiększenie ekspresji emocji,
- zmniejszenie napięcia, lęku i niepokoju,
- podniesienie poczucia własnej wartości,
- zwiększenie orientacji w czasie i przestrzeni,
- pobudzanie dawnych nawyków ruchowych,
- zaspokojenie potrzeby ruchu i poprawa kondycji fizycznej,
- zwiększenie poczucia odpowiedzialności za własne samopoczucie i emocje,
- podniesienie jakości życia.

Terapia poprzez sztukę czyli Arteterapia

Arteterapia, czyli terapia przez sztukę, to terapia łącząca różne techniki pracy i materiałów plastycznych, pracuje się z emocjami osoby chorej na Alzheimera, ich bezpiecznym wyrażaniem i akceptacją. To terapia która pomaga w szukaniu nowych metod niewerbalnych radzenia sobie ze smutkiem, lękiem czy depresją i dają szansę na zmniejszenie napięcia i niepokoju osoby chorej. Terapia poprzez sztukę jest niezwykle cenną formą pracy terapeutycznej dla osób, które w sposób werbalny nie potrafią/nie mogą uzewnętrznić swoich emocji, przeżyć wewnętrznych i odczuć.

Wykorzystywane są w w/w terapii następujące techniki i materiały plastyczne: malarstwo akwarelą, plakatówkami, akrylem, malarstwo na różnych fakturach (np. papier, drewno) i przy użyciu różnych narzędzi (np. pędzle, dłonie, papier, kawałki materiału), technika collage, papieroplastyka (np. origami, quilling, scraftbooking), biosztuka (wykorzystywanie surowców wtórnych np. robienie wikliny z papieru), rzeźbienie przy użyciu różnych mas plastycznych typu masa solna, glina, masa kukurydziana, papier mache, gips, wykonywanie prostych grafik i konstrukcji przestrzennych z użyciem różnych materiałów (np. budowa modelu z drutu, gipsu i materiału).

W terapii poprzez sztukę najważniejszym czynnikiem terapeutycznym jest sam proces twórczy a nie efekt końcowy zrobionej pracy. Proces twórczy służy werbalizacji pozytywnych i negatywnych emocji, ekspresji twórczej chorego, pozwala odreagować nagromadzone emocje i zrelaksować się. Proces twórczy zwiększa również poczucie własnej sprawczości np. poprzez samodzielne kształtowanie różnych mas plastycznych. Terapeutyczny jest kontakt dotykowy z materiałami o różnych fakturach,

bogactwo doznań wzrokowych - kolory, możliwość wyrażenia swoich emocji i stanu wewnętrznego poprzez różne ruchy pędzla, gesty i mimikę twarzy.

Najważniejsze korzyści wynikające z tej formy terapii dotyczą możliwości wyrażenia swoich emocji i swojego stanu wewnętrznego, wzbudzania i przypominania pozytywnych emocji oraz sprzyjają nawiązywaniu relacji i integracji w grupie. Zajęcia arteterapeutyczne sprzyjają również podnoszeniu umiejętności podejmowania decyzji oraz ćwiczeniu pamięci zarówno krótko jak i długotrwałej.

Muzykoterapia i relaksacja

Opiera się na elementach treningu autogennego Schultza, Jacobsona, Maxwella Nalza oraz Richarda Lazarusa. Metody te stanowią narzędzie rozwoju kreatywności i wewnętrznego potencjału osoby. W zajęciach wykorzystywana jest muzyka terapeutyczna i relaksacyjna oraz elementy aromaterapii.

Celem tych zajęć jest odprężenie całego organizmu oraz rozładowanie napięcia psychofizycznego.

Śpiew

To forma pracy ukierunkowana na wspólne śpiewanie znanych i lubianych piosenek, również w formie karaoke.

Celem jest przede wszystkim trening pamięci oraz integracja z innymi uczestnikami grupy, zmniejszenie poczucia izolacji w grupie. Ponadto śpiew ma korzystny wpływ na dotlenienie całego organizmu i zwiększenie odczuwania pozytywnych emocji.

Ludoterapia

Obejmuje tematykę tradycji ludowych z różnych regionów Polski - przyśpiewki, przysłowia, powiedzenia i tańce regionalne, przygotowywane zarówno przez terapeutę jak i osoby chore. Uczestnicy takiej formy pracy wspólnie szukają podobieństw i różnic funkcjonujących w różnych regionach Polski.

Terapia reminiscencyjna (wspomnieniowa)

Wykorzystuje pamięć dawną i różnorodne skojarzenia do pobudzania pamięci i angażowania starszych ludzi w rozmowę o ich życiu w przeszłości. Polega na odwoływaniu się do przeżyć i doświadczeń z przeszłości chorego przy użyciu różnego rodzaju bodźców takich jak: stare fotografie, ważne wydarzenia, przedmioty dawniej używane, filmy, nagrania z czasów młodości chorego.

Gdy zawodzi pamięć świeża, reminiscencja pomaga w osiągnięciu równowagi, poczucia sensu i bezpieczeństwa oraz kontroli nad życiem pacjentów. Opowiadanie historii z przeszłości jest próbą pogodzenia się z nieustającym przemijaniem, a sam akt opowiadania o sobie posiada ogromny potencjał terapeutyczny.

Trening kulinarny

Terapia zajęciowa polegająca na wspólnym przygotowywaniu prostych potraw, takich jak: sałatki, ciasta, desery, przekąski itp. W trakcie zajęć osoby chore przypominają sobie i podnoszą umiejętności zachowania bezpieczeństwa w kuchni,

posługiwania się produktami spożywczymi, naczyniami oraz urządzeniami AGD, nakrywania stołu oraz sprzątanania po posiłku.

Najważniejsze korzyści wynikające z tej formy pracy to podniesienie poczucia „bycia potrzebnym” i „bycia zauważonym”, a także podniesienie poziomu zaradności życiowej oraz samodzielności w czynnościach dnia codziennego.

Biblioterapia

Terapia wykorzystująca szeroko pojętą literaturę - teksty terapeutyczne, opowiadania z morałem, baśnie, wiersze, mity itp. Terapia opiera się na wspólnym czytaniu tekstów, zarówno przez terapeutę jak i uczestników, słuchaniu wybranych fragmentów audiobooków, a następnie opowiadaniu usłyszanego fragmentu tekstu. Podczas zajęć wykorzystywane są różne gry i zabawy z tekstem wspomagające koncentrację i pamięć. W pracy z osobami z zaburzeniami pamięci, szczególnie cenna jest praca z tekstami literackimi pozwalającymi wrócić do okresu dzieciństwa i młodości.

Ten rodzaj terapii podnosi umiejętności komunikowania się z otoczeniem, zwiększa poziom koncentracji oraz poprawia pamięć.

Trening umiejętności poznawczych

Stymulowanie procesów poznawczych (głównie poprawa pamięci, funkcjonowania wzrokowo-przestrzennego, myślenia, koncentracji, funkcji językowych), ulegających stopniowemu pogarszaniu się wraz z postępem choroby. Trening polega na systematycznym wykonywaniu ćwiczeń dostosowanych do umiejętności poszczególnych chorych, tak by wykorzystać wszystkie ich potencjalne możliwości oraz poprawić komfort życia zarówno samego chorego, jak i jego opiekuna.

Logopedia

Terapia mająca na celu zachowanie w możliwie najwyższym stopniu, na danym etapie choroby – sprawności językowej i umysłowej osoby chorej. Poprzez zajęcia logopedyczne pracuje się nad utrzymaniem aktywności językowej i kontaktów społecznych, stymuluje zachowania językowe i komunikacyjne oraz zapobiega wyobcowaniu i izolacji społecznej.

W przebiegu choroby Alzheimera, w związku ze stopniowo narastającymi ograniczeniami w funkcjonowaniu umysłowym osoby chorej, głównym założeniem terapii logopedycznej jest utrzymanie każdego rodzaju pożądanej aktywności językowej, możliwego na danym etapie choroby – choćby w formie namiastkowej. Ze względu na emocjonalny wymiar warto sięgać po treści pamiętane z życia pacjenta. W sytuacji zaawansowanych deficytów językowych wskazane jest odnoszenie się do najlepiej zachowanych w pamięci chorego treści takich jak modlitwy, teksty piosenek, wiersze.

Zajęcia rehabilitacyjne i masaż

Zajęcia te obejmują zabiegi fizykoterapeutyczne oraz rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu. Zabawa z psem czy praca w ogrodzie

stanowią terapeutyczne wzmocnienie, a przy okazji zapewniają kontakt chorego z naturą. Pamiętajmy o tym aby mu to umożliwić. Jeśli nie mamy działki, stwórzmy ogródek w donicach na parapecie.

Wszystkie powyższe terapie muszą uwzględniać indywidualne potrzeby i możliwości chorego. Nadrzędny cel to poprawa samopoczucia i podniesienie poziomu samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym oraz podtrzymanie jak najdłużej jest to możliwe pamięci i koncentracji u chorego.

Najważniejsze korzyści z powyższych form terapii to:

- poprawa pamięci i koncentracji m.in. poprzez pobudzanie wspomnień oraz pobudzanie pamięci ciała i wykonywanych przez całe życie ruchów,
- obniżenie poziomu izolacji społecznej przy jednoczesnym podniesieniu poziomu wspólnotowości,
- poprawa interakcji międzyludzkich - podniesienie poziomu bycia zrozumianym, usłyszanym, zobaczonym, ważnym dla innych osób,
- wymiana doświadczeń, wspomnień i wrażeń pomiędzy członkami grupy,
- zwiększenie ekspresji emocji,
- zmniejszenie napięcia, lęku i niepokoju,
- podniesienie poczucia własnej wartości,
- zwiększenie orientacji w czasie i przestrzeni,
- pobudzanie dawnych nawyków ruchowych,
- zaspokojenie potrzeby ruchu i poprawa kondycji fizycznej,
- zwiększenie poczucia odpowiedzialności za własne samopoczucie i emocje,
- podniesienie jakości życia.

7. Pielęgnacja osób w Chorobie Alzheimera

Do podstawowych obszarów pielęgnacyjnych osób w podeszłym wieku należy troska o stan skóry, głowy, włosów, stóp i paznokci. Z racji niskiej aktywności w zaawansowanych stadiach choroby wyzwaniem są odleżyny.

A. Pielęgnacja skóry

Skóra starszej osoby, jest bardziej podatna na podrażnienia i reakcje alergiczne. Pamiętajmy o nawadnianiu, które może wspierać działania nawilżające skórę. Wysuszenie skóry zaostża wiele chorób dermatologicznych, stanów zapalnych i infekcji. Nawilżenie i natłuszczenie stanowi niezmiernie ważny element w pielęgnacji. Szczególnie ważne jest również zadbanie o skórę miejsc intymnych.

B. Pielęgnacja skóry głowy i włosów

Codziennie szczotkowanie /czesanie włosów jest podstawowym i koniecznym zabiegiem niezależnie od kondycji chorego, czy jest mobilny, czy pozostaje w łóżku. Do mycia najlepiej stosować delikatne środki dla dzieci i każdorazowo należy zadbać o dokładne wysuszenie głowy ze względu na ryzyko przeziębienia.

C. Pielęgnacja stóp i paznokci

Powinniśmy pamiętać o codziennym myciu stóp w letniej mydlanej wodzie, zakańczane delikatnym osuszaniem, natłuszczaniem i nawilżaniem stóp. Paznokcie należy przycinać na prosto i unikać zbyt głębokiego wycinania macierzy paznokci.

D. Odleżyny

Stanowią szczególne wyzwanie dla opiekunów. Powstawaniu odleżyn sprzyjają: nadmierna suchość i utrata elastyczności skóry, nietrzymanie zwieraczy, niedożywienie, spadek aktywności i unieruchomienie osoby chorej.

Profilaktyka odleżyn:

1. Pielęgnacja skóry
2. Układanie i zmiana pozycji chorego
3. Odciążanie od ucisku miejsc narażonych na odleżyny
4. Nawadnianie i odżywianie
5. Rehabilitacja
6. Wyrównanie poziomu cukru, żelaza, białka , elektrolitów
7. Dokumentowanie czynności pielęgnacyjnych

Wskazówki:

1. codziennie myj skórę ciepłą wodą i środkami nie zawierającymi perfum, nie nadużywaj środków czystości
2. każdorazowo osusz skórę po myciu, zwracając szczególną uwagę na fałdy
3. po osuszeniu stosuj środki nawilżające mające działanie regeneracyjne i antybakteryjne takie jak Linomag, Alantan, czasami maść cynkowa
4. szczyt delikatnie skórę i oklepuj dłonią ułożoną w tzw. łódeczkę omijając wyniosłości kostne, unikaj mocnego masowania
5. okolice intymne zabezpiecz przed zanieczyszczeniem za pomocą kremu i czyść je starannie każdorazowo po wypróżnieniu
6. nie stosuj pudrów i suchych zasypek aby nie wysuszać skóry
7. zadbaj o nawilżenie powietrza i zapobiegaj ekspozycji na zimno
8. chroń skórę przed uderzeniami i skaleczeniami.

E. Rehabilitacja

U osób z chorobą Alzheimera stopniowo spada aktywność fizyczna, co sukcesywnie ogranicza zdolność poruszania się i obniża jakość życia. Istotne jest motywowanie do aktywności własnej, rozpoznanie możliwości chorego i wyznaczenie mu zestawu ćwiczeń. Rodzaje gimnastyki powinny być dopasowane do potrzeb i możliwości chorego. Należy uwzględnić również choroby towarzyszące takie jak choroby układu oddechowego i ruchu, choroby serca, choroby układu krążenia, zaburzenia przemiany materii. W przypadku braku możliwości własnej aktywności chorego należy zmieniać mu ułożenie ciała co 2 godziny, kończyny górne i dolne na zmianę układać w pozycji prostej i zgięciowej. Koniecznie prowadzić szczegółową dokumentację zmiany ułożenia i unieruchomienia. Osoby poruszające się należy motywować do prostowania sylwetki, wzmacniać ćwiczeniami oddechowymi oraz ruchowymi. Warto wykorzystać elementy poprawiające nastrój podczas ćwiczeń, np. muzykę. Ćwiczenia dobrze zakończyć kilkoma technikami relaksacyjnymi.

VI. Opiekun w świecie Alzheimerera

1. Rola opiekuna osoby dotkniętej chorobą Alzheimerera.

Dowiadujesz się, że ktoś z twojej bliskiej rodziny cierpi na chorobę Alzheimerera. Niezależnie od tego, kim dla Ciebie jest ta osoba – mężem, żoną, ojcem, matką, babcią, dziadkiem czy bliskim krewnym – doświadczasz szoku. Prawdopodobnie na tym początkowym etapie zadajesz sobie wiele pytań w rodzaju – dlaczego to jego/ją spotkało? dlaczego w mojej rodzinie? co teraz będzie? jak sobie poradzę? czy dam radę się nim/nią opiekować? To, co dzieje się z twoimi uczuciami zapewne przypomina kręcącą się w zawrotnym tempie karuzelę. Potrafisz jednocześnie odczuwać złość, smutek, żal, gniew, lęk i bezradność. Zastanawiasz się, co masz zrobić, gdzie pójść, jak pomóc? Wszystko to, czego w tej sytuacji doświadczasz jest zupełnie naturalne. Diagnoza choroby Alzheimerera w rodzinie to zmiana dotycząca nie tylko osoby chorej, ale także całego systemu rodzinnego. Od tej pory prawdopodobnie funkcjonowanie Twoje i Twojej najbliższej rodziny będzie podlegało nieustannym zmianom, zależnym w dużej mierze od postępów choroby i zachowania samego chorego. Warto pamiętać, że każdy przypadek chorego na Alzheimerera jest inny i nie istnieją jedne, uniwersalne wskazówki do tego, jak opiekować się chorym. Istotne, aby w miarę możliwości zgłębić wiedzę, przynajmniej podstawową, na temat tej choroby po to, aby móc w miarę skutecznie pomagać. W jej uzyskaniu pomoże ci lekarz, psycholog lub inne osoby, np. z grupy wsparcia dla osób opiekujących się chorymi na Alzheimerera.

Rola, w jakiej się znalazłeś – opiekuna osoby chorej, jest niezwykle ważną, ale także trudną rolą. Do jakiegoś momentu chory może samodzielnie funkcjonować, a Ty jedynie asystujesz mu w niektórych czynnościach. Jednak z upływem czasu, kiedy choroba przechodzi do głębszej fazy, w której stopniowo następuje zanik wszystkich procesów poznawczych, tj. pamięci, myślenia logicznego, mowy oraz następuje utrata wcześniejszych umiejętności (chodzenia, higieny, ubierania się, samodzielnego jedzenia, siadania, utrzymywania pionowej postawy ciała, etc.), repertuar twoich zadań znacznie się zwiększa. Chory staje się od ciebie całkowicie zależny i wymaga 24-godzinnej opieki. Bycie opiekunem to ogromny wysiłek psychiczny i fizyczny, jak również finansowy, a nawet społeczny.

Najtrudniejsze wydaje się być **obciążenie psychiczne**, pojawiające się czasami jeszcze przed pełną diagnozą, w sytuacji, gdy chory się zmienia, staje się roszczeniowy, podejrzliwy, a nawet agresywny. Psychiczne osłabienie może narastać wraz z upływem lat opieki nad chorym i jest większe u tych osób, które w pojedynkę sprawują opiekę. Może się ono także pojawiać jako skutek życia w ciągłym napięciu i stresie oraz nieradzeniu sobie z własnymi emocjami.

Wysiłek fizyczny dotyczący opiekunów, wynika z wykonywania wielu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, jak również z koniecznością pomagania choremu w codziennej toalecie, wstawaniu, chodzeniu, ubieraniu się czy jedzeniu.

Obciążenie ekonomiczne związane jest z ponoszeniem nierzadko wysokich kosztów leczenia, opieki i pielęgnacji chorego. **Konsekwencje społeczne** rozumiane są tutaj, jako różne formy izolacji chorego i opiekuna od otoczenia. Bardzo często

bliscy ukrywają przed innymi członkami rodziny, zwłaszcza młodszymi, sam fakt choroby. Skutkiem takich zachowań są rzadkie, a czasem zupełnie przerwane kontakty innych osób w domu chorego. Niekiedy opiekunowie podają niejasne wyjaśnienia, co do „dziwnych zachowań” chorego, co doprowadzać może do wielu nieprzyjemnych sytuacji. Społeczne konsekwencje to także całkowita zmiana w zakresie kontaktów interpersonalnych opiekuna. Wieloletnia opieka, jaką sprawuje nad chorym, pozbawia go okazji do nawiązywania czy podtrzymywania kontaktów społecznych.

Wiele osób decydujących się na opiekę nad chorym w domu doświadcza szeregu trudności, wynikających z braku znajomości specyfiki choroby Alzheimera (dotyczy to także innych chorób otępiennych). Często opiekun nie rozumie pewnych zachowań chorego, np. tego, że bliski dotychczas był spokojny, a teraz stał się agresywny, albo, że był aktywny fizycznie, a teraz nie chce ruszać się z fotela. W pewnym sensie opiekunowie „tracą” dawnych bliskich – muszą pożegnać się z ich wizerunkiem, który dotychczas na ich temat posiadali. Towarzyszy temu ogromne poczucie straty i obawy o to „jak to teraz między nami będzie”. Wydaje się więc, że odpowiednie wsparcie, zapewnione przez otoczenie jest konieczne do tego, aby chronić opiekuna przed nadmiernym stresem i wypaleniem. Niestety, często dzieje się tak, że w rodzinie do opieki nad chorym delegowana jest tylko jedna osoba (najczęściej współmałżonek lub dorosłe dziecko chorego) i to na jej barkach spoczywa ciężar całkowitej opieki. Nawet najbardziej odporni psychicznie i najsilniejsi fizycznie opiekunowie nie mogą przez długi czas sprawować opieki nad chorym bez pomocy innych. Potrzebna jest zarówno pomoc instytucjonalna (np. ośrodki pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, itp.), jak również wsparcie znajomych, dalszej rodziny, a nawet psychologa.

2. Stres w opiece nad bliskim

Główny opiekun chorego to najczęściej współmałżonek lub dziecko, osoba często aktywna zawodowo czy wychowująca własne dzieci. Jeśli nie zapewni sobie wsparcia będzie doświadczał chronicznego zmęczenia i frustracji.

Sprawowanie opieki nad osobą chorą wymaga wielu wyrzeczeń i poświęcenia. Życie staje się podporządkowane codziennym potrzebom podopiecznego. Sytuacja często wymusza rezygnację z pracy zawodowej, relacji towarzyskich, relaksu. Zarówno choroba osoby bliskiej jak i nowa rola opiekuna powodują pojawienie się frustracji, bezradności i poczucia winy. Uczestniczenie w relacji z chorym wywołuje szereg ambiwalentnych uczuć. Pojawiają się dylematy. Wybór właściwej drogi postępowania, aby nie naruszać wartości własnych i podopiecznego. Brak pewności, że wiemy czego potrzebuje podopieczny. Może też pojawić się odczucie niechęci do osoby wspomaganą przy jednoczesnej konieczności podjęcia opieki i konieczność pokonania tej niechęci.

Opiekun zmaga się z oceną własną i innych na temat sprawowanej opieki. Pojawia się uczucie utraty kontroli nad własnym życiem i potrzebami. Chroniczny stres

powoduje dolegliwości psychosomatyczne u opiekuna i pogorszenie ogólnego stanu zdrowia.

Objawy towarzyszące stresowi opiekuna:

- rozdrażnienie, irytacja i gniew, bezsilność i rozpacz
- utrzymująca się złość na podopiecznego, na sytuację
- niechęć do wykonywania codziennych czynności
- poczucie winy z powodu zaniedbywania swoich obowiązków lub nieumiejętnego ich wykonywania
- wycofanie społeczne i poczucie osamotnienia
- fizyczne dolegliwości: zaburzenia snu, apetytu, nawracające bóle głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji oraz nasilenie się istniejących chorób.

Przewlekły stres generuje nowe zespoły bólowe takie jak napięciowy ból głowy oraz kręgosłupa, problemy trawienne i inne nieokreślonego pochodzenia. W uczuciach dominuje smutek i lęk, towarzyszy temu ograniczenie kontaktów i izolacja społeczna. Ważne jest tu wsparcie zarówno fizyczne jak i psychiczne. Wyczerpanie prowadzi często do wypalenia, depresji i rezygnacji z aktywności dotąd przynoszących satysfakcję. Dlatego niezwykle istotna jest regeneracja poprzez dbanie o własne przyjemności: uprawianie ulubionej dyscypliny sportowej, wyjścia do kina, teatru, spotkania z bliskimi. Warto skorzystać z grupy wsparcia lub wizyty u psychologa.

3. Pomoc dla opiekuna

Pomoc opiekunom może mieć różne formy, od wsparcia finansowego, poprzez pomoc w zrobieniu zakupów, posprzątaniu mieszkania, załatwieniu spraw urzędowych, umożliwieniu wyjścia do fryzjera, lekarza czy na spacer aż do zwyczajnej wspólnej rozmowy. Każdy opiekun musi mieć możliwość wypoczynku, wyjścia z domu, spotkania się z kimś znajomym, aby móc zregenerować swoje siły fizyczne i psychiczne. Dzięki temu jakość dalszej opieki nad chorym będzie wyższa. Aby to zrobić, opiekun potrzebuje kogoś, kto w jego zastępstwie zajmie się chorym. Niestety, bardzo rzadko opiekunowie sami proszą o pomoc dla siebie. Zazwyczaj dlatego, bo „*nie chcą komuś zawracać głowy*”, „*inni mają swoje sprawy*”, „*przecież daję radę*”. Osoby te, wstydzą się prosić o pomoc, rozmawiać z rodziną o własnych trudnościach czy niepokojach związanych z opieką. Często dopiero podczas spotkania z psychologiem (nierzadko zainicjowanym przez innych członków rodziny) okazuje się, że doświadczają wielu kłopotów, są zmęczeni i zupełnie niepewni tego, co robią. Szukają potwierdzenia dla swoich obserwacji, pomysłów wykorzystywanych w codziennym kontakcie z chorym, wskazówek do dalszej pracy. Wielu z nich nie wierzy we własną skuteczność lub ma poczucie, że niewłaściwie zajmuje chorym.

Najczęstszymi pytaniami, z jakimi borykają się opiekunowie są:

- Jak sobie radzić, gdy chory jest agresywny?
- Czy mówić mu/jej, że jest chory na Alzheimera?

- Czy dobrze robię, gdy...?
- Jak z nim/nią rozmawiać?
- Co zrobić, żeby rozumiał to, o co proszę?
- Czy skoro leki nie działają to mogę ich więcej nie dawać?
- Jak mu/jej wytłumaczyć, że nie może wychodzić sam/sama z domu?
- Dlaczego on/ona nie chce jeść?
- Dlaczego on/ona jest taki/taka uparty/uparta?
- Czy powinnam go/ją oddać do domu pomocy społecznej?

Członkowie rodzin osób chorych niejednokrotnie zastanawiają się na czym taka pomoc psychologiczna może polegać i co mogą dzięki niej dla siebie uzyskać. **Oto tylko niektóre z powodów, dla których warto udać się do psychologa czy terapeuty:**

- Możesz uzyskać wsparcie dla siebie w związku z różnymi trudnymi sytuacjami, które pojawiają się w trakcie opieki nad chorym.
- Masz możliwość opowiedzenia o swoich kłopotach, myślach i uczuciach.
- Masz szansę otrzymania cennych wskazówek dotyczących tego, jak radzić sobie z różnymi trudnymi zachowaniami chorego.
- Możesz wspólnie z psychologiem zastanowić się nad wątpliwościami, które Cię nurtują, np. „czy umieścić chorego w DPS?”, „czy go/ją ubezwłasnowolnić?”
- Dostaniesz informacje o miejscach i instytucjach pomocowych.

Pamiętaj! Psycholog nie osądza i nie daje rad. Nie udzieli Ci jednoznacznej odpowiedzi na te pytania. Pomoże Ci przyjrzeć się sytuacji, w której się znajdujesz i zrozumieć oraz nazwać uczucia, które Ci w niej towarzyszą).

A. Poradnictwo psychologiczne

Forma pomocy kierowana do osób przeżywających kryzysy życiowe lub trudności adaptacyjne. Zazwyczaj odbywa się w formie kilku spotkań z psychologiem, których głównym celem jest zdiagnozowanie potrzeb klienta, zrozumienie problemu i zaplanowanie konkretnych kroków zmierzających do jego rozwiązania. Poradnictwo psychologiczne jest pomocne w sytuacji, gdy klient potrzebuje wsparcia w związku z aktualną sytuacją życiową, zmianami życiowymi, pojawiających się trudnościach. Przebiega w kilku fazach:

- diagnoza problemu, to znaczy zidentyfikowanie trudności z jaką osoba sobie nie radzi,
- określenie czynników podtrzymujących istnienie problemu oraz trudności związanych z jego istnieniem,
- poszukiwanie nowych sposobów rozwiązania trudności,
- wzmocnienie klienta w realizowanych przez niego zmianach.

Poradnictwo psychologiczne nie jest psychoterapią; jest to krótka relacja z psychologiem nastawiona na rozwiązanie konkretnej trudności.

B. Grupa wsparcia dla rodzin

To forma wsparcia psychospołecznego, w której członkowie świadczą sobie różnego rodzaju pomoc. W spotkaniach grupy wsparcia biorą udział osoby doświadczające konkretnego problemu życiowego lub konkretnej sytuacji życiowej. Są to grupy samopomocowe, czyli jedynie moderowane przez psychologa, samodzielnie i wspólnie tworzące bezpieczne dla siebie środowisko, w którym mogą obserwować i przepracowywać swoje trudności. Sprzyjają rozwijaniu nowych sposobów radzenia sobie z problemami i nowych strategii zachowania. Ogromna siła oddziaływania terapii grupowej wiąże się z możliwością doświadczania, że:

- nie jestem sam w przeżywaniu swoich uczuć, cierpienia i lęków, a także radości i wzlotów,
- potrafię pomóc komuś innemu, dać mu wsparcie, podzielić się swoim doświadczeniem,
- mogę podzielić się i ujawnić swoje cierpienie lub trudne doświadczenia z historii swojego życia,
- jestem słuchany i zauważany przez innych ludzi, inni uznają moją odmienność i wyjątkowość,
- mogę wysłuchać informacji zwrotnych od innych bez utraty poczucia swojej wartości i godność,
- jestem częścią ważnej dla mnie wspólnoty i czuję się bezpiecznie,
- potrafię przetrwać konflikty i kryzysy oraz nauczyć się konstruktywnie je rozwiązywać, szukając ich sensu i znaczenia w moim życiu.

C. Jak zadbać o siebie

1. Staraj się jak najwięcej dowiedzieć o chorobie – czytaj książki na ten temat, poradniki, rozmawiaj z lekarzem lub idź do psychologa. Wiedza na temat choroby, poznanie i zrozumienie kolejno pojawiających się objawów choroby – na każdym z jej etapów – pozwoli Ci prawidłowo na nie reagować. Pojawiające się zmiany w zachowaniu chorego nie będą Cię zaskakiwać i nie będą powodem do niepokoju.

2. Zaplanuj sprawy finansowe i uporządkuj prawne – pomoże Ci to zmniejszyć stres i zabezpieczyć na przyszłość.

3. Otwórz się na pomoc. Zobacz, kto i w czym może Ci pomóc. Czasami najprostsze czynności, takie jak zakupy, dobrze jest powierzyć drugiej osobie. Im więcej osób wokół Ciebie, tym łatwiej rozdzielić zadania.

4. Zadbaj o swoje potrzeby. Zweryfikuj swoje najpilniejsze potrzeby i spróbuj je zaspokoić w takim zakresie, w jakim jest to możliwe w danym momencie. Będziesz

spokojniejszy, jeśli podczas realizowania swoich zajęć znajdziesz zaufaną osobę, która w tym czasie spędzi czas z chorym.

5. Pamiętaj, że nie jesteś niezastąpiony. Opieka innej osoby nad bliskim Ci chorym wcale nie musi być gorsza. Zadbaj o chwile wytchnienia, odpoczynku. Jeśli dobrze to zaplanujesz, okaże się to możliwe do zrealizowania.

6. Dbaj o siebie! Bardziej pomożesz osobie bliskiej wówczas, gdy będziesz miał więcej siły i energii do działania. Dbalność o własne zdrowie, nierezygnowanie z przyjemności, uczestnictwo w ulubionych zajęciach, nie są „zdradą” wobec osoby chorej.

7. Patrz realnie. Choroba Alzheimera jest chorobą postępującą. Nie koncentruj się na tym, co mogłeś zrobić, albo czego nie zrobiłeś. Postaraj się uwierzyć w to, że Twoja opieka, obecność przy chorym bardzo mu pomaga.

8. Nie obwiniaj siebie. Robisz wszystko to, co jesteś w stanie, nawet, jeśli czasami coś Ci się nie udaje albo ponoszą Cię emocje. Pamiętaj, że chory Cię potrzebuje i jesteś dla niego ważnym źródłem poczucia bezpieczeństwa.

9. Mów o swoich uczuciach. Czasami łatwiej jest zaakceptować pewne zachowania czy uczucia podczas rozmowy z osobami, które znalazły się w podobnej sytuacji. Korzyści może przynieść uczestnictwo w grupach wsparcia dla opiekunów osób chorujących.

10. Nie zamykaj się w czterech ścianach. W chwilach zwątpienia i słabości zmiana otoczenia i kontakt ze znajomymi pomoże Ci uspokoić myśli i spojrzeć na sytuację z nowej perspektywy.

11. Zadbaj o pozytywny ruch. Ze względu na specyfikę choroby, gdzie ważne jest zadbanie o dobry nastrój i spokój osoby chorej na Alzheimera, opiekun często zatrzymuje emocje, nie wyraża ich na bieżąco lub wcale, czy w sposób, którego później żałuje. Powoduje to duże napięcie w ciele. Dlatego niezmiernie ważne jest zadbanie o właściwą regenerację, oczyszczanie i relaks. Wprowadź umiarkowaną aktywność fizyczną : spacer, szybki marsz, taniec, joga, terapia tańcem i ruchem. Wykorzystaj te aktywności indywidualnie lub w grupie dla zaspokojenia potrzeb relacyjnych i towarzyskich.

Opiekunie !!! Pozwól sobie pomóc. Naucz się odpoczywać.

12. Złap oddech. Na co dzień zapominamy o właściwym oddychaniu. W stresie staje się on jeszcze mniej wydajny, jest szybki i płytki przez co nasz mózg i cały organizm jest niedotleniony. Dlatego zwracaj uwagę na to by wypracować technikę wyciszania się i treningu oddechowego.

13. Dobrze się odżywiaj. Zadbaj o dietę bogatą w produkty z wysoką zawartością magnezu, sięgaj po gorzką czekoladę i witamy z kompleksu B. Jedz systematycznie i bez pośpiechu. Unikaj używek gdyż wypłukują cenne minerały w organizmie, potęgują lęk i stres.

14. Bądź obserwatorem i monitoruj sytuacje stresogenne. Ważne aby nauczyć się rozpoznawać czynniki stresogenne, zatrzymywać myśli natrętne obniżające nastrój i podważające wartość wkładanego wysiłku w opiekę nad bliską osobą.

15. Odpoczynek to nie lenistwo. Codzienne obowiązki powodują, że opiekun zamyka się w bańce jednego tematu. Wyjdź na zewnątrz, zmień miejsce i perspektywę. Dobra książka czytana na łonie natury, film również w kinie nie tylko w domu, łowienie ryb, słuchanie muzyki, śpiewu ptaków, nawet siedzenie na ławce w parku i obserwowanie tego co dookoła. Naucz się być tu i teraz i cieszyć się każdą chwilą.

16. Zorganizuj pomoc. Sprawowanie opieki nad osobą z chorobą Alzheimera wymaga uwzględnienia dobrej kondycji opiekuna. Opiekunowie rodzinni często nie mogą liczyć na wsparcie ze strony innych członków rodziny. Tym czasem opiekun potrzebuje kogoś, kto będzie mógł odciążyć go w codziennych czynnościach opiekuńczych, ale też zrozumie trud sytuacji. Mogą to być osoby spokrewnione, bliscy znajomi, wolontariusze, czy opiekunowie poleceni przez OPS i grupy wsparcia. Zdarza się, że wprowadzenie do systemu opieki osób z zewnątrz jest źle oceniane, krytykowane i osądzone. Ważne, aby pamiętać, że dzielenie się opieką nie jest egoizmem opiekuna. Jest to odpowiedzialne zadbanie o siebie i chorego. Opiekun, który doświadczy zadbania o siebie lepiej będzie umiał i rozumiał chorego i jego potrzeby.

Jeśli nie zadbasz o siebie zabraknie Ci energii, by zadbać o chorego.

VII. Wsparcie z zewnątrz

1. Pomoc w domu

A. Opiekun indywidualny

Opiekun, gdy staje przed koniecznością powierzenia opieki nad swoim bliskim, staje przed dylematem, jak znaleźć właściwą osobę, jakie cechy powinien mieć opiekun i jak określić obszar obowiązków.

Cechy pożądane opiekuna:

- ciepło i empatia
- umiejętności komunikacyjne
 - szacunek i pozytywne spojrzenie na pacjenta
 - elastyczność i tolerancja
 - autentyczność i dar przekonywania
 - umiejętność dawania poczucia bezpieczeństwa
 - radość życia,
 - twórczość, otwartość umysłu
 - wrażliwość na uczucia, lęki i wątpliwości
 - umiejętność i otwartość na zwiększanie samodzielności pacjenta zamiast wyręczania
 - odwaga podjęcia ryzyka opieki przy założeniu występujących niepowodzeń
 - odwaga zetknięcia się z oskarżeniami i krytyką.

Powyższe cechy osobowości predysponują do pracy opiekuna. Dobrze jednak, jeśli osoba, którą chcemy zatrudnić do opieki nad bliskim, zna samą chorobę Alzheimera, najlepiej z doświadczenia. Często na grupach wsparcia można uzyskać informacje o takich osobach. Zgłaszają się osoby, które opiekowały się chorym rodzicem czy pracowały w placówce, gdzie zdobyły doświadczenie.

B. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze

Świadczone są przez ośrodek pomocy społecznej. Mogą być przyznane osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie zamieszkujący nie mogą takiej pomocy zapewnić.

1. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

3. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

Usługi opiekuńcze powinny zapewniać:

- pomoc w czynnościach życia codziennego, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu
- organizację czasu wolnego
- pomoc w zakupie odzieży i obuwia
- pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

2. Dzielne ośrodki wsparcia

To ośrodki wsparcia przeznaczone dla osób starszych. Zapewniają one seniorom kilkugodzinną opiekę, w tym posiłek (czasem dwa), a także organizują zajęcia, np. ruchowe, artystyczne, edukacyjne, a także rozmaite imprezy kulturalne, uroczystości oraz spotkania okolicznościowe. Wniosek o możliwość spędzenia czasu w domu dzielnego pobytu składa się w OPS. Osoba zainteresowana może to zrobić osobiście, listownie, telefonicznie lub przez inne osoby i instytucje działające w jej imieniu. Pomoc taka przyznawana jest na podstawie wywiadu środowiskowego, w którym pracownik socjalny opisuje sytuację rodzinną, zdrowotną, mieszkaniową i finansową. Dokumentami potwierdzającymi są m.in. odcinki renty/emerytury lub inne dokumenty określające wysokość dochodu rodziny, rachunki potwierdzające regulowanie opłat mieszkaniowych, wypisy ze szpitala, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy itp. Opłaty za pobyt pobierane są w zależności od dochodów w rodzinie.

3. Domy Pomocy Społecznej

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. W przypadku, gdy osoba bezwzględnie wymagająca pomocy lub jej przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej lub po umieszczeniu wycofają swoją zgodę, ośrodek pomocy społecznej lub dom pomocy społecznej są obowiązane do zawiadomienia o tym właściwego sądu, a jeżeli osoba taka nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna – prokuratora. Domy pomocy społecznej są prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, organizacje religijne, fundacje i stowarzyszenia, a także osoby prawne i fizyczne. W sytuacji, gdy osoba starsza wymaga całodobowego wsparcia, powinna zgłosić się do pracownika socjalnego w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na swoje miejsce zamieszkania.

Jakiego rodzaju poprawy można oczekiwać po pobycie w ośrodku?

- spowolnienie lub złagodzenie procesu chorobowego
- utrwalanie pamięci autobiograficznej – wzmacnianie jak najdłuższego rozpoznawania członków rodziny
- złagodzenie objawów zaburzeń zachowania (apatia, agresja, depresja, etc.)
- zwiększenie sprawności funkcjonowania Pacjenta na co dzień
- poprawa nastroju i zmniejszenie smutku i lęku
- zwiększenie spontanicznej aktywności chorego

4. Stołeczne Centrum Opiekuńczo - Lecznicze

Świadczenia zdrowotne dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, finansowane przez NFZ, są udzielane w Warszawie w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) należących do Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego. Całodobowe świadczenia obejmują pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji. Pacjentom zapewniane są produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu ich zdrowia. Świadczenia zdrowotne obejmują w szczególności:

- opiekę lekarską i opiekę pielęgniarską
- usprawnianie ruchowe i działania fizjoterapeutyczne
- leczenie farmakologiczne
- zapewnienie niezbędnych konsultacji specjalistycznych
- zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych
- ustalenie i stosowanie diety
- stymulację metodami terapeutycznymi i psychoterapeutycznymi do aktywności życiowej
- przygotowanie rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia
- zmniejszenie skutków upośledzenia ruchowego i przygotowanie do życia w społeczeństwie

Ważne jest wsparcie z zewnątrz.

Wszelkie informacje na temat dostępnych form opieki nad osobami z chorobą Alzheimera uzyskamy w dzielnicowym Ośrodku Pomocy Społecznej lub Polskim Stowarzyszeniu Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera w Warszawie.

Szukaj opiekunów, którzy pomogą Ci w domu, ale również publicznych lub prywatnych dziennych ośrodków pobytu. W takich ośrodkach chorzy w ciągu dnia mają zapewnioną opiekę, posiłki, terapię, oraz lubiane przez nich wspólne zajęcia: np. muzyczne czy ruchowe.

VIII. Adresy warszawskich instytucji pomocowych

Mazowiecki Szpital Wojewódzki DREWNICA: ul. Rychlińskiego 1, Ząbki,
<http://drewnica.pl/>, tel. 22 419 72 46,

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA: ul. Wołoska 137, Warszawa, Budynek B piętro I, <https://cskmswia.pl>, tel. 22 508 19 07 (rejestracja Poradni Pozapiramidowej i Alzheimerowskiej)

Centrum Leczenia Alzheimerera: ul. Ogrodowa 39/41, Warszawa, tel (22) 300 94 92,
e mail: info@mcla.pl

Warszawskie Ośrodki Pomocy Społecznej:

Bemowo:

ul. Rozłogi 10, <https://www.opsbemowo.waw.pl/>, tel. 22 487 13 00

Białołęka

ul. Marywilska 44C, <https://www.opsbialoleka.waw.pl/>, tel 22 300 20 40 lub 41

Bielany

ul. Przybyszewskiego 80/82, <https://www.opsbielany.waw.pl/> tel. 22 56 89 100

Mokotów

ul. Fałęcka 10, <http://opsmokotow.pl/>, tel. 22 849 44 66, 22 849 44 68,

Ochota

ul. Przemyska 11, <https://www.opsochota.waw.pl/> , tel. 22 822 11 24

Praga Południe:

ul. Wiatraczna 11, <https://ops-pragapoludnie.pl/>, tel. 22 277 33 00, 22 277 33 01

Praga Północ:

ul. K. Szymanowskiego 6 lok.61, <http://www.opspragapolnoc.waw.pl/>, tel. 22 511 24 00

Rembertów:

ul. Plutonowych 10 , <http://www.opsrembertow.waw.pl/>, tel. 22 673 54 12

Śródmieście:

ul. Konwiktorska 3/5, tel. <http://www.cps.srodmiescie.warszawa.pl/>, tel. 22 628 07 12

Targówek:

ul. św. Wincentego 87, <http://ops-targowek.waw.pl/>, tel. 22 277 02 50

Ursus:

Plac Czerwca 1976 r. nr 1, <https://ops-ursus.pl/>, tel 22 277 34 40; 22 277 34 63

Ursynów:

ul. Jana Cybisa 7, <http://www.ops-ursynow.civ.pl/>, tel. 22 544 12 00

Wawer:

ul. Włókiennicza 54, <https://www.opswawer.waw.pl/>, tel. 22 613 38 94, 22 872 20 53

Wesoła:

ul. 1 Praskiego Pułku 21A, <http://www.opswesola.waw.pl/>, tel. 22 773 44 12

Wilanów:

ul. Przyczółkowa 27A, <http://www.opswilanow.pl/>, tel. 22 648 22 26

Włochy:

ul. Czereśniowa 35, <https://www.opswlochy.waw.pl/>, tel. 22 863 98 37

Wola:

ul. J. Bema 91, <http://ops-wola.waw.pl/opswola/>, tel. 22 571 50 00

Żoliborz:

ul. ul. Dembińskiego 3, <https://www.ops-zoliborz.waw.pl/>, tel. 22 569 28 00

Centrum Alzheimera: Al. Wilanowska 257, www.ca.waw.pl, tel. 22 843 19 22

Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera: ul. Emilii Plater 47, Warszawa, telefon Zaufania: [22 622 11 22](tel:226221122) (wtorki i czwartki, w godz. 15-17), e mail: alzheimerpl@gmail.com, www.alzheimer-waw.pl;

Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie: ul. Lipińska 2, Warszawa, <https://wcpr.pl/>, tel. 22 599 71 00

<http://senioralna.um.warszawa.pl/wsparcie-dla-senior-wporadnictwo-specjalistyczne/prawne>

Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze:

- ZOL ul. Mehoffera 72/74 (450 miejsc) tel.: (22) 614 64 42
- - ZOL ul. Olchy 8 (170 miejsc) tel/fax 22 615 70 41
- - ZOL ul. Szubińska 4 (110 miejsc) tel/fax 22 834 70 18

<https://www.scol.warszawa.pl/dla-pacjenta>

Warszawskie Punkty Informacyjno-Konsultacyjne m.st. Warszawy

Bemowo: ul. Rozłogi 10 p. 124, tel. 22 325 40 46

Białołęka: ul. Marywilska 44c, lok. 5, tel. 22 300 47 35

Bielany: ul. S. Żeromskiego 29, tel. 22 373 31 80

Mokotów: ul. Gagarina 27, tel. 22 841 93 49

Ochota: ul. Białobrzeska 32, tel. 22 822 56 92

Praga Południe: ul. L. M. Paca 39, tel. 22 443 54 04

Praga Północ: ul. Jagiellońska 60, lok. 90, tel. 22 741 38 10

Rembertów: al. gen. A. Chruściela „Montera” 28, p. 219, 220, tel. 22 443 39 31

Śródmieście: ul. Nowy Świat 39, tel. 22 443 92 91

Targówek: ul. św. Wincentego 87, tel. 22 443 87 32

Ursus: pl. Czerwca 1976 r. 1, tel. 22 478 41 18

Ursynów: ul. Dereniowa 52/54, tel. 22 443 75 44

Wawer: ul. Włókiennicza 54, pok. 18, tel. 22 872 20 37

Wesoła: ul. 1 Praskiego Pułku WP 21a, tel. 22 773 44 12

Wilanów: ul. F. Klimczaka 4, tel. 22 443 49 55, 22 443 49 57

Włochy: ul. Centralna 24, tel. 22 443 44 74

Wola: ul. Syreny 18, tel. 22 443 57 60

Żoliborz: ul. Gdańska 4, tel. 22 403 40 16 (17)

Specjalistyczny Punkt Konsultacyjny: Centrum Alzheimera, Al. Wilanowska 257.

Stowarzyszenie Aktywność serdecznie dziękuje za wsparcie merytoryczne w realizację projektu „Vademecum – Zrozumieć Alzheimera” Dyrekcji oraz pracownikom Dziennego Domu Pomocy Centrum Alzheimera.

Dzięki naszej współpracy, Państwa wiedzy i zaangażowaniu powstał ten poradnik.

Stowarzyszenie Aktywność dziękuje również pracownikom Biura Pomocy i Projektów Społecznych m. st. Warszawy za możliwość realizacji projektu.

*Stowarzyszenie Aktywność wyraża zgodę na wykorzystanie treści poradnika
wyłącznie w celach niekomercyjnych*