
PORADNIK

dla młodzieży



NA TEMAT CHOROBY ALZHEIMERA



WROCŁAWSKIE
CENTRUM
ALZHEIMEROWSKIE

Scenariusz powstał w ramach projektu grantowego

„Generator Innowacji. Sieci Wsparcia”

realizowanego przez

Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e”

i finansowanego ze środków

Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach

Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Spis treści:

Tytułem wstępu.	4
Podstawowe informacje na temat zaburzeń poznawczych.	6
Sytuacja osób chorujących na Alzheimera i ich rodzin.	25
Jak komunikować się z osobą z otępieniem?	27
Jak zachęcić seniorów do badań?	32
Gdzie się zgłosić na badanie?	35
Chcę pomóc, ale nie wiem jak?	37
Możliwe aktywności osoby z demencją.	38
Notka o autorach.	41

#samotność

#pomoc

#depresja

#starość

#stres

#pamięć

#komunikacja

#opiekunowie

#alzheimer

#ryzyko

#otępienie

#komfort życia

#wolontariat

#leczenie

WITAJCIE!

Być może zastanawiacie się, czemu stworzyliśmy poradnik o chorobie, która jednoznacznie kojarzy się z osobami starszymi? Przecież młodzież ma ciekawsze tematy, niż interesowanie się czymś, co ich bezpośrednio nie dotyczy, szczególnie jeśli chodzi o choroby.

Otóż mamy ku temu przynajmniej dwa ważne powody:

Po pierwsze, **zależy nam na Waszej uwadze**. Uważamy, że to Wy możecie nam pomóc dotrzeć do osób zagrożonych chorobami otępiennymi.

Pracując przez wiele lat z osobami starszymi odkryliśmy, że to właśnie **pod wpływem młodych ludzi**, seniorzy decydują się wykonać badania, które w przypadku wykrycia choroby pomogą wdrożyć odpowiednie leczenie.

Nie kto inny, a wnuczki i wnukowie przyprawdzają swoich dziadków i babcię na badania kiedy zauważą u nich niepokojące symptomy.

Po drugie, **liczymy na waszą pomoc**. Osoby starsze dotknięte chorobami otępiennymi wymagają realnego wsparcia. Wiele z nich **nie otrzymuje wystarczającej pomocy**, dotykają ich choroby towarzyszące, w tym często depresja i samotność. Jesteśmy przekonani, że **uwaga, czas i entuzjazm**, który możecie im podarować, **są bezcenne**.

Dlatego stworzyliśmy ten poradnik, aby **dostarczyć Wam niezbędnej wiedzy na temat chorób otępiennych**, a także opowiedzieć Wam, **jak możecie zaangażować się w pomoc osobom chorującym**.

CO ZNAJDUJE SIĘ W PORADNIKU?

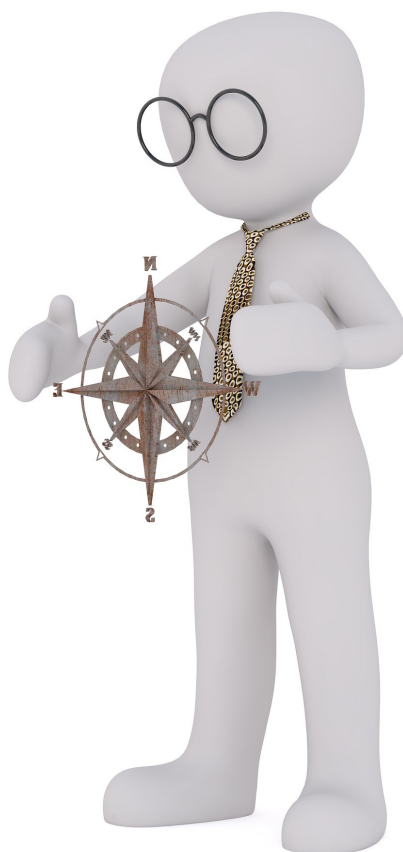
Najważniejsze informacje dotyczące objawów i przebiegu choroby Alzheimera, tak abyście potrafili je rozpoznać.

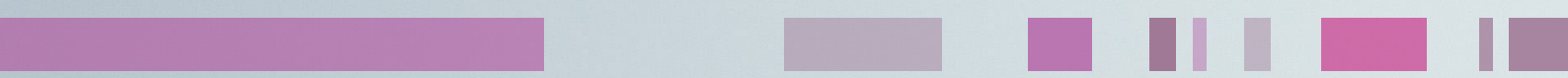
Dowiecie się, jak rozmawiać z osobami starszymi, aby zachęcić je do przeprowadzenia badań.

Poznacie problemy, z jakimi borykają się seniorzy.

Dowiecie się, jak mądrze pomagać osobom dotkniętym chorobami otępiennymi i gdzie się zgłosić, aby zacząć pomagać.

Przedstawimy sposoby aktywizacji osób starszych.





PODSTAWOWE INFORMACJE
NA TEMAT ZABURZEŃ
FUNKCJI POZNAWCZYCH



CZYM JEST OTEPIENIE?

Poważne kłopoty z pamięcią nie są typowe w żadnym wieku i zawsze powinny być ocenione przez lekarza.

Demencja i otępienie nigdy nie są konsekwencją samego starzenia się i zawsze wymagają leczenia.

Demencja i otępienie starcze to określenia opisujące poważne kłopoty z pamięcią, myśleniem i orientacją. Zawsze trzeba rozpoznać, jaka choroba je wywołuje.

Zdecydowanie najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera.



DEFINICJA OTEPIENIA

Zespół otępienny

to zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą, lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się licznymi zaburzeniami funkcjonowania mózgu, takimi jak **pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena**. Zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą, lub nawet je poprzedzają, **zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji**.





Alzheimer

Starzenie się społeczeństw wpłynęło na zwiększenie zainteresowania zaburzeniami pamięci.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zaburzeń pamięci jest wiek. Na świecie jest obecnie 15–21 mln osób z chorobą Alzheimera. Szacuje się, że w Polsce jest około 500 tys. osób z zaburzeniami otępiennymi (w tym pamięci); około połowę stanowią pacjenci z chorobą Alzheimera. Wzrost liczby zachorowań związany jest z wydłużeniem się średniej długości życia człowieka.


Nazwa choroby Alzheimera pochodzi od nazwiska **Aloisa Alzheimera**, który w 1907 roku po raz pierwszy opisał przypadek pacjentki Augusty D., cierpiącej na tę chorobę.

PRZEBIEG CHOROBY ALZHEIMERA MOŻNA PODZIELIĆ NA TRZY OKRESY:
OTEPIENIA LEKKIEGO, UMIARKOWANEGO I GŁĘBOKIEGO.



Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne,
a chorzy często wypierają pojawiające się problemy.


- ✓ występują zaburzenia pamięci, lecz nie ograniczają one samodzielnego funkcjonowania
- ✓ powtarzanie pytań
- ✓ kłopoty z przypominaniem sobie znanych faktów
- ✓ szukanie przedmiotów
- ✓ trudności w znalezieniu właściwego słowa
- ✓ problemy z zapamiętywaniem nowych informacji
- ✓ gorsze wyniki w pracy
- ✓ błędy w liczeniu i zarządzaniu pieniędzmi
- ✓ mogą występować trudności w kopiowaniu rysunków



OTEPIENIE
W STOPNIU
UMIARKOWANYM

Narastające zaburzenia pamięci stanowią problem w funkcjonowaniu chorego. Choroba staje się coraz bardziej zauważalna.

- ✓ chorzy mogą zagubić się w znanej okolicy
- ✓ zapominają imion bliskich osób
- ✓ mają kłopoty z rozpoznawaniem osób
- ✓ problemy z wykonywaniem prac domowych
- ✓ problemy z bardziej złożonymi zadaniami
- ✓ pierwsze problemy z ubieraniem się
- ✓ zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy
- ✓ nasila się niepokój
- ✓ depresja, apatia, drażliwość
- ✓ pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem

A hand with dark nail polish holds a white rectangular card against a purple background. The card contains text in a pink, handwritten-style font.

OTEPIENIE W STOPNIU GŁĘBOKIM

Pacjent nie rozpoznaje bliskich, traci umiejętność przypominania. Niezbędna staje się całodobowa opieka pielęgnacyjna.

✓ zasób słów jest już bardzo ubogi ✓ chory nie potrafi sam się ubrać, trafić do domu ✓ przestaje dbać o higienę osobistą ✓ zdolności werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się ulegają znacznemu ograniczeniu ✓ może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój ✓ stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego ✓ chory traci intelektualny kontaktu ze światem

CZYNNIKI RYZYKA

Najistotniejszym znanym czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera jest wiek. Na świecie trwają badania nad poznaniem również innych przyczyn.

Wśród zewnętrznych czynników ryzyka wymieniane są niski poziom wykształcenia (a także nieskorzystanie ze zdobytego wykształcenia), urazy głowy oraz występowanie zaburzeń pamięci w rodzinie.

Coraz większą rolę przypisuje się profilaktyce choroby. W związku z wydłużeniem się życia ludzkiego, zapobieganie chorobie przyczynia się do obniżenia kosztów leczenia oraz opieki nad chorymi.

Do potwierdzonych naukowo czynników ryzyka powstawania chorób naczyniowych należą:

✓ **nadciśnienie tętnicze:** normalizacja ciśnienia krwi u osób w średnim wieku obniża ryzyko późniejszego

wystąpienia otępienia,

✓ **cukrzyca:**

ryzyko zapadnięcia na chorobę Alzheimera jest od 30 do 100% większe u osób z cukrzycą typu drugiego,

✓ **cholesterol:**

ryzyko wystąpienia otępienia o charakterze alzheimerowskim, jak i naczyniowym, wzrasta wraz z podwyższeniem poziomu cholesterolu,

✓ **homocysteina:**

związany z niedoborem kwasu foliowego wzrost poziomu homocysteiny stanowi zarówno ryzyko chorób układu krążenia, jak i wystąpienia choroby Alzheimera.

Coraz częściej zwraca się uwagę, że różne czynniki środowiskowe mogą podnosić ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera. Istnieją dane sugerujące związek choroby Alzheimera z infekcją wirusem opryszczki Herpes Simplex (HSV-1).

OBRAZ ZABURZEŃ KLINICZNYCH I ZACHOWANIA

Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3
najczęściej, bardzo obciążające	umiarkowanie częste, obciążające	rzadkie objawy, do opanowania
Psychiczne Urojenia Halucynacje Smutek Bezsennaś Lęk	Psychiczne Misidentyfikacja (błędne rozpoznawanie osób znanych, jako nieznanych i odwrotnie)	Psychiczne Płacz Przeklinanie Brak napędu Ciągłe pytanie o to samo
Behawioralne Agresja Wędrowanie Niepokój	Behawioralne Pobudzenie Rozhamowanie Krzyk Przymus poruszania się	

ZABURZENIA MYŚLENIA I POSTRZEGANIA RZECZYWISTOŚCI

Najbardziej charakterystycznymi dla otępienia zaburzeniami stanu psychicznego są **zaburzenia toku myślenia**, występujące pod postacią spowolnienia i rozkojarzenia.

Oprócz nich mamy w demencji do czynienia z **zaburzeniami treści myślenia o typie paranoidalnym i urojeniowym**.

Najczęściej występujące typy urojeń to:

✓ **urojenia okradania**

✓ **urojenia porzucenia**

pacjent uważa, że został porzucony przez swoich bliskich,

✓ **urojenia zazdrości**

częściej występują u mężczyzn, są przyczyną wielu konfliktów rodzinnych,

✓ **urojenia podmienionego opiekuna**

chory twierdzi, że nie zna osoby, z którą mieszka, i która się nim opiekuje.

Oprócz zaburzeń myślenia w chorobach otępiennych możemy mieć również do czynienia z **zaburzeniami spostrzegania**.

Przybierają one postać **halucynacji, omamów lub iluzji**.

Chorzy widzą postacie ludzi lub zwierząt, mogą z nimi prowadzić rozmowy i wykazywać przed nimi lęk. Omamy wzrokowe nasilają się w godzinach wieczornych.

Omamy słuchowe występują w zespołach naczyńiopochodnych, nierzadko z omamami czuciowymi z narządów wewnętrznych.

Osłabienie pamięci u osób z otępieniem może stanowić podłoże zaburzeń spostrzegania o typie omamów wzrokowych. Osoby takie mogą nie rozpoznać swojego odbicia w lustrze, uznając, że widzą obcego (błędna identyfikacja).

ZABURZENIA NASTROJU

Objawy depresyjne występują u połowy osób chorych na chorobę Alzheimera. Pełnoobjawowa **depresja** obserwowana jest u 11-17% pacjentów. Depresja najczęściej występuje we wczesnym stadium choroby. W przebiegu depresji niekiedy spotykamy się z objawami, które mogą nasilać objawy otępienia. Leczenie depresji może wyraźnie poprawić funkcjonowanie chorego.

Niektóre objawy depresji i postępującego otępienia (np. apatia, spadek masy ciała, zaburzenia snu, niepokój) nakładają się na siebie i uniemożliwiają prawidłowe zdiagnozowanie depresji.

Do objawów depresji należą przewlekły smutek, utrata odczuwania, przyjemności, płaczliwość, niechęć do podejmowania jakiegokolwiek aktywności, poczucie rezygnacji, otępienie, oskarżanie samego

siebie, wyrażanie pragnienia śmierci.

Stanem rzadziej spotykanym w otępieniu jest **nastrój podwyższony** (maniakalny). Najczęściej spotykane w zaburzeniach demencyjnych są stany umiarkowanego podwyższenia nastroju określane jako euforia. Chory wykazuje objawy nadmiernego zadowolenia i beztroski, przejawiając jednocześnie brak krytycyzmu wobec swojego stanu. Euforia występuje, m.in. w stwardnieniu rozsianym i otępieniach naczyniopochodnych.

Moria to zaburzenie nastroju, pojawiające się w demencjach czołowo-skroniowych. W morii w zachowaniu chorego uderza, obok wzmożonego nastroju, wesołkowate rozbawienie, dowcipkowanie, brak dystansu i powściągnięcia działań popędowych.

ZABURZENIA LĘKOWE

Częstotliwość występowania lęku w przebiegu otępienia oceniana jest na 12-50%. Uznaje się, że **lęk** u osób z demencją występuje znacząco częściej niż w populacji ogólnej.

Objawy lękowe są częstsze we wczesnych etapach otępienia, gdy chory zauważa u siebie narastające trudności w sytuacjach niestanowiących wcześniej dla niego problemu.


Lęk i **inne objawy nerwicowe** mogą maskować wczesne stadium otępienia i utrzymywać się tym dłużej, im bardziej zachowana jest świadomość własnej choroby.

Lęk może również występo-


wać, jako jeden z objawów depresji, a jego obecność obniża istotnie jakość życia chorego.

Obecność lęku w demencjach powiązana jest z następującymi czynnikami środowiskowymi: nadmiarami kontaktów społecznych, konfliktami między opiekunem a chorym, sytuacjami zagrażającymi życiu.

Nadmierna opiekuńczość, pozbawienie chorego wszelkiej samodzielności, gdy jest jeszcze zdolny wykonywać niektóre czynności, może prowadzić do utraty pewności siebie i lęku. Lęk może być także jednym z wczesnych zwiastunów otępienia.



ZABURZENIA SNU I RYTMU DOBOWEGO



Osoby cierpiące na choroby otępienne często wykazują różnego typu zaburzenia snu: trudności w zasypianiu, częste wybudzanie w nocy, krótki sen.

Najczęściej spotykanym typem tych dolegliwości jest **odwrócenie rytmu dobowego**. Objawia się ono wzmożoną aktywnością występującą w nocy oraz sennością w dzień. Chory nie zasypia wieczorem lub budzi się w nocy i rozpoczyna aktywne funkcjonowanie, próbując porządkować swoje otoczenie, przygotowywać posiłki, wychodzić z domu, mówiąc, że idzie po zakupy, do kościoła lub znajomych.

Uświadamianie takiej osobie tego, że jest noc, pora wypoczynku, i większość ludzi w tym czasie śpi, nie przynosi rezultatów.

Objawem rzadziej występującym w demencjach jest **hipersomnia**, czyli nadmierna senność. Objawia się ona spędzaniem w łóżku ponad 10 godzin na dobę i przesypaniem większości czasu.



WAŻNE W KONTEKŚCIE ZABURZEŃ ZACHOWANIA

Zaburzenia zachowania występują praktycznie u wszystkich chorych z chorobą Alzheimera. Nielezione zaburzenia zachowania prowadzą do szybszego pogłębiania się choroby, zwiększonej niesprawności i gorszego samopoczucia zarówno opiekuna, jak i pacjenta.

Istnieją skuteczne metody łagodzenia objawów zaburzeń zachowania.

Najczęstsze zaburzenia zachowania w chorobie Alzheimera to apatia, depresja, niepokój i pobudzenie.

Zaburzenia zachowania bardzo rzadko wynikają wyłącznie z postępu choroby Alzheimera. Zawsze trzeba spróbować ustalić przyczynę zmienionego zachowania podopiecznego i ją usunąć.

Zaburzenia zachowania często są sygnałem pogorszenia ogólnego stanu zdrowia pod-

opiecznego. Wyklucz takie przyczyny, jak ból, infekcje, zaparcie, głód, pragnienie, problemy dentystyczne.

Częstymi przyczynami zaburzeń zachowania są także: zmiana miejsca pobytu, zmiany w otoczeniu podopiecznego, zmiana osoby opiekującej się.

Umieszczenie pacjenta z chorobą Alzheimera w szpitalu z jakiegokolwiek powodu powinno być ograniczone do stanów zagrożenia życia.

Zachowanie opiekuna ma ogromny wpływ na zachowanie pacjenta. Niecierpliwość, irytacja, brak wyrozumiałości opiekuna, zwykle bardzo pogarszają zachowanie podopiecznego.

Złe zachowanie chorego wynika z choroby, a nie ze złośliwości czy lenistwa. Nie jest on w stanie skutecznie kontrolować swoich reakcji.

ZNACZENIE ZABURZEŃ ZACHOWANIA DLA OPIEKUNA

Zdecydowanie najczęściej opiekunem chorego z otępieniem jest ktoś z bliskich, członek rodziny. Zapominanie, szukanie przedmiotów, ciągłe dopytywanie o to samo, wielokrotne opowiadanie tych samych historii, bywa dla opiekunów męczące, irytujące, ale zwykle potrafią się po jakimś czasie do tego przyzwyczaić.

Często dopiero pojawienie się kłopotliwych zaburzeń zachowania powoduje, że pacjent wymaga raczej nadzoru i dozoru niż opieki, co znacz-

nie zwiększa wpływ choroby na życie opiekuna.

Zaburzenia zachowania są jednym z głównych źródeł obciążenia opieką. Na to pojęcie składają się praktyczne problemy opiekuna związane ze sprawowaniem opieki, np. brak czasu wolnego, absencje w pracy, konieczność ciągłego, aktywnego zaangażowania w nadzór nad chorym i wpływ opieki na emocjonalne reakcje opiekuna, takie jak stres, zmęczenie, lęk, czy depresja u opiekuna.



JAK LECZYĆ OBJAWY ZABURZEŃ ZACHOWANIA I PSYCHICZNYCH?

Niefarmakologiczne metody leczenia zaburzeń zachowania to techniki, których skuteczność w największym stopniu zależy od cierpliwości i umiejętności opiekunów. Powinny być one w miarę proste do nauki i wdrożenia. Przed zastosowaniem jakiegokolwiek metody terapii zaburzeń zachowania należy wykluczyć potencjalne medyczne przyczyny pogorszenia się stanu pacjenta.

Najważniejsze strategie oddziaływania na zachowanie chorych z otępieniem:

✓ Interwencje środowiskowe

Gdy chory z otępieniem nie jest już w stanie przystosować się do zmieniającego się otoczenia, to otoczenie musi być zaadaptowane do potrzeb pacjenta. Idealne otoczenie powinno być stałe, znajome i niestresujące.

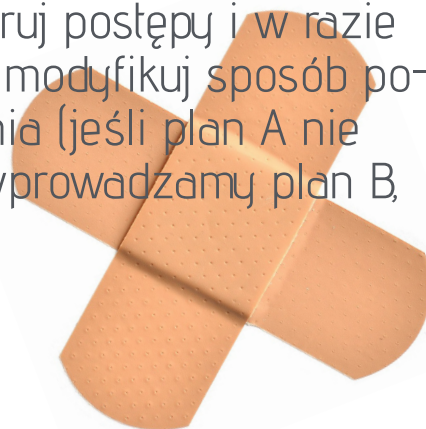
✓ Interwencje bezpośrednio wpływające na zachowanie

pacjenta.

Opracowanie skutecznego sposobu postępowania z podopiecznym jest zadaniem tandemu lekarz - opiekun.

Warto stosować poniższy schemat działania:

1. Zidentyfikuj cel.
2. Zbierz jak najwięcej informacji na temat docelowego objawu.
3. Zidentyfikuj wszystkie czynniki (czynności, słowa, wydarzenia, zachowania), które poprzedzają wystąpienie objawów zaburzeń zachowania, nasilają objawy lub prowadzą do ich złagodzenia.
4. We współpracy z lekarzem ustal cele leczenia i przygotuj plan.
5. Nagradzaj pacjenta i siebie, za skuteczne osiągnięcie celów.
6. Monitoruj postępy i w razie potrzeby modyfikuj sposób postępowania (jeśli plan A nie działa, wprowadzamy plan B, itd.).



LECZENIE CHOROBY ALZHEIMERA

W terapii choroby Alzheimera stosuje się leki objawowe, które mogą zmodyfikować przebieg choroby – nie prowadzą jednak do wyleczenia. Trudno jest również przewidzieć efekt terapii. Poprawę obserwuje się u 1/3 pacjentów przyjmujących leki, u 1/3 można zauważyć spowolnienie narastania zaburzeń pamięci i trudności w radzeniu sobie w życiu codziennym. Istnieją dane, według których po trzech latach oddziaływanie leków jest już względnie niewielkie.

Ważne jest, aby po rozpoczęciu leczenia nie robić w nim przerw. Nawet kilkudniowe pauzy powodują pogorszenie stanu klinicznego pacjenta.

Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność **łączenia terapii farmakologicznej z nie-**

farmakologiczną. Celem tej ostatniej jest zmniejszenie skutków postępującego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Terapia ta w połączeniu z lekami ma wpłynąć na poprawę jakości życia chorych oraz ich codziennego funkcjonowania.

Jest wiele publikacji naukowych, z których wynika, że rehabilitacja poznawcza oparta na treningu pamięci powiązana z leczeniem farmakologicznym, może spowolnić przebieg i postęp choroby.

Podsumowanie:

Otępienia to grupa chorób, których podstawowymi objawami są kłopoty z pamięcią, uczeniem się, orientacją. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera.

Poza zaburzeniami pamięci, zaburzenia zachowania są bardzo typowym elementem obrazu klinicznego otępienia – w miarę progresji choroby występują u praktycznie wszystkich chorych.

✓ Objawy zaburzeń zachowania należy leczyć! Nieleczone zaburzenia zachowania prowadzą do szybszego tempa progresji choroby, zwiększonej niesprawności, obniżonej jakości życia zarówno opiekuna, jak i pacjenta.

✓ Leczenie zaburzeń zachowania jest zwykle skuteczniejsze niż leczenie samych kłopotów z pamięcią!

✓ Interweniować należy jak najwcześniej. Opiekun powinien zawsze wzywać pomocy, jeśli uważa, że zachowanie pacjenta zagraża samemu choremu lub osobom z jego otoczenia.

✓ Zaburzenia zachowania są zwykle najbardziej nasilone w umiarkowanej fazie choroby. Przebiegają z okresami zaostreń i remisji, warto więc raz na dwa, trzy miesiące zweryfikować u lekarza konieczność podawania leków.

✓ U podłoża zaburzeń zachowania leży zwykle wiele czynników jednocześnie. Objawy rzadko wynikają z samego postępu choroby, czyli pojawiają się „bez powodu”. Trzeba bezwzględnie pamiętać, że zmiana zachowania chorego może wynikać z bólu, innej choroby (np. infekcji), głodu czy pragnienia, może też być wynikiem niepożądanego działania stosowanych leków!

✓ Objawy zaburzeń zachowania są głównym źródłem stresu i zmęczenia opiekunów, czyli tzw. obciążenia opieką. Opiekunowie muszą pamiętać, że nie tylko podopieczny wpływa na ich stan zdrowia, ale i ich zachowanie w istotnym stopniu przekłada się na samopoczucie pacjenta.

✓ Podstawą leczenia zaburzeń zachowania są metody niefarmakologiczne – zapewnienie choremu względnie stałego, niestresującego otoczenia, właściwy sposób zachowania się opiekuna, identyfikacja i próba korekty czynników spustowych (leczenie chorób towarzyszących, korekta schematu stosowanych leków).

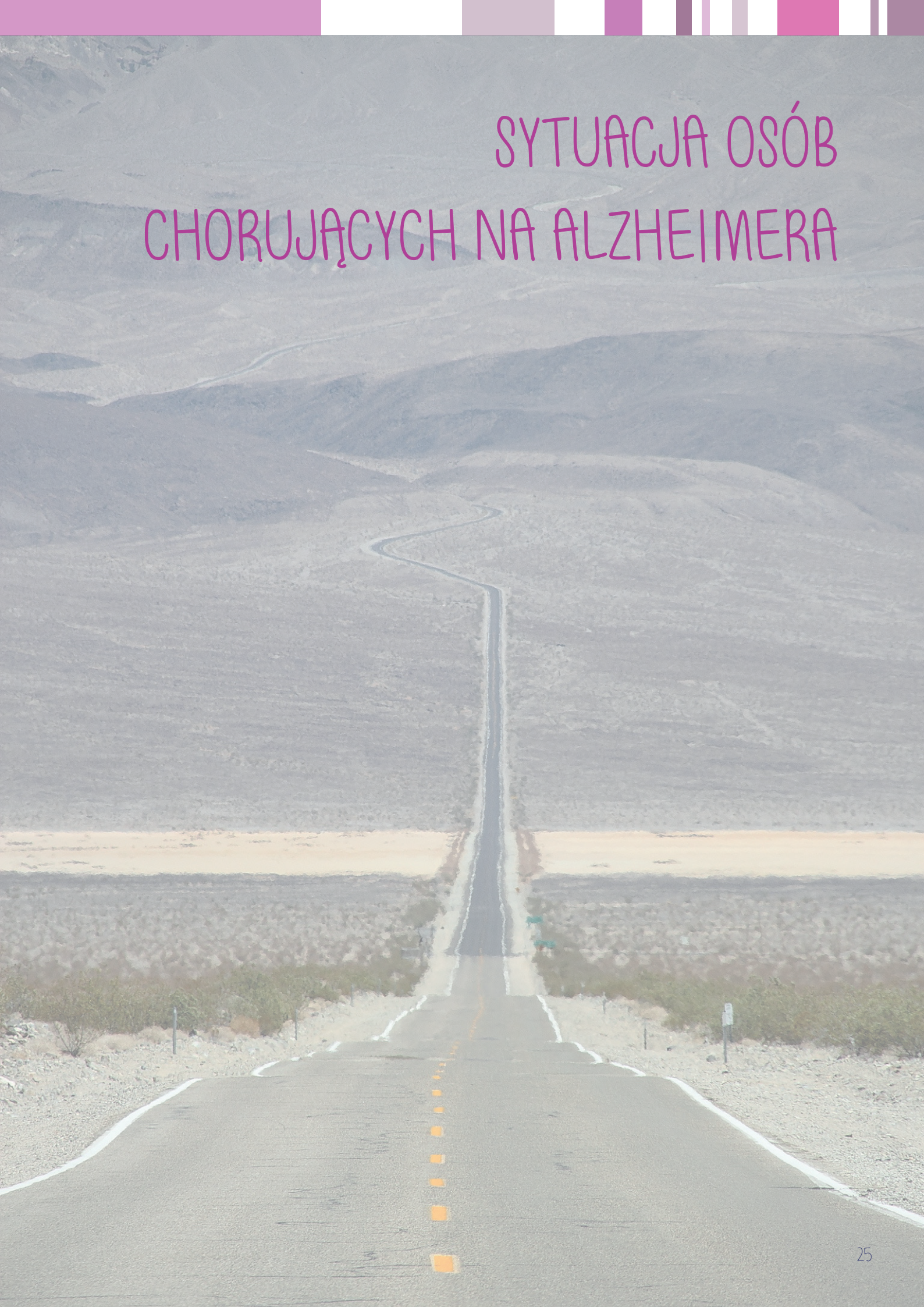
Podstawowa reguła brzmi: „jak rozwiązać ten problem, gdyby moim podopiecznym było trzyletnie dziecko?”

✓ Stosowanie leków powinno być ograniczone do przypadków, w których interwencje niefarmakologiczne nie mogą być zastosowane, lub okazały się nieskuteczne, a objawy są nasilone i mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lub opiekuna.



✓ Leki powinny być stosowane rozważnie, w dawkach, które mogą być podnoszone wyłącznie powoli, i pod warunkiem monitorowania objawów niepożądanych. Przed zastosowaniem silnych leków psychotropowych pacjent powinien być bezwzględnie leczony lekami łagodzącymi objawy Alzheimerera.

✓ Opiekun powinien pamiętać, że jego dobre samopoczucie przekłada się na dobry nastrój chorego. Opiekunowie powinni zostawić sobie trochę czasu na odpoczynek i własne przyjemności, nagradzać siebie i pacjenta za postępy we wprowadzaniu zmian.

A long, straight asphalt road with a dashed yellow center line and white edge lines stretches from the foreground into the distance. The road is flanked by dry, scrubby vegetation and a sandy area. In the far distance, a winding road or path is visible on a hillside, and the landscape is dominated by hazy, rolling hills and mountains under a clear sky. The overall tone is desaturated and atmospheric.

SYTUACJA OSÓB CHORUJĄCYCH NA ALZHEIMERA

Choroba Alzheimera przeważnie dotyka osoby starsze, które ze względu na wiek oraz towarzyszące inne choroby, odczuwają znaczny spadek życiowego komfortu.

W miarę postępów choroby pacjenci są coraz mniej samodzielni i bardziej uzależnieni od swojego otoczenia. W sytuacji, gdy chory nie może wykonywać podstawowych czynności życiowych, ma trudności w porozumiewaniu się i rozpoznawaniu najbliższych osób, asysta innych osób i całonocny dozór jest koniecznością.

Choroba wymaga od bliskich rewolucji w zakresie organizacji rodzinnego życia. Obowiązek opieki nad chorym przeważnie spada na współmałżonka. Najczęściej są to również osoby w podeszłym wieku, które nierzadko same wymagają pomocy.

Choroba wyklucza z życia społecznego, kulturalnego i rodzinnego osoby chore i tych, którzy się nimi opiekują. Prowadzi do apatii i stanów depresyjnych

u opiekunów osób chorych. Ze względu na kłopotliwe objawy powoduje, że osoby bliskie wstydzą się wychodzić z chorymi poza własne miejsce zamieszkania.

Gdy osoba chora mieszka samotnie, obowiązek opieki przejmują na siebie dzieci. Jeśli nie mają takiej możliwości chory trafia do instytucji wyspecjalizowanej w tego typu usługach. Dla osoby chorej przeniesienie z własnego domu lub mieszkania, gdzie czuła się bezpiecznie, do obcego miejsca, to duży stres. Zmiana miejsca zamieszkania może pogłębić objawy choroby i wpłynąć na pogorszenie stanu chorego.



JAK KOMUNIKOWAĆ SIĘ Z OSOBĄ Z OTEPIENIEM?

Efektywna komunikacja z osobami, które są dotknięte chorobami otępiennymi, zależy od stopnia zaawansowania choroby. Jeśli zamierzamy się komunikować z osobami, których choroba dopiero zaczęła się rozwijać, to prawdopodobnie nie odczujemy dużej różnicy w porównaniu do komunikacji z osobami zdrowymi.

Natomiast jeśli będziemy chcieli porozmawiać z osobami, których choroba jest już mocno zaawansowana, to musimy dostosować nasz język i formę przekazu do możliwości rozmówcy, a także wykazać się niezbędną cierpliwością i zrozumieniem.

Dla osób chorych, które są świadome swoich trudności w komunikacji z innymi jest to często powód do wstydu i frustracji. Dlatego zadbajcie o to, aby Wasi rozmówcy nie odczuwali przykrości wynikającej z trudności w komunikowaniu się z innymi.

Podstawowe zasady efektywnej komunikacji:

- ✓ Miej świadomość, co chcesz powiedzieć drugiej osobie.
- ✓ Unikaj używania skomplikowanych słów.
- ✓ Mów w sposób, który jest zrozumiały dla słuchacza.
- ✓ Dbaj o logikę wypowiedzi.
- ✓ Mów jasno i precyzyjnie.



PODSTAWY DOBREJ KOMUNIKACJI

MÓWIĄC:

Nie spiesz się i nie mów za szybko, staraj się mówić powoli i wyraźnie, ale też nie zbyt wolno.

Nie przeskakuj z wątku na wątek, raczej kończ jeden i zaczynaj następny.

Staraj się używać raczej krótkich prostych zdań, niż rozbudowanych i wielozłożonych.

Nie bój się gestykulować, pomoże to zrozumieć odbiorcy to, co masz do przekazania.

Utrzymuj kontakt wzrokowy.

SŁUCHAJĄC:

W czasie kiedy rozmówca mówi, utrzymuj z nim kontakt wzrokowy.

Dawaj do zrozumienia, że słuchasz potakując, a także używaj tzw. dźwięków paralingwistycznych, czyli słów potwierdzających słyszenie, np. „uhm”, „tak”.

Stosuj techniki aktywnego słuchania: parafrazę, podsumowanie, dowartościowanie, odzwierciedlanie, wyjaśnianie.



Parafraza to technika aktywnego słuchania, jej zastosowanie polega na powtórzeniu własnymi słowami tego, co powiedział nasz rozmówca. Parafrazę można zacząć od słów: „Jeśli dobrze Ciebie zrozumiałem, to powiedziałaś, że....” Parafraza pozwala obydwu rozmówcom ustalić, czy właściwie się rozumiemy, a przede wszystkim pomaga osobie, która skończyła wypowiedź, dowiedzieć się, jak została zrozumiana.

Podsumowanie to także technika aktywnego słuchania. Polega ona na podsumowaniu głównych wątków, które pojawiały się w rozmowie. Podsumowanie pomaga uporządkować rozmowę, jest szczególnie przydatne kiedy rozmowa zbliża się ku końcowi.

Dowartościowanie polega na docenianiu wysiłków naszego rozmówcy. Dowartościowuj jedynie wtedy, kiedy autentycznie odczuwasz taką potrzebę, aby pozytywnie podkreślić wypowiedź Twojego rozmówcy.

Odzwierciedlanie to technika odzwierciedlania uczuć w trakcie konwersacji. Polega ona na

informowaniu naszego rozmówcy o tym, że rozumiemy jego uczucia. Aby to zrobić należy wyrazić w neutralnych słowach uczucia rozmówcy, które zauważyliśmy w czasie rozmowy, np: „Wydaje się, że jest to ważny temat dla Ciebie”.

Wyjaśnianie polega na zadawaniu pytań po to, aby uporządkować rozmowę, oraz aby ustalić więcej szczegółów dotyczących konkretnego wątku. Na przykład: „Czy możesz coś więcej o tym powiedzieć?” „Jak do tego doszło?” „Czy chcesz coś jeszcze dodać?”, „Co Ty o tym sądzisz?”.

Wybierz sprzyjające rozmowie otoczenie. W przypadku osób z otępieniem należy zadbać, aby konwersację prowadzić w miejscu, które jest wolne od zewnętrznych zakłóceń. Gwarna kawiarnia nie będzie najlepszym miejscem na rozmowę. Lepiej na spotkanie wybrać spokojny park lub pomieszczenie, gdzie w komfortowych warunkach będziecie mogli porozmawiać.

KOMUNIKACJA BEZ SŁÓW

Komunikacja to nie tylko porozumiewanie się słowami. Komunikowanie się za pomocą gestów, spojrzeń czy postawy całego ciała, to **komunikacja niewerbalna**. Przedstawiamy najważniejsze wątki z obszaru komunikacji niewerbalnej.

Ton głosu – świadomie używaj tonu głosu. Jeśli chcesz coś podkreślić zadbaj, aby dane słowo lub zdanie powiedzieć nieco głośniej. Możesz je powiedzieć także wolniej lub zrobić krótką przerwę zanim je wypowiesz. Świadoma zmiana tonu głosu pozwala zapobiec sytuacjom, w których nasz rozmówca zaczyna być znużony naszą wypowiedzią.

Gestykulacja to ruchy rąk, dłoni, stóp, głowy, całego ciała. Gestykulacja nie powinna być ani zbyt oszczędna ani niewspółmierna do wypowiedzi. Najczęściej stosujemy ją w sposób automatyczny i nieuświadomiony. Gestykulacja towarzyszy rozmowie i ma za zadanie wzmacniać komunikację słowną.

Mimika to komunikacja poprzez uśmiech lub jego brak, marszczenie brwi, zamykanie oczu, otwierane ust. Podobnie jak gestykulacja najczęściej pomaga wzmocnić wypowiedź, ale również może być świetnym narzędziem do aktywnego słuchania.

Pozycja ciała – komunikując się z drugą osobą zwróćmy nasze ciało w jej kierunku, nie stójmy bokiem, a także nie mówmy z założonymi rękami. Ręce w kieszeniach w czasie wypowiedzi mogą być odczytane, jako wyraz lekceważenia rozmówcy.

Dystans fizyczny to odległości między rozmawiającymi osobami. W naszym kręgu kulturowym przyjmuje się, że dystans do 45 cm między rozmówcami zarezerwowany jest dla osób będących w bliskim kontakcie emocjonalnym. Dystans osobisty to od 45 cm do 120 cm między rozmówcami. Dystans społeczny to odległości od 120 cm do 350 cm.



#WAŻNE!

Pamiętaj, że to nie sztuka być niezrozumianym, ale sztuka, aby komunikacja była satysfakcjonująca dla obydwu stron.

Kluczem do owocnej komunikacji jest stałe ćwiczenie przedstawionych technik i wyrabianie w sobie nawyku aktywnego i uważnego słuchania oraz mówienia w sposób świadomy i zrozumiały dla odbiorcy.

Język ciała, powinien być spójny z komunikacją słowną. Jeśli, np. wyrażamy słowne zainteresowanie wypowiedzą rozmówcy, a jednocześnie spoglądamy na zegarek lub wędrujemy wzrokiem po pokoju, to przestajemy być wiarygodni dla naszego rozmówcy, ponieważ wysyłamy sprzeczne komunikaty. W tej sytuacji jeśli jesteśmy już zmęczeni, to lepiej o tym otwarcie powiedzieć i poprosić o przerwę.

JAK ZACHEĆ SENIORÓW DO BADAŃ?

Świadomość starzenia się i utraty kondycji, zarówno fizycznej, jak i intelektualnej, jest trudna do zaakceptowania. Dla starszych osób świadomość, że nie są już tak sprawni, a także że mają kłopoty z pamięcią, brakuje im orientacji w terenie lub mają trudności w doborze słów, jest często przyczyną wstydu, smutku i frustracji. Lęk przed ewentualną diagnozą jest tak silny, że osoby starsze nie zgłaszają się na badania nawet w obliczu wyraźnych objawów choroby. Dlatego rozmawiając na ten temat powinniśmy być wyjątkowo delikatni i wyrozumiali.

Rozmowa na temat badania może być trudna dla obydwu stron. Zazwyczaj osoba, która chce zaproponować wizytę u lekarza, nie wie jak taką rozmowę przeprowadzić. Natomiast osoba, której będziemy proponować badania może nie zrozumieć naszych intencji i nie zgodzić się na wykonanie diagnostyki. Ryzyko odmowy zawsze istnieje, mimo tego warto spróbować. Pamiętaj, że masz duży wpływ na to, jak przebiegnie taka rozmowa i na jej ostateczny przebieg. Jeśli chcesz, aby przebiegła ona w konstruktywny sposób, należy się do niej odpowiednio przygotować.



Wybierz dobry moment na rozmowę. Unikaj konwersacji przeprowadzonej „w biegu”. Jeśli chcesz zaproponować bliskiej osobie, aby udała się na badanie, to zarezerwuj sobie odpowiednio dużo czasu tak, aby móc odpowiedzieć wyczerpująco na zadawane pytania.

Przygotuj się do rozmowy. Wiedz, co chcesz powiedzieć. Zapoznaj się z rozdziałem o specyfice chorób otępiennych. Pamiętaj, że diagnostyka jest bezbolesna i nie łączy się z żadnymi zabiegami. Zdiagnozowanie choroby może być powodem do wstydu przed rodziną i innymi bliskimi osobami. Dlatego zapewnij osobę, z którą rozmawiasz o dyskrecji, przeprowadź ją bez świadków lub w obecności zaufanych osób.

Mów o faktach. Powiedz, co cię niepokoi w zachowaniu danej osoby. Mów o konkretnych sytuacjach. Opowiedz o korzyściach z diagnostyki. Pamiętaj, że każda prawda, nawet trudna do przyjęcia, jest lepsza niż życie w niewiedzy.

Zachowaj spokój i nie denerwuj się. Stres może udzielić się osobie, z którą rozmawiasz. Poprowadź rozmowę w ciepłej i przyjacielskiej atmosferze, dając swojemu rozmówcy tak dużo czasu ile potrzebuje na podzielenie się swoimi wątpliwościami i pytaniami. Staraj się spokojnie i rzeczowo odpowiedzieć na każde z nich. Nie oczekuj, że osoba z którą rozmawiasz zgodzi się na badanie od razu. Może być tak, że będzie potrzebowała jakiegoś czasu do namysłu lub odmówi. Uszanuj każdą odpowiedź niezależnie od tego, jaka by nie była.

Wspieraj na każdym etapie. Pamiętaj o towarzyszeniu w drodze na badania, obecność bliskiej osoby jest bardzo ważna w czasie diagnostyki, a szczególnie w sytuacji kiedy diagnoza nie jest pomyślna.



CZEGO NIE ROBIĆ?

Na pewno nie zmuszaj nikogo, aby udał się na badanie.

Odwołując się do szantażu i strasząc potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami możemy tylko utwierdzić osobę w swoim lęku przed badaniem i uzyskać efekt odwrotny do zamierzonego.

Nie powinieneś też mijać się z prawdą mówiąc o wizycie

u lekarza. Jeśli zamierzasz zabrać starszą osobę na badanie, to powiedź o tym wprost i nie „owijaj w bawełnę”, że jest to tylko spotkanie z lekarzem. Na miejscu i tak okaże się, że celem wizyty było badanie i osoba, którą wprowadziłeś w błąd poczuje się oszukana i może stracić do Ciebie zaufanie.

Kiedyś to dziadkowie zajmowali się Wami, czas abyście to Wy zajęli się dziadkami!



GDZIE SIĘ ZGŁOSIĆ NA BADANIE?

Jeśli mieszkasz na Dolnym Śląsku lub w sąsiadujących województwach, to polecamy wizytę we Wrocławskim Centrum Alzheimerowskim, gdzie wyspecjalizowany personel przeprowadzi kompleksową diagnostykę i poinformuje o całej procedurze, a w przypadku wykrycia choroby zaleci odpowiednie leczenie, oraz wskaże jakich zmian należy dokonać w trybie życia osoby chorej i jej rodziny.

Kontakt do nas z łatwością znajdziesz na stronie:
www.alzheimer.wroclaw.pl.

Jeśli ze względu na zbyt dużą odległość do Wrocławia nie jesteś w stanie odwiedzić naszego Centrum, to zalecamy wizytę w poradni zaburzeń pamięci. Takie poradnie są w większości dużych miast Polski. Adresy i telefony znajdziesz wpisując w wyszukiwarce frazę: „poradnia zaburzeń pamięci” i podając nazwę miejscowości.

Możesz też szukać poradni zdrowia psychicznego lub poradni neurologicznych.

Jeśli Twoja bliska osoba nie jest gotowa, aby samodzielnie umówić się na wizytę, to najlepiej zrób to w jej imieniu, ale za jej wiedzą i aprobatą.



WROCŁAWSKIE
CENTRUM
ALZHEIMEROWSKIE



DIAGNOSTYKA CHORÓB OTEPIENNYCH

Diagnostyka chorób otępiennych zazwyczaj składa się z dwóch części:

1. etap: badanie wstępne polega na rozmowie w formie wywiadu z psychologiem, a także wykonaniu zadań przez badaną osobę będących częścią procesu diagnozy. Jeśli lekarz zdecyduje o konieczności dalszych badań, to pacjent zapraszany jest do drugiego etapu badań.

2. etap: diagnostyka mózgu badania mające na celu wykrycie ewentualnych zmian w strukturze mózgu świadczących o schorzeniu.



CHCĘ POMÓC, ALE NIE WIEM JAK?

Do osób dotkniętych chorobami otępiennymi najlepiej dotrzeć przez instytucje lub organizacje, które zajmują się opieką nad takimi osobami. Są to przede wszystkim domy pomocy społecznej, gdzie takie osoby przebywają na stałe lub domy dziennego pobytu.

Informacje o osobach, które wymagają wsparcia posiadają także Centra Wolontariatu oraz organizacje pozarządowe zajmujące się niesieniem pomocy seniorom, a także Uniwersytety Trzeciego Wieku.

Umowa wolontariacka

Jeśli zdecydujesz się na taką pomoc, to zachęcamy Cię do podpisania umowy wolontariackiej. Umowa powinna zawierać informacje na temat tego czym będziesz się zajmować,

jak długo, gdzie i komu będziesz pomagać. Pamiętaj, że wolontariusz nie jest pracownikiem. Jeśli czegoś nie wiesz, lub czujesz się niepewnie, to poinformuj osoby, które koordynują twoją pomoc.

Kompetencje

Aby pomagać nie musisz mieć specjalistycznych umiejętności. Najcenniejsze, co możesz ofiarować drugiej osobie dotkniętej chorobą, to swój czas i autentyczną uwagę.

Musisz sobie zdawać sprawę, że wielu chorych żyje w poczuciu samotności oraz w izolacji od innych ludzi. Jest to równie trudne lub nawet boleśniesz niż mierzenie się z objawami choroby.

AKTYWIZACJA OSÓB Z DEMENCJĄ

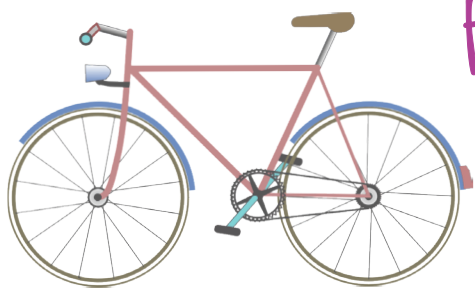
Podobnie jak w przypadku komunikacji, rodzaj wspólnej aktywności uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby. Niezależnie od tego czy osoba, której chcemy towarzyszyć jest sprawna fizycznie, czy kontakt z nią jest utrudniony, istnieją sprawdzone sposoby na animacje wspólnie spędzonego czasu.

Zarówno osoby, dotknięte otę-

pieniem i demencją, jak i osoby zdrowe, ale będące w grupie ryzyka, powinny utrzymywać aktywność fizyczną oraz intelektualną. Ważną rolę w profilaktyce i w leczeniu chorób otępiennych odgrywa właściwe odżywianie.

Zaprezentowane przez nas możliwe aktywności dotyczą właśnie tych trzech grup chorujących.





AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Aktywność fizyczna dotlenia organizm, rozciąga mięśnie i ścięgna, wzmacnia układ kostny i stawy. Wskutek wysiłku fizycznego uwalniane są hormony szczęścia – endorfina i serotonina, które wpływają na pozytywne nastawienie, pomagają w walce z depresją.

Rodzaj aktywności powinien być dopasowany do wieku i możliwości osoby ćwiczącej. Pamiętaj, że dla osoby starszej nawet niewielki wysiłek może być prawdziwym wyzwaniem.

Spaceruj – bezpieczna forma aktywności dla osób w każdym wieku. Pozwala wyjść z domu, zaczerpnąć świeżego powietrza, dostarcza tak potrzebnego kontaktu z naturą.

Nordic walking – spaceruj z kijami do nordic walking, to popularna forma aktywności fizycznej. Kije pomagają utrzymać równowagę oraz tempo marszu. Taki rodzaj marszu

redukuje obciążenie bioder, pleców, kolan i piszczeli oraz stawów.

Jazda na rowerze – forma rekreacji dla osób, które czują się na siłach by wyruszyć na krótsze lub dłuższe wyprawy. Pamiętaj, aby wybrać trasę bez dużego natężenia ruchu oraz, aby jeździć w kaskach, na sprawnym technicznie sprzęcie.

Gimnastyka – zestawy ćwiczeń dla osób w różnym wieku z łatwością znajdziesz w internecie. Pamiętaj, że gimnastyka nie jest dla każdego. Jeśli zaczynasz, to na początku zdecyduj się na krótkie i lekkie ćwiczenia, które łącznie nie powinny trwać dłużej niż 10 minut. Ćwiczenia dla osób z chorobami układu kostno-stawowego lub mającymi problem ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi powinny być prowadzone pod nadzorem specjalisty.

AKTYWNOŚĆ INTELEKTUALNA

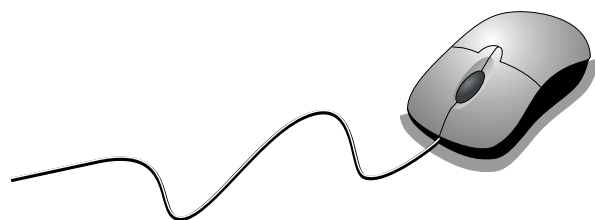
Aktywność intelektualna – równie ważna jak aktywność fizyczna, pozwala ćwiczyć mózg, a tym samym aktywizować jego poszczególne obszary. Mózg wymaga regularnych ćwiczeń. Jeśli jest w zastoju, to jego forma spada.

Różne formy aktywności intelektualnej pozwalają trenować takie umiejętności, jak: zapamiętywanie, myślenie abstrakcyjne, liczenie, planowanie, orientacja w przestrzeni.

Lekcje języka obcego – nauka języków obcych aktywizuje różne obszary mózgu i jest zalecana przez specjalistów, jako czynnik obniżający ryzyko wystąpienia chorób otępiennych. Nauka języka nie musi przyjmować formalnego i nudnego charakteru, a raczej formę zabawy, gdzie każda lekcja ma swój temat, w ramach którego poznajemy charakterystyczne zwroty i sformułowania.

Praca z komputerem – umiejętność obsługi komputera, czyli podstawowa i oczywista kompetencja dla młodego pokolenia, jest wyzwaniem dla części seniorów. Skorzystaj ze swojej znajomości obsługi komputerów i podziel się nią z osobami starszymi. Naucz, jak korzystać z internetu, w tym słuchać muzyki, wyszukiwać informacje, oglądać filmy, szukać przepisów kulinarnych, grać w gry.

Granie w gry planszowe – gry planszowe przeżywają obecnie renesans. Te dostępne na rynku podzielone są na różne stopnie trudności i zróżnicowany czas trwania oraz wymaganą ilość graczy. Popularne gry, które sprawdzają się w pracy z seniorami, to między innymi Dobble, Dixit, Super farmer, Scrabble, Kalambury.



AKTYWNOŚCI DLA OSÓB Z OTEPIENIEM W STOPNIU GŁĘBOKIM

Aktywność osób z otępieniem w stopniu głębokim powinna mieć charakter powtarzalny i nieskomplikowany. Nie musi nadmiernie angażować osoby chorej i nie powinna wymagać długotrwałego skupienia. Nie przejmuj się jeśli osoba chora szybko się dekoncentruje, znudzi lub zareaguje złością. Jest to część tej choroby i należy się uzbroić w cierpliwość.

Pamiętaj, że jednorazowe spotkanie może bardziej zaszkodzić, niż pomóc. Jeśli decydujesz się na pracę z osobą z otępieniem, to bądź gotowy/gotowa na dłuższą pracę.

Nasze propozycje aktywności, to układanie dużych puzzli, oglądanie zdjęć rodzinnych, spisywanie pamiętnika, wspólne słuchanie muzyki, malowanie lub kolorowanie, wspólne gotowanie, angażowanie do

prostyh czynności, składanie origami, robienie ramek na zdjęcia, przygotowywanie ozdobnych butelek, przygotowywanie świątecznych ozdób, przygotowywanie biżuterii z koralików, wykonywanie przedmiotów z masy solnej, wspólne prace w ogrodzie, malowanie na szkle, zbieranie żółędzi, kasztanów, zwijanie poplątanej wełny w kłębek, układanie nici w pojemniku, śpiewanie piosenek, recytowanie wierszy, czytanie bajek na głos, gry karciane, gra w chińczyka.

Pamiętaj, że wspólne spędzanie czasu powinno być przyjemne zarówno dla ciebie, jak i dla osoby, z którą spędzasz czas. Ciekawym rozwiązaniem może być organizacja regularnych wspólnych zajęć w porozumieniu z innymi wolontariuszami i ich podopiecznymi.

PRAWIDŁOWE ODŻYWIANIE

W celu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych zalecana jest **dieta śródziemnomorska**, czyli dieta bogata w warzywa, owoce, ryby, pełnoziarniste pieczywo, dobrej jakości oleje, natomiast ograniczająca mięso, szczególnie czerwone. Potrawy w tej diecie przyrządzane są na parze, gotowane lub pieczone.

Zalecane: warzywa, owoce, ryby (zwłaszcza morskie), jaja, kasze, pieczywo razowe, tłuszcz roślinny (olej rzepakowy, lniany, słonecznikowy, z pestek winogron).

Nie zaleca się spożywania nasyconych kwasów tłuszczowych, gdyż mają one ogromny wpływ na wzrost stężenia cholesterolu ("złego cholesterolu" LDL oraz całkowitego). Kwasy te wykazują działanie prozapalne i mogą prowadzić do miażdżycy. Są one obecne w dużych ilościach w tłustym mleku, wędlinach, mięsie (np. w boczku) oraz w topionych serkach.

Należy unikać również wysoko przetworzonych produktów.



O PODRĘCZNIKU

Poradnik powstał w wyniku testowania innowacji społecznej. Polegała ona na edukacji młodzieży w zakresie chorób otępiennych, w celu zwiększenia ilości osób starszych zgłaszających się na przesiewowe badania pamięci.

Dowiedzieliśmy się, że młodzież bardzo niewiele wie na temat zaburzeń pamięci i problemów osób starszych, ale chętnie się o tym uczy. Uczniowie uczestniczący w warsztatach chętnie angażowali się w zajęcia, próbowali zrozumieć świat widziany oczami swoich dziadków. Reakcje młodzieży na warsztaty przeszły nasze oczekiwania. Uczniowie zachęcali swoich dziadków i inne starsze osoby z otoczenia do udziału w badaniach. Rekordzista Piotrek, uczeń 2 klasy technikum, zachęcił do udziału w badaniu pamięci 6 osób ze swojej rodziny. Uczniowie nie tylko zachęcali osoby starsze ze swojego otoczenia do udziału w badaniach, ale przekazywali zdobytą wiedzę dalej, rozmawiali o otępieniach z rodzicami i znajomymi.



NOTKA O AUTORACH



Daniel Wójcik

specjalista psychologii klinicznej, certyfikowany psychoterapeuta. Zajmuje się diagnostyką neuropsychologiczną i terapią osób starszych we Wrocławskim Centrum Alzheimerowskim. Współautor i realizator projektów skierowanych do osób starszych z otępieniem i zagrożonych otępieniem. Członek zarządu Dolnośląskiej Fundacji Alzheimerowskiej, która od trzech lat organizuje, m.in. bezpłatne badania pamięci dla wrocławskich seniorów. Absolwent studiów podyplomowych Psychogeriatry z elementami neuropsychologii organizowanych przez Uniwersytet Jagielloński.



Kazimierz Szepiela

trener, manager, doradca, społecznik. Absolwent politologii na Uniwersytecie Wrocławskim i Szkoły Trenerów Biznesu i Doradców Personalnych Elżbiety Sołtys. Od 2001 r. zaangażowany w pracę na rzecz rozwoju sektora pozarządowego w kraju i za granicą. Trener w projektach edukacyjnych w Wielkiej Brytanii, Austrii, Ukrainie, Białorusi. Specjalizuje się we wspieraniu liderów organizacji społecznych w obszarach: zarządzania organizacją, pozyskiwania środków na działalność statutową, prowadzenia podmiotów ekonomii społecznej.



Natalia Fortecka

absolwentka kierunku Praca socjalna, pedagogika i psychologia. Ukończyła specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej. Interesuje się zagadnieniami oscylującymi wokół problemów psychogeriatrycznych, diagnostyką procesów otępiennych, edukacją gerontologiczną oraz nowoczesnym zarządzaniem placówkami pomocy społecznej funkcjonującymi na rzecz osób starszych. Studentka prawa oraz studiów doktoranckich.