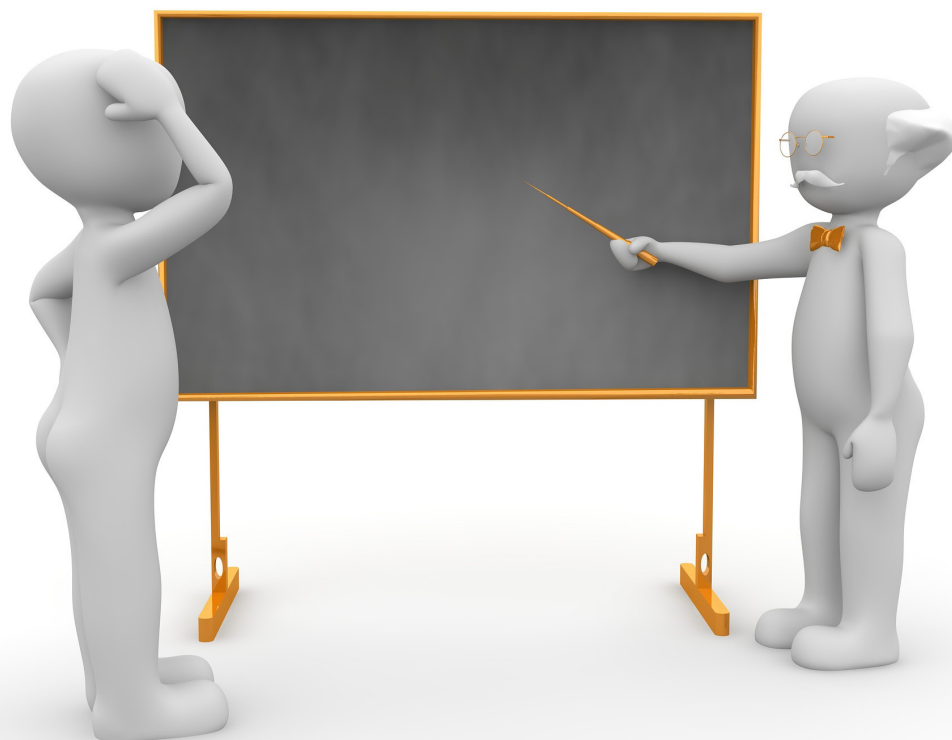


Scenariusz zajęć edukacyjnych
dla młodzieży
na temat choroby Alzheimera



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

Wstęp.	4
Podstawowe informacje na temat zaburzeń poznawczych.	5
Przygotowanie do przeprowadzenia zajęć.	21
Krótką charakterystyka osób starszych dotkniętych otępieniem.	22
Podstawowe kompetencje osoby pracującej z grupą młodzieżową.	24
Stosowane metodyka – cykl Kolba, uczenie się przez doświadczanie.	29
Miejsce i czas realizacji zajęć oraz potrzebne materiały.	32
Zaproszenie uczestników na zajęcia.	34
Wykorzystanie materiału do pracy na poziomie międzynarodowym.	34
Możliwe trudności w pracy z grupami w czasie zajęć.	35
Scenariusz zajęć edukacyjnych.	38
Cele edukacyjne „Scenariusza zajęć”	38
Blok Wprowadzający.	39
Blok Wiem.	42
Blok Rozumiem.	52
Blok Działam.	60
Narzędzie do autoewaluacji.	61
Lista lektur uzupełniających.	65
Notka o autorach.	66

Szanowni Państwo,

z ogromną przyjemnością oddajemy w Państwa ręce pakiet edukacyjny, którego celem jest podniesienie wśród seniorów i młodzieży poziomu wiedzy na temat chorób otępiennych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2016 r. na chorobę Alzheimera cierpiało ponad 33 mln osób na świecie. Wzrost liczby zachorowań wiąże się z wydłużającą się średnią długością życia. Prognozuje się, że do 2050 r. liczba chorych ulegnie potrojeniu. Wiedza o chorobach o podłożu neurodegeneracyjnym, w tym o chorobie Alzheimera, jest wciąż niska. Wśród osób młodszych pokutuje przekonanie, że kłopoty z pamięcią są jedną z nierozłącznych cech starzenia się i są naturalne dla seniorów, co nie jest prawdą. Osoby starsze rzadko korzystają z badań przesiewowych, ze strachu przed wykryciem choroby lub z niewiedzy.

Niniejsza publikacja ma poszerzyć zasób wiedzy edukatorów na temat choroby Alzheimera oraz przygotować do przeprowadzenia zajęć dla młodzieży. Jesteśmy przekonani, że tematyka publikacji zwiększy Państwa wiedzę z zakresu chorób neurodegeneracyjnych, a także będzie inspiracją do poszerzania wiedzy o świecie osób starszych i trudnościach jakich

doświadczają. Warsztaty stwarzają szansę na wzmocnienie wśród młodych postaw opartych na zrozumieniu, empatii i szacunku wobec seniorów. To właśnie pokolenie dorastających wnuków ma znaczny wpływ na zachowanie dziadków, w tym na zdrowotną profilaktykę oraz podjęcie decyzji o przeprowadzeniu badania pamięci. Jesteśmy przekonani, że oprócz samych osób starszych, to pokolenie ich wnuków powinno posiadać odpowiedni poziom wiedzy na temat typowych symptomów chorób wieku starczego, by móc pomóc i odpowiednio zareagować.

Publikacja podzielona jest na dwie części. Pierwsza z nich zawiera najważniejsze informacje dotyczące chorób neurodegeneracyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera. Druga to gotowy scenariusz zajęć przeznaczony dla młodzieży w wieku od 14. do 19. roku życia, wraz z niezbędnymi materiałami edukacyjnymi.

Życzymy Państwu owocnych zajęć.

Zespół
Wrocławskiego Centrum Alzheimerowskiego

Podstawowe informacje na temat zaburzeń poznawczych

Czym jest otępienie?

- ✓ Poważne kłopoty z pamięcią zawsze powinny być ocenione przez lekarza, i nie są typowe dla żadnego wieku.
- ✓ Demencja, otępienie nigdy nie jest konsekwencją samego procesu starzenia się i zawsze wymaga leczenia.
- ✓ „Demencja”, „otępienie starcze” to określenia opisujące poważne kłopoty z pamięcią, myśleniem i orientacją. Zawsze powinno się zdiagnozować, jaka choroba je wywołuje.
- ✓ Zdecydowanie najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera.

Definicja otępienia

- ✓ Zespół otępienny to zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, języki ocena.
- ✓ Zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą, lub nawet je poprzedzają, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. Takiemu obrazowi nie muszą towarzyszyć zaburzenia świadomości. Zaburzenia świadomości przy występowaniu demencji stanowią odrębną kategorię diagnostyczną.

Choroba Alzheimera i fazy jej przebiegu

Najważniejszym czynnikiem ryzyka zaburzeń pamięci jest wiek.

Na świecie ok. 15-21 mln osób choruje na chorobę Alzheimera. W

Polsce szacuje się, że około 500 tys. osób jest chorych na zaburzenia otępienne, z czego połowę stanowią pacjenci chorzy na 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 opisał przypadek pacjentki Augusty D., cierpiącej na tę chorobę.

Wyróżnia się dwie postacie choroby Alzheimera:

- ✓ **wczesną**, rozpoczynającą się przed 65. rokiem życia,
- ✓ **późną**, występującą u osób po 65. roku życia.

Postać wczesna rozwija się szybko, otępienie i zmiany fizyczne pacjenta osiągają znaczny stopień, prowadząc do krańcowego zniedołężnienia i śmierci.

Postać późna ma powolny, podstępny rozwój i mniej dramatyczny przebieg.

Chorobę Alzheimera dzieli się również na postać sporadyczną i rodzinną. Ta pierwsza występuje znacznie częściej.

Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy otępienia:

- ✓ lekkiego,
- ✓ umiarkowanego,
- ✓ głębokiego.

Otępienie w stopniu lekkim

- ✓ Na tym etapie choroby występują już zaburzenia pamięci, lecz jeszcze nie ograniczają one samodzielnego funkcjonowania chorych.
- ✓ Chorzy coraz częściej zadają pytania; mają kłopoty z przypominaniem sobie znanych faktów.
- ✓ Chorzy często szukają przedmiotów, niekiedy mają trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz w zapamiętywaniu informacji przekazywanych przez osoby w otoczeniu.
- ✓ Coraz gorzej wypełniają swoje zadania w pracy.
- ✓ Popętniają błędy w liczeniu, zarządzaniu pieniędzmi.
- ✓ W tym okresie mogą występować trudności w kopiowaniu rysunków.
- ✓ Chorzy często wypierają pojawiające się problemy.
- ✓ Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne.
- ✓ Mogą wystąpić: apatia, drażliwość, depresja, obojętność.

Otępienie w stopniu umiarkowanym

- ✓ Na tym etapie choroby narastające zaburzenia pamięci sprawiają trudności w samodzielnym funkcjonowaniu chorych. Te zmagania stają się coraz bardziej zauważalne dla otoczenia.
- ✓ Chorzy mogą zagubić się w znanej okolicy, zapominają imion bliskich osób, mają problemy z wykonywaniem prac domowych i z trudem radzą sobie z bardziej złożonymi zadaniami.
- ✓ Pojawiają się kłopoty z rozpoznawaniem osób.
- ✓ Zaobserwować można pierwsze problemy z ubieraniem się.
- ✓ Chorzy zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy.
- ✓ Nasilają się zaburzenia zachowania pod postacią niepokoju, nasilonej depresji, apatii, drażliwości.
- ✓ Pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem.
- ✓ Wymagany jest nadzór i pomoc osób drugich.

Otępienie głębokie

- ✓ Na tym etapie choroby chorzy nie rozpoznają bliskich osób.
- ✓ Zanika u nich umiejętność przypominania sobie faktów.
- ✓ Zasób słów jest bardzo ubożeje.
- ✓ Chorzy nie potrafią samodzielnie się ubrać czy trafić do domu.
- ✓ Przestają także dbać o higienę osobistą.
- ✓ Zdolności werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się chorych ulegają znacznemu ograniczeniu.
- ✓ Może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój.
- ✓ Stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego.
- ✓ Chorzy tracą intelektualny kontakt ze światem.
- ✓ Niezbędna staje się całodobowa opieka pielęgnacyjna.

Czynniki ryzyka

Najistotniejszym znanym czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera jest wiek.

Na całym świecie trwają badania nad poznaniem innych przyczyn.

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

Coraz większą rolę przypisuje się zapobieganiu chorobie. W związku z wydłużeniem się życia ludzkiego, **profilaktyka** przyczynia się do obniżenia kosztów leczenia oraz opieki nad chorymi.

Obserwacje naukowe przypisują czynnikom ryzyka chorób naczyniowych udział w powstawaniu choroby Alzheimera.

Do czynników ryzyka zalicza się:

- ✓ **nadciśnienie tętnicze**
normalizacja poprzez leczenie ciśnienia krwi u osób w średnim wieku, obniża ryzyko późniejszego wystąpienia otępienia;

- ✓ **cukrzyca**
ryzyko zapadnięcia na chorobę Alzheimera jest o 30-100% większe u osób z cukrzycą typu II;

- ✓ **cholesterol**
ryzyko wystąpienia otępienia o charakterze alzheimerowskim, jak i naczyniowym, wzrasta wraz z podwyższeniem poziomu cholesterolu;

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

Czynniki środowiskowe mogą podnosić ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera. Istnieją dane sugerujące jej związek z infekcją wirusem opryszczki Herpes Simplex (HSV-1).

Obraz zaburzeń klinicznych i zachowania

Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3
najczęściej/ najbardziej obciążające	umiarkowanie częste/obciążające	rzadziej spotykane/ do opanowania
<p>Psychiczne</p> <p>Urojenia Halucynacje Depresyjny nastrój Bezsensowność Lęk</p>	<p>Psychiczne</p> <p>Misidentyfikacja (błędne rozpoznawanie osób znanych, jako nieznanymi i odwrotnie)</p>	<p>Psychiczne</p> <p>Płacz Przeklinanie Brak napędu Ciągłe pytanie o to samo Podążanie za opiekunem</p>
<p>Behawioralne</p> <p>Agresja Wędrowanie Niepokój</p>	<p>Behawioralne</p> <p>Pobudzenie Rozhamowanie Krzyk Przymus poruszania się</p>	

Zaburzenia myślenia i postrzegania rzeczywistości

Zaburzenia toku myślenia, występujące pod postacią spowolnienia i rozkojarzenia, to charakterystyczne dla otępienia zaburzenia stanu psychicznego.

Demencja jest także przyczyną **zaburzenia treści myślenia o typie paranoidalnym i urojeniowym**.

Typy urojeń najczęściej występujące w przebiegu zespołów demen-tywnych to:

✓ **urojenia okradania** – chory zgłasza skargi dotyczące zaginięcia lub kradzieży różnych przedmiotów, pieniędzy czy innego majątku;

✓ **urojenia porzucenia** – pacjent uważa, że został porzucony przez swoją rodzinę, pozostawiony na łasce losu i nikt o niego nie dba;

✓ **urojenia zazdrości** – pojawiają się już we wczesnym stadium demencji i bywają przyczyną wielu konfliktów rodzinnych; odnoszą się one do małżonków i częściej występują u mężczyzn;

✓ **urojenia podstawienia opiekuna** – występują, gdy chory uparcie twierdzi, że nie zna osoby, z którą mieszka i która się nim opiekuje.

W chorobach otępiennych, oprócz zaburzeń myślenia, możemy mieć również do czynienia z **zaburzeniami spostrzegania**. Przybierają one postać halucynacji, omamów lub iluzji.

Najczęściej występują u osób z otępieniem z ciałami Lewy'ego. Chorzy ci widzą postacie ludzi lub zwierząt, mogą z nimi prowadzić rozmowy i wykazywać przed nimi lęk. Nasilenie omamów wzrokowych pojawia się w godzinach wieczornych.

Omamy słuchowe - występują w zespołach naczyniopochodnych, nierzadko z **omamami czuciowymi** narządów wewnętrznych.

Osłabienie pamięci może stanowić u osób z otępieniem podłoże zaburzeń spostrzegania o typie **omamów wzrokowych**. Osoby takie mogą, np. nie rozpoznawać swojego odbicia w lustrze, uznając, że widzą obcą osobę w swoim mieszkaniu (błędna identyfikacja).

Zaburzenia nastroju

Objawy depresyjne występują u 40-50% chorych na chorobę Alzheimera, jednak pełnoobjawowa depresja obserwowana jest tylko u 11-17% pacjentów.

Depresja może czasami wyprzedzać pojawienie się objawów otępiennych i częściej występuje we wczesnym stadium choroby niż w jej późniejszych etapach. W przebiegu depresji spotykamy się z objawami, które mogą nasilać objawy otępienia, a czasami nawet je pozorować.

Leczenie depresji może poprawić funkcjonowanie chorego w zakresie pamięci i innych funkcji poznawczych, choć często jest ona trudna do jednoznacznego zdiagnozowania.

O depresji należy pomyśleć, gdy obecne są takie objawy, jak przewlekły smutek, utrata odczuwania przyjemności, płaczliwość, niechęć do podejmowania jakichkolwiek aktywności, poczucie rezygnacji, oskarżanie samego siebie, wyrażanie pragnienia śmierci, wcześniejsze chorowanie na depresję (jeszcze przed początkiem otępienia), występowanie depresji wśród członków bliskiej rodziny pacjenta, urojenia depresyj-

ne, nihilistyczne, zespół Cotarda.

Nastrój podwyższony (maniakalny) jest stanem rzadziej spotykanym w otępieniu niż depresja.

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.

Podobne zaburzenie nastroju, określane jako **moria**, pojawia się w demencjach czołowo-skroniowych, np. w przebiegu guzów płatów czołowych oraz mechanicznego uszkodzenia tej okolicy mózgu. W zachowaniu chorego w morii uderza, obok wzmożonego nastroju, wesołkowate rozbawienie, dowcipkowanie, brak dystansu i powściągnięcia działań popędowych.

Zaburzenia lękowe



Lęk u osób z demencją występuje znacząco częściej niż w populacji ogólnej (od 12 do 50% chorych).

Objawy lękowe mogą być częstsze we wczesnych etapach otępienia – w okresie, gdy chory zauważa u siebie narastające trudności w sytuacjach wcześniej niestanowiących 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 występować jako jeden z objawów depresji, a jego obecność obniża istotnie jakość życia chorego i zwiększa umieralność wśród osób z otępieniem.

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 cierpią na 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 nadmierną sennością w dzień. Chory nie zasypia wieczorem lub budzi się w nocy i rozpoczyna aktywne funkcjonowanie, próbuje porządkować swoje oto-

czenie, przygotowuje posiłki, wychodzi 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 przesypianiem większości czasu.

Ważne w kontekście zaburzeń zachowania



Zaburzenia zachowania występują u większości chorych na chorobę Alzheimera.

Nieleczone zaburzenia zachowania prowadzą do szybszego pogłębiania się choroby, zwiększonej niesprawności oraz 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 rzadko wynikają wyłącznie z postępu choroby. Warto spróbować ustalić przyczynę zmienionego zachowania podopiecznego, i ją usunąć.

Zaburzenia zachowania są często sygnałem pogorszenia ogólnego stanu zdrowia podopiecznego. Należy wykluczyć takie przyczyny jak ból, infekcja, 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 powinno być ograniczone do stanów zagrożenia życia.

Zachowanie opiekuna ma ogromny wpływ na zachowanie pacjenta. Zniecierpliwienie, 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.

Pojawienie się kłopotliwych zaburzeń zachowania powoduje, że pacjent wymaga raczej nadzoru niż opieki, co znacznie 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 się w nadzór nad chorym i wpływ opieki na emocjonalne reakcje opiekuna, takie jak stres, zmęczenie, lęk, depresja.

Jak leczyć objawy zaburzeń zachowania i psychicznych?

Z wyjątkiem przypadków ciężkich zaburzeń zachowania, zagrażających bezpieczeństwu pacjenta lub jego otoczenia, pod uwagę powinny być brane **niefarmakologiczne metody leczenia**. Są to techniki, których skuteczność zależy od cierpliwości i umiejętności opiekunów, powinny więc być w miarę proste do nauki i wdrożenia.

Podobnie, jak w przypadku leków, **przed zastosowaniem jakiegokolwiek metody terapii zaburzeń zachowania, należy wykluczyć potencjalne medyczne przyczyny pogorszenia stanu pacjenta**.

Najważniejsze strategie oddziaływania na zachowanie chorych z otępieniem:

✓ Interwencje środowiskowe

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

- ✓ **Interwencje bezpośrednio wpływające na zachowanie pacjenta.** Opracowanie skutecznego sposobu postępowania z niesfornym podopiecznym jest zadaniem tandemu lekarz - opiekun.

Szansa na osiągnięcie sukcesu rośnie dzięki zastosowaniu poniższego schematu:

- ✓ zidentyfikuj cel;
- ✓ zbierz jak najwięcej informacji na temat docelowego objawu;
- ✓ zidentyfikuj wszystkie czynniki (czynności, słowa, wydarzenia, zachowania), które poprzedzają wystąpienie objawów zaburzeń zachowania, nasilają objawy lub prowadzą do ich złagodzenia;
- ✓ we współpracy z lekarzem ustal realistyczne cele leczenia i przygotuj plan;
- ✓ nagradzaj pacjenta i siebie za osiągnięte cele;
- ✓ regularnie monitoruj postępy;
- ✓ w razie potrzeby modyfikuj sposób postępowania (jeśli plan A nie działa, wprowadź plan B).

Leczenie choroby Alzheimera

W terapii choroby Alzheimera **stosuje się leki objawowe**, które mogą zmodyfikować przebieg choroby – nie prowadzą jednak do wyleczenia.

Trudno jest przewidzieć efekt terapii. Poprawę obserwuje się u jednej trzeciej pacjentów przyjmujących leki, u jednej trzeciej można zauważyć spowolnienie narastania zaburzeń pamięci oraz trudności w radzeniu sobie w życiu codziennym. Istnieją dane, według których po 3 latach oddziaływanie leków jest już względnie niewielkie. Ważne jest, aby po rozpoczęciu leczenia nie robić w nim przerw. Nawet kilku-

dniowe pauzy powodują pogorszenie stanu klinicznego pacjenta.

Coraz częściej zwraca się uwagę na **łączenie terapii farmakologicznej z niefarmakologiczną**. 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.** W miarę progresji choroby u chorych występują zaburzenia zachowania i pamięci.

Objawy zaburzeń zachowania należy leczyć! Leczenie zaburzeń zachowania jest zwykle skuteczniejsze niż leczenie samych kłopotów z pamięcią! Zaburzenia zachowania nasilają się w umiarkowanej fazie choroby. Przebiegają z okresami zaostrzeń i remisji, warto więc na bieżąco, co dwa, trzy miesiące, weryfikować konieczność podawania leków.

U podłoża zaburzeń zachowania leży wiele czynników jednocześnie, objawy rzadko wynikają z samego postępu choroby. 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.

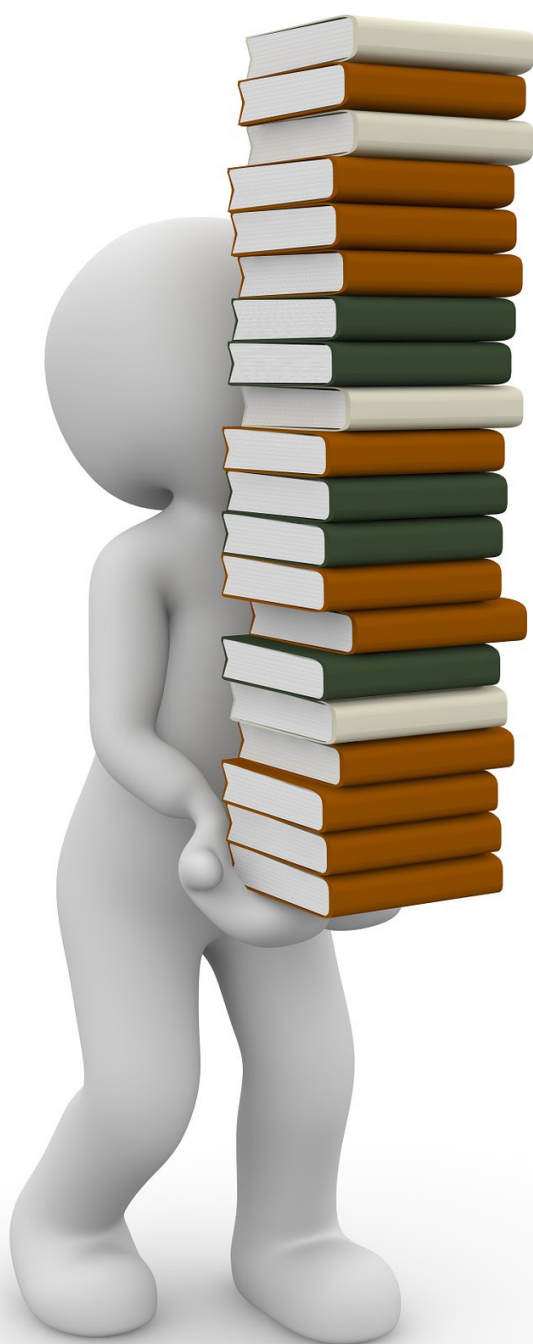
Podstawą leczenia zaburzeń zachowania są metody niefarmakologiczne - zapewnienie choremu względnie stałego, wolnego od stresu otoczenia, właściwy sposób zachowania się opiekuna, identyfikacja i próba korekty czynników spustowych (leczenie chorób towarzyszących, korekta schematu stosowanych leków). Podstawowa reguła brzmi: *Jak rozwiązałbym ten problem, gdyby moim podopiecznym było 3-letnie 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 wyłącznie w porozumieniu i za zgodą lekarza prowadzącego.

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.

Przygotowanie do przeprowadzenia zajęć



Krótką charakterystyka osób starszych dotkniętych problemem

Na chorobę Alzheimera zapadają **głównie osoby starsze**, po 65 roku życia. Mieszkańcy miast, jak i terenów nieurbanizowanych. Zarówno **kobiety jak i mężczyźni**. Choroba dotyka zarówno osoby **z niższym, jak i wyższym wykształceniem**.

Chorzy w Polsce dowiadują się o swojej chorobie zazwyczaj zdecydowanie za późno. Mimo, że wcześniej występują symptomy schorzenia, to **chorzy z różnych przyczyn nie badają się**, aby potwierdzić lub wykluczyć diagnozę.

Wpływ na to ma kilka czynników. Przede wszystkim odpowiada za to **niski poziom wiedzy na temat choroby**. Najczęściej jest ona kojarzona z epizodami zapomnienia, które same w sobie są bagatelizowane.

Powszechnie panującą opinią jest przekonanie, że poważne kłopoty z pamięcią są naturalne dla zaawansowanego wieku. **Nie jest to prawdą**.

Celowo piszemy o poważnych kłopotach z zapamiętywaniem. Incydentalne kłopoty z pamięcią nie powinny wywoływać naszych obaw.

Mogą one wynikać z przemęczenia, ilości danych do przetworzenia, stresu lub gorszego samopoczucia, czy być wynikiem działań przyjmowanych leków. Inaczej jest w sytuacji kiedy problemy z pamięcią mają charakter stały bądź ustają i powracają cyklicznie, co jest już wystarczającym wskazaniem do zgłoszenia się na badanie pamięci.

Osoby dotknięte problemem często odwołują decyzję o badaniu i nie chcą zgłaszać się do poradni zaburzeń pamięci. Strach i wstyd przed ewentualną diagnozą, która dla chorych i rodzin może brzmieć jak wyrok, skutecznie trzymają ich z daleka od specjalistów, którzy w momencie postawienia diagnozy mogliby odpowiednio wcześniej wdrożyć leczenie.

W wielu wypadkach chorzy trafiają na badania w sytuacji kiedy choroba Alzheimera jest na tyle zaawansowana, że nie pozwala chorym na samodzielne funkcjonowanie, a możliwości leczenia są znikome.

Sytuacja osób chorych nie jest łatwa. Należy pamiętać, że chorują przeważnie osoby starsze, a więc takie, które często odczuwają znaczny spadek życiowego komfortu.

Im bardziej choroba postępuje, tym bardziej chorzy są **mniej samodzielni i bardziej uzależnieni od swojego otoczenia.**

Całodzienny dozór staje się koniecznością w sytuacji kiedy chory nie może wykonywać podstawowych czynności życiowych, ma trudności w porozumiewaniu się i rozpoznawaniu najbliższych osób.

Choroba Alzheimera wymaga od bliskich całkowitej rewolucji w zakresie organizacji życia rodzinnego. Obowiązek opieki nad chorym przeważnie spada na męża lub żonę. Należy pamiętać, że najczęściej są to również osoby w podeszłym wieku, które nierzadko same wymagają, jeśli nie opieki, to regularnej pomocy.

Choroba, szczególnie w jej zaawansowanym stadium, skutecznie wyłącza osobę chorą i współchorą z życia towarzyskiego.

Ze względu na kłopotliwe objawy powoduje, że osoby bliskie wstydzą się wychodzić z chorym poza własne miejsce zamieszkania.

Tym samym **choroba stopniowo wyklucza osoby chore i tych, którzy się nimi opiekują z życia społecznego, kulturalnego, rodzinnego.**

W niektórych przypadkach prowadzi do apatii i stanów depresyjnych u opiekunów osób chorych.

W rodzinach gdzie osoba chora mieszka samotnie, obowiązek opieki przejmują na siebie dzieci, a jeśli nie mają takiej możliwości, to chory trafia do instytucji wyspecjalizowanej w tego typu działalności.

Dla osoby chorej dużym stresem jest przeniesienie z własnego domu lub mieszkania, gdzie czuła się bezpiecznie, a każdy kąt był doskonale znany, do obcego miejsca pełnego nieznanymi osobami, które żyje zupełnie innym rytmem.

Zmiana miejsca zamieszkania może tylko pogłębić objawy choroby i wpłynąć na pogorszenie stanu chorego.



Podstawowe kompetencje osoby pracującej z grupą młodzieżową

Nie sugerujemy, aby prowadzącymi zajęcia na podstawie niniejszego podręcznika, były wyłącznie osoby z tytułem naukowym z obszaru pedagogiki lub nauk pokrewnych.

Uważamy, że praca z młodzieżą jest wyzwaniem i odpowiedzialnością, która wymaga od prowadzących, z jednej strony przygotowania i określonych kompetencji, a z drugiej świadomości własnych przewag i ograniczeń.

Wyżej wspomniane kompetencje, jak i wiedzę, można zdobywać w toku formalnych studiów, jak i w kanonie edukacyjnych form charakterystycznym dla nurtu edu-

kacji nieformalnej. Szkoły trenerów, kursy, treningi, warsztaty, seminaria, superwizje, czy nauka przez współprowadzenie zajęć w bardziej doświadczonych zespołach, to sprawdzone formy edukacji, realizowane zarówno w kraju, jak i za granicą. Pozwalają na powiększenie swojego doświadczenia, poznanie nowych metod pracy, a także udoskonalenie już posiadanych kompetencji.

Poniżej przedstawiamy najważniejsze, naszym zdaniem, obszary umiejętności istotne w pracy z młodymi ludźmi.



Kompetencje komunikacyjne

Omawianie tematu zaczynamy od sztuki sprawnego komunikowania się, a więc najprościej mówiąc formułowania i wysyłania komunikatów, w taki sposób, aby zostały zrozumiane zgodnie z naszą intencją oraz umiejętnością słuchania ze zrozumieniem.

Mimo, że komunikacja w czasie prowadzenia zajęć z grupą może stanowić dobry temat na osobną publikację, to wymienimy chociaż najważniejsze wątki związane z tym zagadnieniem:

- ✓ używaj adekwatnego języka, dobieraj słów odpowiednich do grupy wiekowej,
- ✓ unikaj hermetycznego języka,
- ✓ tłumacz słowa, które mogą być niezrozumiałe,
- ✓ bądź naturalny, nie stosuj młodzieżowego języka jeśli nie używasz go na co dzień,

- ✓ stwórz atmosferę, która sprzyja swobodnej komunikacji (polega to na budowaniu poczucia bezpieczeństwa w grupie, zachęcaniu do wyrażania własnych opinii i ocen),
- ✓ reaguj w sytuacjach, w których przekraczane są granice naruszające godność innych osób, wzmacniaj pozytywne zachowania sprzyjające efektywnej komunikacji,
- ✓ redukuj szумы komunikacyjne, trzymaj dyscyplinę dyskusji,
- ✓ stosuj technikę aktywnego słuchania, między innymi: parafrazowania, zadawania otwartych pytań, podsumowywania, dawania informacji zwrotnej,
- ✓ stosuj zróżnicowane konfiguracje w komunikacji - od pracy indywidualnej poprzez pracę w parach, przez dyskusję w zespołach oraz moderowaną rozmowę na forum całej grupy.

Wiedza na temat tematu zajęć

Trudno prowadzić zajęcia na temat chorób otępiennych bez podstawowych informacji na ich temat.

Dlatego w niniejszej publikacji zawarliśmy syntetyczną wiedzę na temat podstawowych faktów na temat tych chorób, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera.

Jednocześnie zachęcamy do poszerzania wiedzy w temacie, korzystając z bibliografii umieszczonej na końcu podręcznika.

Wiedza z zakresu psychologii rozwoju młodzieży

Za zachowaniami młodych ludzi, nawet tymi, które na pierwszy rzut oka są dla nas niezrozumiałe, stoją potrzeby charakterystyczne dla konkretnej osoby lub mieszczące się w charakterystyce tej grupy rozwojowej.

Potrzeby, które oprócz wieku są jedną z cech pozwalających wyodrębnić młodzież, jako specyficzną grupę społeczną. Rozumienie przyczyn określonych zachowań i wy-

powiedzi ułatwia prowadzenie procesu edukacyjnego i pozwala odpowiednio zareagować w konkretnej sytuacji.

Poniżej prezentujemy tabelę opisującą charakterystykę dla dwóch grup wiekowych w czterech obszarach relacji: z rówieśnikami, osobami dorosłymi, z samym sobą oraz z zadaniami.

OBSZAR/WIEK	13 - 16 LAT	17 - 19 LAT
W relacji z rówieśnikami	<ul style="list-style-type: none"> - grupa jest najważniejsza - nie wolno odstawać od grupy - rządzą mody - duże różnice między płciami - zbieranie doświadczeń - uczenie się norm - silne przeżywanie relacji - duża dynamika w relacji z otoczeniem 	<ul style="list-style-type: none"> - tworzenie stabilnych grup przyjacielskich - różnicowanie, indywidualizowanie - potrzeba informacji zwrotnych - kształtuje się świat społeczny - uczenie się bliskości i intymności w relacji - grupy różnopłciowe
W relacji z dorosłymi	<ul style="list-style-type: none"> - idealizacja - postrzeganie biało-czarne - szukanie autorytetów - separacja od rodziców - ważni inni dorośli - znaczący dorośli - orientacja na branie (egoizm) - silna potrzeba bezpieczeństwa 	<ul style="list-style-type: none"> - uczenie się negocjacji - uczenie się świata dorosłych - skracanie dystansu - rosnąca potrzeba niezależności - uczenie się korzystania z wiedzy i doświadczenia dorosłych
W relacji z „ja”	<ul style="list-style-type: none"> - dużo szybkich zmian (fizjologicznych i emocjonalnych) - lęk i zamieszanie - przechodzenie z dzieciństwa w dorosłość - reaktywność - neurotyczność 	<ul style="list-style-type: none"> - większa konsekwencja - więcej refleksyjności - różnicowanie, wybieranie - świadome określanie siebie - rozwój kompetencji osobistych - sprawdzanie siebie w rolach
W relacji z zadaniem	<ul style="list-style-type: none"> - duża zmienność zainteresowań - <i>stomiany zapal</i> - potrzeba eksperymentowania - dużo różnych doświadczeń - ideowość działań - kształtowanie się nawyków - słabe planowanie 	<ul style="list-style-type: none"> - większa świadomość konsekwencji - większe poczucie kontroli - lepsze planowanie

Kontekst, w jakim funkcjonuje młodzież

Praca z młodzieżą, niezależnie od poruszanego tematu, wymaga wiedzy o otoczeniu w jakim funkcjonuje młodzież, z którą zamierzamy pracować. Warto zastanowić się z jakimi problemami borykają się młodzi ludzie, co ich interesuje, jak spędzają wolny czas i ile go mają? Co jest dla nich ważne, a co raczej nie leży w obszarze ich zaintereso-

wania? Kto może być dla nich autorytetem, a kto raczej nie ma u nich posłuchu? Inaczej zaplanujemy pracę z młodzieżą chodzącą do jednej klasy, inaczej z tą, np. w klubie młodzieżowym lub świetlicy, a inaczej z grupą mieszkającą w szkolnym ośrodku wychowawczym.

Odpowiedzialność i bezpieczeństwo

Jako osoby animujące pracę w grupie młodzieżowej jesteśmy współodpowiedzialni za bezpieczeństwo młodych ludzi. Pamiętajmy, że w sytuacjach, w których istnieje poważne ryzyko jego naruszenia powinniśmy zdawać sobie sprawę, że to do nas należy zainicjowanie odpowiednich działań.

W prowadzeniu zajęć, w których grupie młodzieży towarzyszy nauczyciel, działania będziemy podejmować wspólnie.

W przypadku kiedy opiekun grupy opuszcza zajęcia i zostawia nas samych z grupą, musimy wiedzieć, jak można się z nim skontaktować jeśli będzie taka potrzeba.

Potencjalnie groźne sytuacje mogą wynikać ze stanu zdrowotnego uczestników spotkania, niewłaściwych zachowań uczestników lub czynników zewnętrznych. Pamiętajmy, że to do nas należy obowiązek właściwej reakcji.

Stosowane metodyka - cykl Kolba, uczenie się przez doświadczanie

Metodyka i filozofia pracy z młodym człowiekiem reprezentowana w tym podręczniku, mieści się w nurcie edukacji nieformalnej.

W tym miejscu warto ją zdefiniować w odniesieniu do:

- ✓ edukacji formalnej,
- ✓ oraz pozaformalnej.

Edukacja formalna to oficjalny system szkolnictwa. Bazuje ona na opracowanych programach nauczania. Realizowana jest przez nauczycieli i dydaktyków legitymujących się potwierdzonymi w tym celu kompetencjami. Edukacja taka ma na celu przyswojenie przez uczniów wiedzy i kompetencji niezbędnych w procesie socjalizacji, a także na rynku pracy. W skrócie

jest to proces edukacyjny realizowany w szkole lub na uczelniach wyższych.

Proces, który zazwyczaj kończy się egzaminami potwierdzającymi pozyskaną wiedzę, na dowód czego wydawane są powszechnie uznawane świadectwa.

Edukacja pozaformalna to proces, który towarzyszy nam przez całe życie. Taka edukacja jest nieustrukturalizowana, często incydentalna i nieprzypadkowa, ale mimo to prowadzi do zdobywania wiedzy o nas samych i naszym otoczeniu.



Edukacja nieformalna

Edukacja nieformalna to nurt edukacyjny mający swoje miejsce poza oficjalnym systemem kształcenia, mimo tego edukacja nieformalna ma zaplanowany charakter, własne narzędzia oraz metodykę pracy.

W centrum tego nurtu stoi przekonanie, że źródłem wiedzy oraz motorem do zmiany jest osobiste doświadczenie.

Edukując się nieformalnie, młody człowiek uczestniczy w procesie uczenia się dobrowolnie. Korzysta z aktywnych i atrakcyjnych metod pracy, jednocześnie biorąc odpowiedzialność za własne rezultaty w uczeniu się. Kreuje przestrzeń edukacyjną, która sprzyja uczeniu się.

Edukacja nieformalna pozwala młodemu człowiekowi najpierw doświadczać, a później wspólnie z nim, dokonywać indywidualnych i wspólnych odkryć.

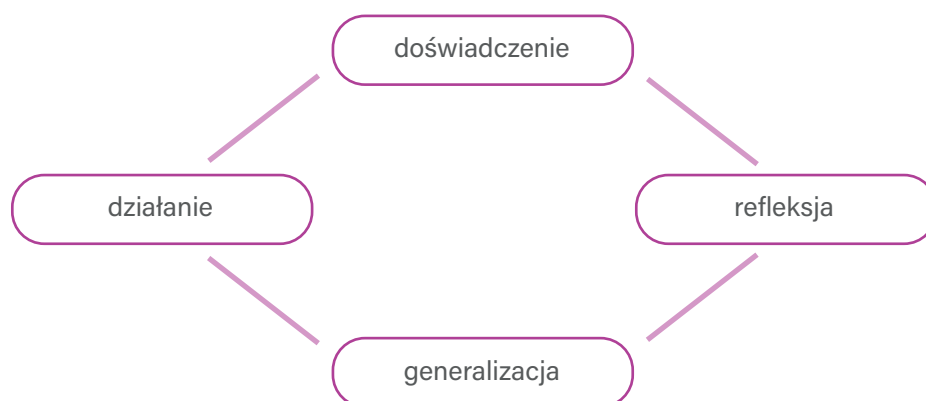
Trener przyjmuje rolę bardziej doświadczonego partnera, który czuwa nad młodym człowiekiem, ale nie odbiera mu autonomii w podejmowanych decyzjach. Animując raczej pomaga zrozumieć konsekwencje różnych wyborów, niż preferować jedno kosztem drugich.

W tym modelu trzeba przyjąć, że nieosiągnięcie, całkowite lub częściowe, założonych celów nie jest błędem, porażką, lecz jest wpisane naturalnie w ten proces i stanowi okazję do uczenia się, poprawiania samego siebie. Jest to model najbliższy naturalnemu sposobowi uczenia się.

Edukacja pozaformalna ma charakter zorganizowany, a w planowaniu procesu edukacyjnego bierze się pod uwagę potrzeby młodych ludzi, doświadczenie osób prowadzących, kontekst społeczny, w którym funkcjonują uczestnicy,

czas i przestrzeń. Planując proces edukacyjny określa się jedynie ramy tego, czego uczestnicy mają doświadczyć i zrozumieć, natomiast nie oczekuje się „gwarantowanych” rezultatów edukacyjnych.

Cykl uczenia opiera się na modelu autorstwa D.A. Kolba, sformułowane w oparciu o cztery etapy uczenia się.



W pierwszym etapie osoba ucząca doświadcza czegoś osobiście. W sytuacji edukacyjnej może to być zaaranżowana sytuacja, jak najbliższa rzeczywistości lub eksperyment stworzony na potrzeby ćwiczenia.

Po doświadczeniu przychodzi faza refleksji nad tym, co się właśnie wydarzyło, uświadomienia sobie płynących znaczeń oraz towarzy-

szących zdarzeniu emocji.

Następnym etapem jest faza generalizacji – wyciągania uniwersalnych wniosków mających zastosowanie w sytuacjach poza przestrzenią edukacyjną.

Proces kończy faza wdrożenia, kiedy osoba ucząca się może wykorzystać zdobytą wiedzę/kompetencję.

Miejsce i czas realizacji zajęć oraz potrzebne materiały



Miejsce i czas realizacji zajęć są często traktowane drugorzędnie w kontekście innych kwestii dotyczących warsztatów, a szkoda, bo **mają niebagatelne znaczenie dla powodzenia planowanych zajęć.**

Ze względu na krótki okres trwania zajęć, zakładamy, że scenariusz warsztatów będzie najczęściej wykorzystywany w szkole. Dlatego sugerujemy, aby w miarę możliwości, na miejsce realizacji zajęć wybrać salę lub pomieszczenie, które **jak najmniej przypomina szkolną klasę.**

Do przeprowadzenia niektórych ćwiczeń potrzebna będzie duża ilość miejsca (na przykład ćwiczenie *Jak daleko zajdziesz?*). W pomieszczeniu powinno być na tyle przestrzennie, aby krzesła bez ławek udało się ułożyć w okręgu lub w półokręgu.

Takie ustawienie krzesel spowoduje, że uczestnicy zajęć będą zwrócenieni do siebie i prowadzących twarzami, co ułatwi komunikację i spowoduje, że nikt w grupie nie będzie wyróżniony. Ułożenie krzesel w półokręgu jest też wyraźnym sygnałem, że na czas realizacji warsztatów możemy wyjść z ról *klasowych prymusów* oraz tych *co się raczej nie odzywają* i wszystkim dać szansę do równego uczestnictwa w zajęciach.

Nie jest to rozpowszechniony sposób pracy w polskich szkołach, gdzie dominuje układ ławek ustawionych w rzędach, więc należy się przygotować na zróżnicowane reakcje młodzieży na taki układ sali. Mimo to warto zachęcić uczestników, aby zajęli miejsca w okręgu w taki sposób, aby żadna z osób nie siedziała z tyłu, poza miejscem wspólnej pracy.



Wybrane na prowadzenie zajęć miejsce powinno mieć odpowiednią temperaturę do pracy, właściwą akustykę oraz oświetlenie. Należy zadbać, aby w czasie warsztatów osoby przypadkowe nie otwierały drzwi i nie sprawdzały, *co się dzieje w środku*? Czasem wystarczy, aby umieścić na drzwiach krótką informację o prowadzonych warsztatach, z prośbą o nieprzeszkadzanie.

W trakcie zajęć zamykamy drzwi, aby stworzyć uczestnikom zajęć warunki do swobodnej dyskusji. Sala powinna być wyposażona w krzesła lub pufy do siedzenia, tablicę, na której można powiesić bloki flipczartowe oraz miejsce, w którym w czasie warsztatów można wieszać efekt prac grup.



Pomocne w prowadzeniu warsztatów będą: blok flipczartowy, markery, taśma klejąca lub specjalna guma, która umożliwi przyklejenie efektów prac do ściany, plik kartek A4, długopisy dla każdej z osób oraz wydrukowane i pocięte materiały schowane w podpisanych kopertach. Właściwe przygotowanie materiałów pomaga trenerowi w sprawnym przeprowadzeniu zajęć.

Warto zadbać o wydrukowany scenariusz zajęć, z podziałem na role osób prowadzących, jeśli warsztaty są prowadzone przez więcej niż jedną osobę. Pomocne okażą się kartki do notowania, tak aby można było do nich wrócić w ramach rozwijającej się dyskusji.



Zaproszenie uczestników na zajęcia

Zadbajcie o to, aby osoby, które mają wziąć udział w zajęciach miały okazję poznać Was jeszcze przed spotkaniem.

Krótkie przedstawienie się, przedstawienie programu i celu zajęć

oraz osobiste zaproszenie do wzięcia w nim udziału pozwoli uniknąć sytuacji, w których uczestnicy dopiero na miejscu dowiadują się w jakich zajęciach będą uczestniczyć.

Wykorzystanie materiału do pracy na poziomie międzynarodowym

Zarówno tematyka, jak i metody pracy są na tyle uniwersalne, że można je stosować również do pracy w grupach międzynarodowych wśród uczestników pochodzących z krajów europejskich.

W przypadku prowadzenia zajęć w grupie międzynarodowej ze względu na utrudnioną komunika-

cję należy czas trwania zajęć może się wydłużyć.

Organizacja tego typu zajęć wymaga również przetłumaczenia materiałów na język, w którym prowadzone są zajęcia, a także zwrócenia uwagi na różnice w definiowaniu skutków na poziomie indywidualnym i społecznym,

Możliwe trudności w pracy z grupami

Trudności w pracy z grupami mogą być częścią procesu edukacyjnego. Trudności lub inaczej opór w pracy lub zakłócenia, obniżają efektywność edukacji lub wręcz ją uniemożliwiają, dlatego mają pierwszeństwo. Oznacza to, że w obliczu ich wystąpienia należy się nimi zająć w pierwszej kolejności, a dopiero po *przepracowaniu* ich wrócić do procesu edukacyjnego. W przeciwnym razie dalsza nauka nie będzie efektywna.

Przyczyny występowania zakłóceń mogą mieć różne podłoże, do wybranych z nich należą:

- ✓ odejście od zaproponowanego zadania,
- ✓ zmęczenie, znudzenie tematem,
- ✓ unikanie nowych doświadczeń lub odczuć,
- ✓ chęć manipulacji innymi,
- ✓ niechęć do brania odpowiedzialności,
- ✓ chęć *ukarania* prowadzącego,
- ✓ rywalizacja w grupie.

Zajęcia prowadzone według niniejszego podręcznika są na tyle krótkie, że raczej nie pozwolą na ujawnienie się wielu typów zakłóceń.

Korzystając z doświadczenia zajęć *testowych* przeprowadzonych w celu sprawdzenia efektywności zaprojektowanych metod, umieściliśmy w tabeli najczęściej spotykane zachowania, które utrudniały proces edukacyjny wraz z propozycjami interwencji.



Objawy zakłóceń

Możliwa forma reakcji

Grupa uporczywie milczy, jest niechętna pracy, nikt się nie odzywa.

W sytuacji kiedy grupa milczy należy opisać zachowania grupy i zapytać, czy coś się stało w czasie zajęć lub przed nimi. Jeśli ktoś z grupy zdecyduje się o tym opowiedzieć należy wstrzymać zajęcia tak, aby grupa mogła o tym opowiedzieć, a następnie zapytać, czy możemy kontynuować. Jeśli uważamy, że milczenie wynika z nieśmiałości, to pracę z forum całej grupy należy przenieść do mniejszych grup lub par i unikać sytuacji, w której poszczególne osoby muszą prezentować się na forum. Taką reakcją może też wywołać wyznaczenie do odpowiedzi przez prowadzącego.

Jedna osoba lub kilka osób rozmawia lub szepce na boku w czasie, gdy inni się wypowiadają.

Nie należy lekceważyć tej częstej sytuacji. Nasz brak reakcji może zostać odczytany jako przyzwolenie na takie zachowanie i wprowadzić nową niepisaną normę pracy grupowej. Jeśli osoby, które rozmawiają, nie reagują na nasze spojrzenie lub zawieszanie głosu, należy wprost zwrócić się do osoby lub osób rozmawiających i powiedzieć, że takie zachowanie przeszkadza w pracy i poprosić, aby przestały i nie robiły tego więcej. Jeśli zachowanie *jest zaraźliwe* i dotyczy całej grupy, pomocne jest ćwiczenie *milcząca grupa*. Polega ono na tym, że prowadzący inicjuje milczenie składając i unosząc lekko do góry obydwie ręce zaciśnięte w pięść i przestaje mówić. W tym momencie każda z osób, która to zauważy robi to samo. Ćwiczenie kończy się kiedy ostatnia osoba przestanie mówić.

Dominowanie dyskusji przez jedną osobę lub więcej osób.

Długie monologi jednej lub kilku osób mogą być wyrazem chęci kontroli nad grupą. Należy zareagować jeśli uznamy, że ktoś mówi zbyt dużo kosztem innych osób należy zareagować. Można się zwrócić do tej osoby następującymi słowami: „mam wrażenie Marku, że mówiłeś już dużo w tym temacie, chciałbym teraz usłyszeć co inne osoby mają do powiedzenia”. Jednocześnie należy skoncentrować wysiłki na aktywizacji udziału pozostałej części grupy. Brak reakcji w takiej sytuacji wzmocni jedynie bierność reszty grupy i sprawi, że w dyskusję będzie zaangażowane jedynie kilka osób.

Objawy zakłóceń

Możliwa forma reakcji

Zmienianie tematu dyskusji.

W sytuacji kiedy uznamy, że temat dyskusji nam ucieka, należy ją przerwać i powiedzieć, że wyraźnie odbiegliśmy od tematu. Należy jeszcze raz zadać pytanie, lub przypomnieć wątek, który został zmieniony przez osoby dyskutujące. Częste zmienianie tematu lub rozśmieszanie innych może również świadczyć o tym, że grupa jest zmęczona i czas zrobić przerwę.

Przerywanie sobie nawzajem, wchodzenie w słowo.

W celu uniknięcia intensyfikacji szumów komunikacyjnych, przydatne będzie wprowadzenie norm dyskusji, np. poproszenie, aby na raz wypowiadała się tylko jedna osoba, a te, które chcą zabrać głos powinny podnieść rękę. Prowadzący dyskusję udzieli im głosu. Inną metodą jest podarowanie grupie symbolicznego przedmiotu, np. małej piłki, która trzymana w rękach upowazuje do mówienia. Jeśli ktoś skończy mówić to przekazuje piłkę innej osobie, dając tym samym prawo do głosu.

Przydatną zasadą w dyskusji jest zasada stopniowania. Reagując na dany typ zachowania, zaczynamy od łagodnych form, w przypadku braku reakcji przechodząc do coraz bardziej zdecydowanych. Dla przykładu, jeśli jeden z uczestników rozmawia na boku, to zawieszamy na chwilę na tej osobie wzrok, dając jej do zrozumienia, że jej zachowanie przeszkadza. Jeśli to nie działa, lub zachowanie powtarza się, wzmacniamy interwencję o lekkie zbliżenie się do osoby. W przypadku dalszego braku reakcji, przerywamy dyskusję i kierujemy wzrok na osobę, która rozmawia. Jeśli to nie przyniesie efektu zwracamy się bezpośrednio do tej osoby opisując, co robi dana osoba oraz informując, że przeszkadza w prowadzeniu zajęć oraz prosząc, aby przestała. Dzięki zasadzie stopniowania, zakłóceniom o niewielkim natężeniu nie przypiszemy zbyt dużej wagi w dyskusji.



Scenariusz zajęć edukacyjnych

Cele edukacyjne zajęć z obszaru chorób otępiennych

CEL 1:

Dostarczenie uczestnikom zajęć wiedzy z obszaru chorób otępiennych, a szczególnie przyczyn, symptomów, przebiegu, skutków zdrowotnych.

Po zajęciach uczestnicy powinni wiedzieć, jaki jest mechanizm rozwoju choroby, umieć rozpoznać jej najczęstsze objawy, umieć wskazać czynniki zwiększające występowanie chorób otępiennych oraz zachowania, które obniżają ryzyko jej wystąpienia.

CEL 2:

Stworzenie uczestnikom zajęć warunków do poznania i zrozumienia negatywnych skutków występowania zaburzeń poznawczych.

Uczestnicy powinni mieć okazję do poznania i zrozumienia negatywnych skutków doświadczanych przez osoby z otępieniem oraz ich bliskich w obszarze społecznym, zdrowotnym, ekonomicznym. W szczególności wykluczenia, samotności, obniżenia poczucia własnej wartości, niższego poziomu bezpieczeństwa.

CEL 3:

Wzbudzenie motywacji i przekazanie młodzieży narzędzi do wsparcia osób starszych w profilaktyce chorób otępiennych oraz wspólne odkrycie sposobów pomocy osobom chorującym i ich rodzinom.

Po zajęciach uczestnicy powinni wiedzieć do kogo się zwrócić w sytuacji, w której mają uzasadnione przypuszczenia, że u ich bliskich lub osób, które znają występują symptomy chorób otępiennych, a także jakich argumentów używać, aby przekonać bliską osobę do badania.

Przedstawienie się prowadzących, wprowadzenie w zajęcia

Rozpoczynamy od przywitania uczestników, przedstawienia się oraz opowiadamy o celu całego spotkania, jego przebiegu oraz przyczynach, dla których zajęcia dotyczą tematyki, która raczej kojarzy się z chorobami wieku starczego.

Program zajęć warto rozpisać na flipczarce, z zaznaczeniem w połowie zajęć krótkiej 5-minutowej przerwy. Uprzedzamy, że zajęcia

potrwać do półtorej godziny. Prosimy również aby uczestnicy wyciszyli telefony komórkowe.



Przedstawienie się uczestników



Prosimy, aby uczestnicy napisali markerem na kartce samoprzylepnej lub na oderwanym kawałku taśmy malarskiej, swoje imię i przylepili je do ubrania.

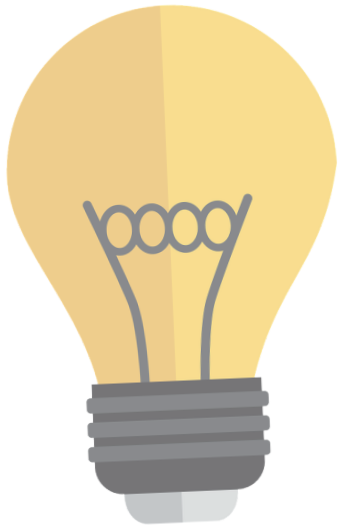
Następnie prosimy, aby każdy z nich po kolei powiedział, jak się nazywa.

Burza mózgów na temat choroby Alzheimera

- ✓ Tłumaczymy uczestnikom ideę burzy mózgów, polegającą na generowaniu odpowiedzi na zadane pytanie.
- ✓ Pytamy o wszystko, co kojarzy się z chorobą Alzheimera.
- ✓ Wszystkie odpowiedzi są zapisywane na flipczarcie. W tej fazie nie komentuje się odpowiedzi, a jedynie zapisuje je na tablicy/flipczarcie, tak jak życzą sobie tego uczestnicy.
- ✓ Po wyraźnym wyczerpaniu się pomysłów przechodzimy do drugiej fazy, gdzie komentujemy udzielone odpowiedzi, wskazując, które ze skojarzeń były słuszne, a które niekoniecznie.
- ✓ W tym miejscu warto też dopytać autorów/autorki skojarzeń, co mieli /miały na myśli, jeśli ich skojarzenia nie są zrozumiałe dla reszty uczestników.
- ✓ Podane odpowiedzi są punktem wyjścia do pracy w kolejnym bloku edukacyjnym.



Blok Wiem



Tytuł ćwiczenia

Sceny życia z Alzheimerem

Czas trwania

40 minut

Cel ćwiczenia

poznanie podstawowych faktów dotyczących chorób neurodegeneracyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera.

Rezultaty

Po udziale w ćwiczeniu uczestnicy powinni:

- ✓ wiedzieć, co to jest choroba Alzheimera,
- ✓ wiedzieć kogo najczęściej dotyczy,
- ✓ rozumieć mechanizm powstawania choroby.

Potrzebne materiały

Wydrukowane opisy scenek, blok flipczartowy wraz z markerami, plansze edukacyjne.

Przebieg ćwiczenia

Informujemy uczestników, że dzięki udziałowi w ćwiczeniu dowiedzą się, jakie zachowania i symptomy mogą wskazywać na to, że mamy do czynienia z chorobą Alzheimera, czy inną chorobą będącą następstwem procesów degeneracji mózgu.

Tłumaczymy uczestnikom, że zostaną podzieleni na trzyosobowe zespoły. Każdy z zespołów dostanie do odegrania scenkę, która będzie przedstawiała jeden z wybranych symptomów choroby.

Następnie dzielimy uczestników na zespoły w dowolny sposób, możemy zastosować odliczanie lub poprosić, aby sami się podzielili i wręczamy opis scenek. Prosimy, aby w ciągu pięciu minut przygotowali się do odegrania scenki, którą zaprezentują reszcie uczestników. Prosimy, aby nie ujawniali czego dotyczy ich zadanie.

Scenki są opisane dosyć ogólnie, resztę pozostawiamy ich wyobraźni i umiejętności improwizacji. Prosimy o potraktowanie zadania z należytą powagą ze względu na charakter omawianych problemów.

Po każdej ze scenek prosimy uczestników, aby zgadli, jaki symptom choroby był odgrywane.

Po odgadnięciu zapisujemy go na flipczarcie i krótko omawiamy wraz z częstotliwością ich występowania. Kartkę flipczartową wcześniej dzielimy na pół. Jedno z pół tytułujemy: *zaburzenia funkcji poznawczych*, drugie *zaburzenia zachowań*. W zależności od zaburzenia, umieszczamy je po właściwej stronie kartki.

Jeśli scenek jest więcej niż zespołów to prosimy, aby niektóre z zespołów odegrały więcej, niż jedną scenkę. Ważne jest, aby widzowie odgadywali o jaki symptom chodzi dopiero po zakończeniu odgrywania scenki i nie przeszkadzali aktorom w czasie gry.

Po zapisaniu wszystkich objawów na flipczarcie pytamy, czy byli świadkami występowania któregośkolwiek z objawów u innych osób, jeśli tak to jakich?

Następnie prezentujemy plansze edukacyjne i przedstawiamy podstawowe dane na temat chorób neurodegeneracyjnych.

Materiał pomocniczy nr 1

Scenki do odegrania - część 1

Symptom: **TRUDNOŚCI W ZAPAMIĘTANIU ZNANYCH FAKTÓW**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w której w czasie rozmowy jedna z osób nie może sobie przypomnieć pewnych oczywistych, w powszechnym rozumieniu, informacji, np. nazw miejsc, nazwisk powszechnie znanych osób, nazw miesięcy, itd.

Symptom: **TRUDNOŚCI W ZNALEZIENIU WŁAŚCIWEGO SŁOWA**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w której jedna z osób w czasie rozmowy kilkakrotnie nie może sobie przypomnieć słów, których chciałaby użyć, a nie może ich sobie przypomnieć. Wywołuje to lekką wesołość wśród pozostałych uczestników rozmowy. Dla otępienia w stopniu lekkim charakterystyczne jest zapominanie pojedynczych słów. Wyraźne zubożenie mowy to cecha otępienia w stopniu głębokim.

Symptom: **TRUDNOŚĆ W ZNALEZIENIU PRZEDMIOTÓW**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w której jedna z osób nie może znaleźć przedmiotu, który niedawno zostawiła w dosyć widocznym miejscu. Z tego powodu prosi innych o pomoc i angażuje ich w poszukiwania. Po odnalezieniu przedmiotu osoby, które pomagały go szukać, krytykują za *roztargnienie* osobę, która szukała przedmiotu.

Symptom: **TRUDNOŚĆ W ZAPAMIĘTANIU IMION BLISKICH OSÓB**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w której jedna z rozmawiających osób ma problem, aby przypomnieć sobie imiona osób z najbliższej rodziny. Wywołuje tym dezaprobatę i oburzenie innych rozmawiających.

Materiał pomocniczy nr 1

Scenki do odegrania - część 2

Symptom: **PROBLEMY Z UBIERANIEM SIĘ**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w której jedna z osób nakłada część garderoby i ma problem z właściwym jej nałożeniem. Pozostałe osoby najpierw jej pomagają, a później narzekają na powolność osoby mającej problem.

Symptom: **KŁOPOTY Z LICZENIEM**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w czasie której jedna z osób ma wyraźne trudności w policzeniu reszty wydanej jej przez ekspedientkę w czasie robienia zakupów. Odegrajcie proszę możliwe reakcje innych osób, które uczestniczą w zdarzeniu.

Symptom: **KŁOPOTY ZE ZROZUMIENIEM MOWY**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie scenkę, w czasie której jedna osoba ma wyraźne kłopoty ze zrozumieniem sensu słów w czasie rozmowy. Opisywane zaburzenie jest charakterystyczne dla otępienia w stopniu umiarkowanym i głębokim.

Symptom: **APATIA**
(zaburzenie zachowania)

Odegrajcie scenkę, w czasie której jedna z osób okazuje wyraźne oznaki apatii. Do oznak apatii należą: utrata zainteresowania codziennymi czynnościami, higieną osobistą, sprawami rodzinnymi, ograniczenie kontaktów towarzyskich, jednostajna mimika i modulacja głosu. Apatia to również utrata inicjatywy. Inne osoby okazują wyraźną dezaprobatę w stosunku do apatycznej postawy.

Materiał pomocniczy nr 1

Scenki do odegrania - część 3

Symptom: **NIEPOKÓJ**
(zaburzenie zachowania)

Odegrajcie proszę scenkę rozgrywającą się wśród domowników, w czasie której jedna z osób zamartwia się przy każdej okazji, a najbardziej boi się opuszczenia przez innych członków rodziny.

Symptom: **DRAŻLIWOŚĆ**
(zaburzenia zachowań)

Odegrajcie proszę scenkę, w której jedna z osób jest drażliwa. Nawet najdrobniejsze bodźce powodują, że łatwo się denerwuje, wpada w złość, przejawia słowną agresję wobec otoczenia. Zastanówcie się jak reagują w takiej sytuacji inne osoby, które uczestniczą w scenie.

Symptom: **PROBLEMY Z ORIENTACJĄ W PRZESTRZENI**
(zaburzenia funkcji poznawczych)

Odegrajcie proszę scenkę, w której jedna z osób zgubiła drogę do domu będąc na spacerze i prosi przypadkowe osoby o pomoc. Niestety ma też trudności z przypomnieniem sobie adresu swojego mieszkania.



Materiał Pomocniczy nr 2

Plansze informacyjne na temat choroby

(na następnych stronach znajdują się 4 plansze
- materiał można skopiować w powiększeniu do formatu A3)

- POWAŻNE KŁOPOTY Z PAMIĘCIĄ NIE SĄ TYPOWE W ŻADNYM WIEKU I ZAWSZE POWINNY BYĆ OCENIONE PRZEZ LEKARZA.
- „DEMENCJA“, „OTĘPIENIE“ NIE SĄ NIGDY KONSEKWENCJĄ SAMEGO STARZENIA SIĘ I ZAWSZE WYMAGAJĄ LECZENIA.
- „DEMENCJA“, „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.

KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z WCZESNEGO ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY:

- **MOŻLIWOŚĆ ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY I WDROŻENIA ODPOWIEDNIEGO LECZENIA**
- **WCZESNA DIAGNOZA UMOŻLIWIA PODJĘCIE DZIAŁAŃ, KTÓRE OPÓŹNIA WYSTĘPOWANIE OBJAWÓW I POPRAWIA KOMFORT ŻYCIA CHOREGO I OSÓB NAJBLIŻSZYCH**
- **DIAGNOZA WE WCZESNEJ FAZIE CHOROBY POZWALA CZĘSTO ZREDUKOWAĆ ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW FARMAKOLOGICZNYCH**
- **LEKARZE PIERWSZEGO KONTAKTU RZADKO PRZEPROWADZAJĄ TAKIE BADANIA W CZASIE WIZYT STARSZYCH PACJENTÓW, NALEŻY O NIE ZADBAĆ SAMODZIELNIE.**

CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO WYSTĄPIENIA CHORÓB:

- ✓ WIEK – POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA
- ✓ NISKI POZIOM WYKSZTAŁCENIA
 - ✓ PRZEBYTE URAZY GŁOWY
- ✓ ZABURZENIA PAMIĘCI W RODZINIE
 - ✓ NADCISNIENIE TĘTNICZE
 - ✓ CUKRZYCA TYPU II
- ✓ WYSOKI POZIOM CHOLESTEROLU
 - ✓ PALENIE PAPIEROSÓW

CZYNNIKI OBNIŻAJĄCE RYZYKO CHOROBY:

- ✓ UCZ SIĘ JĘZYKÓW OBCYCH - może opóźnić chorobę aż o 4 lata
 - ✓ PIJ SOKI Z SUROWYCH WARZYW I OWOCÓW
 - codzienne picie zmniejsza ryzyko wystąpienia o 76 %
 - ✓ DOSTARCZANIE WITAMINY K
 - ✓ UNIKANIE STRESU
 - ✓ REGULARNA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA
 - ✓ ŚMIEJ SIĘ
 - ✓ JEDZ WIĘCEJ OWOCÓW
 - ✓ WYCISZAJ SIĘ
 - ✓ BIEGAJ PRZYNAJMNIEJ 20 KM TYGODNIOWO
 - ✓ STOSUJ DIETĘ ŚRÓDZIEMNOMORSKĄ,
 - ✓ NIE PAL PAPIEROSÓW
 - ✓ DOWIEDZ SIĘ JAKIE SĄ WCZESNE OBJAWY ALZHEIMERA
 - ✓ UNIKAJ CUKRU
 - ✓ ZADBAJ O DOBRY SEN

Blok Rozumiem

Tytuł ćwiczenia

Jak daleko zajdziesz?

Czas trwania

35 minut

Cel ćwiczenia

Uświadomienie ograniczeń i trudności, na które napotykaają chorzy na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunowie.

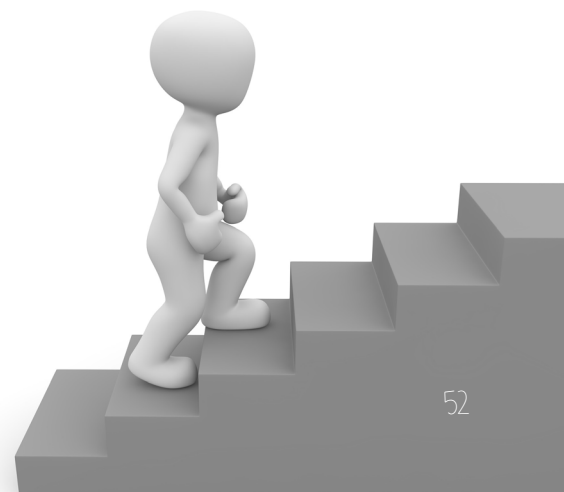
Rezultaty

Udział w ćwiczeniu stwarza szansę na:

- ✓ Uzyskanie świadomości, jakie trudności napotykaają osoby chore oraz ich opiekunowie.
- ✓ Zdanie sobie sprawy z zachowań otoczenia, które zarówno wzmacniają stopień wykluczenia oraz utrzymują negatywne skutki społeczne będące rezultatem choroby.
- ✓ Dostrzeżenie się jakie zachowania i postawy przeciwdziałają wykluczeniu oraz niwelują negatywne skutki społeczne choroby.

Potrzebne materiały

Wydrukowane opisy scenek, blok flipczartowy wraz z markerami, plansze edukacyjne.



Przebieg ćwiczenia

Wyjaśniamy uczestnikom, że ćwiczenie ma pomóc lepiej zrozumieć, z jakimi trudnościami stykają się osoby, które są dotknięte chorobami neurodegeneracyjnymi.

Wyjaśniamy, że w tym ćwiczeniu każda z osób wejdzie na 10 minut *w buty innej osoby*.

O tym, kto będzie kim, zdecydują role rozdane na kartkach papieru. Przed rozdaniem ról prosimy o dokładne ich przeczytanie oraz, co jest ważne, o nieujawnianie nikomu kim jesteście, do momentu kiedy będzie to możliwe.

W materiałach przygotowano 15 ról. W przypadku liczniejszej grupy niektóre role należy rozdać podwójnie, ważne aby wśród ról znalazła się odpowiednia ilość tych przedstawiających osoby chore,

lub osoby opiekujące się chorymi (około 30 % w stosunku do całości).

Po rozdaniu ról prosimy, aby każda z osób dokładnie przeczytała charakterystykę roli, po czym zajęła wygodne miejsce.

Zapowiadamy, że ta część ćwiczenia odbędzie się w ciszy i ma służyć lepszemu zidentyfikowaniu się z rolą. Wykonamy ćwiczenie, które wykonują aktorzy chcący lepiej zidentyfikować się z rolą odgrywanej osoby.

Jeśli jest to możliwe puszczamy relaksującą muzykę i prosimy, aby uczestnicy podążając za pytaniami, wyobrażali sobie, jak wygląda życie osoby, w której rolę weszli. Zaczynamy zadawać pytania, robiąc wyraźne pauzy między pytaniami.

Pytania pomagające wejść w rolę

- ✓ Wyobraź sobie, jak ta osoba wygląda, jaki ma kolor oczu, jaką nosi fryzurę, jak się ubiera, jak brzmi jej głos, jaka jest wysoka?
- ✓ Wyobraź sobie, jak mieszka ta osoba, jakimi przedmiotami się otacza, z kim mieszka?
- ✓ Wyobraź sobie, jak lubi spędzać czas, co sprawia jej przyjemność?
- ✓ Wyobraź sobie, co robi w wolnym czasie?
- ✓ Wyobraź sobie, co jest trudne dla tej osoby, co sprawia jej problemy, jakie to są problemy?
- ✓ Wyobraź sobie, o czym ta osoba marzy?



Po zakończeniu sesji *wdrażania się do roli* prosimy wszystkich o ustawienie się w szeregu. **Uwaga:** przed szeregiem osoby powinny mieć przynajmniej 4-5 metrów wolnego miejsca.

Po ustawieniu się w szereg tłumaczymy, że za chwilę zaczniemy czytać pytania. Jeśli uczestnik uważa, że osoba której rolę odgrywa może odpowiedzieć twierdząco na pytanie, to robi lekki krok do przodu, jeśli nie, to stoi w miejscu. W dalszym ciągu to ćwiczenie przeprowadzane jest w ciszy. Postępujemy się pytaniami, które stanowią materiał edukacyjny numer 1.

Jeśli w czasie ćwiczenia uczestnicy nie wiedzą jak odpowiedzieć, niech sami zdecydują, jak postrzegają możliwości odgrywanej przez siebie osoby.

Po odczytaniu prosisz, aby wszyscy bez ruszania się z miejsca dokładnie obejrżeli, gdzie się znajdują, a następnie prosisz, aby przeczytali kim byli. Prosisz o zajęcie miejsc, po czym rozpoczynasz dyskusję. Dyskusja służy wzbudzeniu refleksji nad sytuacją oraz samopoczuciem osób starszych, a także nad źródłami ewentualnego wykluczenia i problemów poza samą chorobą. Stawiaj raczej otwarte pytania, nie oceniaj wypowiedzi, zbieraj opinie. Zadbaj, aby uczestnicy wypowiadali się w swoim imieniu. Decyduj, które z wyrażanych poglądów zapisać na tablicy. Posłużą na koniec do sformułowania najważniejszych wniosków z ćwiczenia.

Pytania pomocnicze do dyskusji

- ✓ Kto szedł, a kto głównie stał?
- ✓ Łatwo czy raczej trudno było wejść w rolę?
- ✓ Co czułeś, gdy szłaś/szedłeś, a co gdy stałaś/stałeś?
- ✓ Kiedy osoby z przodu zauważyły, że ktoś jest w tyle?
- ✓ Jak się czułaś/czułeś w swojej roli?
- ✓ Co powoduje, że *stoimy w życiu* kiedy inni *idą do przodu*?
- ✓ Co to ćwiczenie pokazało? Co zrozumiałaś/zrozumiałeś dzięki temu ćwiczeniu?
- ✓ Jak wygląda życie osób i ich bliskich dotkniętych chorobą Alzheimera?
- ✓ Co możemy zrobić w prawdziwym życiu, aby więcej osób *szło do przodu*, a mniej *stało w miejscu*?

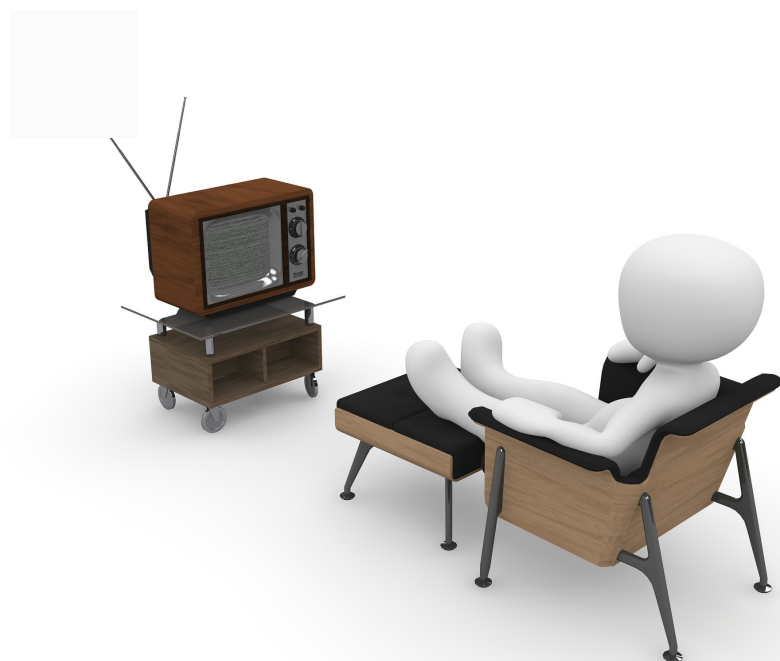


Korzystając z tego, co zostało zapisane w czasie dyskusji na flipczarcie, podsumowujemy ćwiczenie. Na końcu prosimy, aby wszyscy wstali i symbolicznie wyszli ze swoich ról, tak jak by wychodzili z siebie i stawali obok. Można to potraktować, jako formę ćwiczenia służącego aktywizacji fizycznej, tzw. *energizera*.

Materiał edukacyjny nr 1

Pytania do ćwiczenia *na linii*

- ✓ Możesz spotkać się z przyjaciółmi kiedy chcesz.
- ✓ Możesz bez obaw wyjść na spacer w ciągu dnia.
- ✓ Możesz sam sobie przygotować posiłek.
- ✓ Możesz pojechać na spontaniczny wyjazd w góry na weekend.
- ✓ Możesz wyjść do teatru na spektakl, na który z dnia na dzień zaprosi Cię znajomy.
- ✓ Rozumiesz większość wiadomości podawanych w telewizji.
- ✓ Nie odczuwasz lęku przed samotnością.
- ✓ Z optymizmem patrzysz w przyszłość.
- ✓ Uważasz się za osobę pewną siebie, radzącą sobie z problemami.
- ✓ To raczej ty pomagasz innym, a nie inni Tobie.
- ✓ Zazwyczaj jesteś wypoczęty.



Materiał edukacyjny nr 2

część 1

Jesteś 75-letnią osobą, mieszkającą samotnie, jesteś w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Masz wykształcenie wyższe, jeździsz po świecie, niekiedy spotykasz się z rodziną – dwójką synów z rodzinami i ich dziećmi.

Jesteś mieszkającą w dużym mieście 15-latką. Chodzisz do szkoły, masz grono przyjaciół, dwójkę rodziców, twoja rodzina jest dosyć dobrze sytuowana.

Jesteś 24-letnim mężczyzną, właśnie skończyłeś studia z informatyki. Już od roku masz dobrze płatną pracę. Jesteś w związku z osobą, z którą planujesz się pobrać. Mieszkasz w dużym mieście na północy Polski. Co roku jeździsz na zagraniczne wakacje.

Jesteś 45-letnim bezdomnym, Mieszkasz w schronisku, pracujesz, starasz się wyjść z bezdomności, masz nadzieję, że już za parę miesięcy to Ci się uda i wynajmiesz sobie mieszkanie. Masz nadzieję, że najgorsze już za Tobą.

Jesteś 68-letnim mężczyzną. Od miesiąca wiesz, że chorujesz na wczesne stadium Alzheimera, Masz kłopoty z pamięcią, zapominasz słów, nie pamiętasz gdzie położyłeś różne przedmioty. Jesteś osobą samotną. Twoja żona zmarła, nie mieliście dzieci. Bliższa rodzina mieszka kilkaset kilometrów od Twojego miasta.

Jesteś 70-letnim mężczyzną. Od 5 lat chorujesz na Alzheimera. Objawy choroby są dokuczliwe dla Ciebie i innych. Opiekuje się Tobą 68-letnia żona. Pomaga się ubrać, przypomina o lekach, gotuje, chodzi z Tobą na spacer. Nie macie zbyt wielu rozrywek, masz świadomość choroby, jednocześnie przestajesz rozumieć, co mówią do Ciebie inne osoby. Zdarza Ci się nie rozpoznawać swoich wnuków.

Materiał edukacyjny nr 2

część 2

Jesteś 38-letnią kobietą, matką dwójki dzieci. Twoja córka ma 3 lata, a syn 5 lat. Twój mąż pracuje w Wielkiej Brytanii i przyjeżdża do domu raz na dwa miesiące. W mieście, w którym mieszkasz nie masz bliskich osób. Możesz pracować, bo Twoje dzieci chodzą do przedszkola.

Jesteś chorą na Alzheimera 80-letnią kobietą. Chorujesz od 10 lat. Na stałe przebywasz w Domu Pomocy Społecznej. Jesteś pod opieką pielęgniarek i personelu ośrodka. Dobrze się czujesz w tym miejscu. Każdy dzień płynie swoim rytmem. Czasem do ośrodka przychodzą mili ludzie, którzy mówią, że są Twoją rodziną, ale wydaje Ci się, że tak nie jest. Mówią, że ich nie pamiętasz, a przecież pamięć masz dobrą, bo pamiętasz dobrze swoje dzieciństwo i dom rodzinny. Mieszkasz w pokoju z jeszcze jedną panią, która chyba się jeszcze nie przedstawiła.

Jesteś 28-letnim muzykiem. Mieszkasz w jednopokojowym mieszkaniu razem ze swoją narzeczoną. Masz pracowite weekendy, a więcej wolnego od poniedziałku do piątku. Prowadzisz ciekawe życie, podróżujesz po świecie, twoje rodzeństwo i rodzice mieszkają w tym samym mieście co Ty.

Jesteś 45-letnim kierowcą miejskiego autobusu. Masz żonę i dwójkę dzieci. Twoim największym hobby jest ogrodnictwo. Większość weekendów i wieczorów, szczególnie wiosną i latem, spędzasz właśnie w ogrodzie. Lubisz także jazdę na rowerze i pływanie.

Jesteś 30-letnim przedsiębiorcą z branży budowlanej. Mieszkasz sam ponieważ postawiłeś na karierę. Na życie rodzinne jakoś nigdy nie miałeś czasu. Pracujesz ciężko, ale dzięki temu masz mocną pozycję w branży. W czasie urlopu jeździsz po świecie z paczką swoich przyjaciół.

Materiał edukacyjny nr 2

część 3

Jesteś 68-letnią kobietą, której 70-letni mąż od kilku lat choruje na Alzheimera. Nie pracujesz. Wyłącznie opiekujesz się mężem. Przebywasz z nim 24 godziny na dobę, zajmując się równocześnie gospodarstwem domowym. Wyręczasz męża w czynnościach, w których sam sobie nie radzi. Wasze dzieci są bardzo zapracowane i rzadko się z nimi widujecie. Uważacie się za średnio sytuowane osoby. Starcza Wam na zaspokojenie podstawowych potrzeb, czyli na rachunki, leki, jedzenie.

Jesteś 18-letnią maturzystką. Mieszkasz w jednym z dużych miast. Chodzisz do szkoły średniej i chcesz zostać lekarką. Sporo czasu spędzasz ucząc się do matury oraz do egzaminów wstępnych na studia. W wolnych chwilach grasz w tenisa, chodzisz na koncerty i spotykasz się ze znajomymi.

Jesteś 68-letnią kobietą. Od 8 lat jesteś na emeryturze. Mieszkasz z mężem w dwupokojowym mieszkaniu, w centrum dużego polskiego miasta. Mimo bycia na emeryturze masz sporo zajęć. Chodzisz na angielski, jesteś wolontariuszką w hospicjum dla dzieci, codziennie razem z mężem gotujesz zdrowe obiady. Czasem opiekujesz się swoją wnuczką. Raz do roku wyjeżdżasz na zagraniczne wakacje.

Jesteś 34-letnim byłym więźniem. Nie pracujesz, bo nikt nie chce Cię zatrudnić. Mieszkasz razem ze swoimi rodzicami. Imasz się prostych prac, dzięki temu zarabiasz na swoje potrzeby. Lubisz spacerować nad rzeką i grać w piłkę nożną. Poza rodzicami nie masz bliższej rodziny.

Blok Działam

Dzielimy uczestników na kilkusobowe grupy. Każda z grup dostaje kartki flipczartowe i markery.

Prosimy, aby uczestnicy przedyskutowali w grupach i znaleźli odpowiedź na następujące kwestie:

- ✓ Co możemy zrobić jako młodzi ludzie, aby pomóc osobom starszym dotkniętym chorobami otępiennymi?
- ✓ Co powinniśmy zrobić w sytuacji kiedy mamy uzasadnione przypuszczenia, że bliskie lub znajome osoby zdradzają symptomy chorób otępiennych?

Prosimy, aby w ciągu 5 minut uczestnicy zapisali odpowiedzi na kartkach.

Następnie prosimy, aby grupy wspólnie zaprezentowały wyniki prac, odpowiedzi wieszamy na ścianie i po prezentacji prowadzimy dyskusję wokół udzielonych na te dwa pytania odpowiedzi.

Komentarz: Jeśli wywiąże się dyskusja dotycząca kierowania osoby na badania przesiewowe, warto wspólnie zastanowić się jakich argumentów użyć oraz jak proponować osobom starszym udanie się na badanie, jednocześnie pamiętając o tym by nikogo nie urazić.



czas trwania | do 20 minut

Ewaluacja

Na zakończenie prosimy, aby osoby biorące udział w zajęciach podzieliły się tym, co było dla nich ważne na tych zajęciach i co ze sobą z nich zabierają. Dajemy każdej osobie szansę na wypowiedzenie się w formule rundki. Jako prowadzący także bierzemy udział w ewaluacji.

Jeśli wystarczy nam czasu to prosimy o wypełnienie ankiet ewaluacyjnych. Proponowany wzór na następnej stronie.



Na koniec dziękujemy za udział w zajęciach i rozdajemy młodzieży materiały edukacyjne.

PROSIMY O OCENĘ DZISIEJSZYCH ZAJĘĆ.
TWOJA PISEMNA INFORMACJA ZWROTNA POZWOLI NAM
LEPIEJ PRZYGOTOWAĆ SIĘ NA NASTĘPNE ZAJĘCIA.

Ankieta jest anonimowa

Jak, w skali od 1 do 6, ogólnie oceniasz zajęcia? _____

Jak, w skali od 1 do 6, oceniasz atrakcyjność zajęć? _____

Jak, w skali od 1 do 6, oceniasz przydatność wiedzy, którą
uzyskałaś/uzyskałeś na zajęciach? _____

Jak, w skali od 1 do 6, oceniasz swoje zaangażowanie? _____

Co było na tych zajęciach dla Ciebie najciekawsze?

Co można by poprawić?

dziękujemy za wypełnienie ankiety

Narzędzie do autoewaluacji

Proponujemy, aby ewaluację przeprowadzić na dwóch równoległych poziomach. Pierwszy z nich dotyczy oceny realizacji zajęć z uwzględnieniem procesu edukacyjnego, drugi to propozycja uzyskania informacji zwrotnej dotyczącej działań podjętych przez młodzież po udziale w zajęciach.

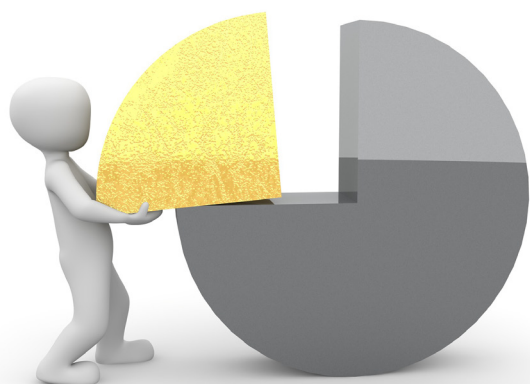
Ewaluacja w odniesieniu do procesu edukacyjnego.

Sugerujemy, aby przeprowadzić ją w zespole osób, który realizował scenariusz. Jeśli w zespole były więcej niż dwie osoby, to sugerujemy, aby część osób wzięła na siebie odpowiedzialność prowadzenia zajęć, podczas gdy pozostali przyjęli rolę ewaluatorów.

Proponujemy, aby ocenę przebiegu zajęć przeprowadzić w następujących obszarach:

- ✓ Jak oceniacie stopień realizacji celów edukacyjnych zajęć?
- ✓ Jak oceniacie sposób komunikacji między prowadzącymi, a uczestnikami?
- ✓ Czy uczestnicy wykazywali zainteresowanie tematem zajęć?
- ✓ Jak oceniacie wybór przestrzeni edukacyjnej, jej zalety i ograniczenia?
- ✓ Jak oceniacie kontakt prowadzących z grupą?
- ✓ Jak prowadzący reagowali na trudne sytuacje w pracy z grupą?
- ✓ W jakim stopniu prowadzący byli przygotowani merytorycznie do zajęć?
- ✓ Jeśli miałabym/miałbym poprowadzić zajęcia jeszcze raz, to co bym zmieniła/zmienił?

Narzędzie do autoewaluacji - ciąg dalszy



Jednym z celów zajęć jest spowodowanie, aby młodzi ludzie, którzy wzięli w nich udział przeszli od słów do czynów. Miernikiem sukcesu prowadzonych warsztatów jest zaangażowanie się uczestników w pomoc osobom chorym i ich rodzinom jako wolontariusze, czy przyprowadzenie osoby starszej na badania. Niestety oczekiwane przez nas efekty mogą być rozłożone w czasie, dlatego trudno nam będzie ocenić niezwłocznie po zajęciach czy odniosły one skutek.

Sugerujemy, aby na zajęciach zebrać od młodzieży dane kontaktowe w postaci adresów mailowych lub kontaktów w mediach społecznościowych i uprzedzić ich, że po okresie około 2 tygodni skontaktujecie się ze wszystkimi uczestnikami, aby dowiedzieć się czy mieli okazję skorzystać z nabytej wiedzy i czy potrzebują pomocy, na przykład w przeprowadzeniu rozmowy z osobą, którą chcieliby przyprowadzić na badania.

Inną metodą jest zorganizowanie spotkania dla chętnych osób, które brały udział w warsztatach, na przykład w miejscach przeznaczonych do pracy z osobami starszymi - świetlicach, domach pomocy społecznej lub domach dziennego pobytu seniora. Na takim spotkaniu po opowiedzeniu, o tym czym zajmuje się dany ośrodek będzie okazja, aby zaprosić młodych ludzi do zaangażowania się w pomoc w charakterze wolontariuszy. Oczywiście takie spotkanie należy starannie przygotować w porozumieniu z kierownictwem placówki. Przed spotkaniem trzeba dokładnie opisać jakiego zaangażowania na rzecz osób starszych oczekujemy od młodzieży, przedstawiając jednocześnie korzyści z tej formy wsparcia innych.

Lista lektur uzupełniających

- Jerzy Leszek (red.), *Choroba Alzheimera – wybrane zagadnienia biologiczne i kliniczne*. (s. 11–24). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2016.
- Mölsä PK, Marttila RJ, Rinne UK, *Survival and cause of death in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia*. *Acta Neurol Scand*. 74 (2), s. 103–7, 08 1986.
- Mölsä PK, Marttila RJ, Rinne UK, *Survival and predictors of mortality in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia*. „*Acta Neurol Scand*”, s. 159–64, 03 1995.
- Geula C, Mesulam MM. *Cholinesterases and the pathology of Alzheimer disease*. „*Alzheimer Dis Assoc Disord*” 9 Suppl. 2, s. 23–28, 1995.
- Stahl SM. *The new cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease, Part 2: Illustrating their of action*.
- *J Clin Psychiatry*. 61 (11), s. 813–814, 2000. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's disease and Other Dementias*. 10 2007.
- LN. Gitlin, M. Corcoran, L. Winter, A. Boyce i inni. *A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia*. „*Gerontologist*” 41 (1), s. 4–14, 02 2001.
- JW. Shega, A. Levin, GW. Hougham, D. Cox-Hayley i inni. *Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description*. „*J Palliat Med*” 6 (2), s. 315–20, Apr 2003.
- Bermejo-Pareja F, Benito-Leon J, Medrano M. J., Roman G. C.: *Incidence and subtypes of dementia in three populations of central Spain*. *Journal of the Neurological Science*. 264 (1–2), s. 63–72, 01 2008.
- Di Carlo A., Vito Lepore i inni: *Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy*. The ILSA Study. *Journal of the American Geriatric Society*. 50 (1), s. 41–48, 01 2002.
- Bonin-Guilleme S., Zekry D., Giacobini E., Gold G., Michel JP.: *The economical impact of dementia*. *Press Med*, 34 (1), s. 35–41, 01 2005 (<http://worldcat.org/issn/0755-4982>);
- Meek PD., McKeithan K., Schumock GT.: *Economic considerations in Alzheimer's disease*. *Pharmacotherapy*, 18 (2), s. 68–73, 1998. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9543467>).
- Wimo A., Jonsson L., Winbald B.: *An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003*. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21 (3), s. 175–181, 2006.
- Bonin-Guilleme S., Zekry D., Giacobini E., Gold G., Michel JP.: *The economical impact of dementia*. *Press Med*, 34 (1), s. 35–41, 01 2005 (<http://worldcat.org/issn/0755-4982>).
- **World Alzheimer Report 2015** *The Global Impact of Dementia, an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. (www.alz.co.uk/research/world-report).

Notka o autorach



Daniel Wójcik

specjalista psychologii klinicznej, certyfikowany psychoterapeuta. Na co dzień 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 *Psychogeriatrya 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 Fortecką

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.