

Opracowała: mgr ANNA RAJEWSKA, neuropsycholog w Fundacji ORCHidea Neuro wsparcie

PORADNIK DLA PRACOWNIKÓW PLACÓWEK ZAJMUJĄCYCH SIĘ OPIEKĄ I OPIEKUNÓW OSÓB Z DEMENCJĄ

**„Pierwsza pomoc psychologiczna” w codziennej praktyce pracowników i
opiekunów**

**Poradnik powstał w ramach realizacji projektu pn. „Wspieranie Osób Starszych z
Zaburzeniami Poznawczymi w Drodze do Lepszego Życia”**

Przedstawione treści wyrażają poglądy realizatora projektu

**i nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska
Samorządu Województwa Wielkopolskiego**

SPIS TREŚCI:

WSTĘP:

1. O poradniku	1
2. Czym jest demencja?	2

CZĘŚĆ I: NAJWAŻNIEJSZE (TOP PRIORYTETY – na podstawie wyników ankiet)

ROZDZIAŁ 1: JAK RADZIĆ SOBIE ZACHOWANIAM I AGRESYWNymi?

1.1 Czym jest agresja w demencji?	6
1.2 Dlaczego u osób z demencją mogą występować napady agresji?	7
1.3 Wczesne sygnały ostrzegawcze	7
1.4 Algorytm deeskalacji - procedura krok po kroku	8
1.5 Podsumowanie – Algorytm deeskalacji	10

ROZDZIAŁ 2: KOMUNIKACJA Z OSOBĄ Z DEMENCJĄ

2.1 Komunikacja z osobami z demencją	11
2.2 Zasady komunikacji – 7 fundamentalnych zasad	11
2.3 Model 3T – Ton, Tempo, Tolerancja	12
2.4 Radzenie sobie z powtarzającymi się pytaniami	13
2.5 Komunikacja w sytuacji występowania zaburzeń orientacji	14
2.6 Techniki wspomagające komunikację	15
2.7 Podsumowanie – Algorytm efektywnej komunikacji	16

ROZDZIAŁ 3: SYTUACJE KRYZYSOWE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ

3.1 Czym jest kryzys psychologiczny?	17
3.2 Rodzaje psychologicznych sytuacji kryzysowych	18
3.3 Procedura działania w sytuacji kryzysu psychologicznego	23

3.3.1 5 kroków pierwszej pomocy psychologicznej	23
3.3.2 Techniki deeskalacji i komunikacji	24
3.3.3. Skala ryzyka samobójczego	25
3.3.4 Po kryzysie – dokumentacja i wsparcie	25

ROZDZIAŁ 4: WSPARCIE EMOCJONALNE DLA OPIEKUNA

4.1 DLACZEGO OPIEKUNOWIE POTRZEBUJĄ WSPARCIA?	26
4.1.1 Skala problemu demencji w Polsce	26
4.1.2 Obciążenie opiekunów nieformalnych w Polsce	27
4.1.3 Obciążenie emocjonalne pracowników DPS/ZDDP w Polsce	28
4.2 OBJAWY PRZECIĄŻENIA OPIEKUNA - ZNAKI OSTRZEGAWCZE!	29
4.3 PROFILAKTYKA WYPALENIA ZAWODOWEGO	30
4.3.1 Profilaktyka wypalenia zawodowego – o co należy zadbać?	30
4.3.2 Techniki szybkiej regeneracji – SOS!	30
4.4 GDZIE SZUKAĆ WSPARCIA?	32
4.5 PODSUMOWANIE - 10 KLUCZOWYCH ZASAD SAMOPOMOCY	33

CZĘŚĆ II: SYTUACJE TRUDNE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ (MNIEJSZY PRIORYTET – według wyników uzyskanych na podstawie ankiet)

RODZIAŁ 1: SYTUACJE TRUDNE I PRZYKŁADY SPOSOBÓW RADZENIA SOBIE

1.1 TRUDNOŚCI Z HIGIENĄ OSOBISTĄ	34
1.2 PROBLEMY Z JEDZENIEM I PRZYJMOWANIEM LEKÓW	35

1.3. PROBLEM Z PRZYJMOWANIEM LEKÓW	35
1.4. TRUDNOŚCI PRZY KORZYSTANIU Z TOALETY	36
1.5. BEZSENNOŚĆ I AKTYWNOŚĆ NOCNA	36
1.6. SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ PODOPIECZNYCH DPS	37

CZĘŚĆ III: WSPÓŁPRACA W ZESPOLE I WSPÓLNE ZASOBY

ROZDZIAŁ 1: PRACA ZESPOŁOWA

1.1 DLACZEGO PRACA ZESPOŁOWA JEST WAŻNA?	38
1.2 WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ/OPIEKUNAMI	39
1.2.1 TRUDNE ROZMOWY Z RODZINĄ	39
1.2.2 ZAANGAŻOWANIE RODZINY W OPIEKĘ	40
1.2.3 ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW	41

CZĘŚĆ IV: KARTY

PRACY	42
-------------	----

PODZIĘKOWANIA

Bibliografia

WSTĘP

1. O PORADNIKU

Niniejszy poradnik powstał na podstawie:

- **65 ankiet** przeprowadzonych wśród pracowników DPS/ZDDP i opiekunów rodzinnych, w trakcie szkoleń organizowanych przez Fundację ORCHidea Neuro Wsparcie, prowadzonych przez specjalistów z zakresu psychologii, neuropsychologii i neurologopedii.
- **materiałów szkoleniowych** z zakresu pierwszej pomocy psychologicznej, przygotowanych przez neuropsychologa zajmującego się diagnozą, terapią oraz wsparciem psychologicznym dla osób z demencją oraz ich rodzin i opiekunów.
- **doświadczenia praktycznego** opiekunów osób z demencją, którym dzielili się podczas wspólnych szkoleń i warsztatów.

Jego celem jest dostarczenie **konkretnych, praktycznych narzędzi** do codziennej pracy z osobami cierpiącymi na demencję.

Dla kogo jest poradnik?

- pracownicy Domów Pomocy Społecznej
- pracownicy Dziennych Domów Pomocy
- opiekunowie rodzinni osób starszych
- nowy personel (poradnik szkoleniowy)
- wszyscy, którzy chcą lepiej rozumieć osoby z demencją

Jak korzystać z poradnika?

- **Całościowe czytanie** - od początku do końca
- **Punktowe wykorzystanie** - wyszukaj informacje o konkretnej sytuacji
- **Karty szybkiej interwencji** - przyklej na ścianę, na biurko
- **Dzielenie się wiedzą** - polecaj rozdziały kolegom

2. CZYM JEST DEMENCJA?

Na podstawie definicji WHO demencja, czyli inaczej zespół otępienny to zespół objawów wywołany neurologicznymi chorobami mózgu o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie zaburzeniami funkcji poznawczych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena. Ponadto zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą, lub nawet je poprzedzają zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji, trudności w zakresie radzenia sobie z codziennymi aktywnościami życiowymi, w zaawansowanych stadiach choroby mogą występować zaburzenia świadomości. Najczęstsze rodzaje otępienia to choroba Alzheimera (50–60%), demencja naczyniowa (20–30%), otępienie z ciałami Lewy’ego (10–25%), otępienie czołowo-skroniowe (10–15%).

Charakterystyka demencji:

- ✗ **NIE jest normalnym procesem starzenia się** - to choroba
- ✗ **NIE jest szaleństwem** - osoba ma świadomość (początkowo)
- ✓ **Jest postępująca** - pogarsza się z czasem
- ✓ **Jest nieuleczalna** - ale można spowolnić progresję
- ✓ **Wymagająca opieki specjalistycznej**

Statystyka:

- **Szacowana liczba chorych** na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce wynosi ok. 584 tys. według raportu NFZ (2022)
- **Średnia długość życia po diagnozie:** 8-10 lat
- **Wiek:** zwykle pojawia się po 65 roku, ale może być wcześniej

Objawy otępienia poprzedza stadium **łagodnych zaburzeń poznawczych** (MCI – Mild Cognitive Impairment), czyli objawów zaburzeń poznawczych, które nie są tak nasilone jak w obrazie otępienia. Łagodne zaburzenia poznawcze mogą stanowić wstęp do rozwinięcia się postępującego procesu otępiennego, ale nie musi się tak stać – dlatego tak istotna jest wczesna diagnostyka zaburzeń poznawczych, badania profilaktyczne, które pozwalają na wczesne wdrożenie interwencji – wsparcia farmakologicznego oraz treningu poznawczego.

1. WCZESNA FAZA DEMENCJI (otępienie w stopniu lekkim) - trwa zwykle 2-5 lat.	
OBJAWY W SFERZE POZNAWCZEJ	• Zapominanie niedawnych zdarzeń, trudności z uczeniem się nowych informacji, gubienie rzeczy • Trudności z planowaniem, organizowaniem, rozwiązywaniem problemów • Zaburzenia orientacji w czasie - daty, dni tygodnia • Trudności z nazywaniem przedmiotów • Dezorientacja w nowych miejscach
OBJAWY W SFERZE EMOCJONALNEJ	• Apatia, depresja (często w reakcji na pojawiające się trudności) • Lęk o przyszłość • Drażliwość • Zaburzenia snu
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	• Może pracować (ale z trudnościami) • Prowadzi samochód (mogą pojawiać się trudności z orientacją w terenie) • Chodzi do sklepu (ale może się zagubić) • Utrzymuje stosunki społeczne (może pojawiać się wycofanie z niektórych aktywności społecznych)
CODZIENNE AKTYWNOŚCI ŻYCIOWE (ADL):	• Jedzenie: samodzielne (może czasem zapomnieć o jedzeniu) • Higiena: samodzielna • Toaleta: samodzielnie • Ubieranie: samodzielnie (ale może mieć problem z wyborem ubrań) • Zainteresowania: często wycofanie się z różnych aktywności, które wcześniej sprawiały przyjemność • Korzystanie z urządzeń: (przy bardziej złożonych czynnościach może pojawiać się trudność z korzystaniem z różnych urządzeń – smartfon, TV, RTV, AGD).
<u>Co charakteryzuje tę fazę:</u> • Osoba może potrzebować kontroli, czasem pomocy fizycznej przy różnych czynnościach • Może funkcjonować samodzielnie, głównie w rutynowych aktywnościach w znanym sobie otoczeniu • Wymaga skoncentrowania się zadbania o jak najlepszą kondycję fizyczną, trening poznawczy oraz wsparcie psychologiczne w zakresie regulacji emocji i nastroju • Opiekunowie potrzebują wsparcia informacyjnego	

2. ŚREDNIO ZAAWANSOWANA FAZA DEMENCJI (otępienie w stopniu umiarkowanym) - może trwać od 2 do 12 lat.	
OBJAWY W SFERZE POZNAWCZEJ	• Znaczne pogorszenie pamięci • Trudności z rozpoznawaniem znajomych osób • Całkowita dezorientacja w czasie i przestrzeni • Trudności z mową: szukanie słów, powtarzanie, bełkotanie • Nie rozumie poleceń lub rozumie tylko proste, krótkie komunikaty • Trudności z abstrakcyjnym myśleniem
OBJAWY W SFERZE EMOCJONALNEJ I BEHAVIORALNEJ	• Agresja (słowna i fizyczna) • Błąkanie się, ucieczki • Powtarzające się pytania i działania • Obsesyjne zachowania • Zaburzenia snu-czuwania (aktywny w nocy, śpiący w dzień) • Zaburzenia seksualne (nadmierne pobudzenie, niestosowne zachowania) • Paranoiczne myślenie/urojenia (ktoś chce go zaatakować, okraść) • Halucynacje wzrokowe (widzi rzeczy, które nie istnieją), słuchowe (słyszy głosy, które nikt inny nie słyszy)
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	• Nie może pracować • Nie może być sam/sama • Wymaga nadzoru 24/7 • Trudności w komunikacji • Izolacja społeczna
CODZIENNE AKTYWNOŚCI ŻYCIOWE (ADL):	• Jedzenie: potrzebuje pomocy przy jedzeniu, problemy z połykaniem • Higiena: wymaga pełnej pomocy, może się stawiać opór • Toaleta: wymaga przypomnienia, może się zanieczyszczać • Ubieranie: wymaga pomocy, ubiera się nieadekwatnie do sytuacji • Mobilność: może być problemy z chodzeniem, upadki
Co charakteryzuje tę fazę: • Najdłuższa faza, duży zakres wymaganej pomocy • Wymagająca nieustannego nadzoru • Opiekunowie mogą być znacznie przeciążeni • Potrzebne wsparcie emocjonalne dla opiekuna	

3. ZAAWANSOWANA FAZA DEMENCJI (otępienie w stopniu głębokim) - zwykle trwa 1-3 lata.	
OBJAWY W SFERZE POZNAWCZEJ	• Całkowita utrata pamięci • Brak rozpoznawania innych ludzi • Brak mowy (lub pojedyncze słowa bez znaczenia) • Brak rozumienia słów • Całkowita dezorientacja
OBJAWY W SFERZE EMOCJONALNEJ I BEHAWIORALNEJ	• Brak interakcji • Możliwa katatonia (sztywność, bezruch) • Brak reakcji na otoczenie
OBJAWY FIZYCZNE	• Sztywność mięśni • Trudności z chodzeniem • Problemy z połykaniem (dusząca się) • Zaburzenia kontroli pęcherza i jelit • Częste infekcje (zapalenie pęcherza, zapalenie płuc) • Odleżyny (jeśli długo leży) • Obniżona temperatura ciała
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	• Całkowita zależność • Nie komunikuje się • Wymaga całkowitej opieki pielęgnacyjnej
CODZIENNE AKTYWNOŚCI ŻYCIOWE (ADL):	• Jedzenie: karmienie przez osobę trzecią, możliwe zaburzenia połykania, czasem sonda PEG • Higiena: całkowita opieka, kąpiel, zmiana ubrania • Toaleta: pieluszka, całkowita zależność • Ubieranie: całkowita opieka • Mobilność: nie porusza się samodzielnie, leży w łóżku, ryzyko odleżyny
Co charakteryzuje tę fazę: • Całkowita opieka pielęgnacyjna • Osoba nie komunikuje się • Przygotowanie do śmierci • Wspieranie rodziny w żałobie	

Zrozumienie specyfiki demencji i jej przebiegu jest **kluczowe** dla efektywnej i empatycznej opieki. Każda faza ma swoje wyzwania, ale również swoje strategie wsparcia. Ten poradnik dostarcza konkretnych narzędzi dla każdej fazy, ale przede wszystkim zmienia podejście z **"Co ja mam robić?"** na **"Czego osoba z demencją potrzebuje?"**

CZĘŚĆ I: NAJWAŻNIEJSZE (TOP PRIORYTETY)

Materiały w tej części zostały przygotowane w oparciu o badanie ankietowe przeprowadzone wśród pracowników DPS, ZDDP, OPS oraz opiekunów osób z demencją, poniżej zostały omówione tematy, które zostały wskazane przez nich jako najbardziej priorytetowe.

ROZDZIAŁ 1: JAK RADZIĆ SOBIE Z ZACHOWANIAMI AGRESYWNYMI?

Priorytet: 87.7% uczestników szkoleń i warsztatów.

1.1 CZYM JEST AGRESJA W DEMENCJI?

Agresja to zachowanie wyrażające wrogość, gniew lub przemoc słowną lub fizyczną. U osób z demencją zwykle nie jest oznaką złych intencji, ale komunikatem, że coś jest nie tak - osoba odczuwa ból, lęk, frustrację lub dezorientację.

Dwa rodzaje agresji:

AGRESJA SŁOWNA	AGRESJA FIZYCZNA
- Krzyki i wrzaski - Obrażanie, przekleństwa - Groźby - Podniesiony ton głosu - Słowa: "Wynoś się!", "Jesteś zły!", "Zostaw mnie!"	- Bicie, kopanie, rzucanie przedmiotami - Drapanie, gryzienie - Szarpanie ubrania, włosów - Popchnięcie, uderzenie
Jak często się pojawia? - 73.8% podopiecznych Jak stresująca? - 35.4% opiekunów wskazuje ją jako NAJWIĘKSZY STRES.	Jak często się pojawia? - 46.2% podopiecznych. Jak stresująca? - 35.4% opiekunów wskazuje ją jako NAJWIĘKSZY STRES

Agresja vs Zachowanie trudne

AGRESJA	ZACHOWANIE TRUDNE
intencjonalne, ukierunkowane	impulsywne, nie zawsze skierowane na kogoś
mogą towarzyszyć groźby	bez grożenia (pchanie, odbieganie)
osoba wyraża złość	osoba może być zagubiona lub przestraszona

Ważne: W demencji zazwyczaj nie ma intencjonalnej "złości". To wyraz bezradności!

1.2 DLACZEGO U OSÓB Z DEMENCJĄ MOGĄ WYSTĘPOWAĆ NAPADY AGRESJI?

Główne przyczyny:

1. BÓL (ból mięśni, ból głowy, problemy z żołądkiem, infekcja (szczególnie zapalenie pęcherza)

Co robić: Obserwuj zmiany w zachowaniu, konsultuj z lekarzem

2. LĘK I DEZORIENTACJA (nie rozpoznają miejsca, nie rozpoznają Ciebie, myślą, że są atakowane, nie są zorientowane w czasie)

Co robić: Nie przekonuj, okaż empatię, pomóż się zorientować

3. FRUSTRACJA Z BRAKU KOMUNIKACJI (osoba chce coś powiedzieć, ale nie potrafi, bezradnie patrzy na Ciebie, brakuje jej słów aby wyrazić potrzeby).

Co robić: Słuchaj uważnie, obserwuj sygnały niewerbalne

4. POCZUCIE BRAKU KONTROLI (osoba nie rozumie co się dzieje, inni każą jej robić różne rzeczy, nie może sama zdecydować, czuje się poddana innym)

Co robić: Daj wybory, pytaj zamiast nakazywać

5. EFEKTY UBOCZNE LEKÓW (niektóre leki mogą powodować agresję)

Co robić: konsultuj z lekarzem, jeśli obserwujesz zmiany w zachowaniu

6. CYKL OKOŁODOBOWY (wieczorami może nasilać się pobudzenie i agresja, może pojawiać się zmęczenie, głód, potrzeba toalety, gorsze oświetlenie zmniejsza orientację)

Co robić: Staraj się zadbać o wyciszenie wieczorem, sprawdź czy podopieczny czegoś potrzebuje

1.3 WCZESNE SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE - OBSERWUJ TO!

WERBALNE	NIEWERBALNE	BEHAWIORALNE
• podniesiony głos/krzyk • szybka mowa • niewyraźne słowa • powtarzanie tych samych słów	• zaciśnięte zęby • zaciśnięte pięści • zaczerwienienie na twarzy • szybsze oddychanie • niespokojne ruchy nóg • chodzenie tam i z powrotem	• popchnięcie, szarpanie • rzucanie przedmiotów • uderzenie w stół • kopanie, tupanie • zamknięcie się (unikanie kontaktu)

CO ROBIĆ: Jeśli widzisz te sygnały, przejdź do ALGORYTMU DEESKALACJI (część 1.4)

1.4 ALGORYTM DEESKALACJI - PROCEDURA KROK PO KROKU

Deeskalacja to zmniejszenie napięcia zanim dojdzie do wybuchu agresji.

6 KROKÓW PROWADZĄCYCH DO UDANEJ DEESKALACJI:

1: ZACHOWAJ SPOKÓJ - Twoja energia przenosi się na drugą osobę	
✓Co robić:	✗Czego nie robić:
• zrób głęboki wdech przez nos (4 sekundy), wdech przez usta (4 sekundy) • rozluźnij mięśnie szyi i ramion • pomyśl: "To nie on/ona kieruje swoim zachowaniem, to objawy demencji" • przypomnij sobie: Ta osoba nie może teraz poradzić sobie ze swoimi emocjami, czegoś potrzebuje.	• wpadać w panikę • śpieszyć się z działaniami • okazywać strach/złość • odbierać zachowań i słów osoby agresywnej osobiście

KROK 2: ZMIENŲ DYSTANS I POZYCJĘ CIAŁA - nie chcesz konfrontacji tylko współpracy	
✓Co robić:	✗Czego nie robić:
• ustaw się z boku (nie twarzą w twarz!) - zmniejsza poczucie zagrożenia • odsuń się około 1-1,5 metra - respektuj osobistą przestrzeń • nie stawaj nad osobą (nie dominuj nad nią) • możesz unieść ręce i pokazać ręce w geście pokojowego nastawienia	• stać nad osobą, spoglądać na nią z góry • ustawiać się w pozycji konfrontacyjnej (blisko, twarzą w twarz) • krzyżować rąk na piersi (wygląd defensywny) • brać jej za rękę/ramię bez pytania

KROK 3: OBNIŻ TON GŁOSU I ZWOLNIJ MOWĘ	
✓Co robić:	✗Czego nie robić:
• mów ciszej niż zwykle (tak żeby było Cię słychać, ale łagodnym tonem) • mów wolniej • wymawiaj wyraźnie każde słowo • przerwij między zdaniami - czekaj odpowiedź/reakcja • używaj prostych słów, nie złożonych zdań	• podnosić głosu • mówić zbyt szybko (zwiększa panikę) • stosować długich wyjaśnień • dużo gestykulować • pouczać

KROK 4: OKAŻ EMPATIE - WALIDACJA EMOCJI	
✓Co robić:	✗Czego nie robić:
• uznać i przyjąć emocje drugiej osoby • wykazać zrozumienie dla EMOCJI • Używaj słów: "Rozumiem", "To dla Ciebie trudne", "Jestem tu" • Jeśli osoba mówi coś dziwnego, zamiast "To nie prawda!", powiedz "To Cię martwi"	• Nie podważaj rzeczywistości i emocji • Nie pouczaj • Nie stosuj logicznych argumentów, zamiast szukania racjonalnych argumentów skup się na emocjach
Zapamiętaj: W demencji rzeczywistość jest subiektywna dla osoby. Twoja rola w sytuacji, kiedy ktoś reaguje agresją to zapewnienie bezpieczeństwa i spokoju, nie edukacja.	

KROK 5: PROPONUJ WYBORY, NIE ROZKAZUJ	
✓Co robić:	✗Czego nie robić:
• Zawsze daj wybór (przynajmniej między dwiema opcjami) • Osoba poczuje kontrolę • Agresja zależy od poczucia bezradności • Nawet mały wybór zmienia dynamikę	• pytania "Czy chcesz...?" gdy nie ma alternatywy • pozornych wyborów (osoba wie, że to nie wybór) • dania zbyt wielu opcji (maksymalnie 1-2)

KROK 6: WYCOFAJ SIĘ (JEŚLI TRZEBA)	
✓Co robić:	✗Czego nie robić:
• jeśli agresja eskaluje: powoli się odsuwaj • mów spokojnie: "Będę niedaleko, jeśli mnie potrzebujesz" • wycofaj się do bezpiecznej odległości • zawołaj o pomoc, jeśli zagrożenie fizyczne	• nie reaguj agresją, złością, krzykiem • nie przyjmuj postawy konfrontacyjnej • unikaj wdawania się w dyskusję, walki na argumenty • nigdy nie zostawiaj osoby samej lub z innymi podopiecznymi
Jakie sytuacje wymagają wycofania się? • ktoś bije lub kopie • ktoś atakuje narzędziem (nóż, widelec) • ktoś koncentruje się tylko na ataku • czujesz realne zagrożenie dla zdrowia	

PRZYKŁADY:

Sytuacja 1: Osoba mówi "Moja mama przyjdzie po mnie"

✗ **ZŁE:** "Twoja mama nie żyje, zapomniałeś?"

✓ **DOBRE:** "Tęsknisz za mamą. To rozumiem. Ja tu jestem przy Tobie."

Sytuacja 2: Osoba krzyczy "Wynoś się! Nie chcę Cię widzieć!"

✗ **ZŁE:** "To nie uczciwe! Ja Ci pomagam!"

✓ **DOBRE:** "Widzę, że jesteś zły/a. Są na Ciebie nalegają. To musi być trudne. Czego potrzebujesz?"

Sytuacja 3: Osoba: "Jestem żołnierzem, muszę iść na wojnę!"

✗ **ZŁE:** "Nie, nie jesteś żołnierzem, masz 85 lat!"

✓ **DOBRE:** "Jesteś dzielny i odważny. Ale teraz jesteś tutaj i jesteś bezpieczny".

✗ **ROZKAZ:**

"Musisz teraz pójść spać!"

✓ **WYBÓR:**

"Chcesz iść do łóżka teraz czy za 10 minut?"

1.5 PODSUMOWANIE - ALGORYTM DEESKALACJI

- | | |
|----|---|
| 1. | ZACHOWAJ SPOKÓJ (oddychaj, myśl jasno) |
| 2. | OBNIŻ TON GŁOSU (ciszej, powoli, konkretnie) |
| 3. | ZACHOWAJ DYSTANS (bok-przy-boku, 1,5m) |
| 4. | WALIDUJ EMOCJE (nie poprawiaj) |
| 5. | PROPONUJ WYBORY (nie rozkazuj) |
| 6. | WYCOFAJ SIĘ (jeśli zagrożenie) |

PAMIĘTAJ !

- ✓ To nie osobisty atak
- ✓ Osoba komunikuje potrzebę
- ✓ Spokój + Empatia = Deeskalacja
- ✓ Szukaj wsparcia

ROZDZIAŁ 2: KOMUNIKACJA Z OSOBĄ Z DEMENCJĄ

2.1 CZYM JEST KOMUNIKACJA W DEMENCJI?

Priorytet: 70.8% uczestników szkolenia i warsztatów

Komunikacja w demencji to przekazywanie wiadomości w taki sposób, aby osoba mogła nas zrozumieć i czuć się bezpiecznie, pomimo pogarszających się zdolności poznawczych. To nie tylko słowa - to również ton, energia, cierpliwość i empatia.

KLUCZOWE ZAŁOŻENIE:

W demencji forma komunikacji jest ważniejsza niż zawartość. Osoba może nie pamiętać słów, ale będzie pamiętać, jak się czuła.

Dlaczego komunikacja się zmienia?

W miarę postępu demencji zakres słownictwa się zmniejsza, rozumienie poleceń spada, zdolność do abstrakcyjnego myślenia znika, język ciała i emocje przejmują kontrolę.

2.2 ZASADY KOMUNIKACJI W DEMENCJI

7 FUNDAMENTALNYCH ZASAD

1. KRÓTKIE, PROSTE ZDANIA	✗ "Słuchaj, zaraz pójdziemy do łazienki, będziemy się myli i przygotowywać do pójścia spać, bo musisz być umyty i gotowy na następny dzień." ✓ "Czas na mycie, idziemy do łazienki"
2. JEDNO POLECENIE NA RAZ	✗ "Weź spodnie, ubrań sobie, włóż skarpety i majtki, a potem usiądź do śniadania." ✓ "Weź spodnie. [czekaj na wykonanie] Teraz skarpetkę." Zasada: Czekaj aż osoba ZROBI jedno, potem następne
3. WALIDACJA EMOCJI (NIE RZECZYWISTOŚCI!)	Osoba żyje w swojej rzeczywistości. Twoja rola to walidacja emocji, nie edukacja. ✗ (Konfrontacja) "Nie, to nie prawda!" ✓ (Walidacja) "Widzę, że czujesz się zagubiony,
4. WOLNY, SPOKOJNY TON GŁOSU	✗ "Ty już jesteś w domu!" ✓ "Tęsknisz za domem. Rozumiem to uczucie." Osoba czyta Twoją energię: Ty spokojny/a → osoba spokojny/a Ty pośpieszny/a → osoba zdenerwowany/a Ty rozdrażniony/a → osoba się boi
	✓ Patrz w oczy, nie patrz w bok ✓ Jeśli osoba nie patrzy na Ciebie, poproś, żeby spojrzała

5. KONTAKT WZROKOWY I DOTYK

- ✓ Jeśli to bezpieczne, dotknij ramienia lub ręki
- ✗ NIE podchodź od tyłu - osoba może się przestraszyć

6. WYSŁUCHAJ I OBSERWUJ

- ✓ Obserwuj wyraz twarzy - strach, ból, spokój?
- ✓ Słuchaj tonacji - gniew, smutek, radość?
- ✓ Obserwuj mowę ciała - napięcie, rozluźnienie?
- ✓ Poczuj energię - osoba chce interakcji czy jest zmęczona?
- ✗ Nie zakładaj, że wiesz lepiej co osoba chce przekazać

7. POZYTYWNE, ZACHĘCAJĄCE SFORMUŁOWANIA

UNIKAJ SŁOWA "NIE" I NEGATYWNYCH FRAZ

- ✗ ZŁE: "Nie możesz tego zrobić", "Nie powinienes tego jeść"
- ✓ DOBRE: "To mogę zrobić dla Ciebie", "Mamy dla Ciebie coś lepszego"

2.3 MODEL 3T - TON, TEMPO, TOLERANCJA

PIERWSZE T - TON

Co to znaczy:

Twój głos, energia, emocje mają duży wpływ na to jak Twój komunikat zostanie odebrany, szczególnie w przypadku osób z demencją, które mają trudności z rozumieniem mowy, będą do nich docierały głównie aspekty przekazu niewerbalnego.

Jak praktykować:

- Mów spokojnie, nie podnoś głosu
- Uśmiechaj się (nawet jeśli osoba tego nie widzi, będzie to słyszeć w głosie!)
- Bądź opanowany/a (nawet jeśli czujesz się stresowany/a)
- Twoja energia = energia osoby

DRUGIE T - TEMPO

Co to znaczy:

Szybkość, z jaką mówisz i oczekujesz odpowiedzi – osoby z demencją zazwyczaj mają spowolnione tempo przetwarzania informacji, im szybciej mówisz tym mniejsza szansa, że Twój komunikat zostanie zrozumiany, odpowiedzi mogą w takich sytuacjach być nieadekwatne.

Jak praktykować:

- Mów wolniej niż normalnie
- Rób długie pauzy między zdaniami
- CZEKAJ na odpowiedź
- Nie poganiaj

TRZECIE T - TOLERANCJA

Co to znaczy:

Cierpliwość, zrozumienie, akceptacja rzeczywistości osoby i trudności jakich doświadcza w komunikacji stwarza poczucie bezpieczeństwa, zwiększa zaufanie, tym samym obniża ryzyko nasilenia niepokoju oraz skłonności do zachowań agresywnych lub wycofywania się i z kontaktu.

Jak praktykować:

- Nie poprawiaj błędów
- Nie argumentuj
- Nie krytykuj
- Akceptuj, że osoba żyje w własnej rzeczywistości
- Bądź elastyczny/a w podejściu

2.4 RADZENIE SOBIE Z POWTARZAJĄCYMI SIĘ PYTANIAMI

Dlaczego tak się dzieje?

Osoby z demencją mają zaburzenia pamięci krótkotrwałej, to znaczy, że zapominają, że już o coś pytały, mogą nie pamiętać odpowiedzi, nie są uparte ani złośliwe, często nie wynika to ze tego, że nas nie słuchają. W sytuacji gdy reagujemy zniecierpliwieniem, nie rozumiemy dlaczego jesteśmy zdenerwowani, mogą poczuć się atakowani, odbierają nasze zachowanie personalnie, jako negatywne nastawienie w stosunku do nich, jednocześnie nie są świadomi co źle zrobili. Często gdy odpowiedzi są długie i zawierają wiele szczegółowych informacji, osoby z demencją mogą mieć trudności ze skupieniem uwagi, przez co zaczynają czuć się zagubione, co może nasilać zadawanie pytań.

✗ CZEGO NIE ROBIĆ

1. Nie używaj logicznych wyjaśnień (mimo, że wydają się adekwatne)
2. Nie argumentuj (racjonalne argumenty w takiej sytuacji mogą zostać niezrozumiane)
3. Nie ignoruj (nie udawaj, że nie słyszysz to zwiększa stres)

✓ CO ROBIĆ

1. Stosuj krótkie konkretne odpowiedzi, przekieruj rozmowę na inny temat gdy pytania się powtarzają
2. Przygotuj krótkie odpowiedzi na najczęstsze pytania i zawsze je powtarzaj w ten sam sposób.
3. Unikaj dużej ilości szczegółów w Twoich odpowiedziach, są trudniejsze do zapamiętania

2.5 KOMUNIKACJA W SYTUACJI WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ ORIENTACJI

Osoby doświadczające zaburzeń orientacji w czasie i przestrzeni mogą nie wiedzieć **gdzie są** (mogą myśleć, że są w innym miejscu), w jakim czasie są (mogą mylić datę, rok), **kim są inne osoby** (nie rozpoznają bliskich), **ile mają lat** (mogą myśleć, że 30, a nie 85).

✗ CZEGO NIE ROBIĆ

Nie zaczynaj od konfrontacji: **"To jest DPS, nie twoje mieszkanie!"**, **"Jest 2025 rok, nie 1970!"**, **"To ja, Twoja córka Anna!"**

To zwiększa stres i dezorientację.

✓ JAKIE STRATEGIE STOSOWAĆ:

STRATEGIA 1: AKCEPTACJA RZECZYWISTOŚCI - Zamiast poprawiać, wejdź w świat osoby.

Sytuacja: Osoba myśli, że jest 1975 rok

✗ Ty: "To 2025!"

✓ Ty: "Co pamiętasz z tamtych czasów? [słuchaj] To były piękne lata, prawda?"

STRATEGIA 2: ORIENTACJA W MIEJSCU - Kiedy osoba nie wie gdzie jest:

1. Wskaż na znane rzeczy
2. Zmień temat na coś pozytywnego

Przykład:

Osoba: "Gdzie ja jestem?"

✓ Ty: "To jest miejsce, gdzie jesteś bezpieczny/na. Zobacz tutaj wisi obraz, który bardzo lubisz, a tutaj stoi zdjęcie Twojej rodziny"

STRATEGIA 3: ORIENTACJA W OSOBACH - Kiedy osoba Ciebie nie rozpoznaje:

✗ ZŁE: Nie próbuj przekonywać osoby, że kogoś zna

✓ DOBRE: Opowiedz coś o sobie lub o innej osobie, której nie rozpoznaje, np. „codziennie razem wychodzimy na spacer”, mam na imię...pomagam Ci często w porannej toalecie”

STRATEGIA 4: UŻYWAJ ZNANYCH RZECZY – pokaż znane obiekty, zapachy, muzykę (coś co może wywołać wspomnienia):

- ✓ Ty: "To jest Twój dom, zobacz tutaj stoi Twój fotel, usiądź posłuchamy piosenki, którą lubisz”.

2.6 TECHNIKI WSPOMAGAJĄCE KOMUNIKACJĘ

TECHNIKA	CO TO JEST:	JAK UŻYWAĆ:
ALBUM WSPOMNIENÍ	Fizyczny album ze zdjęciami, pamiątkami, tekstami z ważnych momentów w życiu osoby. Zmniejsza stres, aktywuje wspomnienia, ułatwia komunikację	Kiedy osoba jest zdenerwowana Kiedy pyta o rodzinę Zamiast słownego wyjaśniania Razem przeglądajcie i rozmawiajcie
RZECZY DO DOTYKANIA	Obiekty, które angażują zmysł dotyku np. miękki materiał (kocyk, szalik, maskotka), naturalne rzeczy (szyszka, kwiat). Mogą pełnić funkcję uspokajającą, zmniejszającą agresję, angażującą, wspomagając komunikację.	Kiedy osoba jest zdenerwowana Przy nasilonym pobudzeniu psychoruchowym Kiedy ma problem z komunikacją, czuje się zagrożona
MUZYKA	Muzyka z dzieciństwa/młodości często może być zapamiętana, aktywuje emocje, zmniejsza agresję i stres, osoba która nie mówi, czasem śpiewa!	Ulubione piosenki z przeszłości Piosenki z epoki, gdy osoba miała 20-30 lat Muzyka klasyczna (uspokajająca) Śpiewanie razem
RUCH I TANIEC	Kiedy słowa zawodzą, pozostaje ciało, ruch i taniec mogą pomagać zmniejszać agresję, angażują emocjonalnie, pomagają wyrażać emocje, mogą angażować w grupową aktywność	Swobodny taniec Ruch do muzyki Rozciąganie Spacer Zajęcia ruchowe w grupie, gimnastyczne, taneczne
SZTUKA I RYSOWANIE	Zajęcia manualne, plastyczne pomagają w ekspresji bez słów, stanowią dobrą formę ćwiczeń relaksacyjnych oraz poznawczych	Wspólne rysowanie Malowanie palcami Robienie rzeczy z gliny Robienie kolaży

2.7 PODSUMOWANIE – ALGORYTM EFEKTYWNEJ KOMUNIKACJI

KOMUNIKACJA W DEMENCJI 7 KROKÓW ✓ Krótkie zdania ✓ Jedno polecenie na raz ✓ Waliduj emocje nie rzeczywistość ✓ Spokojny ton + wolne tempo ✓ Kontakt wzrokowy + dotyk ✓ Wysłuchaj i obserwuj ✓ Pozytywny przekaz	MODEL 3T: ✓ TON - Spokój, energia, uśmiech ✓ TEMPO - Wolno, czekaj na odpowiedź ✓ TOLERANCJA - Akceptacja, brak krytyki
ZABURZENIA ORIENTACJI: ✓ Wejdź w świat osoby ✓ Użyj znanych rzeczy (zdjęcia, zapachy) ✓ Zmień temat na coś pozytywnego ✓ Czekaj, bądź cierpliwy/a	POWTARZAJĄCE SIĘ PYTANIA: ✓ Waliduj emocje ✓ Odwróć temat ✓ Przygotuj "zapamiętane odpowiedzi" ✓ Daj rzeczy do dotykania ✓ NIE argumentuj, NIE poprawiaj

3.1. CZYM JEST KRYZYS PSYCHOLOGICZNY?

Kryzysem psychologicznym można określić każdą sytuację, w której:

- Sytuacja przekracza dotychczasowe możliwości radzenia sobie
- Następuje załamanie normalnych mechanizmów obronnych
- Czasowo zachwiana zostaje równowaga psychiczna
- Stan wymagający natychmiastowej interwencji

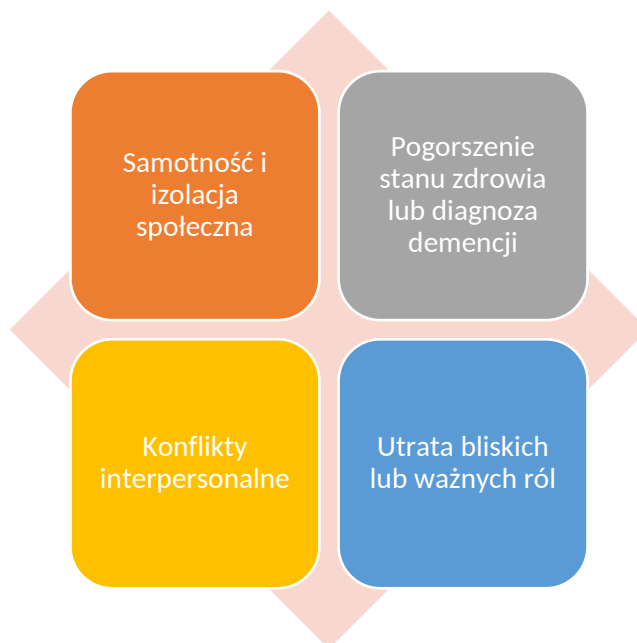
Przebieg kryzysu charakteryzuje się poszczególnymi etapami:

Szok → Dezorganizacja → Poszukiwanie rozwiązań → Wyjście/Pogłębienie

Typowe objawy kryzysu:

- Dezorientacja czasoprzestrzenna
- Silne reakcje emocjonalne (panika, złość, apatia)
- Zaburzenia snu i apetytu
- Trudności w podejmowaniu decyzji
- Izolacja społeczna
- Myśli rezygnacyjne lub samobójcze

Sytuacje najczęściej wywołujące kryzys w DPS/ZDDP



3.2 RODZAJE PSYCHOLOGICZNYCH SYTUACJI KRYZYSOWYCH

Do typowych reakcji w sytuacjach kryzysu psychologicznego można zaliczyć:

- Agresja słowna i fizyczna
- Myśli rezygnacyjne i samobójcze
- Ataki paniki i silny lęk
- Dezorientacja związana z demencją
- Objawy psychotyczne
- Ucieczki
- Reakcje żałobne

ZACHOWANIA AGRESYWNE:

Zachowania agresywne u osób z demencją to reakcje silnych emocji, które mogą obejmować zarówno agresję słowną (wyzwiska, krzyk, groźby), jak i agresję fizyczną (popychanie, bicie, rzucanie przedmiotami). Najczęściej są one przejawem bezradności w obliczu zaburzeń komunikacji, lęku, dezorientacji lub poczucia zagrożenia, a nie złej woli. Agresja może pojawiać się nagle lub narastać stopniowo – jej przyczyną może być ból, nieprzyjazne otoczenie, poczucie utraty kontroli lub nadmiar bodźców oraz treści urojeniowe.

TECHNIKA 3D: DYSTANS → DEESKALACJA → DOKUMENTACJA

✓CO ROBIĆ:

- Zachowaj bezpieczny dystans (1,5 m)
- Stań bokiem, nie tyłem do wyjścia
- Dłonie widoczne, spokojne ruchy
- Zachowaj spokój, nie odpowiadaj złością na złość, waliduj emocje
- Stosuj krótkie, proste zdania, unikaj skomplikowanych wyjaśnień
- Odwracaj uwagę, spróbuj skierować rozmowę na neutralny temat
- **Komunikaty:** "Widzę, że jest Pan bardzo zdenerwowany", "Chcę Panu pomóc. Co się stało?", "Zostaniemy tutaj czy przejdziemy gdzie indziej?"

XCZEGO NIE ROBIĆ

- Unikaj konfrontacji
- Nie używaj siły fizycznej
- Nie odpowiadaj złością na złość

AUTOAGRESJA (SAMOOKALECZENIE)

Najczęstsze przyczyny: ból, lęk i dezorientacja, frustracja z powodu zaburzeń komunikacji, zaburzenia sensoryczne, objawy psychiatryczne.

Częste objawy:

- Osoba bije się w głowę
- Szarpie sobie włosy
- Drapie się
- Uderza w ścianę

✓ CO ROBIĆ:

- Użyj łagodnego podejścia
- Usuń niebezpieczne przedmioty z otoczenia osoby
- Walidacja: "Widzę, że Cię boli. Będę z Tobą"
- Jeśli istnieje poważne zagrożenie zdrowia → pogotowie
- Kontakt z lekarzem (przyczyną może być ból fizyczny)

XCZEGO NIE ROBIĆ

- Nie próbuj zatrzymać zachowania siłą

MYŚLI SAMOBÓJCZE:

Osoby z demencją, szczególnie w początkowych stadiach, mogą odczuwać dużą beznadziejność, izolację, brak sensu i celu życia, co pogłębia ich cierpienie i poczucie osamotnienia. Tendencje samobójcze często wiążą się z poczuciem winy, utratą nadziei oraz nadmierną autorefleksją, a także z doświadczeniami traumy lub przewlekłego bólu psychicznego i fizycznego. W tych stanach osoby te mogą planować konkretne działania zakończenia życia, co wymaga od opiekunów czujności i wrażliwości, aby jak najszybciej zauważyć sygnały ostrzegawcze i skutecznie zareagować.

Objawy:

- Wypowiadanie myśli rezygnacyjnych: "Chcę się zabić", "Nikt mnie nie potrzebuje", "Lepiej byłoby, gdybym nie żył"
- Zamiary samobójcze: „Wyskoczę z okna”, „Wezmę wszystkie leki i już się nie obudzę”
- Planowanie i konkretne działania zmierzające do odebrania sobie życia (np. zbieranie leków)

PYTAJ WPROST:

- "Myślisz o tym, by skrzywdzić się lub zabić?", „Czy masz konkretny plan?"
- NIE unikaj pytania - to nie pobudzi myśli!
- SŁUCHAJ bez osądu
- Potraktuj poważnie - nawet jeśli myślisz, że żartuje

✓CO ROBIĆ:

- Usuń dostęp do leków, zagrażających przedmiotów, miejsc
- Wezwij inne osoby z personelu, w razie poważnego zagrożenia pogotowie
- Skontaktuj się z psychologiem/psychiatrą, rodziną
- Zostań z osobą, bądź spokojny/a, słuchaj, udziel wsparcia

✗CZEGO NIE ROBIĆ

- NIE pouczaj - "Nie bądź taki smutny", "Masz szczęście, że żyjesz", "Ludzie mają gorzej"
- NIE zostawiaj osoby samej
- NIE oceniaj
- NIE lekceważ

DEZORIENTACJA:

Stany dezorientacji u osób z demencją to częsty objaw progresji choroby, charakteryzujący się trudnościami z orientacją w czasie, miejscu oraz w relacjach z ludźmi. Osoba chora może nie pamiętać, gdzie się znajduje, mylić dni, godziny. Dezorientacja wynika z postępującej utraty zdolności poznawczych, co często powoduje strach, lęk oraz frustrację. W efekcie dezorientacja może prowadzić do zachowań impulsywnych lub agresywnych, ponieważ osoba czuje się zagrożona i bezradna.

Zasada: Nie poprawiaj rzeczywistości:

- ✗ "To nieprawda, Pani mąż zmarł 5 lat temu"
- ✓ "Opowiedz mi o swoim mężu"
- ✗ "Jest Pani w domu pomocy społecznej"
- ✓ "To musi być trudne, że nie poznaje Pani tego miejsca"

✓CO ROBIĆ:

- Walidacja emocji
- Przekierowanie uwagi (zdjęcia, muzyka)
- Prosty język, krótkie zdania

✗CZEGO NIE ROBIĆ

- Korekta rzeczywistości
- Używanie logicznych argumentów
- Wprowadzanie nadmiaru bodźców

ATAK PANIKI:

Ataki paniki charakteryzują się nagłym pojawieniem się intensywnego lęku i silnego dyskomfortu, któremu mogą towarzyszyć objawy takie jak przyspieszone, płytkie oddychanie, uczucie duszności, kołatanie serca, pocenie się, drżenie i silny niepokój. Osoby doświadczające ataku paniki często mają poczucie utraty kontroli nad sytuacją i nad sobą, co dodatkowo potęguje stan lękowy. W demencji ataki paniki mogą mieć podłoże zarówno psychiczne, wynikające z dezorientacji i trudności adaptacyjnych do zmieniającego się otoczenia, jak i somatyczne, np. w reakcji na ból albo inne dolegliwości.

Objawy:

- Duszność, szybkie bicie serca
- Drżenie, pocenie się
- Uczucie utraty kontroli
- "Zaraz umrę"

✓CO ROBIĆ:

- Spokojny, niski głos
- Oddychanie wspólne: "4-7-8"
- Zakotwiczenie: "Jesteśmy w jadalni, jest bezpiecznie"
- Kontakt fizyczny (za zgodą): ręka na ramieniu

✗CZEGO NIE ROBIĆ

- Przesadnego uspokajania
- Mówienia "wszystko OK"
- Dodatkowych bodźców

HALUCYNACJE/ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

Objawy psychotyczne u osób z demencją obejmują przede wszystkim halucynacje i urojenia, które często pojawiają się wraz z postępem choroby, nasilając trudności codziennego funkcjonowania i zwiększając stres zarówno u osoby z demencją, jak i u opiekunów. Halucynacje mają często charakter wzrokowy lub słuchowy i mogą obejmować widzenie nieistniejących osób, zwierząt, lub słyszenie głosów komentujących działania chorego. Urojenia często wiążą się z poczuciem zagrożenia, podejrzliwością, przekonaniem o krzywdzeniu lub okradaniu przez

bliskich. W przypadku nasilonych objawów psychiatrycznych konieczne jest wsparcie medyczne, w tym często farmakologiczne.

✓ CO ROBIĆ:

- Waliduj emocje: "Widzę, że się boisz"
- Odwróć uwagę na coś przyjemnego
- Jeśli nasilone objawy utrzymują się długo → skontaktuj się z lekarzem
- Jeśli zagrożenie → pogotowie

XCZEGO NIE ROBIĆ

- NIE kwestionuj, unikaj konfrontacji i gwałtownych reakcji

UCIECZKI:

Ucieczki z placówek opiekuńczych osób z demencją są poważnym wyzwaniem i stanowią realne zagrożenie dla ich zdrowia i życia. Powodem ucieczek jest często dezorientacja, pragnienie powrotu do domu i rodziny. Osoby z demencją mogą z powodu dezorientacji i zaburzeń pamięci twierdzić, że muszą wyjść np. do pracy, lub odebrać dzieci ze szkoły. Ważne jest, aby personel i rodzina współpracowali, szybko reagowali na zniknięcia i stosowali procedury poszukiwań.

Objawy:

- Osoba opuszcza budynek
- Nie wiadomo gdzie się udała
- Dezorientacja w terenie
- Może być zagrożona (pożar, wpadnięcie do wody)

✓ CO ROBIĆ:

- powiadom personel/przełożonego
- szukaj w pobliżu budynku (ogród, hol, toalety), sprawdzaj miejsca gdzie mieszkała (stare domy, prace)
- powiadom policję
- działania profilaktyczne takie jak opaski GPS na nadgarstku, zamknięte, bezpieczne wyjścia, kontrola personelu lub zadanie wzajemnego pilnowania się przez podopiecznych

XCZEGO NIE ROBIĆ

- pozostawiać podopiecznych bez nadzoru
- reagować gwałtownie, okazywać złość
- stosować kar - mogą nasilać ucieczkowe zachowania

PROCES ŻAŁOBY

Proces żałoby u osób z demencją jest wyjątkowo skomplikowany ze względu na zaburzenia poznawcze i emocjonalne, które utrudniają im zrozumienie i adaptacyjne radzenie sobie ze stratą. Osoby te mogą wykazywać bardzo zróżnicowane reakcje na śmierć bliskich — od apatii, przez dezorientację, aż po okresy zwiększonego niepokoju i lęku, które często manifestują się poprzez zachowania agresywne lub wycofanie społeczne. Pomocne jest okazanie wsparcia, akceptacji emocji osoby chorej bez narzucania logicznego wyjaśnienia czy oczekiwania pełnego zrozumienia sytuacji. Wskazane jest zapewnienie wsparcia psychologicznego.

KONFLIKTY INTERPERSONALNE

Konflikty interpersonalne w placówkach opiekuńczych wynikają często z trudności osób demencją w rozumieniu i dostosowywaniu się do otoczenia oraz z frustracji związanej z utratą kontroli nad własnym życiem. Może pojawiać się wtedy nasilone pobudzenie emocjonalnie, reakcje agresywne, co prowokuje konflikty zarówno między podopiecznymi, jak i z personelem. Pomoc rozwiązywaniu konfliktów wymaga cierpliwości i empatii; ważne jest, aby unikać konfrontacji, krytykowania i rozbudzania napięcia. Pomocne są jasne, spokojne komunikaty oraz utrzymanie rutyny i przewidywalności otoczenia. W sytuacjach konfliktowych warto angażować specjalistów (psychologów, terapeutów), którzy mogą pomóc zidentyfikować przyczyny zachowań i zaproponować indywidualne strategie wsparcia, a także wsparcie dla personelu w radzeniu sobie z takimi wyzwaniami.

3.3 PROCEDURA DZIAŁANIA W SYTUACJI KRYZYSU PSYCHOLOGICZNEGO

3.3.1 5 KROKÓW PIERWSZEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ



KROK	DZIAŁANIE	PRZYKŁADOWE KOMUNIKATY
------	-----------	------------------------

1. BEZPIECZEŃSTWO	Oceń ryzyko dla siebie i innych, usuń niebezpieczne przedmioty, wezwij wsparcie jeśli jest potrzeba	"Proszę odsunąć się od krzesła" „Proszę zostać w tym pokoju, nie mogę teraz Cię wypuścić”
2. KONTAKT	Spokojne przywitanie i przedstawienie się, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, otwarta postawa ciała	"Widzę, że jest pani bardzo zdenerwowana. Jestem tu, żeby pomóc"
3. SŁUCHANIE	Aktywnie słuchaj, parafrazuj, waliduj emocje, nie oceniaj, nie lekceważ	"Rozumiem, że czuje się pan osamotniony po śmierci żony"
4. POTRZEBY	Identyfikuj potrzeby i stwórz plan działania, pytaj nie narzucaj rozwiązań, potwierdzaj zgodę na działanie	"Woli pan teraz porozmawiać z psychologiem czy wziąć leki uspokajające?"
5. WSPARCIE	Wdrożenie konkretnych działań pomocowych: wsparcia, konsultacji specjalisty, kontrola, dokumentacja	Kontrola, wsparcie, zgłoszenie incydentu, spotkanie kontrolne po 24-48h, wsparcie pracownika

3.3.2 . TECHNIKI DEESKALACJI I KOMUNIKACJI

Podstawowe zasady komunikacji w kryzysie:

- **Reguła 3T:** Ton (niski), Tempo (wolne), Tolerancja (akceptacja milczenia)
- **Komunikaty w pierwszej osobie:** "Widzę...", "Czuję...", "Chcę pomóc..."
- **Walidacja emocji:** "To musi być przerażające", "Rozumiem pańską złość"
- **Oferowanie wyboru:** "Woli pan zostać tutaj czy przejść do innego pokoju?"
- **Unikanie:** oceniania, bagatelizowania, obiecywania niemożliwego

Techniki fizjologiczne:

- **Oddychanie 4-7-8:** Wdech przez nos na 4, wstrzymanie na 7, wydech ustami na 8
- **Gryzienie lodu:** Dla osób pobudzonych - aktywuje nerw błędny
- **Koc obciążeniowy:** 5-10% masy ciała, timer 15-minutowy
- **Technika "uziemienia":** Skupienie na 5 rzeczach, które widzę, 4 które słyszę, 3 które dotykam

Przykłady komunikatów w różnych sytuacjach:

Agresja: "Nie zgadzam się na przemoc. Odchodzę, ale wrócę za 10 minut"

Demencja: "Widzę, że się pan boi. Jestem Anna, pańska opiekunka"

Myśli samobójcze: "Czy ma pan konkretny plan na odebranie sobie życia?"

Panika: "Oddychamy razem. Wdech... wydech... Jest pani bezpieczna"

3.3.3. SKALA RYZYKA SAMOBÓJCZEGO (wg Columbia C-SSRS)

1. MYŚLI BIERNE: "Chciałbym zasnąć i nie obudzić się"

→ **Działanie:** Kontakt z psychologiem w ciągu 24h

2. MYŚLI AKTYWNE: "Myślę o odebraniu sobie życia"

→ **Działanie:** Konsultacja psychiatryczna w ciągu 12h

3. PLAN SAMOBÓJCZY: "W piątek to skończę"

→ **Działanie:** NATYCHMIASTOWA hospitalizacja

4. ZAMIAR + PLAN: "Już postanowiłem, mam wszystko przygotowane"

→ **Działanie:** NATYCHMIASTOWA interwencja, towarzyszenie 24/7

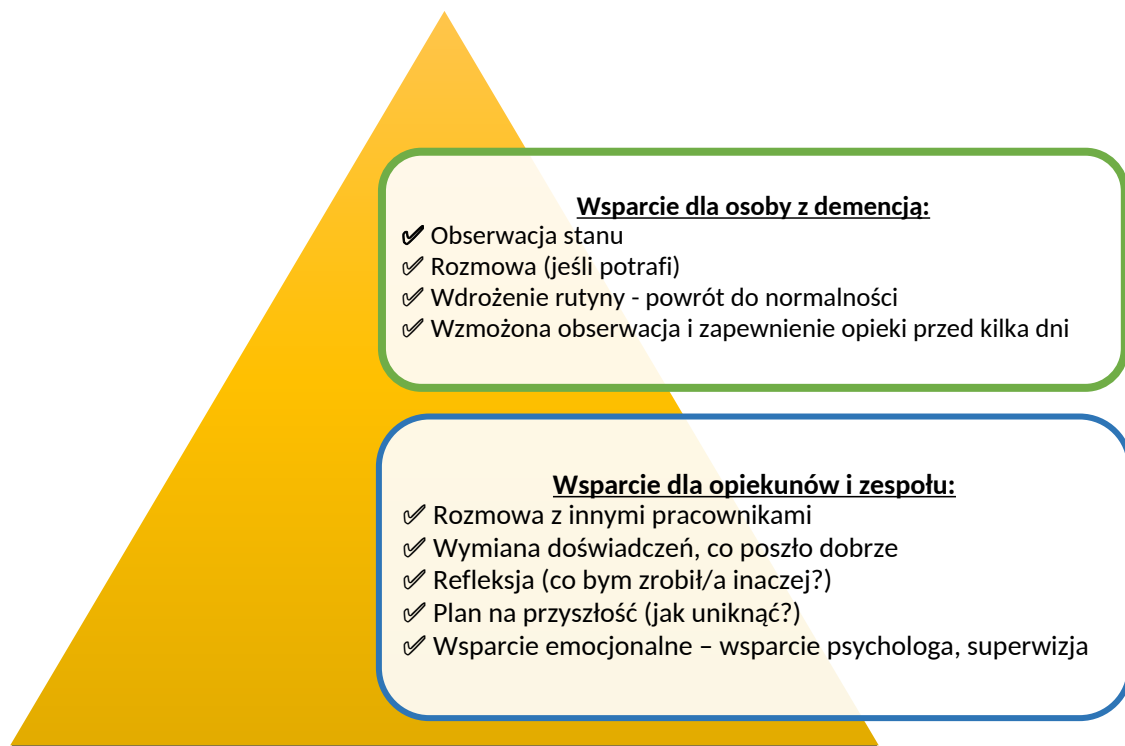
3.3.4 PO KRYZYSIE - DOKUMENTACJA I WSPARCIE

DOKUMENTACJA (OBOWIĄZKOWE!)

CO ZAPISAĆ?

!	Data i dokładna godzina
!	Kto był obecny
!	Co się dokładnie stało
!	Jak się osoba zachowywała
!	Jakie działania podjęto
!	Kto został wezwany
!	Jaki był rezultat
!	Własne obserwacje i opisy

WSPARCIE DLA OPIEKUNÓW I PODOPIECZNYCH PO SYTUACJI KRYZYSOWEJ



ROZDZIAŁ 4: WSPARCIE EMOCJONALNE DLA OPIEKUNA

4.1 DLACZEGO OPIEKUNOWIE POTRZEBUJĄ WSPARCIA?

Priorytet: 70.8% opiekunów

Rzeczywistość

Opieka nad osobą z demencją jest **jedną z najtrudniejszych prac emocjonalnie i fizycznie**. Pielęgniarki, pracownicy DPS-ów, a szczególnie opiekunowie nieformalni, doświadczają znacznie nasilonego stresu.

4.1.1 Skala problemu demencji w Polsce

WSKAŹNIK	WARTOŚĆ	ŹRÓDŁO
LICZBA OSÓB Z DEMENCJĄ	550 000 - 600 000	Infor.pl 2025, RPO 2024
PROGNOZA DO 2050 ROKU	~1 000 000 (podwojenie)	Infor.pl 2025
OSOBY BEZ DIAGNOZY	80-85%	RPO 2016
OPIEKA DOMOWA	92% osób z demencją	Kowalska et al. 2017
OPIEKUNOWIE RODZINNI	90% wszystkich opiekunów	OPOA 2015
OPIEKA BEZ WSPARCIA	44% opiekunów	Kowalska et al. 2017

4.1.2 Obciążenie opiekunów nieformalnych w Polsce

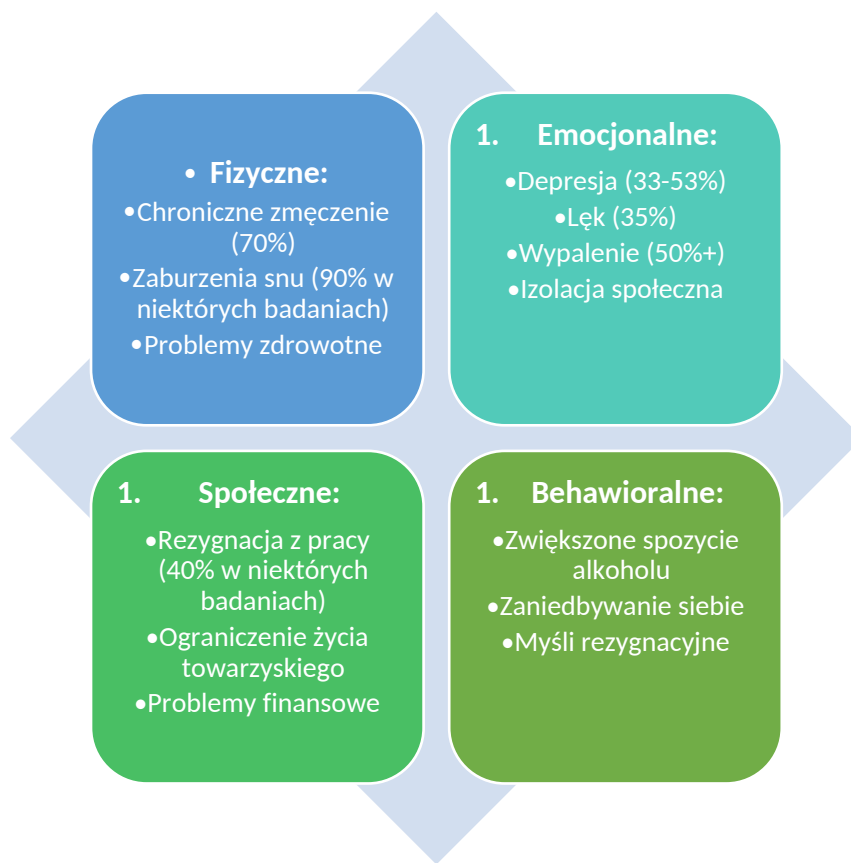
Badanie Kowalska et al. (2017) - 58 opiekunów osób z demencją:

WSKAŹNIK	WYNIK
POZIOM OBCIĄŻENIA	93% średni lub wysoki poziom obciążenia
OBJAWY DEPRESJI (BDI)	53% - łagodne objawy depresji 1 osoba - średnie objawy
SATYSFAKCJA Z ŻYCIA	Niska satysfakcja → wysokie obciążenie
WSPARCIE SPOŁECZNE	Niskie wsparcie → wysokie obciążenie

CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE OBCIĄŻENIE

• Częstotliwość opieki - codzienna opieka vs okazjonalna • Niskie wsparcie społeczne - zarówno dostępne jak i otrzymywane • Nasilone objawy depresji - szczególnie emocjonalne • Niska satysfakcja z życia • Dłuższy czas opieki (u opiekunów osób z chorobą Alzheimera) • Podeszły wiek opiekuna
--

KONSEKWENCJE DLA OPIEKUNÓW



4.1.3 Obciążenie emocjonalne pracowników DPS/ZDDP w Polsce

Pracownicy Domów Pomocy Społecznej (DPS) i Dziennych Domów Pomocy (ZDDP) w Polsce borykają się ze znacznym obciążeniem emocjonalnym i stresem zawodowym. Stanowią oni grupę szczególnie narażoną na wypalenie zawodowe z powodu charakteru pracy, kontaktu z cierpieniem i śmiercią, niskiego statusu zawodowego oraz ograniczonego wsparcia.

Badanie Nowosad (2024) - Pracownicy socjalni z wypaleniem zawodowym

Badanie opisuje cztery wymiary wypalenia zawodowego:

WYMIAR WYPALENIA	ŚREDNIA WYNIK	INTERPRETACJA
WYCZERPANIE EMOCJONALNE	M = 6.34	Wysokie
BRAK ZAANGAŻOWANIA W RELACJE	Wysokie	Dystansowanie się od podopiecznych
BRAK SKUTECZNOŚCI ZAWODOWEJ	M = 6.48	Wysokie
ROZCZAROWANIE PRACĄ	Wysokie	Utrata sensu pracy

Wniosek: Pracownicy DPS doświadczają znacznego obciążenia psychospołecznego we wszystkich wymiarach wypalenia zawodowego.

GŁÓWNE CZYNNIKI RYZYKA WYPALENIA PRACOWNIKÓW DPS

Obciążenie pracą:

- Nadmiar obowiązków
- Presja czasu
- Odpowiedzialność za życie/śmierć

Warunki pracy:

- Brak elastyczności harmonogramu
- Prace zmianowe
- Niedostateczne wynagrodzenie
- Brak wyposażenia/zasobów

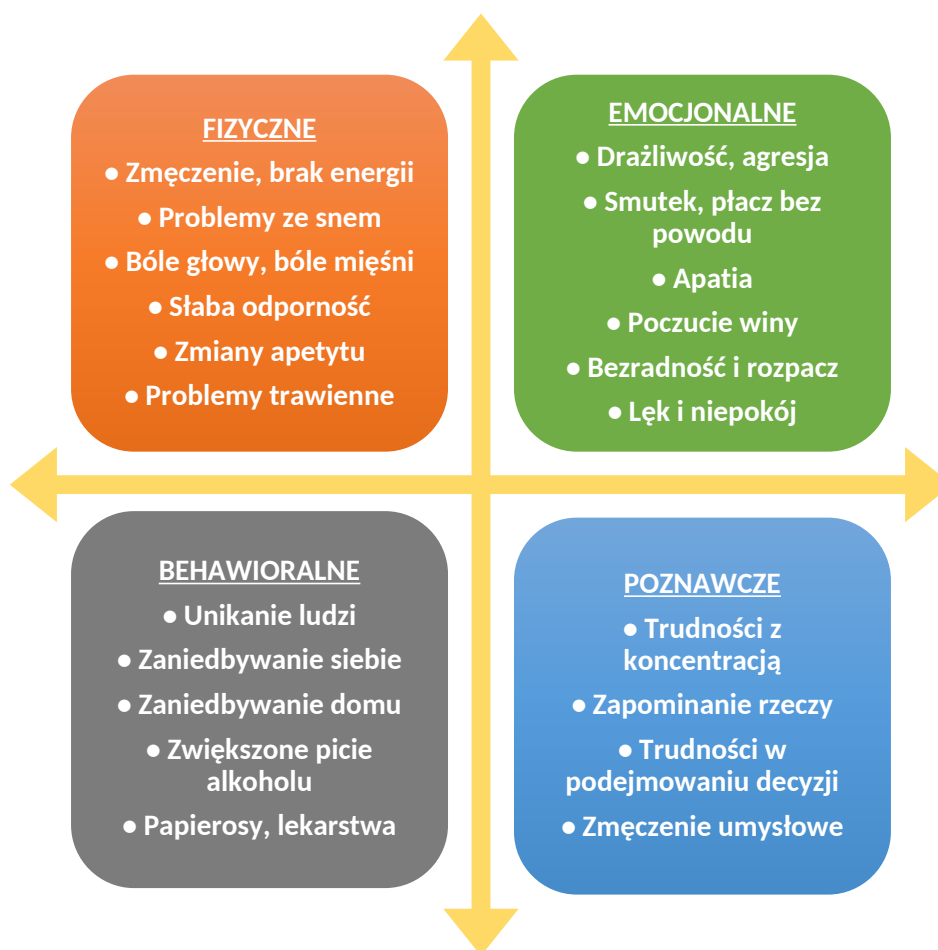
Czynniki psychospołeczne:

- Niski prestiż społeczny
- Brak perspektyw awansu
- Niski poziom wsparcia instytucjonalnego
- Brak wsparcia od przełożonych

KONSEKWENCJE WYPALENIA WŚRÓD PRACOWNIKÓW DPS

Dla pracownika:	Dla placówki:	Dla podopiecznych:
• Pogorszenie zdrowia fizycznego • Depresja, lęk, zaburzenia snu • Utrata poczucia sensu pracy • Zwiększone ryzyko zwolnień lekarskich • Problemy w życiu prywatnym	• Wysoka absencja chorobowa • Fluktuacja pracowników (odejścia z zawodu) • Obniżona jakość opieki • Zwiększony stres wśród pozostałych • Koszty szkolenia nowych pracowników	• Obniżona jakość opieki • Mniejsza empatia ze strony pracownika • Ryzyko zaniedbania • Pogorszenie zdrowia psychicznego

4.2 OBJAWY PRZECIĄŻENIA OPIEKUNA - ZNAKI OSTRZEGAWCZE!



⚠ JEŚLI MASZ 5+ OBJAWÓW = MOŻLIWE WYPALENIE - SZUKAJ POMOCY!

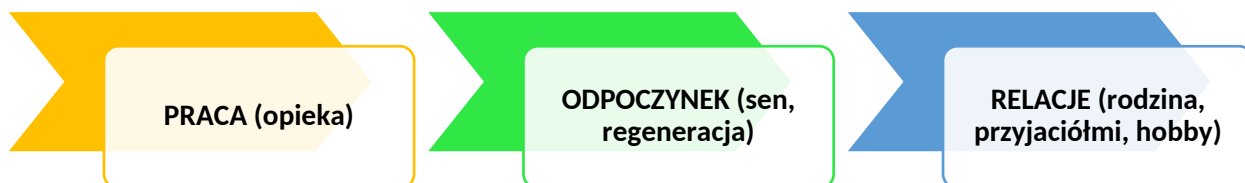
4.3 PROFILAKTYKA WYPALENIA ZAWODOWEGO

KLUCZOWA ZASADA

Nie możesz pomagać innym, jeśli nie pomagasz sobie!

Twoje zdrowie = Twoja zdolność do pracy

ZASADA RÓWNOWAGI - 3 FILARY



4.3.1 Profilaktyka wypalenia zawodowego – o co należy zadbać?



4.3.2 Techniki szybkiej regeneracji – SOS!

Sytuacja: Jesteś TERAZ przytłoczony/a - masz 5 minut, aby się odzyskać równowagę.

TECHNIKA 1: ODDYCHANIE 4-7-8 – czas trwania: 2 minuty

Procedura: wdech przez nos (policz do 4), zatrzymaj oddech (policz do 7), wydech przez usta (policz do 8), powtórz 4 razy.

Efekt: wyciszenie układu nerwowego, zmniejsza poczucie niepokoju/paniki, przywraca poczucie kontroli, ćwiczenie można wykonać wszędzie.

TECHNIKA 2: GROUNDING - UZIEMIENIE (5-4-3-2-1) – czas trwania: 5 minut

Procedura: obserwuj rzeczy, które znajdują się w pobliżu za pomocą zmysłów:

- ✓ **5 rzeczy do ZOBACZENIA** (np. okno, lampę, drzwi, kwiat, obraz), powoli obserwuj każdy szczegół
- ✓ **4 rzeczy do DOTKNIĘCIA:** (np. dotknij koc, ubranie, stół, klamka), skoncentruj się na tym co czujesz
- ✓ **3 rzeczy do SŁYSZENIA:** słuchaj dźwięków (np. ptaki, samochód, wiatr), obserwuj, skąd pochodzą, skoncentruj się na tym co słyszysz
- ✓ **2 rzeczy do ZAPACHU:** (np. zapach perfum, zapach kwiatów/trawy)
- ✓ **1 rzecz do SMAKU:** (np. cukierek, guma do żucia), skoncentruj się na smaku

Efekt: kontrola uwagi i bycie "tutaj i teraz", zmniejszenie poziomu niepokoju, możesz zastosować wybrane rzeczy, do których masz w dostęp w danym momencie.

TECHNIKA 3: PROGRESYWNA RELAKSACJA MIĘŚNI – czas trwania: 5 minut

Procedura: usiądź lub połóż się wygodnie, napnij mięśnie dłoni, zaciśnij pięści (5 sekund), rozluźnij uścisk (obserwuj relaksację), napinaj po kolei mięśnie poszczególnych partii ciała: stopy, łydki, uda, pośladki, brzuch, klatka piersiowa, ramiona, szyja, twarz - każda partia: napnij (5 sekund) → puść.

Efekt: zmniejszenie napięcia mięśniowego, świadomość ciała, zmniejszenie napięcia emocjonalnego.

TECHNIKA 4: KRÓTKA MEDYTACJA – czas trwania: 3-5 minut

Procedura: zanim zaczniesz pracę lub po pracy, usiądź w spokojnym, cichym miejscu, zamknij oczy, wsłuchaj się i obserwuj własny oddech, bicie serca, pozwól myślom spokojnie przepływać, nie skupiaj się na nich, obserwuj jak się pojawiają i znikają, wracaj do skupienia na oddechu, oddychaj naturalnie i swobodnie.

TECHNIKA 5: FIZYCZNA AKTYWNOŚĆ - SZYBKI TRENING – czas trwania: 5-10 minut

Procedura: wykonuj ćwiczenia fizyczne, dostosowane do swoich możliwości (np. przysiady, pajacyki, skłony itp.)

Efekt: obniżenie poziomu stresu, odwrócenie uwagi od czynników stresogennych, zmęczenie fizyczne zmniejsza stres psychiczny, wydzielanie endorfin (hormony szczęścia).

4.4 GDZIE SZUKAĆ WSPARCIA?

WSPARCIE MEDYCZNE	PSYCHOLOG/ PSYCHOTERAPEUTA	trudności z radzeniem sobie ze stresem, trudności z regulacją emocji, obniżony nastrój nasilony niepokój
	PSYCHIATRA	objawy zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzenia snu (dłużej niż 4 tygodnie)
	LEKARZ RODZINNY	problemy zdrowotne związane ze stresem (bezsenność, bóle itp.)
WSPARCIE SPOŁECZNE	GRUPY WSPARCIA DLA OPIEKUNÓW	organizowane np. przez Ośrodki Pomocy Społecznej, organizacje pozarządowe, stowarzyszenia
	INFOLINIE	Punkt Interwencji Kryzysowej, Wielkopolska Infolinia Wsparcia dla Osób Starszych i Opiekunów
	PORTALE I STRONY INTERNETOWE	strony internetowe - ROPS, stowarzyszenia alzheimerowskie, dla opiekunów, poradniki online forum opiekunów – wsparcie online
WSPARCIE PRAKTYCZNE	SZKOLENIA I WARSZTATY	regularne korzystanie z szkoleń organizowanych przez miejsce pracy lub jednostki zewnętrzne – poszerzanie wiedzy i rozwijanie umiejętności praktycznych
	KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE	np. psycholog, neuropsycholog, lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny – uzyskiwanie praktycznych informacji i wskazówek przydatnych w pracy
	SUPERWIZJA	Regularne spotkania superwizyjne pozwalające na omówienie doświadczanych trudności, dzielenie się doświadczeniami, wsparcie, rozwiązywanie problemów związanych z wykonywaniem pracy

4.5 PODSUMOWANIE - 10 KLUCZOWYCH ZASAD SAMOPOMOCY

1. ✓ Twoje zdrowie jest **PRIORYTETEM** - nie możesz pomagać, jeśli nie pomagasz sobie!
2. ✓ Robienie przerw to prawo, nie luksus - urlop, dni wolne to NASZA inwestycja
3. ✓ Mów głośno o przeciążeniu - szef musi wiedzieć
4. ✓ Szukaj wsparcia - rozmowy z kolegami, rodzina, terapeuta
5. ✓ Rób coś dla siebie codziennie - nawet 10 minut wpływa na poprawę samopoczucia
6. ✓ Aktywność fizyczna zmniejsza stres - spacer, ćwiczenia
7. ✓ Regeneracja - śpij wystarczająco długo - 7-9 godzin to norma
8. ✓ Użyj technik SOS - oddychanie, grounding, aktywność fizyczna
9. ✓ Nie odbieraj wszystkiego osobiście - agresja osoby to choroba, nie atak na Ciebie
10. ✓ Pamiętaj: **NIE JESTEŚ SAM/SAMA**

CZĘŚĆ II: SYTUACJE TRUDNE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ (MNIEJSZY PRIORYTET – według wyników uzyskanych na podstawie ankiet)

RODZIAŁ 1: SYTUACJE TRUDNE I PRZYKŁADY SPOSOBÓW RADZENIA SOBIE

1.1 TRUDNOŚCI Z HIGIENĄ OSOBISTĄ

Priorytet: 73.8% opiekunów | Stres: 20.0%

Dlaczego osoba z demencją może odmawiać kąpieli?

10 głównych przyczyn:

1. Nie rozumie, dlaczego powinna się wykąpać - demencja → brak zrozumienia, obniżony krytycyzm i możliwość adekwatnej oceny swojego stanu
2. Lęk - np. przed wodą, nagością, innymi osobami
3. Ból - dolegliwości bólowe, nadwrażliwość skóry
4. Halucynacje - osoba widzi coś zagrażającego
5. Brak poczucia bezpieczeństwa - "to nie moja łazienka"
6. Zaburzenia odczuwania temperatury - "zbyt zimno/gorąco"
7. Zaburzenia sensoryczne - zbyt głośno, zbyt jasno
8. Upředzenie - złe doświadczenia z myjką/prysznicem
9. Zmęczenie - brak energii w pewnych porach dnia
10. Brak zaufania do opiekuna

Wskazówki do radzenia sobie w sytuacjach trudnych podczas kąpieli:

- ✓ Przygotowanie do kąpieli 15 minut wcześniej – przygotuj ręczniki, ubranie na zmianę, jeżeli to możliwe zaangażuj podopiecznego do przygotowań – np. wybór ubrań.
- ✓ Następnie sprawdź temperaturę wody, możesz włączyć cichą, relaksującą muzykę w tle, ciepłe światło, jeżeli to możliwe zamknij drzwi, żeby zadbać o prywatność.
- ✓ Jeżeli napotykasz opór ze strony podopiecznego możesz odłożyć kąpiel w czasie, przyjść w innym momencie, zmienić rutynę, jeżeli opór pojawia się przed spodziewaną kąpielą, jeżeli istnieje taka możliwość zmienić miejsce (np. inna łazienka w placówce) lub zmienić coś w przestrzeni (dodać jakieś przedmioty, na które można przekierować uwagę podopiecznego, w wyjątkowych sytuacjach może być potrzebna zmiana opiekuna, jeżeli podopieczny reaguje negatywnie).

1.2 PROBLEMY Z JEDZENIEM I PRZYJMOWANIEM LEKÓW

Priorytet: 49.2% opiekunów

Główne przyczyny odmowy jedzenia:

1. Brak zrozumienia sytuacji – wywołany demencją, zaburzenia odczucia głodu i sytości
2. Ból zębów, braki w uzębieniu - nie może gryźć, żuć
3. Zaburzenia połykania – lęk przed krztuszeniem się
4. Depresja - brak apetytu
5. Leki - mogą obniżać apetyt
6. Infekcja - gorączka, zmęczenie
7. Biegunki/zaparcia - dyskomfort w brzuchu
8. Treści urojeniowe – lęk przed otruciem

Wskazówki do radzenia sobie w sytuacjach trudnych podczas posiłków:

- ✓ Spróbuj zmienić sposób podawania jedzenia (mniejszy talerz, ulubiony kubek, mniejsze kawałki jedzenia)
- ✓ Zmiana konsystencji jedzenia - jeśli trudności z żuciem → miękkie jedzenie, trudności z połykaniem → musy, pasty.
- ✓ Zmiana smaku – przygotowanie ulubionej potrawy lub ulubione dodatki.
- ✓ Wspólne posiłki – zachęcanie, modelowanie – podopieczny może naśladować zachowania innych podczas posiłku.
- ✓ Częściej i mniej – większa ilość małych posiłków, ogranicza zmęczenie i stres towarzyszący jedzeniu/karmieniu

1.3. PROBLEM Z PRZYJMOWANIEM LEKÓW

Główne problemy z przyjmowaniem leków:

1. Niechęć do przyjmowania leków z powodu braku zrozumienia sytuacji – konieczności leczenia, negowanie choroby, brak samoświadomości
2. Problemy z połykaniem – wypluwanie tabletek
3. Nieprzyjmowanie leków regularnie z powodu zaburzeń pamięci
4. Lęk, treści urojeniowe – brak zaufania, strach przed otruciem
5. Złe samopoczucie po przyjęciu leków, lęk przed skutkami ubocznymi

Wskazówki do radzenia sobie w trudnych sytuacjach związanych z przyjmowaniem leków

- ✓ Wyjaśnij w prosty, ogólny sposób dlaczego ważne jest przyjęcie leków "To pomoże Ci czuć się lepiej", często stosuje się podawanie leków zmieszanych z jedzeniem przy nasilonych negatywnych reakcjach na moment przyjęcia leku, zmień okoliczności przyjmowania

leków, podczas wykonywania innych zajęć – odwracanie uwagi, zmiana osoby podającej lek.

1.4. TRUDNOŚCI PRZY KORZYSTANIU Z TOALETY

Priorytet: 66.2% opiekunów

Główne problemy dotyczące korzystania z toalety:

1. Problemy z dotarciem do toalety na czas – np. osoba nie czuje że musi, zapomina gdzie jest toaleta, nie potrafi powiedzieć, że ma potrzebę, ze względu na ograniczenia fizyczne przemieszcza się powoli.
2. Zabrudzenia – nietrafianie do sedesu, niechęć przed myciem, wycieraniem, brak świadomości problemu, brak kontroli nad zachowaniem, ruchami.
3. Problemy z korzystaniem z toalety – osoba nie potrafi usiąść i wstać, ma zaburzenia równowagi, zaburzenia poznawcze – nie wie co ma zrobić, nie potrafi obsługiwać toalety

Wskazówki do radzenia sobie w sytuacjach trudnych podczas korzystania z toalety:

- ✓ Regularne przypominanie/ pytanie o potrzebę skorzystania z toalety
- ✓ Próba wypracowania nawyków – poranna, bezpośrednio po przebudzeniu, w ciągu dnia, po posiłkach i przed snem, w nocy.
- ✓ Zaproszenie do toalety nie nakazywanie („Choć ze mną, zaprowadzę Cię do toalety, zrobi Ci się lepiej i będziesz potem mógł spokojnie dalej oglądać TV”)
- ✓ Pomoc w zakresie korzystania z toalety (wstawanie, siadanie) zgodnie z potrzebami danej osoby
- ✓ Po toalecie – próba wypracowania nawyku – check lista – umycie, wytarcie – zrobione, ręce – umyte, zmiana bielizny – zmieniona itp.)
- ✓ W sytuacjach nasilonego oporu – próby odwrócenia uwagi, używanie pieluchy itp.

1.5 BEZSENNOŚĆ I AKTYWNOŚĆ NOCNA

Priorytet: 55.4% opiekunów

Dlaczego osoby z demencją mogą mieć problemy ze snem?

1. zaburzenia rytmu dobowego - demencja zmienia zegar biologiczny
2. dolegliwości bólowe, dyskomfort fizyczny
3. bezsenność - trudności w zasypianiu, częste wybudzenia w nocy, wczesne budzenie - 4-5 rano (nie może zasnąć),
4. zaburzenia oddychania
5. zaburzenia pęcherza – częste wstawanie do toalety, moczenie nocne
6. pobudzenie psychoruchowe, objawy psychotyczne w nocy, nasilony lęk, dezorientacja

Wskazówki do radzenia sobie w sytuacjach trudnych podczas korzystania z toalety:

- ✓ Wprowadzanie rutyny przed snem – 1-2 godz. przed snem – zmniejszenie ilości bodźców (cisza, mniej światła, wyłączenie TV i innych sprzętów), wyciszenie, ciepły napój (niepobudzający).
- ✓ Przygotowanie do spania – 30- 60 minut przed snem – ciepła kąpiel, toaleta – olejek lub kremy – aromaterapia, relaksująca muzyka, przebranie w piżamę, przygotowanie pościeli (ulubiony koc, poduszka), dalsze wyciszenie i usunięcie innych bodźców, jeżeli pojawia się niepokój, pobudzenie – może pomóc mała lampka, cicha spokojna muzyka w tle, ulubiona rzecz – w zasięgu ręki lub wzroku).
- ✓ Regularna godzina zasypiania!
- ✓ Dodatkowo zadbaj o wywietrzenie pokoju przed snem i odpowiednią temperaturę.
- ✓ Jeśli pojawia się pobudzenie psychoruchowe, lęk, omamy, nie podważaj przekonań, nie opieraj się na logicznych argumentach – zamiast tego zapewnij poczucie bezpieczeństwa!

1.6 SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ PODOPIECZNYCH DPS

Podczas warsztatów i szkoleń pracownicy DPS wielokrotnie sygnalizowali problem spożywania alkoholu przez mieszkańców placówek jako jedno z najpoważniejszych wyzwań w codziennej pracy. Nadużywanie alkoholu przez mieszkańców **dezorganizuje prawidłowe funkcjonowanie DPS-ów** i wpływa negatywnie na innych podopiecznych oraz personel. Do najczęstszych problemów należą **zachowania agresywne** – wszczynanie awantur, ubliżanie mieszkańcom i pracownikom, naruszanie nietykalności cielesnej personelu, **zakłócanie spokoju** – hałas, krzyki, zakłócanie ciszy nocnej, **niszczenie mienia** placówki, **obniżone poczucie bezpieczeństwa** innych mieszkańców, lęk i dyskomfort psychiczny. Problem spożywania alkoholu w DPS **nie jest systemowo uregulowany**, co prowadzi do chaosu prawnego i różnorodnych, często niespójnych praktyk w poszczególnych placówkach.

Pracownicy DPS znajdują się w sytuacji bez wyjścia:

- **Z jednej strony** muszą chronić prawa i bezpieczeństwo **większości mieszkańców**, którzy cierpią z powodu zachowań osób pijących
- **Z drugiej strony** muszą szanować prawa **pełnoletnich obywateli** do decydowania o sobie, w tym do okazjonalnego spożycia alkoholu
- **Nie mają narzędzi** – brak specjalistycznej kadry (terapeutów uzależnień), brak procedur, brak możliwości relegowania, brak DPS specjalistycznych dla osób uzależnionych

Planowane rozwiązania obejmują utworzenie nowych typów DPS, doprecyzowanie przepisów, przygotowanie kadry, do tego czasu ważne jest dokumentowanie incydentów związanych z alkoholem, współpraca z jednostkami zewnętrznymi (np. poradnie leczenia uzależnień), motywowanie do terapii, wprowadzenie procedur wewnętrznych.

CZĘŚĆ III: WSPÓŁPRACA W ZESPOLE I WSPÓLNE ZASOBY

ROZDZIAŁ 1: PRACA ZESPOŁOWA

Priorytet: 63.1% opiekunów

1.1 DLACZEGO PRACA ZESPOŁOWA JEST WAŻNA?

Opieka nad osobami z demencją stanowi bardzo duże wyzwanie dla opiekuna, dlatego tak ważne jest działanie zespołowe, pomoc innych w zakresie codziennej opieki. Pracownicy muszą działać razem jako zespół, aby:

- ✓ Zapewnić bezpieczną, spójną opiekę
- ✓ Zmniejszyć obciążenie indywidualne pracowników
- ✓ Wspierać się nawzajem emocjonalnie
- ✓ Dzielić się wiedzą i doświadczeniem
- ✓ Szybko i skutecznie reagować w sytuacjach kryzysowych
- ✓ Dbać o bezpieczeństwo swoje i innych

PIĘĆ FILARÓW WSPÓŁPRACY W ZESPOLE

KOMUNIKACJA PRACOWNIKÓW

odprawy
raporty między zmianami
zebrania zespołu (raz w
tygodniu i po nagłych
incydentach)

DOKUMENTACJA

dzienniki obserwacji
karty podopiecznych
dokumentacja incydentów

PROCEDURY

dostępne i znane wszystkim
regularnie aktualizowane
stosowane konsekwentnie
przez wszystkich

SZKOLENIA I ROZWÓJ

łatwy dostęp do szkoleń
regularne korzystanie
wsparcie nowych
pracowników

WSPARCIE EMOCJONALNE ZESPOŁU

grupy wsparcia
indywidualne wsparcie
superwizja
integracja

1.2 WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ/OPIEKUNAMI

Priorytet: 52.3% opiekunów

OCZEKIWANIA VS. RZECZYWISTOŚĆ

Przykładowe nierealne oczekiwania rodziny:

✗ "Mama będzie leczona i wyzdrowieje"

✓ Rzeczywistość: Demencja jest postępująca, nieuleczalna

✗ "Mama będzie jak dawniej"

✓ Rzeczywistość: Osoba zmienia się, może to szokować

✗ "Będzie miała 24/7 opiekę personalną"

✓ Rzeczywistość: Opieka grupowa, pracownik ma kilka osób

✗ "Będzie jak w domu"

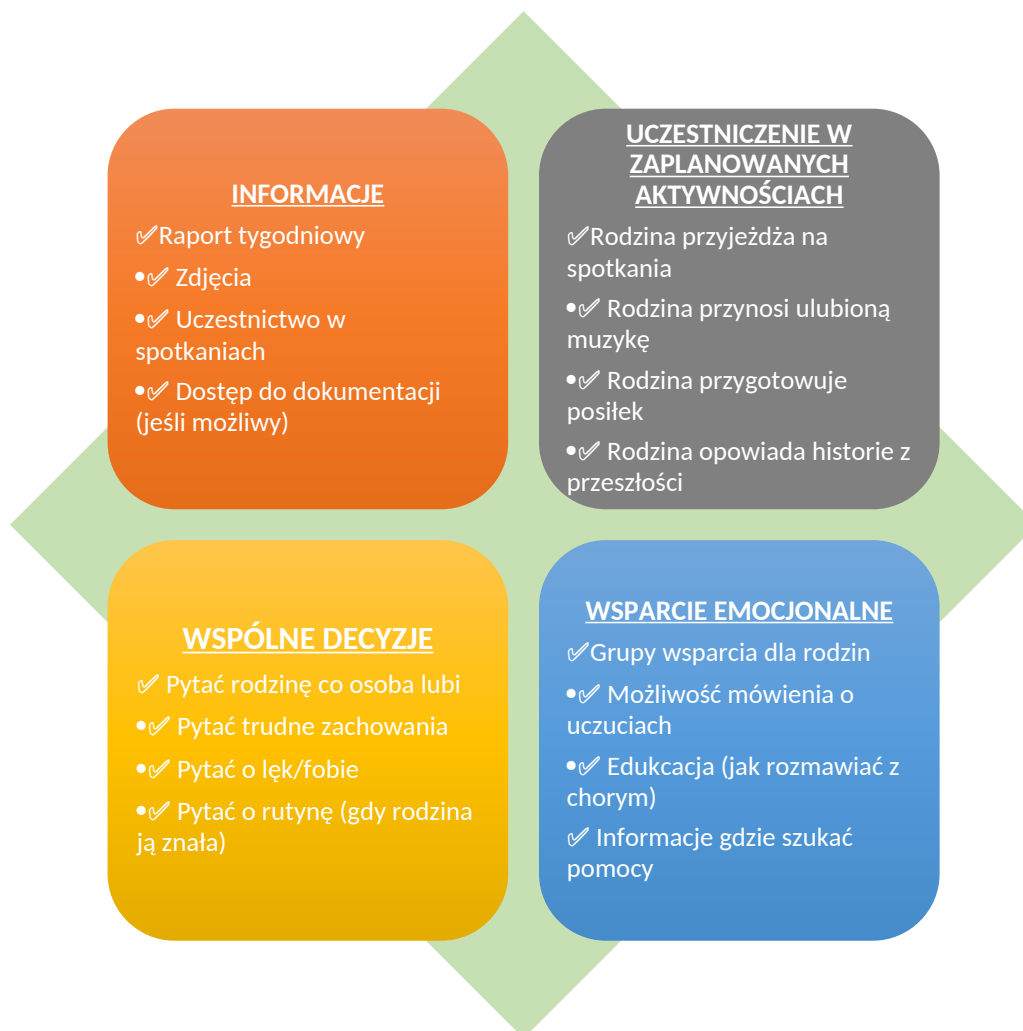
✓ Rzeczywistość: To instytucja, nie dom (ale staramy się)

1.2.1 TRUDNE ROZMOWY Z RODZINĄ

SYTUACJA	CO ROBIĆ?
DIAGNOZA DEMENCJI	• Omówić zgłaszane objawy • Wyjaśnić w prosty sposób czym jest demencja • Pokazać broszury/zasoby • Zapytać czy mają pytania • Oferować wsparcie
ZAGROŻENIA W PLACÓWCE	• Być szczerym - co się stało, gdy się stało • Pokazać jaki był rezultat • Wyjaśnić co się zmieni (procedury) • Słuchać obaw rodziny • Wspólnie opracować plan
ZMIANY W STANIE ZDROWIA/ZACHOWANIA	• Opisać konkretne obserwacje • Wyjaśnić przyczyny (faza choroby, ból, itp) • Zaproponować rozwiązania • Pytać o historię (co może pomóc?) • Ustalić plan

1.2.2 ZAANGAŻOWANIE RODZINY W OPIEKĘ

4 sposoby zaangażowania:



1.2.3 ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW – przykłady

KONFLIKT	CO ROBIĆ?
Rodzina uważa opiekę za niedostateczną	• Wysłuchaj bez przerywania • Pytaj konkretnie: "Czego brakuje?" • Wyjaśnij ograniczenia (zasoby, liczba pracowników) • Zaproponuj rozwiązania (jeśli możliwe) • Ustalić spotkanie z szefem (jeśli poważna)
Rodzina nie zgadza się z procedurami	• Wyjaśnij dlaczego procedura jest (bezpieczeństwo) • Pokaż dowody (osoba jest bezpieczna) • Słuchaj alternatywnych propozycji • Zaproponuj kompromis (jeśli to bezpieczne) • Ostateczna decyzja: szef + opiekun + rodzina
Rodzina nieprecyzyjnie opisuje objawy	• Podziękuj za informacje • Pytaj konkretnie: "Kiedy? Ile razy? Jak dokładnie?" • Dokumentuj obserwacje • Skontaktuj się z lekarzem (jeśli niepokojące)

KARTA PRACY – PROFIL PODOPIECZNEGO

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____ WIEK: _____ PŁEĆ: M / K

DIAGNOZA: ☐ Choroba Alzheimerera ☐ Demencja naczyniowa ☐ Inna:

.....

FAZA DEMENCJI: ☐ Wczesna ☐ Średnia ☐ Zaawansowana

✓ ALERGIE / NIETOLERANCJE:

✓ LEKI (lista):

.....

✓ CO DZIAŁA (Strategie sukcesu):

✗ CO NIE DZIAŁA (Czego unikać):

✓ ULUBIONE ZAJĘCIA:

✓ ULUBIONA MUZYKA:

✓ BLISKIE OSOBY (rodzina, przyjaciele):

⚠ Wczesne sygnały agresji (obserwuj!):

⚠ Wczesne sygnały paniki:

✓ DANE MEDYCZNE:

Lekarz prowadzący: _____

Numer telefonu: _____

OSTATNIA AKTUALIZACJA: _____ PRZEZ: _____

KARTA PRACY - DZIENNIK OBSERWACJI

OSOBA: _____ DATA: _____ ZMIANA: ☐ D ☐ N

PORANEK

Samopoczucie: ☐ Dobre ☐ Przeciętne ☐ Złe

Apetyt: ☐ Normalny ☐ Zmniejszony ☐ Brak

Co się stało (zachowanie, objawy):

Zastosowane strategie: _____

Rezultat: _____

POŁUDNIE

Samopoczucie: ☐ Dobre ☐ Przeciętne ☐ Złe

Aktywność: ☐ Aktywna ☐ Umiarkowana ☐ Pasywna

Co się stało:

Zastosowane strategie: _____

Rezultat: _____

WIECZÓR

Samopoczucie: ☐ Dobre ☐ Przeciętne ☐ Złe

Sen: ☐ Normalny ☐ Trudności z zasypianiem ☐ Bezsenność

Co się stało:

Zastosowane strategie: _____

Rezultat: _____

NOTATKI DODATKOWE:

PRACOWNIK: _____ PODPIS: _____

KARTA SZYBKIEJ INTERWENCJI – DEESKALACJA AGRESJI

1. ROZPOZNAJ WCZESNE SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE

- Podniesiony ton głosu / szybka mowa
- Zaciśnięte pięści / szczęka
- Powtarzanie tych samych słów
- Błysk w oczach, napięcie mięśni
- Chodzenie tam i z powrotem, nerwowe ruchy

Jeśli zauważysz 2+ sygnały – przejdź natychmiast do interwencji!

2. ZADBAJ O BEZPIECZEŃSTWO

- Oceń, czy jesteś bezpieczna/-y (w razie potrzeby wezwij pomoc)
- Zapewnij przestrzeń – minimum 1-2 metry odstęp
- Usuń przedmioty niebezpieczne z otoczenia (szklane, metalowe itd.)
- Odizoluj osobę od grupy, jeśli możesz

3. DEESKALACJA – 7 SZYBKICH KROKÓW

1. Oddychaj spokojnie i mów powoli

- Obniż swój głos, unikaj pośpiechu

2. NIE używaj słowa „nie”

- Zamiast „nie wolno”, mów co można: „Zróbmy...”, „Chodź tutaj”

3. Waliduj emocje

- „Widzę, że się zdenerwowałaś/-eś”, „To dla Ciebie trudne”

4. NIE dotykaj bez zapowiedzi

- Jeśli musisz podejść – powiedz i zrób to powoli, bokiem

5. Zwróć uwagę na mowę ciała

- Stań z boku, nie na wprost; nie patrz długo w oczy; nie machaj rękami

6. Mów krótko i konkretnie

- Jedno polecenie – „Chodźmy do okna”, „Siądź tutaj”, „Weź napój”

7. Zapewnij przestrzeń i czas na wyciszenie

- Czasem wyjście do innego pokoju jest najlepsze

4. KIEDY WEZWAĆ POMOC?

- Osoba ma w ręku nóż/niebezpieczny przedmiot
- Osoba atakuje Ciebie/innych
- Nie możesz zapewnić bezpieczeństwa – natychmiast wezwij pomoc!

5. PO INCYDENCIE

- Sprawdź siebie i osobę – fizycznie i emocjonalnie
- Zapisz/raportuj dokładnie, co się wydarzyło (dziennik zdarzeń)
- Zadzwoń do rodziny/szefa, jeśli była realna agresja
- Zastanów się: co wywołało sytuację? Jak można temu zapobiec następnym razem?

NIE RÓB NIGDY:

- ✗ Nie krzycz, nie argumentuj na siłę, nie poprawiaj
- ✗ Nie zostawiaj osoby samej w zamkniętym pokoju
- ✗ Nie stosuj „kar” ani przymusu fizycznego, jeśli to nie jest konieczne dla bezpieczeństwa
- ✗ NIE lekceważ – agresja to oznaka potrzeby!

KARTA PRACY - RAPORT INCYDENTU

DATA: _____ GODZINA: _____ ZMIANA: _____

OSOBA: _____

✓ RODZAJ INCYDENTU:

☐ Upadek ☐ Uraz ☐ Agresja ☐ Panika ☐ Uciekanie ☐ Zaburzenia ☐ Inne:

✓ CO SIĘ DOKŁADNIE STAŁO? (opisz dokładnie, krok po kroku):

✓ JAKIE BYŁY PRZYCZYNY / WYZWALACZE?

✓ KTO BYŁ OBECNY?

✓ CO ROBILIŚMY / PODJĘTE DZIAŁANIA:

✓ REZULTAT / JAK SIĘ SKOŃCZYŁO:

REZULTAT DLA OSOBY:

☐ Bez obrażeń ☐ Lekkie obrażenia ☐ Poważne obrażenia

Opis: _____

CZY WEZWANO POMOC?

☐ NIE ☐ TAK - Kiedy: _____ Kogo: _____

WNIOSKI - CO ROBIMY INACZEJ NASTĘPNYM RAZEM?

PODPISY:

Pracownik: _____ Data: _____

Przełożony: _____ Data: _____

Lekarz: _____ Data: _____

KARTA PRACY – WSPARCIE (PLAN SAMOPOMOCY)

TWÓJ PLAN (Przygotuj go TERAZ, zanim się załamiesz)

1. MOJE SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE:

Kiedy czuję się przytłoczony/a, to...

[Uzupełnij: co czujesz? Jak się zachowujesz?]

.....

.....

2. MOJE TECHNIKI "SOS" :

PRZYKŁADY TECHNIK	TWOJE WYBRANE TECHNIKI
Oddychanie 4-7-8	
Grounding 5-4-3-2-1	
Krótki spacer	
Rozmowa z przyjacielem	

3. MOJE CODZIENNE RUTYNY (profilaktyka):

PRZYKŁADY	TWOJE WYBRANE RUTYNY
Rano (15 min): Rozciąganie lub medytacja	
Przerwa obiadowa: krótki spacer	
Wieczór (10 min): Relaksacja	
Dni wolne: hobby, odpoczynek	

4. MOJE WSPARCIE (kontakty):

- Przyjaciół/przyjaciółka: _____
- Rodzina: _____
- Lekarz: _____
- Psycholog: _____
- Infolinie: _____

5. MOJE LIMITY (co mogę, a czego nie):

- Mogę pracować maksymalnie: ____ godzin dziennie
- Potrzebuję przerwy co: ____ dni/tygodnia
- Nie mogę: _____

DANE OSOBY

- Imię i nazwisko: _____
- Data urodzenia: _____ Wiek: _____
- Faza demencji: ☐ Wczesna ☐ Średnia ☐ Zaawansowana

RUTYNA DNIA – PLAN AKTYWIZACJI

Pora dnia	Aktywność	Co planujesz zrobić?	Notatki / Uwagi
Rano	(np. spacer, ćwiczenia, śniadanie)		
Popołudnie	(np. gry, hobby, wspólne gotowanie)		
Wieczór	(np. czytanie, muzyka, rozmowa)		

PROPOZYCJE AKTYWNOŚCI (wybierz lub dodaj własne)

FIZYCZNE: ☐ Spacer w parku / wokół budynku ☐ Proste ćwiczenia (rozciąganie, taniec, joga) ☐ Opieka nad roślinami ☐ Pomoc w prostych pracach domowych ☐	UMYSŁOWE: ☐ Gry planszowe (łatwe – warcaby, pionki) ☐ Puzzle z dużymi elementami ☐ Czytanie krótkich tekstów / gazet ☐ Przeglądanie albumu ze zdjęciami ☐
ARTYSTYCZNE: ☐ Malowanie, rysowanie (farby, kredki) ☐ Słuchanie / śpiewanie ulubionych piosenek ☐ Proste prace manualne (wycinanki, wyklejanki) ☐	SPOŁECZNE: ☐ Wspólne posiłki z rodziną/opiekunem ☐ Rozmowy na temat dawnych czasów ☐ Spotkania z innymi podopiecznymi lub gośćmi ☐

Ulubione aktywności (do uzupełnienia):

ZADANIA DOMOWE/USPOŁECZNIE

Czy osoba jest zaangażowana w:

- ☐ Wspólne przygotowywanie posiłków
- ☐ Zmianę ubrań / dbanie o higienę z pomocą opiekuna
- ☐ Pomoc w nakrywaniu do stołu/porządkach
- ☐ Codzienne czynności „jak w domu” (jakie?): _____

ADAPTACJA DO FAZY DEMENCJI

- Specjalne potrzeby/zalecenia (w zależności od fazy):
 - Wczesna: więcej samodzielności, trudniejsze zadania ☐
 - Średnia: proste, bezpieczne aktywności ☐
 - Zaawansowana: muzyka, dotyk, obecność ☐

Notatki indywidualne:

MUZYKA - PLAYLISTA

- Ulubione utwory/osoby: _____
- Czy osoba chętnie śpiewa/słucha muzyki? ☐ Tak ☐ Nie
- Jaki nastrój wywołują wybrane piosenki? _____

PODSUMOWANIE I REFLEKSJA

- Co dzisiaj się udało?
- Co osoba polubiła najbardziej?
- Co sprawiło trudność?
- Na co warto zwrócić uwagę następnym razem?

Data: _____ Podpis pracownika/opiekuna: _____

OD AUTORA:

PODZIĘKOWANIA

Drodzy Uczestnicy, Uczestniczki szkoleń i Współtwórcy tego Poradnika,

Powstanie tego zestawu materiałów było możliwe dzięki Waszej otwartości na dzielenie się doświadczeniami, obserwacjami i refleksjami ze szkoleń, warsztatów oraz wypełnionych ankiet. Dziękuję Wam za szczerość, zaangażowanie i cierpliwość — to dzięki Wam mogliśmy zebrać bezcenne dane i przekształcić je w praktyczne narzędzia wspierające opiekunów oraz placówki opiekuńcze. Wasza praca jest fundamentem naszego wspólnego celu: podnoszenia jakości opieki, bezpieczeństwa podopiecznych i dobrostanu personelu. Chcę wyrazić głębokie uznanie dla każdego opiekuna, pielęgniarki, pracownika DPS/ZDDP oraz członka zespołu, którego codzienna, często niewidoczna praca wymaga ogromnego zaangażowania, empatii i odporności. To właśnie Wasza rola—budująca zaufanie, łagodząca cierpienie i wspierająca rodzinę—stanowi serce i sens naszego Poradnika. Wierzę, że narzędzia i rekomendacje zawarte w tym projekcie będą nie tylko praktyczne, lecz także motywujące, pokazując, jak istotna i cenna jest Wasza praca. Życzę Wam satysfakcji z wykonywanej pracy, bezpieczeństwa w codziennych zadaniach i nieustającej motywacji do dalszego rozwoju zawodowego. Niech ta inicjatywa będzie dowodem, że wspólnie potrafimy tworzyć lepsze warunki opieki, a każda osoba zaangażowana w placówce—podopieczny, bliscy i pracownicy—zasługuje na najwyższą jakość wsparcia i uznanie.

Z serdecznymi podziękowaniami i życzeniami powodzenia w Waszej ciężkiej, ale niezwykle ważnej pracy. Niech każdy dzień przynosi Wam satysfakcję i dumę z wpływu, jaki macie na życie innych.

mgr Anna Rajewska

Fundacja ORCHidea Neuro wsparcie



BIBLIOGRAFIA:

Costello H., Walsh S., Cooper C., Livingston G. (2018) A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics* (2018), 31:8, 1203–1216

Klementowska A., Kęsy Z., Rybakowski M. (2012) Zagrożenie stresem zawodowym w środowisku pracy w zakładach opiekuńczych. *Problemy Profesjologii* 2/2012; Uniwersytet Zielonogórski, Polskie Towarzystwo Profesjologiczne

Kowalska J., Gorączko A., Jaworska L., Szczepańska-Gieracha J. (2017) *An Assessment of the Burden on Polish Caregivers of Patients With Dementia: A Preliminary Study*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2017, Vol. 32(8) 509-515

Michałek E., Wasiuk-Zowada D. (2024) *Porównanie obciążenia i zmęczenia opiekunów osób z chorobą Alzheimera a chorobą Parkinsona*. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej* Nr 3/2024 (15), s. 5 – 12

Nowosad K. (2024) *Wypalenie zawodowe pracowników socjalnych jako efekt stresu zawodowego*. *Annales Universitatis Maria Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* Vol. XXXVII, Sectio J 2024.

Patyk -Rybka A. (2022) *Analiza obciążenia osób sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera*. *ROZPRAWA DOKTORSKA*, Uniwersytet im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Raport RPO, Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie; Warszawa (2016) *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce*.

Szluz B. (2017) *Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera*. *Annales Universitatis Maria Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* Vol. XXX, Sectio J 2017.

Materiał opracowany w oparciu o wytyczne WHO, CPI Safety Intervention oraz Therapeutic Crisis Intervention (Cornell University)

Inne źródła:

- WHO Psychological First Aid: Facilitator's Manual
- eCBHFA Facilitator Guide – MHPSS Hub
- Training in Psychological First Aid – IFRC
- PFA Facilitator's Guide – NACCHO

Strony internetowe:

<https://pacjent.gov.pl/>

<https://www.who.int/>