

ANNA RAJEWSKA

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

„Pierwsza pomoc psychologiczna”
w codziennej praktyce pracowników i opiekunów

Fundacja ORCHidea Neuro wsparcie



mgr Anna Rajewska

**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”, współfinansowanego ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego

© Copyright by Fundacja ORCHidea Neuro wsparcie, Poznań 2026

Korekta

Magdalena Greła-Tokarczyk

Projekt okładki i opracowanie typograficzne

Katarzyna Bordziuk

Na okładce wykorzystano zdjęcia z serwisu

freepik.com

Wydawca

Fundacja ORCHidea Neuro wsparcie

siedziba: ul. Bukowa 55c, 62-052 Walerianowo

gabinety i biuro: ul. Hetmańska 15-19c, 60-254 Poznań

tel. 601 493 705, e-mail: biuro.fundacjaorchidea@gmail.com

www.fundacjaorchidea.pl

Przedstawione treści wyrażają poglądy realizatora projektu

i nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska

Samorządu Województwa Wielkopolskiego

SPIS TREŚCI

WSTĘP

1. O PORADNIKU	5
2. CZYM JEST DEMENCJA?	6
CZĘŚĆ I: NAJWAŻNIEJSZE (TOP PRIORYTETY)	
ROZDZIAŁ 1: JAK RADZIĆ SOBIE Z ZACHOWANIAM I AGRESYWNymi?	10
1.1 Czym jest agresja w demencji?	10
1.2 Dlaczego u osób z demencją mogą występować napady agresji?	11
1.3 Wczesne sygnały ostrzegawcze – obserwuj to!	11
1.4 Algorytm deeskalacji – procedura krok po kroku	12
1.5 Podsumowanie – algorytm deeskalacji	14
ROZDZIAŁ 2: KOMUNIKACJA Z OSOBĄ Z DEMENCJĄ	15
2.1 Czym jest komunikacja w demencji?	15
2.2 Zasady komunikacji w demencji	15
2.3 Model 3T – Ton, Tempo, Tolerancja	16
2.4 Radzenie sobie z powtarzającymi się pytaniami	18
2.5 Komunikacja w sytuacji występowania zaburzeń orientacji	18
2.6 Techniki wspomagające komunikację	20
2.7 Podsumowanie – algorytm efektywnej komunikacji	21
ROZDZIAŁ 3: SYTUACJE KRYZYSOWE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ	21
3.1 Czym jest kryzys psychologiczny?	21
3.2 Rodzaje psychologicznych sytuacji kryzysowych	22
3.3 Procedura działania w sytuacji kryzysu psychologicznego	29
3.3.1 Pięć kroków pierwszej pomocy psychologicznej	29
3.3.2 Techniki deeskalacji i komunikacji	30
3.3.3 Skala ryzyka samobójczego (wg Columbia C-SSRS)	30
3.3.4 Po kryzysie – dokumentacja i wsparcie	31
ROZDZIAŁ 4: WSPARCIE EMOCJONALNE DLA OPIEKUNA	32
4.1 Dlaczego opiekunowie potrzebują wsparcia?	32

4.1.1 Skala problemu demencji w Polsce	32	
4.1.2 Obciążenie opiekunów nieformalnych w Polsce	32	
4.1.3 Obciążenie emocjonalne pracowników DPS/ZDDP w Polsce	33	
4.2 Objawy przeciążenia opiekuna – znaki ostrzegawcze!	35	
4.3 Profilaktyka wypalenia zawodowego	36	
4.3.1 Profilaktyka wypalenia zawodowego – o co należy zadbać?	36	
4.3.2 Techniki szybkiej regeneracji – SOS!	36	
4.4 Gdzie szukać wsparcia?	38	
4.5 Podsumowanie – 10 kluczowych zasad samopomocy	39	
CZĘŚĆ II: SYTUACJE TRUDNE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ (MNIEJSZY PRIORYTET – WEDŁUG WYNIKÓW UZYSKANYCH NA PODSTAWIE ANKIET)		
ROZDZIAŁ 1: SYTUACJE TRUDNE I PRZYKŁADY SPOSOBÓW RADZENIA SOBIE		40
1.1 Trudności z higieną osobistą	40	
1.2 Problemy z jedzeniem	41	
1.3 Problem z przyjmowaniem leków	41	
1.4 Trudności przy korzystaniu z toalety	42	
1.5 Bezsenna noc i aktywność nocna	42	
1.6 Spożywanie alkoholu przez podopiecznych DPS	43	
CZĘŚĆ III: WSPÓŁPRACA W ZESPOLE I WSPÓLNE ZASOBY		
ROZDZIAŁ 1: PRACA ZESPOŁOWA		45
1.1 Dlaczego praca zespołowa jest ważna?	45	
1.2 Współpraca z rodziną/opiekunami	46	
1.2.1 Trudne rozmowy z rodziną	46	
1.2.2 Zaangażowanie rodziny w opiekę	47	
1.2.3 Rozwiązywanie konfliktów – przykłady	47	
CZĘŚĆ IV: KARTY PRACY		48
PODZIĘKOWANIA		56
BIBLIOGRAFIA		57

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?

Dla:

- pracowników Domów Pomocy Społecznej
- pracowników Dziennych Domów Pomocy
- opiekunów rodzinnych osób starszych
- nowego personelu (poradnik szkoleniowy)
- wszystkich, 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%), otępienieczołowo-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 życia, 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 od 2 do 5 lat.	
OBJAWY W SFERZE POZNAWCZEJ	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Apatia, depresja (często w reakcji na pojawiające się trudności) • Lęk o przyszłość • Drażliwość • Zaburzenia snu
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Co charakteryzuje tę fazę:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osoba może potrzebować kontroli, czasem pomocy fizycznej przy różnych czynnościach • Może funkcjonować samodzielnie, głównie w rutynowych aktywnościach w znanym sobie otoczeniu • Wymaga skoncentrowania się na zadaniu 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.

<p align="center">OBJAWY W SFERZE POZNAWCZEJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p align="center">OBJAWY W SFERZE EMOCJONALNEJ I BEHAWIORALNEJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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, których nikt inny nie słyszy)
<p align="center">FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nie może pracować • Nie może być sam/sama • Wymaga nadzoru 24/7 • Trudności w komunikacji • Izolacja społeczna
<p align="center">CODZIENNE AKTYWNOŚCI ŻYCIOWE (ADL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Co charakteryzuje tę fazę:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 od 1 roku do 3 lat.

OBJAWY W SFERZE POZNAWCZEJ	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• Brak interakcji• Możliwa katatonia (sztywność, bezruch)• Brak reakcji na otoczenie
OBJAWY FIZYCZNE	<ul style="list-style-type: none">• Sztywność mięśni• Trudności z chodzeniem• Problemy z połykaniem (duszenie się)• Zaburzenia kontroli pęcherza i jelit• Częste infekcje (zapalenie pęcherza, zapalenie płuc)• Odleżyny (jeśli długo leży)• Obniżona temperatura ciała
FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	<ul style="list-style-type: none">• Całkowita zależność• Nie komunikuje się• Wymaga całkowitej opieki pielęgnacyjnej
CODZIENNE AKTYWNOŚCI ŻYCIOWE (ADL):	<ul style="list-style-type: none">• 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 odleżyn
Co charakteryzuje tę fazę:	
<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• Krzyki i wrzaski• Obrażanie, przekleństwa• Groźby• Podniesiony ton głosu• Słowa: „Wynoś się!”, „Jesteś zły!”, „Zostaw mnie!”	<ul style="list-style-type: none">• 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 groźnienia (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:

- BÓL** (ból mięśni, ból głowy, problemy z żołądkiem, infekcja (szczególnie zapalenie pęcherza)
✓ **CO ROBIĆ:** Obserwuj zmiany w zachowaniu, konsultuj z lekarzem
- 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
- 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
- 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
- EFEKTY UBOCZNE LEKÓW** (niektóre leki mogą powodować agresję)
✓ **CO ROBIĆ:** konsultuj z lekarzem, jeśli obserwujesz zmiany w zachowaniu
- 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	BEHAVIORALNE
<ul style="list-style-type: none">• podniesiony głos/krzyk• szybka mowa• niewyraźne słowa• powtarzanie tych samych słów	<ul style="list-style-type: none">• zaciśnięte zęby• zaciśnięte pięści• zaczerwienienie na twarzy• szybsze oddychanie• niespokojne ruchy nóg• chodzenie tam i z powrotem	<ul style="list-style-type: none">• 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

KROK 1: ZACHOWAJ SPOKÓJ – Twoja energia przenosi się na drugą osobę	
<p style="text-align: center;"> Co robić:</p>	<p style="text-align: center;"> Czego nie robić:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • wpadać w panikę • śpieszyć się z działaniami • okazywać strach/złość • odbierać zachowań i słów osoby agresywnej osobie
KROK 2: ZMIEŃ DYSTANS I POZYCJĘ CIAŁA – nie chcesz konfrontacji tylko współpracy	
<p style="text-align: center;"> Co robić:</p>	<p style="text-align: center;"> Czego nie robić:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<p style="text-align: center;"> Co robić:</p>	<p style="text-align: center;"> Czego nie robić:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • mów ciszej niż zwykle (tak żeby było Cię słychać, ale łagodnym tonem) • mów wolniej • wymawiaj wyraźnie każde słowo • przerwij między zdaniem – czekaj na odpowiedź/reakcję • używaj prostych słów, nie złożonych zdań 	<ul style="list-style-type: none"> • podnosić głosu • mówić zbyt szybko (zwiększa panikę) • stosować długich wyjaśnień • dużo gestykulować • pouczać

KROK 4: OKAŻ EMPATIE – WALIDACJA EMOCJI

✓ Co 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 nieprawda!”, powiedz „To Cię martwi”

✗ Czego nie robić:

- 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:

- zawsze daj wybór (przynajmniej między dwiema opcjami)
- osoba poczuje kontrolę
- agresja zależy od poczucia bezradności
- nawet mały wybór zmienia dynamikę

✗ Czego nie robić:

- 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:

- jeśli agresja eskaluje: powoli się odsuwaj
- mów spokojnie: „Będę niedaleko, jeśli mnie potrzebujesz”
- wycofaj się do bezpiecznej odległości
- zwołaj o pomoc, jeśli jest zagrożenie fizyczne

✗ Czego nie robić:

- 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 nieuczciwe! 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, 1,5 m)

4. WALIDUJ EMOCJE (nie poprawiaj)

5. PROPONUJ WYBORY (nie rozkazu)

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	<p>X „Słuchaj, zaraz pójdziemy do łazienki, będziemy się myli i przygotowawali do pójścia spać, bo musisz być umyty i gotowy na następną dzień”.</p> <p>✓ „Czas na mycie, idziemy do łazienki”.</p>
2. JEDNO POLECENIE NA RAZ	<p>X „Weź spodnie, ubierz, włóż skarpety i majtki, a potem usiądź do śniadania”.</p> <p>✓ „Weź spodnie [czekaj na wykonanie]. Teraz skarpetkę”.</p> <p>Zasada: Czekaj, aż osoba ZROBI jedno, potem następne.</p>
3. WALIDACJA EMOCJI (NIE RZECZYWISTOŚCI!)	<p>Osoba żyje w swojej rzeczywistości. Twoja rola to walidacja emocji, nie edukacja.</p> <p>X (Konfrontacja) „Nie, to nieprawda!”</p> <p>✓ (Walidacja) „Widzę, że czujesz się zagubiony”.</p>

<p>4. WOLNY, SPOKOJNY TON GŁOSU</p>	<ul style="list-style-type: none">  „Ty już jesteś w domu!  „Tęsknisz za domem. Rozumiem to uczucie”. <p>Osoba czyta Twoją energię:</p> <p>Ty spokojny/a → osoba spokojny/a</p> <p>Ty pośpieszny/a → osoba zdenerwowany/a</p> <p>Ty rozdrażniony/a → osoba się boi</p>
<p>5. KONTAKT WZROKOWY I DOTYK</p>	<ul style="list-style-type: none">  Patrz w oczy, nie patrz w bok  Jeśli osoba nie patrzy na Ciebie, poproś, żeby spojrzała  Jeśli to bezpieczne, dotknij ramienia lub ręki  NIE podchodź od tyłu – osoba może się przestraszyć
<p>6. WYSŁUCHAJ I OBSERWUJ</p>	<ul style="list-style-type: none">  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
<p>7. POZYTYWNE, ZACHĘCAJĄCE SFORMUŁOWANIA</p>	<p>UNIKAJ SŁOWA „NIE“ I NEGATYWNYCH FRAZ</p> <ul style="list-style-type: none">  ZŁE: „Nie możesz tego zrobić”, „Nie powinieneś 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 głoś
- Uśmiechaj się (nawet jeśli osoba tego nie widzi, będzie to słyszeć w głosie!)
- Bądź opanowany/a (nawet jeśli czujesz się zestresowany/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 z kontaktu.

Jak praktykować:

- Nie poprawiaj błędów
- Nie argumentuj
- Nie krytykuj
- Akceptuj, że osoba żyje we 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 z 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 WSPOMNIENI	Fizyczny album ze zdjęciami, pamiątkami, tekstami z ważnych momentów w życiu osoby. Zmniejsza stres, aktywuje wspomnienia, ułatwia komunikację	<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy osoba jest zdenerwowana • Kiedy pyta o rodzinę • Zamiast słownego wyjaśnienia • 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, wspomagać komunikację	<ul style="list-style-type: none"> • 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!	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Wspólne rysowanie • Malowanie palcami • Robienie rzeczy z gliny • Robienie kolaży

2.7 Podsumowanie – algorytm efektywnej komunikacji

<p>KOMUNIKACJA W DEMENCJI 7 KROKÓW</p> <ul style="list-style-type: none">• Krótkie zdania• Jedno polecenie na raz• Waliduj emocje nie rzeczywistość• Spokojny ton + wolne tempo• Kontakt wzrokowy + dotyk• Wysłuchaj i obserwuj• Pozytywny przekaz	<p>MODEL 3T:</p> <ul style="list-style-type: none">• TON – Spokój, energia, uśmiech• TEMPO – Wolno, czekaj na odpowiedź• TOLERANCJA – Akceptacja, brak krytyki
<p>ZABURZENIA ORIENTACJI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Wejść w świat osoby• Użyj znanych rzeczy (zdjęcia, zapachy)• Zmień temat na coś pozytywnego• Czekaj, bądź cierpliwy/a	<p>POWTARZAJĄCE SIĘ PYTANIA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Waliduj emocje• Odwróć temat• Przygotuj „zapamiętane odpowiedzi”• Daj rzeczy do dotykania• NIE argumentuj, NIE poprawiaj

ROZDZIAŁ 3: SYTUACJE KRYZYSOWE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ

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

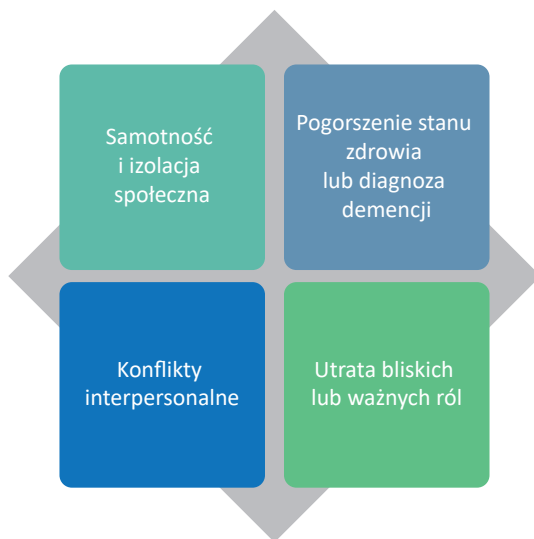
Przebieg kryzysu charakteryzuje się poszczególnymi etapami:

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 WYZWAŁAJĄCE 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 psychiatryczne
- 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, nieprzyjemne 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?”

✗ CZEGO 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)

✗ CZEGO 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”
- Zamiany 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 postępowaniem 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 psychotycznych 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

✗ CZEGO 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

X CZEGO 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.

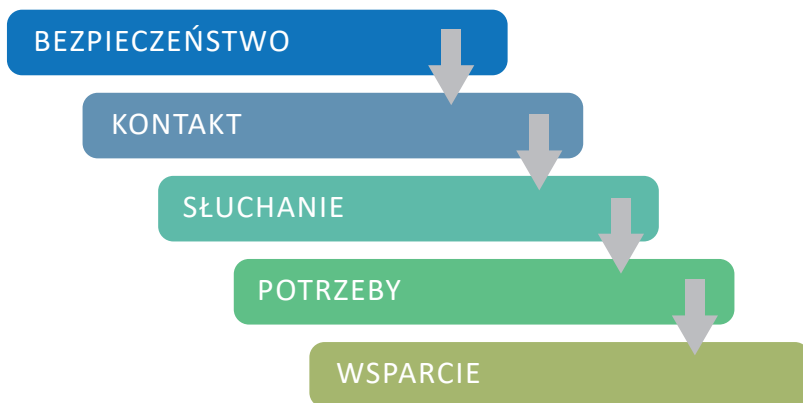
→ KONFLIKTY INTERPERSONALNE:

Konflikty interpersonalne w placówkach opiekuńczych wynikają często z trudności osób z 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 Pięć 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 24-48 h, 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 „uziemiaenia”: 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)

MYŚLI BIERNE: „Chciałbym zasnąć i nie obudzić się”

→ Działanie: Kontakt z psychologiem w ciągu 24 h

MYŚLI AKTYWNE: „Myślę o odebraniu sobie życia”

→ Działanie: Konsultacja psychiatryczna w ciągu 12 h

PLAN SAMOBÓJCZY: „W piątek to skończę”

→ Działanie: NATYCHMIASTOWA hospitalizacja

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

Wsparcie dla osoby z demencją:	Wsparcie dla opiekunów i zespołu:
<ul style="list-style-type: none">• Obserwacja stanu• Rozmowa (jeśli potrafi)• Wdrożenie rutyny – powrót do normalności	<ul style="list-style-type: none">• Rozmowa z innymi pracownikami• Wymiana doświadczeń, co poszło dobrze• Refleksja (co bym zrobił/a inaczej?)• Plan na przyszłość (jak uniknąć?)

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

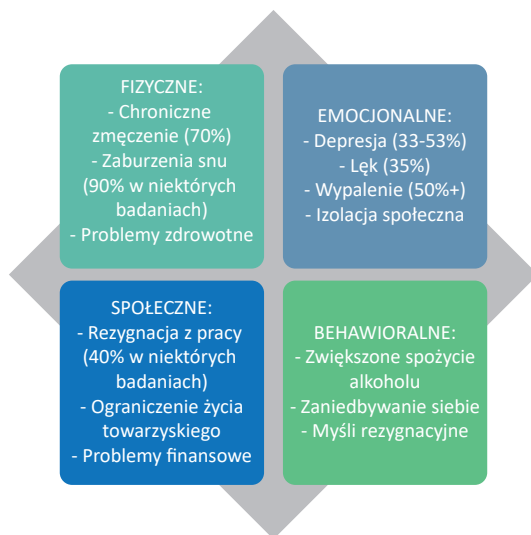
Badanie Kowalska et al. (2017) – 58 opiekunów osób z demencją:

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.

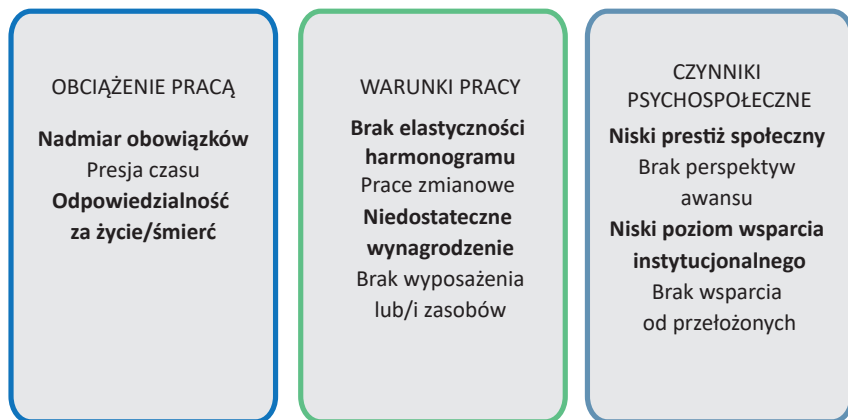
→ BADANIE NOWOSAD (2024) – PRACOWNICY SOCJALNI Z WYPALENIEM ZAWODOWYM

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.

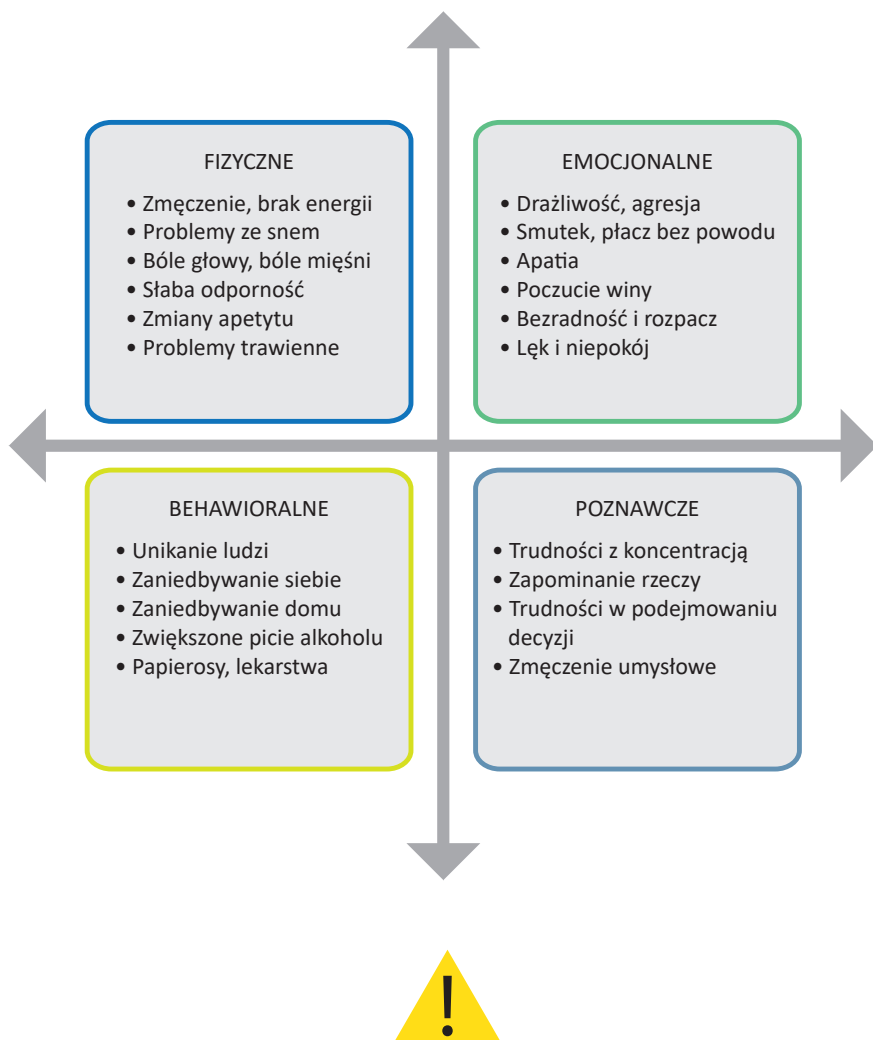
GŁÓWNE CZYNNIKI RYZYKA WYPALENIA PRACOWNIKÓW DPS



KONSEKWENCJE WYPALENIA WŚRÓD PRACOWNIKÓW DPS

Dla pracownika:	Dla placówki:	Dla podopiecznych:
<ul style="list-style-type: none"> • Pogorszenie zdrowia fizycznego • Depresja, lęk, zaburzenia snu • Utrata poczucia sensu pracy • Zwiększone ryzyko zwolnień lekarskich • Problemy w życiu prywatnym 	<p>WYSOKA ABSENCJA CHOROBY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluktuacja pracowników (odejścia z zawodu) • Obniżona jakość opieki • Zwiększony stres wśród pozostałych • Koszty szkolenia nowych pracowników 	<ul style="list-style-type: none"> • Obniżona jakość opieki • Mniejsza empatia ze strony pracownika • Ryzyko zaniedbania • Pogorszenie zdrowia psychicznego

4.2 Objawy przeciążenia opiekuna – znaki ostrzegawcze!



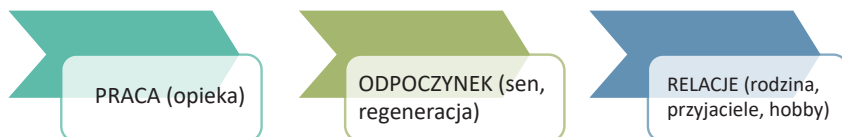
JEŚLI MASZ 5+ OBJAWÓW = MOŻLIWE WYPALENIE – SZUKAJ POMOCY!

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 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, klamkę), 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 ze 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

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

CZĘŚĆ II: SYTUACJE TRUDNE W OPIECE NAD OSOBAMI Z DEMENCJĄ (MNIejszy PRIORYTET – WEDŁUG WYNIKÓW UZYSKANYCH NA PODSTAWIE ANKIET)

ROZDZIAŁ 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 PRZYCZYŃ:

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

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 („Chodź 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. Bezsensowność – 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 przekonania, 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, uciążliwie 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



1.2 Współpraca z rodziną/opiekunami

Priorytet: 52.3% opiekunów

→ OCZEKIWANIA VS RZECZYWISTOŚĆ

Przykładowe nierealne oczekiwania rodziny:

- X** „Mama będzie leczona i wyzdrowieje”
✓ Rzeczywistość: Demencja jest postępująca, nieuleczalna
- X** „Mama będzie jak dawniej”
✓ Rzeczywistość: Osoba zmienia się, może to szokować
- X** „Będzie miała 24/7 opiekę personalną”
✓ Rzeczywistość: Opieka grupowa, pracownik ma kilka osób
- X** „Będzie jak w domu”
✓ Rzeczywistość: To instytucja, nie dom (ale staramy się)

1.2.1 Trudne rozmowy z rodziną

SITUACJA	CO ROBIĆ?
Diagnoza demencji	<ul style="list-style-type: none">• Omówić zgłaszane objawy• Wyjaśnić w prosty sposób, czym jest demencja• Pokazać broszury/zasoby• Zapytać, czy mają pytania• Oferować wsparcie
Zagrożenia w placówce	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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:

INFORMACJE

- Raport tygodniowy
- Zdjęcia
- Uczestnictwo w spotkaniach
- Dostęp do dokumentacji (jeśli możliwy)

UCZESTNICZENIE W ZAPLANOWANYCH AKTYWNOŚCIACH

- Rodzina przyjeżdża na spotkania
- Rodzina przynosi ulubioną muzykę
- Rodzina przygotowuje posiłek
- Rodzina opowiada historie z przeszłości

WSPÓLNE DECYZJE

- Pytać rodzinę, co osoba lubi
- Pytać o trudne zachowania
- Pytać o lęk/fobie
- Pytać o rutynę (gdy rodzina ją znała)

WSPARCIE EMOCJONALNE

- Grupy wsparcia dla rodzin
- Możliwość mówienia o uczuciach
- Edukacja (jak rozmawiać z chorym)
- Informacje, gdzie szukać pomocy

1.2.3 Rozwiązywanie konfliktów – przykłady

KONFLIKT	CO ROBIĆ?
Rodzina uważa opiekę za niedostateczną	<ul style="list-style-type: none"> • Wysłuchaj bez przerywania • Pytaj konkretnie: „Czego brakuje?” • Wyjaśnij ograniczenia (zasoby, liczba pracowników) • Zaproponuj rozwiązania (jeśli możliwe) • Ustal spotkanie z szefem (jeśli poważna sprawa)
Rodzina nie zgadza się z procedurami	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Podziękuj za informacje • Pytaj konkretnie: „Kiedy? Ile razy? Jak dokładnie?” • Dokumentuj obserwacje • Skontaktuj się z lekarzem (jeśli niepokojące)

CZĘŚĆ IV: KARTY PRACY

KARTA PRACY – PROFIL PODOPIECZNEGO

IMIĘ I NAZWISKO:			
DATA URODZENIA:		WIEK:	PŁEĆ: M / K
DIAGNOZA:	<input type="checkbox"/> CHOROBA ALZHEIMERA	<input type="checkbox"/> DEMENCJA NACZYNIOWA	<input type="checkbox"/> INNA:
FAZA DEMENCJI:	<input type="checkbox"/> WCZESNA	<input type="checkbox"/> ŚREDNIA	<input type="checkbox"/> 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 Bezsenna

Co się stało:

.....
.....

Zastosowane strategie:

Rezultat:

NOTATKI DODATKOWE:

.....
.....

PRACOWNIK: _____ PODPIS: _____

KARTA SZYBKIEJ INTERWENCJI – DEESKALACJA AGRESJI

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!

.....

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
-

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

KIEDY WEZWAĆ POMOC?

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

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:

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

KARTA PRACY – RAPORT INCYDENTU

DATA:	GODZINA:	ZMIANA:
OSOBA:		

RODZAJ INCYDENTU:						
Upadek <input type="checkbox"/>	Uraz <input type="checkbox"/>	Agresja <input type="checkbox"/>	Panika <input type="checkbox"/>	Uciekanie <input type="checkbox"/>	Zaburzenia <input type="checkbox"/>	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:

KARTA PRACY – AKTYWIZACJA OSOBY Z DEMENCJĄ

IMIĘ I NAZWISKO:		
DATA URODZENIA:	WIEK:	PŁEĆ: M / K

FAZA DEMENCJI:	<input type="checkbox"/> WCZESNA	<input type="checkbox"/> ŚREDNIA	<input type="checkbox"/> ZAAWANSOWANA
----------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

RUTYNA DNIA – PLAN AKTYWIZACJI

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

PROPOZYCJE AKTYWNOŚCI (wybierz lub dodaj własne)

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

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: _____

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.

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*, 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*, 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*, 3(15), 5–12.

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

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

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

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

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/>