Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

A „DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYEK ELLÁTÁSA ÉS GONDOZÁSA, VALAMINT A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYEK VISELKEDÉSVÁLTOZÁSAI” CÍM

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 ÉS A VEKOP-7.5.1-16-2016-
AZONOSÍTÓSZÁMÚ,
SZOCIÁLIS HUMÁN ERŐFORRÁS FE
CÍMŰ KIEMELT PROJE

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJA

- Célja
  - a társadalmi-demográfiai változásokra reagáló,
  - innovatív elemeket tartalmazó továbbképzések kialakítása és biztosítása,
  - a területen dolgozó szakemberek továbbképzése,
  - a szolgáltatásnyújtás folyamatainak eredményesebbé tétele,
  - a dolgozók megtartása, a pályaelhagyás csökkentése és a területen dolgozók elismertségének növelése.
- További cél a szociális és kapcsolódó szakmák közötti együttműködés kialakítása, erősítése, fejlesztése a továbbképzések biztosítása és lebonyolítása által.

BEMUTATKOZÁS, A TOVÁBBKÉPZÉS INDÍTÁSA

- Bemutatkozás, tapasztalatok, motiváció, elvárások
  - név
  - foglalkozási terület
  - klienskör
  - feladatok
  - gyakorlati tapasztalatok
  - előzetes ismeretek
  - a témához kapcsolódó nézetek
  - a továbbképzéssel kapcsolatos motiváció
  - a továbbképzéssel kapcsolatos elvárások

CSOPORTSZABÁLYOK

- Titoktartás
- Kommunikáció: egyes szám első személy, tisztelet
- Részvétel: aktivitás, önkéntesség
- Időkeretek: a nap kezdése, zárása, szünetek
- Technikai kérdések: mobiltelefon-használat, stb.

A TOVÁBBKÉPZÉS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- záróteszt teljesítése
- hiányzásra vonatkozó előírások

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

1. NAP: A DEMENCIA NEUROLÓGIAI, PSZICHIÁTRIAI ALAPJAI ÉS PSZICHOPATOLÓGIÁJA

1.1. A demencia oka, előfordulása, fogalma.

1.1.1. A DEMENCIA FOGALMA

- **Demencia** = a szellemi-értelmi leépülés állapota.
- Az értelmi képességek fokozatos elvesztésének a folyamata. Ebben a folyamatban károsodik többek között a memória, a gondolkodás, az önellátó-képesség, a körülményeknek megfelelő viselkedés és az érzelmek kontrollálásának képessége is. A pszeudodemeciák kivételével vissza nem fordítható állapotról van szó, sőt lassúbb vagy gyorsabb romlásra kell számítani.
- ***A demencia szindróma****, azaz tünetek összessége, mely számos betegségben megjelenhet.Lehet másodlagos, az idegrendszert károsító szisztémás betegség vagy trauma következménye és lehet elsődleges, degeneratív idegrendszeri betegség tünete*

A KÁROSODÁS OKAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

A károsodás okai:

- Közvetlen oka lehet az agykéreg legfinomabb idegsejtjeinek a pusztulása,
- az agyszövet sorvadása,
- vagy agykérgi sejtek elfajulása.

A károsodás következményei:

- memória,
- gondolkodás,
- önellátó képesség érintettsége

1.1.2. A DEMENCIA ELŐFORDULÁSA

A demencia előfordulása nemzetközi adatok alapján:

- A prévízió szerint Európában 2050-re, a 2000-s 7000 milliós megbetegedés 16 millióra is nőhet.

A demencia előfordulása hazai adatok alapján:

- Ma Magyarországon nincs pontos adat. Minimum 150, maximum 300 ezer fő lehet érintett a betegséggel.

Az időskori demenciák gyakorisága 2015-ös becslés alapján:

- 65 év felett 10-15%
- 75 év felett 20-25%
- 85 év felett 30% körül

A DEMENCIA ELŐFORDULÁSA A MEGBETEGEDÉS TÍPUSA SZERINT

Neurodegeneratív kórképek:

- Alzheimer kór
- Vaszkuláris eredetű
- Parkinson
- Frontotemporális
- PICK betegség
- Lewy testes demencia
- Corticobasalis degeneráció

A DEMENCIA ELŐFORDULÁSA A MEGBETEGEDÉS TÍPUSA SZERINT

Egyéb demenciák:

- Agydaganat
- Anyagcserezavarok
- Normális nyomású hidrokefalusz
- Vit B12 hiány
- Alkoholos kórképek
- Gyógyszerek, drogok
- Depresszió
- Fertőzések: AIDS; Szifilisz, Postencephalitic Parkinsonism, Herpesz encefalitisz; Creutzfeldt-Jakob kór

A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ DEMENCIÁK

- Alzheimer kór 50-60 %
- Vaszkuláris demencia 20-30%
- Kevert demencia
- Lewy-testes demencia

1.1.3. A DEMENCIA OKAI

- A demenciák tünetegyüttesének hátterében az agyállományban megjelenő különféle elváltozások állhatnak, melyek okuk, helyük és jellegük alapján a tünetek és a lefolyás tekintetében eltéréseket mutatnak. Így különböző demencia típusokat írtak le a szakemberek.
- E betegségcsoport tipizálása legegyszerűbben, illetve legátláthatóbban a háttérben álló okok alapján történhet. Így az alábbi típusokat különböztetjük meg:
- A valamilyen **primer degeneratív idegrendszeri** betegségek miatt létrejövő demenciák hátterében állhat Alzheimer-kór, Frontális lebeny demencia, Progresszív szupranukleáris bénulás, Kortikobazális szindróma, Diffúz Lewy-testes demencia, Parkinzon kórhoz társuló demencia és Huntington-kór. Ezeket nevezi a szakirodalom elsődleges demenciának.
- A **vaszkuláris** demencia az Alzheimer-kór miatti „elbutulás” mellett leggyakrabban előforduló típus, melynek hátterében többnyire az egész szervezetet érintő előrehaladott érelmeszesedés agyi megnyilvánulása áll. Ennek következtében infarktusok, vérellátási zavarok talaján alakul ki a demenciára jellemző tünetek összessége.
- **Egyéb okok**. Állhat a demenciák hátterében sérülés, daganat, vízfejűség, különféle gyulladásos (kiemelendő a szklerózis multiplex, melynek előre haladtával megjelenik a demencia), fertőzéses eredetű betegség. Ugyanakkor toxikus okokra és anyagcserezavarra is visszavezethetőek a demenciák egy része, így hátterében állhat tartós alkohol fogyasztás, különféle gyógyszerek, endokrin megbetegedések, a máj-, a vese súlyos működési zavara, vitaminhiány, valamint felszívódási zavar.

1.2. Az enyhe kognitív zavar és a lebenytünetek.

1.2.1. KOGNITÍV FUNKCIÓK.

Kognitív funkciók: A kognitív funkciók gyűjtőfogalom, melyhez az alábbi képességek tartoznak: figyelem, koncentrálóképesség, érzékelés, észlelés, végrehajtó funkciók, emlékezeti és gondolkodási funkciók. A fentiek összessége felelős azért, hogy a világból jövő

ingereket felfogjuk, azokat értelmezni és osztályozni tudjuk, megértsük, és ha kell, megjegyezzük és később felidézzük őket.

A kor előrehaladtával némelyik kognitív funkciónk romlik, de nem mindegyik és nem is egyformán. Az életkor főleg két, igen alapvető kognitív funkciónkat érinti: a koncentrálóképességet és a memóriát rontja – ezért ezekre a készségekre külön kitérünk.

AZ ENYHE KOGNITÍV ZAVAR

- **Az enyhe kognitív zavar értelmezése**: A szakemberek enyhe kognitív károsodásnak (MCI, mild cognitive impairment) nevezik azt az állapotot, amikor az értelmi, figyelmi és emlékezeti funkciók már nem olyanok, mint egészséges korunkban, de a hanyatlás még nem éri el a demencia szintjét. Azaz az enyhe kognitív károsodás a demencia előszobájának tekinthető. A tünetegyüttes a 65 év feletti korosztály 19 százalékánál lép fel, azaz nagyjából minden ötödik idős embert érint. Az enyhe kognitív zavarban szenvedő páciensek mintegy felénél 3 éven belül megjelennek a demencia tünetei.

A KOGNITÍV ZAVAROK

Kognitív zavarok:

Az alaptüneteket a kognitív, azaz a megismerési, észlelési funkciók érintettségéből adódó problémák adják, ezek elsősorban feledékenységgel kapcsolatos tünetek, kiegészülve különféle lebenytünetekkel, mint a milyen a beszédzavar (afázia), a felismerés zavara (agnózia), az akaratlagos mozgás és az összetett cselekvések végrehajtásának zavara (apraxia), az olvasás zavara (alexia) és az írás zavara (agráfia).

A MEMÓRIAZAVAROK

Memóriazavarok:

- Az Alzheimer kórban mindig jelen van, diagnosztikai kritérium. Gyakran ez az első jel, amivel orvoshoz fordulnak.
- A memóriára vonatkozó panaszok származhatnak magától a pácienstől: elfelejti a neveket, elveszti a tárgyakat stb. Jellemzőbb azonban a panasz a környezet részéről. A páciens vagy minimalizálja, vagy tagadja a tünetet.
- Változatos problémák merülhetnek fel, de a változatosság főként a mérsékelt formákban van jelen, s elmosódnak, ahogy a betegség fejlődik.

1.2.2. A LEBENYTÜNETEK ÉS FELISMERÉSÜK

Aphasia – beszédzavar

- A beteg nem tudja a gondolatait szóban vagy írásban kifejezni, vagy nem érti, amit mások mondanak. A nyelv érintettségének első jele, hogy hiányzik egy-egy szó. Erre leginkább a páciens panaszkodik. A betegség kezdetén a felejtés elsősorban a kevésbé használatos és ritka szavakra vonatkozik. Ez felderíthető könnyen, ha az MMSE-vel a tárgymegnevezést vizsgáljuk. Pl. a ceruzára azt mondja, hogy toll, a lehetséges válaszmezőt kiszélesíti, s nem veszi észre, hogy a megfelelő szóra nem emlékszik.
- Eleinte gyakori, hogy hiányzik egy szó. Ezt próbálja kompenzálni körülírással, vagy olyan szavak használatával, ami jelentésileg egy körbe tartozik, de nem arra vonatkozik, pl. alma helyett körtét mond. A megértés, az olvasás és az írás megtartott.
- A mérsékelt fázisban: egyre gyakoribbá válik a szó hiány, a megértés romlik, így az írásos kifejezés is. Az olvasás még korrekt.
- Súlyos fázis: az írott és beszélt nyelv teljes dezintegrációja. Hangok tévesztését tapasztalhatunk: sálam helyett tálam. A megértés is deficites, a kép a globális afázia felé tart.

AZ AGNOSIA ÉS AZ APRAXIA

Agnosia – a felismerés zavara

- Az érzékelt tárgyak, vagy lények fel nem ismerése. Agnózia esetében az érzékszervek nem károsodnak, vagyis a látás, hallás, tapintás normálisan működik. A felismerés, az információ feldolgozása szenved zavart az agy károsodása okán. Több típusa van. Említést érdemel a prosopagnosia, amely azt jelenti, hogy az egyén a hozzátartozó arcát nem ismeri fel, ugyanakkor felismerheti a hangjáról, megjelenéséről.

Apraxia – a motoros kivitelezés zavara

- A begyakorolt mozgások elvégzésére irányuló képesség elvesztése, mely nem jelenti az izmok gyengülését.
- Az apraxiás zavarok bár jelen vannak az Alzheimerben, sokáig felderítetlenek maradnak. Oka: elkerülő viselkedés a páciens részéről, kompenzálás a hozzátartozók részéről. Változatos a megjelenése, nincs rá protokoll, mikor melyik jelenik meg.
- Először csak a bonyolultabb eszközöket, tárgyakat nem tudja használni, pl.:távirányító, porszívó, később egyszerűbb dolgokat sem tud megcsinálni, pl.: konzervnyitás. Ezekre a problémákra a páciens könnyebben talál elkerülő megoldásokat, mint a memória vagy a nyelv zavarára.
- Az öltözködési apraxia a középsúlyos formáktól egyre gyakoribb.

AZ ALEXIA, AZ AGRAPHIA ÉS AZ ANOSOGNÓZIA

Alexia – az olvasás képességének zavara

- Az egyén ugyan felismeri a betűket, elolvassa a szavakat, de nem tudja azokat értelmezni.

Agraphia – az írás képességének zavara

- Ebben az esetben sem a kéz elgyengüléséről vagy ügyetlenségéről van szó. Az agykérgi központok és azok kapcsolatának zavara okozza a nehézséget.

Anosognózia: a leggyakrabban a páciens nem vesz tudomást a problémáiról, nehézségeiről, bénulásáról.

1.3. A demencia stádiumai, legjellemzőbb kognitív tünetek.

Az **enyhe kognitív zavar**:

elválasztja a demenciát az egészséges állapottól, s amikor még az agyi károsodás nem érintette a mindennapi feladatok ellátási képességét, viszont enyhe feledékenység, illetve probléma megoldási nehézség már tapasztalható.

A DEMENCIA STÁDIUMAI.

Enyhe demenciában a károsodás már érinti a mindennapi-, illetve a munkatevékenységet. A feledékenység észlelhető, de nem nagyon gyakori, illetve ennek általában nem tulajdonítanak nagy jelentőséget, a „kornak tudják be”. Felügyeletet nem, de odafigyelést igényel.

Középsúlyos demencia esetén a betegek már felügyelet nélkül nem hagyhatók, egyre nagyobb fokú a függőségük a környezetüktől, egyre több fizikai segítséget igényelnek. Általában ebben a stádiumban jelentkeznek a BPSD-tünetek, s miattuk leginkább ebben a szakaszban történik a felismerés, a diagnosztizálás.

Súlyos demenciában a fizikai segítségnyújtás már a teljes higiénés szükségletek kielégítésére is kiterjed, majd a folyamat további előrehaladásával az alapvető motoros funkciók sem működnek megfelelően, mint a milyen a járás, a nyelés, az ürítés. Így a végstádiumban a beteg, ágyban fekvő, inkontinens, PEG-en (a hasfal bőrén keresztül bevezetett gyomorszondán) keresztül táplált is lehet.

A LEGJELLEMZŐBB KOGNITÍV TÜNETEK

A **kognitív tünetek** közül jellemző a rövid távú memória zavara, azaz a beteg a friss információkat elfelejti, a régebbi dolgokra jobban emlékszik. Ez kiegészül a beszédértés és kifejezés zavarával, megjelenik a korábban rutinszerűen elvégzett mozgások kivitelezésének károsodása, valamint a környezet felismerésének a zavara. Érintett lesz a beteg tájékozódó, problémamegoldó képessége, gondolkodása. Ezen problémák jelentkezésének gyakorisága és intenzitása a demencia hátterében húzódó kóros folyamat előrehaladása folyamán változik, pontosabban nő.

1.4 FEJEZET: A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ DEMENCIÁK.

Alzheimer-kór (diffus cerebrális atrophia)

- Ma a demencia leggyakoribb oka (50-60%). Becsült adatok
- szerint hazánkban ma több mint 100.000 ilyen beteg él.
- Kialakulása „alattomosnak” is mondható, hiszen már az első
- tünetek jelentkezése előtt évekkel elkezdődnek a kóros agyi
- folyamatok.
- Kialakulásához valószínű, hogy több rizikófaktor egyidejű fennállása szükséges.
- Alzheimer típusú demenciánál kóros fehérjék felszaporodása nyomán kialakuló elváltozások, és az idegingerület átvitel zavarához vezető neurokémiai folyamatok
- Nem csak az idősek betegsége, ritkábban már a középkorúak körében is megjelenhet. Lefolyása progresszív, általában 7-10 év.
- A lappangási időszakban fokozódó emlékezet zavar jelentkezik, amit később személyiség változás követhet.

A DIFFÚZ LEWY-TESTES DEMENCIA

- ***Tünetek:*** *A Lewy-testek idegsejtekben kialakuló zárványok, melyek Parkinson-kórban is kimutathatók. DLTD-ban az agykéregben is kiterjedt Lewy-test patológia figyelhető meg. A betegség a második leggyakoribb degeneratív demenciaforma, bár gyakran aluldiagnosztizált. Ennek részben oka a gyakran társuló Alzheimer-patológia. Típusos esetben a klinikai képet vizuális hallucinációk, a tünetek spontán hullámzása (fluktuációja) és a parkinsonos tünetek jelenléte adja a demencia mellett. A vizuális hallucinációk jól formáltak, részletesek, gyakran a betegség korai szakaszában jelentkeznek, amikor felszínes vizsgálattal akár még demencia sem igazolható. A kognitív tünetekben kortikális és szubkortikális jegyek keverednek. Jellegzetes a tünetek súlyosságának jelentős hullámzása (fluktuáció), mely napszakonként illetve hosszabb periódusokban is változhat.*
- ***Kezelés:*** *Fontos megjegyezni, hogy a parkinsonos tünetek hiánya nem zárja ki a diagnózist. Kezelésében a kolinészteráz-gátlók (AChEi) használhatók, melyek a kognitív tünetek javítása mellett a vizuális hallucinációkat is csökkentik. A neuroleptikumok alkalmazása különös óvatosságot igényel, mivel fokozott érzékenység miatt súlyos mellékhatásokat okozhatnak.*

A VASZKULÁRIS DEMENCIA

A második leggyakoribb demecia ok (20-30%).

Vascularis (ér eredetű) demenciáknál az agyi keringési viszonyok romlása, (pl. arteriosclerotikus /érelmeszesedéses/ elváltozások nyomán) a kéregalatti területek kiterjedt elhalása (multiinfarkt demencia). Az apró agyi erek meszesedése, elzáródása, agyvérzés magas vérnyomás vagy cukorbetegség, a tápanyagellátás romlása, vagy megszűnése, az agyállomány pusztulását, vagy sorvadását okozzák.

Kezdeti szakaszában megfigyelhető a demencia szenilisnél is leírt magatartás változások, mely fokozott ingerlékenységgel társulhat.

Kifejlett állapotában gyakran kialakul az emocionális (érzelmi) inkontinencia, görcsös sírás és nevetés.

Az Alzheimer betegség és a vascularis demencia együttesen is előfordulhat, így jönnek létre az un. kevert formák. Tehát alapvetően ez a két kór áll legtöbbször a szellemi leépülés hátterében. Nehezen eldönthető, melyik fordul elő gyakrabban, minden esetre együtt az összes demenciával járó betegségek kb. 90%-át teszik ki.

A VASZKULÁRIS DEMENCIA KOCKÁZATI TÉNYEZŐI

- A **nem befolyásolhatóak:** a nem, az életkor, és a családi halmozódás.
- A **befolyásolható rizikófaktorok** az alábbiak: dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, elhízás, stressz, magas koleszterin szint, magas-vérnyomás betegség, cukorbetegség.

A BPSD tünetek felosztása

- **Magatartási tünetek**: / Agitáció - Kérdezgetés (calling out) - Sírás - Agresszió (fizikai vagy verbális) - Nyugtalanság - Kiabálás/sikoltozás - Szexuális viselkedési zavarok - Kóborlás - Alvászavarok - Járkálás vagy ismétlődő motoros aktivitás - Naplemente-tünet („sundowning”)/
- **Pszichológiai tünetek**: / Szorongás (anxietás) - Apátia - Delúzió - Depresszió - Diszinhibíció (gátolatlanság) - Eufória - Hallucinációk – Miszidentifikáció /

AZ AGITÁCIÓ ÉS AZ AGRESSZIVITÁS

Agitáció:

- *Az agitáció olyan nem megfelelő verbális, vokális vagy motoros aktivitás, mely a külső szemlélő szerint nem közvetlenül a beteg szükségleteiből vagy zavart viselkedéséből származik (Cohen-Mansfield-féle meghatározás).*
- *Az agitáció mindig szociálisan nem megfelelő viselkedés, így lehet sértő vagy agresszív a beteg vagy a környezete számára, de lehet megfelelő viselkedésforma is, amit nem megfelelő gyakorisággal végez a beteg, pl. folyamatosan kérdezősködés. Máskor a viselkedés ugyan általában lehet megfelelő, de agitációt jelent a szociális formák be nem tartása, a nem a helyzetnek megfelelő viselkedés, mint pl. levetkőzés közösségi terekben.*

Agresszivitás

- *Az előzőek alapján az agitációhoz tartozó viselkedészavar. Az agresszivitás nem véletlen káros hatást jelent egy másik (vagy saját) személy vagy tárgy irányában.*

A DELÚZIÓ

Delúzió (téves gondolatok)

- *Téves gondolatok, melyhez a beteg ragaszkodik, azok meggyőződésévé válnak, korrigálhatatlanok. Az öt legtípusosabb delúzió:*
- *- Valaki ellopott valamit a betegtől. Általában a betegek nem emlékeznek, hová tették dolgaikat vagy hol szokták azokat tárolni, emiatt gyakran úgy vélik, valaki ellopta azokat. Családon belül komoly feszültségek forrása lehet ez emiatti vádoló viselkedés.*
- *- A beteg otthonáról azt hiszi, nem a saját otthona. Lehet miszidentifikáció részjelensége is.*
- *- A beteg azt hiszi, hogy társa vagy a gondozója csaló/szélhámos (Capgras-delúzió). Szintén miszidentifikáció részjelensége lehet. Agitált, agresszív viselkedés oka lehet, a gondozók számára nagyon megterhelő viselkedészavar.*
- *- Elhagyatottság-érzés. A betegek gyakran úgy érzik, nem foglalkoznak velük a hozzátartozóik vagy úgy vélik, összeesküvés áldozatai, hogy intézetben helyezzék el őket.*
- *- Hűtlenség érzése. A betegek úgy érzik, hogy élettársuk megcsalja őket, szexuális vagy más formában.*

A HALLUCINÁCIÓ

- *Kóros érzékcsalódások. Leggyakrabban vizuális jellegűek. Diffúz Lewy-testes demenciában a demencia igen enyhe szakaszában megjelennek, akár a betegek 80%-ában. Gyakran a betegek idegeneket vélnek látni otthonukban, melyre reagálhatnak hevesen, akár gyógyszeres kezelést igénylően is.*
- *Fontos, hogy a kóros vizuális érzékelés (vizuális agnosia), csökkent látásélesség, kontrasztérzékenység miatt a demens betegek hajlamosak lehetnek erre; jól megvilágított, nem zsúfolt környezet csökkentheti kifejlődésük esélyét. Akusztikus hallucinációk is előfordulnak, míg a más érzékelési formákat érintőek (szaglási vagy taktilis) ritkák.*

MISZIDENTIFIKÁCIÓ (AZ ÉRZÉKELÉS ZAVARAI)

Az érzékelés (percepció) zavarai. A hallucinációkkal ellentétben (melyek külső stimulusok hiányában alakulnak ki) a miszidentifikáció során a külső stimulusok hibás érzékelése történik, melyhez kóros gondolatok, magyarázatok, akár delúziók társulhatnak.

Sokféleképpen csoportosíthatók, de leginkább négy fő típus ismert:

1. Személyek jelenléte a beteg lakásában (fantom lakótárs).

2. A beteg saját személyének fel nem ismerése (pl. saját tükörképét nem ismeri fel a beteg, illetve azzal beszélget).

3. Más személyek felismerésének zavara.

4. TV-ben történő események valósnak vélése.

Különösen zavaró tünet ez a házas/élettársak számára, amikor a beteg nem ismeri fel őket.

Speciális formái:

- Capgras-szindróma: a beteg úgy véli, hogy a gondozót/hozzátartozót egy ugyanolyan csaló helyettesíti (lásd delúziók).

- Fregoli-szindróma: a betegek meg vannak győződve arról, hogy idegenek öltöznek úgy fel, hogy megtévesszék őket és ismerőseikre hasonlítsanak.

- Intermetamorfózis: egy személy fizikai megjelenését valaki másnak vélik a betegek.

A DEPRESSZIÓ ÉS AZ APÁTIA

Depresszió

- *Demenciában a depresszív hangulat gyakoribb, mint a major depressziót kielégítő tünetcsoport. Enyhe demenciában könnyebb felismerni a tüneteket, mint a középsúlyos vagy súlyos demenciában. Nagyobb eséllyel jelenik meg, ha a beteg korábban már szenvedett depresszióban vagy családjában előfordult depresszió. Típusos formákban a nyomott hangulat, az örömtelenség, az önvádló gondolatok vagy a halál utáni vágy hívja fel erre a figyelmet.*

Apátia

- *A leggyakoribb BPSD tünet. A betegek érdektelenséget mutatnak mindennapi tevékenységükben, személyi higiéniájukban és csökkennek szociális interakcióik. Jellegzetes az arckifejezés elszegényedése, a beszéd dallamának és az érzelmi reakcióknak a csökkenése, a késztetés csökkenése.*
- *Gyakran összetéveszthető depresszióval, mivel mindkettő csökkent érdeklődéssel, pszichomotoros meglassulással, fáradékonysággal jár. Apátiában azonban a motiváció hiánya nem jár a hangulat zavarával, illetve vegetatív tünetekkel (melyek jellegzetesen depresszióban).*

AZ ANXIETÁS ÉS A KÓBORLÁS

Anxietás /szorongás/

- *Gyakran más BPSD tünetekkel együtt jár, azok következményeként fejlődik ki. Demens betegekben a szorongás gyakori megjelenése az ún. Godot-szindróma: a beteg pl. egy közeli eseménnyel kapcsolatban ismételten, szinte állandóan kérdezget.*

Kóborlás

- *Több magatartási zavart is takar a fogalom. Előfordul, hogy a beteg ismétlődően ellenőrzi, hogy a gondozó merre van a lakásban. Ez olyan mértékű lehet, hogy a beteg állandóan követi a gondozót, vagy leselkedik, lopódzik utána. A beteg a lakásban vagy a kertben eredménytelenül, ismételve végezhet tevékenységeket (mosás, mosogatás, gyomlálás stb.) vagy céltalanul sétálgat, illetve végül elhagyja otthonát, lakását.*

A NAPLEMENTE TÜNET

Naplemente tünet („sundowning”)

- *Nem tünet, inkább jelenség. A betegek a nap végére, éjszakára zavarttá válnak. Ilyenkor gyakoribb a szorongás, az agitáció és a kóborlás is.*
- *Oka ismeretlen, de valószínűleg a cirkadián ritmus zavarával áll kapcsolatban. Kialakulását fokozza a fáradékonyság, a csökkent megvilágítás, az árnyékok, a fény-sötét kontraszt csökkenése.*
- *Csökkenti megjelenését a stabil napirend kialakítása és annak betartása, a nappali fizikai aktivitás és napfényen tartózkodás fokozása, a nappali alvás kerülése, a koffeinfogyasztás korlátozása a reggeli órákra, az esti háttérzaj csökkentése, az esti TV-zés kerülése, relaxációs terápiák használata, családi relikviák, fotók elhelyezése az ágy körül. Végül fontos lehet organikus provokáló tényező (pl. húgyúti infekciók, alvási apnoe stb.) kizárása.*

A BPSD TÜNETEK HATÁSA A MINDENNAPOKBAN

A BPSD tünetek a gondozás folyamatában:

- *A gondozás folyamatában a legfontosabb annak elfogadása, hogy a demenciában szenvedő betegek betegségük miatt nehézségekbe ütköznek vágyaik, szükségleteik, érzéseik terén*

A BPSD tünetek értelmezése a kommunikációban:

- *elsősorban a verbális/nyelvi és kognitív képességeket érinti*
- *A gondozók gyakran a betegek károsodott kognitív képességeire alapozzák a kommunikációt*

A BPSD TÜNETEK ÉRTELMEZÉSÉNEK SZEMPONTJAI

Fontos szempontok:

- *A BPSD tünetek gyakoriak, szinte minden demens betegnél észlelhetők.*
- *A BPSD tünetek gyakran megelőzhetők vagy sikeresen kezelhetők.*
- *Jelentős kellemetlenséget okoznak a betegeknek, családjuknak és a gondozóknak, ha nem megfelelően kezelik azokat.*
- *A BPSD tünetek kezeléséhez szükséges azok komplex fizikális, pszichológiai, szociális, interperszonális és környezeti faktorainak megértése.*
- *A BPSD tünetek gondozói ellátása betegcentrikus gondozási módszereken kell, hogy alapuljon.*
- *Az ellátás, kezelés során az egyénileg tervezett pszichoszociális eljárások, beavatkozások a leghatékonyabbak, melyek a BPSD tünetek bármely stádiumában és formájában alkalmazhatók.*

1.6. FEJEZET: A BPSD TÜNETEK KEZELÉSE

A magatartási és pszichológiai tünetek hatása, következményei:

Az érzékszervi funkciók romlása:

- *Az érzékszervi funkciók romlása egyértelműen fokozza a BPSD tünetek kifejlődésének kockázatát. A látásélesség romlása igazoltan hozzájárul a vizuális hallucinációk és a verbális agitáció kialakulásához. Hasonló a hallásromlás szerepe is. A megfelelő (tiszta!) szemüveg, a hallókészülék vagy a hallászcsökkenést okozó cerumen (fülzsír) eltávolítása csökkenti ezt a kockázatot. A csökkent vizuális vagy hallási ingerfeldolgozás delúziókhoz, hallucinációkhoz, ezeken keresztül paranoid gondolatokhoz vezethet.*

Testi panaszok következményei:

- *Testi panaszok következményeként is kialakulhat pl. agitáció, nyugtalanság. Ilyen az incontinentia vagy a székrekedés miatti hasi diszkomfortérzés, az időskorban nőbetegekben gyakoribb húgyúti fertőzések vagy egyszerűen a bármilyen más okból kialakuló (gyakran ízületi betegségek miatti) fájdalom vagy mobilitászavar.*

1.6.2. CSÖKKENT VERBÁLIS KOMMUNIKÁCIÓS KÉPESSÉG

A csökkent verbális kommunikációs képesség:

A csökkent verbális kommunikációs képesség (az agykéreg nyelvi funkciókat irányító területeinek károsodása minden demenciaformában kialakul, gyakran kezdeti, vagy vezető tünetként, mint pl. frontotemporalis demenciákban) szintén agitációhoz vezethet, amit nem verbális ingerekkel lehet csökkenteni: a beteggel szembefordulva, a zavaró környezeti ingerektől izolálva, nyugodt, kedves hangon lehet megpróbálni megnyugtatni őket, segítve ezt nem hirtelen mozdulattal érintve a beteg kezét, vállát. Vizsgálatok igazolják, hogy a hang tónusa, a szemkontaktus, az érintés fontosabb a demens beteggel való kommunikációban, mint maga a beszéd tartalma.

ÁLTALÁNOS TANÁCSOK DEMENS BETEGEKKEL VALÓ KOMMUNIKÁCIÓHOZ

- *Mindig mutatkozzon be a betegnek (természetesen nem formálisan), mielőtt bármit tenne.*
- *Mindig mondja el, mit fog tenni, mielőtt a beteg személyes terébe lépne.*
- *Nyugodt, magabiztos hangon, érthetően beszéljen.*
- *Pozitív tartalmat használjon, kerülje a tiltó szerkezeteket.*
- *Adjon lehetőséget a betegnek a válaszra.*
- *Tartson fenn egy napi rutint.*
- *Adjon egyszerű választási lehetőségeket a beteg számára.*
- *Biztassa, dicsérje a beteget.*
- *Ne vegyen fel félreérthető, fenyegető testhelyzetet, tartson szemkontaktust, lehetőség szerint maradjon a beteg látóterében, szemmagasságban.*
- *Érintéssel, simítással segítse a kommunikációt, ügyelve arra, hogy sem túl bizalmas, sem fenyegető ne legyen.*

A viselkedési zavarok kezelése

Nyugtalanság és agresszió

A nyugtalan, agitált viselkedés leggyakoribb okai a fizikai diszkomfortérzés vagy fájdalom, a környezet megváltozása vagy zajossága, a gondozó személyében történt változás illetve a kommunikáció zavara. Ha kiderült, hogy mi az adott jelenség közvetlen kiváltó oka, a helyzet rendezésében a személyközpontú megközelítés elveinek kell érvényesülni. Reakciónk mindig higgadt,legyen, ne konfrontálódjunk a beteggel.

Az eredményes viselkedés alapelvei:

- *beszéljünk lassan, megnyugtatóan*
- *elterelés:változtassunk a szavakon, a környezeten,beszéljünk másról*
- *lépjünk vissza*
- *zárt kérdéseket tegyünk fel*
- *ne érveljünk és ne vitatkozzunk*

Esti – éjszakai zavartság tájékozatlanság és nyugtalanság is gyakori jelenség, amelyet a szervezet belső órájának felborulása, fáradtság és a megfelelő normális ingerek hiánya egyaránt kiválthat.

2. nap

1.óra

A személy fejlődése

A SZEMÉLY AZ ÉLET VÉGÉIG FEJLŐDIK

- Én-azonosság – ki vagyok én? – önismeret fejlesztése
- Ki vagyok én a kapcsolatokban? – empátiás képesség fejlesztése



» **Erikson: az identitás-érzés egész életen át való fenntartására törekvés a személyiségfejlődés fontos motívuma.**

A KRÍZIS MINT MOZGATÓRUGÓ

Erikson: „egy **fordulópont**, egy **kritikus időszak**, amelyben megnő az egyén **sebezhetősége**, de a **fejlődési potenciál**ja is”

Fejlődésünk során kritikus időszakokat élünk meg. Ha jól vesszük a kanyart, növekszünk.

ERIKSON: PSZICHOSZOCIÁLIS FEJLŐDÉSELMÉLETE

1. Csecsemőkor
2. Kisgyermekkor (1-2 éves)
3. Oviskor (3-6 éves)
4. Iskoláskor (6-12 éves)
5. Serdülőkor (12-18 éves)
6. Fiatal felnőttkor (20-30)
7. Érett felnőttkor (30-60)
8. Időskor (60 ->)
9. *Idős-idős kor (80 ->)*

1. Bizalom v. bizalmatlanság
2. Autonómia v. szégyenérzet
3. Kezdeményezés v. bűntudat
4. Szorgalom v. alsóbbrendűségi érzés
5. Önazonosság v. szerepzavar (Ki vagyok én?)
6. Intimitás v. izoláció (Kihez tartozom? Hogyan vagyok együtt másokkal?)
7. Alkotókészség v. megrekedés (Hogyan tudok hatékonyan lenni, gondoskodni?)
8. Integritás vagy kétségbeesés, reménytelenség (Mi az életem értelme?)
9. *Gerotranszcendencia (Lars Tornstam)*

GEROTRANSZCENDENCIA

- Időskor - a valóság új, az idős személy önmagán túl mutató, értelmezése
- Az élettel való elégedettséget már kevésbé befolyásolja az aktivitás
- A gerotranszcendencia folyamatát bizonyos élet-krízisek felgyorsítják. Pl. betegség az egyén valóságról alkotott képét átformálhatja. Másként értelmezi a betegség hatására a valóságot. Hagyományosan ezt védekezési mechanizmusnak tekintik. A gerotranszcendencia azonban valóságos változásnak tartja.
- Pszichiátriai gyógyszereket szedőknél a gerotranszcendencia alacsonyabb mértékű, mint azoknál, akik nem szednek ilyen szereket
- Időskori depresszió nem befolyásolja a gerotranszcendencia mértékét.

- Transzcendencia megtapasztalása:
  - Kapcsolatban érzi magát az egész univerzummal
  - Minden élő részének érzi magát
  - Távol lévő személyek erős jelenlétét érzi
  - Mintha a jelenben és a múltban egyszerre élne
- Koherencia (Erikson ego-integritása)
  - élet értelmét erősen érzi
- Gerotranszcendencia szerint a reminiszcencia hozzájárulhat önazonosságunk változásához, újra konstruálásához, vagy ahhoz a módhoz, ahogyan a valóságot értelmezzük. Reminiszcenciának nagy a jelentősége időskorban.

LEVINSON ÉLETCIKLUS ELMÉLETE

Az életciklus

- folyamatos „utazás” a születéstől a halálig
  - egyetemes jellegzetességei vannak,
  - végtelen számú egyedi variációkban valósulnak meg.
- szakaszokra vagy összekapcsolódó fázisokra osztható
  - minőségileg különböznek egymástól – mint az „évszakok”, vagy napszakok
  - sajátos karakter, megoldandó fejlődési és életfeladat jellemzi
  - mindegyik kialakulása szükségszerű
- Életszakaszok
  - Struktúraépítő szakaszok
  - Struktúraváltó vagy átmeneti szakaszok

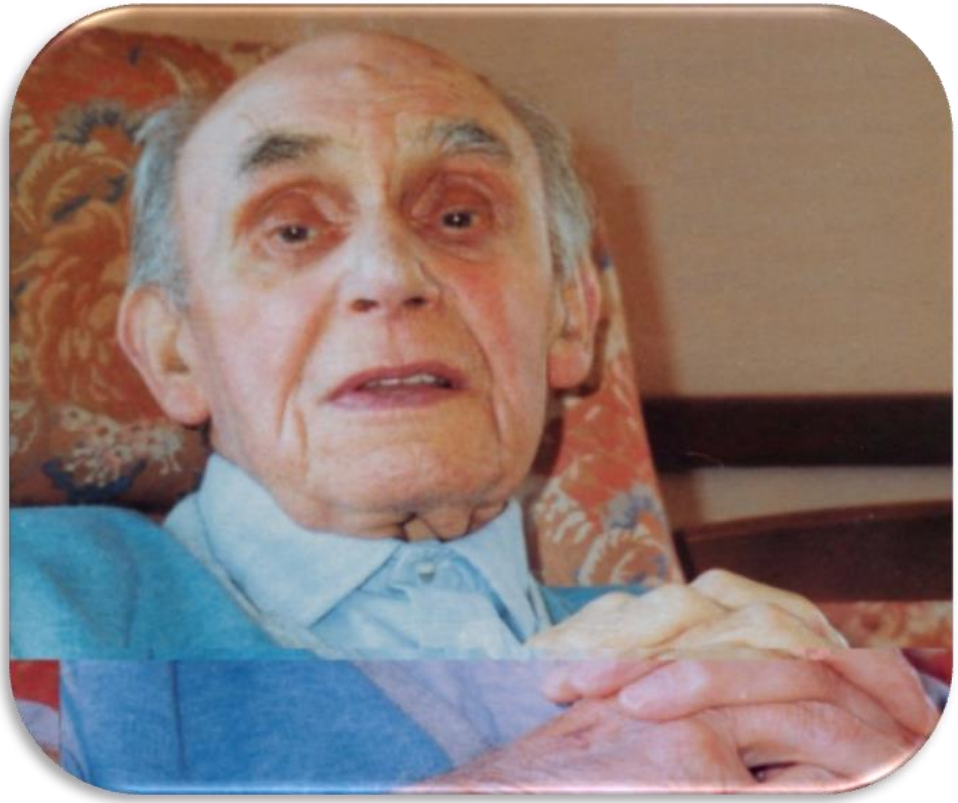
2. nap

3-4.óra

A demenciával élő személy megismerése

Az a fontos, hogy ki ő

és nem a betegsége



Megismerés

- Első találkozás – meghatározó

  bemutatkozás, hogyan szólíthatom?, kapcsolat létesítés

- Kötelező felmérések személyközpontúan

  - a felmérés célja (milyen ellátásba vételt megelőző a felmérés?)

  -a demencia stádiuma (kitől kaphatunk információt?)

  -interjú, fókusz a személyen van, jegyzetelés módja

  -Információszerzés megfigyeléssel

- Személy megismerése egy folyamat
- Életútja, családi kapcsolatai, érdeklődése

IADL - ADL: Funkcionális aktivitás mérése

- Mindennapi élet eszközös felmérése – IADL

Telefon használat
Vásárlás
Főzés
Takarítás
Mosás
Közlekedés
Saját gyógyszerelése
Anyagi ügyek intézése

Képes-e otthonában élni? Biztonságos?

- Mindennapi aktivitás felmérése - ADL

Fürdés
Öltözködés
WC használat
Közlekedés
Széklet és vizelet visszatartás
Étkezés

Milyen mértékű gondozásra van szüksége?

Átfogó állapotfelmérés

- Kognitív képesség felmérése
  - IADL –ADL –t befolyásolja
  - Tájékozódás térben időben, felismerő képesség, beszéd értés, figyelem
- Fizikai állapot, egészségügyi státusz felmérése
  - A korral járó egészségi problémák, diagnózisok
  - Gyógyszerek, fogazat, nyelési problémák?, légzés, vérkeringés, látás, hallás, bőr állapota,
- Pszichés, mentális állapot felmérése
  - Hangulat, zavartság
- Ki a demenciával élő személy?
  - Személyiségi jegyek, vallása, gyökerei, kultúrája, múltja, családja, kapcsolatai, mit szeret csinálni
- Megtartott képességei?
- Étkezési szokásai?

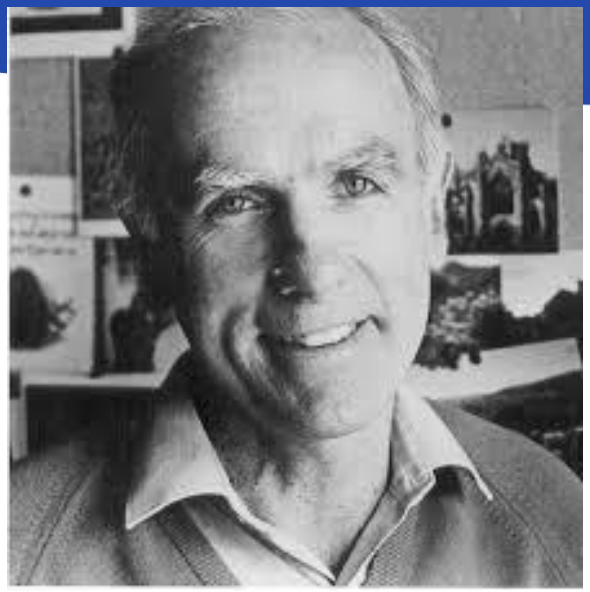
Mire jó az átfogó állapotfelmérés?

- Gondozás személyre szabott megtervezése
- Mire kell figyelnie a segítő(k)nek?
- Hogyan tud a segítő jó kapcsolatot kialakítani a demenciával élő személlyel?
- Zavaró viselkedések okainak keresésében segíthet
- Milyen értelmes tevékenységbe vonható be?

2. nap

7-8. óra

Az ápoló-gondozó segítő hatása a demenciával élő személyre.



Kitwood : a demenciával élő ember **személy mivoltát** mások segíthetik fenntartani a **kapcsolatokban,** melybe beletartozik **az ismeret, a tisztelet és a bizalom.**

A személyközpontú demencia ellátás elsődleges kimenete ennek a **személy mivoltnak a fenntartása** - annak ellenére, hogy a személy mentális képességei erősen hanyatlanak.

A személyközpontú demencia ellátásban azt feltételezzük, hogy a demenciában szenvedő **képes kifejezni, hogyan érzi magát**, mégpedig a viselkedésével.Aa viselkedésének van értelme, van jelentése. A **viselkedésével fejezi ki, hogy jól vagy rosszul érzi magát**.

Kitwood szerint a problémás viselkedés, apátia vagy szorongás gyakoribb olyan ellátásban, amelyben az ellátottak személy mivoltukban nem kapnak kellő támogatást.

Ha az ellátás támogató, akkor az ellátott jól-léti szintjére nagyobb figyelmet szentelnek, a demenciában szenvedő életminőségét értékelik, és kifejezetten részévé teszik a szolgáltatásnak.

AZ ELLÁTÁS ÚJ KULTÚRÁJA

A demencia ellátás kreatív, dinamikus munka, nem segédmunka, melyet senki sem csinál szívesen.

Maga a demenciában szenvedő és akik törődnek vele, rendelkeznek egy olyan szaktudással, amely legalább olyan fontos, mint az agykutató tudománya.

Az ellátás feladata a személy mivolt fenntartása, az egyediség és az individuum elismerése diagnózistól függetlenül.

A problémás viselkedés kísérlet a kommunikációra.

Ebben az új kultúrában a demencia ellátás érzelmi munka, éppen ezért az itt dolgozóknak is szükségük van a személy mivoltuk fenntartására, őket is tisztelni kell, ha jó munkát akarunk tőlük.

A ROSSZHATÁSÚ PSZICHO-SZOCIÁLIS HOZZÁÁLLÁS

- Amikor a segítő kapcsolatba lép a demenciával élő személlyel, hozzáállása támogatja vagy gyengíti. Vagy pozitívan vagy negatívan hat rá. (Nincs semleges hatás!)

- Kitwood azt találta, hogy a demenciában szenvedő személy személy-mivoltát sokszor aláássa a velük foglalkozók ’rosszhatású pszicho-szociális hozzáállása’ (malignant social psychology). Nem arról van szó, hogy a gondozók rosszak (ezért is nevezik rossz hatásúnak és nem rosszindulatúnak), ők jó szándékúak, sokszor kedvesek. Mégis a demenciával küzdő személy szempontjából nézve – és ez az alapja a személyközpontúságnak – rossz; sokszor előfordul, hogy nem veszik őt komolyan, félrevezetik, tárgynak tekintik.

- Kitwood több olyan magatartásformát, hozzáállást különböztet meg, amely rossz hatással van a demenciában szenvedőkre. Ezek a magatartásformák nincsenek kőbe vésve. Lehetnek eltérések az egyes embereknél, de ezek azok, amelyek a leggyakrabban előfordulnak, és leginkább aláássák az ember személy mivoltát, méltóságát.

A JÓL-LÉT LEGFONTOSABB ELEMEI

1. **Identitástudat** (ki vagyok? mi az, ami fontos nekem? --- értékes vagyok)
2. **Kontroll** (nem engem sodornak az események, hanem én is tudom azokat befolyásolni)
3. **Remény** (hogyan gondolkodom a biztonságról és az élet értelméről? - van reményem, mert bízom abban, hogy a jövő az jó lesz)
4. **Bizalom** (milyen a kapcsolatom másokkal?)

IDENTITÁSTUDAT

POZITÍV	NEGATÍV
Jól vagyok úgy, ahogy vagyok	Nem sokat érek már
Jól érzem magam	Nem vagyok jól
Van, amit még tudok nyújtani	Semmit sem tudok már adni
Próbálom a legjobbat kihozni magamból	Minek az már!
Van jogom az élethez	Túl sokat éltem már
Vagyok valaki	Senki sem vagyok, én már nem számítok
	Nem vagyok jó semmire sem

IDENTITÁSTUDAT

- **Milyennek tartom magam?** -- személyes tulajdonságaim
- **Hol a helyem a világban**, a társadalomban? -- elégedett vagyok-e vele?
- **Kifejezem-e a véleményemet, hitemet, érzéseimet?** – mert érdemes, mert figyel valaki rám, mert számít az, ahogyan érzek

KONTROLL

POZITÍV	NEGATÍV
Tudom, mit akarok csinálni	Nem tudom mit tegyek
Tudok dolgokat megtenni	Nem tudok semmit sem tenni
Tudok másokat rávenni dolgokra	Nem érdemes semmit sem tenni, hiszen úgysem sikerül
Van némi kontrollom a saját életem felett (az életemet én irányítom)	Nem vagyok ura az életemnek
Tudok a segítőimmel együttdolgozni	Mások nem tesznek meg dolgokat akkor és amikor én szeretném
	Mások uralkodnak felettem

KONTROLL

- Aktívnak érzem-e a mindennapokat?
- Kezdeményező készség – találok-e olyan feladatot, amit szívesen csinálok?
  - séta
  - gyomlálás
  - környezet elrendezése
  - törődés másokkal

REMÉNY

- Mindennek ellenére vigaszt és biztonságot találok (jó anyám volt, a gyerekeim nem hagynak magamra, az vigasztal, hogy apró dolgokat meg tudok még tenni)
- Van az életemnek értelme (jó életem volt, sok szeretetet kaptam, adtam)

BIZALOM

POZITÍV

- jogom van itt lenni
- ha másokhoz fordulok, kapok választ
- kapok segítséget
- ki tudok állni magamért
- érzéseimet, véleményemet bátran kifejezhetem – biztonságban vagyok
- önmagam lehetek
- vannak akik szeretnek engem és én is szeretem őket

NEGATÍV

- itt engem nem fogadnak be
- senki sem vesz észre
- nem kapom meg, amire szükségem van
- nem érdemes másokhoz fordulni
- nem biztonságos másoknak kifejeznem érzéseimet, véleményemet
- az emberek nem szeretnek engem

2. nap

9-10. óra

Személyközpontú demencia ellátás (**PCC**)

Mit mondanak nekünk szakembereknek a demenciával élők?

Arra fogunk emlékezni,
ahogyan beszéltél velünk
(nem arra, mit mondtál)

Mosolyodra,
nevetésedre,
érintésedre
rá tudunk hangolódni.

Hahó! Még itt vagyunk!
Bárcsak megtalálnál!

PCC mitől függ? a/ szervezeti kultúra

1. mindnyájan együtt dolgozunk a jobb ellátásért
2. minden dolgozó számít
3. a vezetés megvédi a terepen dolgozókat
4. a vezetés bátorítja a terepen dolgozókat

TQM

- Készek vagyunk változtatni a jobb ellátásért
- Készek vagyunk változtatni a közvetlen környezeten
- Készek vagyunk segíteni a demenciával élőknek mindennapi elfoglaltságok biztosításával (az ellátás lényeges része az értelmes aktivitások szervezése)

Érzelmi és pszichológiai jól-lét (cél)

- A szakmaiság nem zárja ki a szeretetet
- A szeretet nem érzelem, hanem őszinte munka azért, hogy a demenciával élő
  - biztonságát,
  - folytonosságát,
  - fontosságát,
  - emberi kapcsolatait,
  - közösségbe tartozását megélhesse.

PCC mitől függ? b/terepen dolgozók hozzáállása

1. Minden ember értékes
2. Minden ember más
3. Demenciával élő szempontjából indul ki

PCC mitől függ? c/ környezet

- *A környezet olyan legyen*, hogy támogatja a demenciával élők pszichológiai szükségleteit
- *A környezet olyan legyen*, hogy kompenzálja a demenciával élő személy hiányosságait
- *A környezet olyan legyen*, hogy segít kapcsolatban maradni – hiszen minden ember élete kapcsolatain nyugszik
- A környezet befogadó, barátságos, elfogadó, képessé tevő, helyi közösségbe bekapcsoló, családi kapcsolatokat fenntartó, ….

3. nap

3.1. A demenciával élő személy speciális ápolásának ismeretei.

A bolyongás

A bolyongás gyakran előfordul a demens betegek, különösen Alzheimer-kórban szenvedők körében. A kóros agyi folyamatok következtésben egy kóborlási kényszer alakul ki a betegben. Sérülés következtében a beteg tájékozódó képességét is elvesztheti, ezért olyan utakon is eltévedhet, amelyeket azelőtt jól ismert. A bolyongás a nap bármely szakaszában előfordulhat, mely az egészséges ember számára általában céltalannak tűnik, de a demens beteg részéről irányulhat egy konkrét cél megvalósítására is. Önmagában a bolyongás nem ártalmas viselkedés, ha az egy biztonságos környezetben történik, sőt ha elég mozgásteret és időt kap a beteg a kóborlásra, kiegyensúlyozottabbá, nyugodtabbá válhat.

AZ IDŐÉRZÉK ELVESZTÉSE

- A demens betegek időérzéke torzul. Ez a változás is a betegség fokától függ.
- Gondozási szempontból elsősorban az évszakok, a nappalok és éjszakák összekeverése okozhat zavart.
- Az évszaktévesztésnek fontos szerepe van az öltözködésben. Nem az évszaknak megfelelő öltözködés akut megbetegedéshez, pl.: megfázás, tüdőgyulladás, hőguta stb. vezethet.
- A napszakok összekeverése megzavarhatja az addig megszokott, kialakult biológiai életritmust. Táplálkozási és ennek következtében emésztési problémák alakulhatnak ki.
- Az éjszaka és nappal felcserélése komoly alvászavarhoz vezethet. Ezért törekedjünk arra, hogy a formális és informális foglalkozások során minél gyakrabban emlékeztessük a demens beteget az év- és napszakokra.

AZ ALVÁSZAVAR

Az álmatlanság egy közvetett tünet, amelynek előidézője lehet az előzőekben vázolt időérzék elvesztése, vagyis az éjszaka és a nappal felcserélése, ugyanakkor kapcsolatba hozható a bolyongással is. A beteg zavart, ha éjszaka felébred elindul, keresgél, pakol. Ilyenkor tájékozatlan, tevékenysége céltudatlan. Megoldására nem ajánlott az altatók mennyiségének növelése (IV/4).

A tudatos napi aktivitás alakításával is érhetünk el eredményt.

Amennyiben nappal nem foglaljuk le a beteget valamilyen tevékenységgel:

- sok ideje marad szundikálni
- nem érzékeli a napszakok közötti különbözőséget
- nem éli ki mozgásigényét, úgy azt éjszaka próbálja bepótolni.

3.1.2. A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYEK SPECIÁLIS ÁPOLÁSI FELADATAINAK MEGISMERTETÉSE

A prehospitális, sürgősségi beavatkozások:

- A félrenyelés
- A kiszáradás
- Az elesés
- Delírium
- Vérzések

Egyéb gyakori egészségügyi problémák:

- láz
- influenza és tüdőgyulladás
- elesés
- székrekedés
- hasmenés
- kiszáradás
- inkontinencia
- fogászati problémák
- sürgősségi helyzetek

3.1.3. PREHOSPITÁLIS, SÜRGŐSSÉGI BEAVATKOZÁSOK

A félrenyelés

Félrenyeléskor étel vagy ital kerül a légutakba.

- *Mit tegyünk?*
- *Próbáljuk megnyugtatni a pánikba esett gondozottat, ha tudunk nyúljunk be a szájába, ha van műfogsora távolítsuk el és két ujjal kíséreljük meg az idegen testet kiemelni*
- *Segítséget hívunk. Alkalmazhatunk váladékszívót.*
- *Ha az idegen testet szájon keresztül nem távolítható el, tenyérrel erőteljes csapást mérünk a hátára, a lapockacsontok közti területre.*
- *Sikertelenség esetén Heimlich- féle műfogást kell alkalmazni.*

Megelőzés:

- ne maradjon felügyelet nélkül étkezéskor
- fogazatának megfelelően előkészített ételt kapjon
- az ételt, italt megfelelő állagúra kell sűríteni
- tartsuk be pontosan a étkezési szokásokat, tálaláskor minden legyen előkészítve
- a környezeti zavaró tényezőket csökkentsük
- felesleges fűszer, tárgyak ne maradjanak az asztalon
- egyszerre csak egy ételt tálaljunk fel az asztalra
- figyelni kell az étel hőfokára és íz intenzitására
- indíték szegénységnél, vezessük a kezét
- etetés közben ne kérdezgessük

A KISZÁRADÁS

Okok:

- A beteg nem emlékszik mikor és mennyi folyadékot fogyasztott.
- hasmenés, hányás, lázas állapotok, fokozott zavartság, nyugtalanság, és egyes gyógyszerek mellékhatásai, vesebetegségek

Mit tapasztalunk?

- A legjellegzetesebb tünetek: a szemgolyó körüli un. orbita-árok mélyülése, fokozódó zavartság vagy bágyadtság, esetleg aluszékonyság, száraz, bevont lepedékes nyelv, száraz bőr (a bőr turgorának csökkenése), kevés és koncentrált vizeletürítés, vérnyomásesés, ájulás esetleg eszméletvesztés.

Mit tegyünk?

- A legjellegzetesebb tünetek korai felfedezése nagyban befolyásolja a demens személy további állapot változását. Súlyos eszméletlen állapotban, intravénás folyadék adása szükséges!

Megelőzés

- Mivel demenseknél, a csökkent napi folyadékbevitel gyakran előforduló probléma, ezért nagyon fontos a megelőzése, rendszeres itatással.
- A demens környezetébe készítsünk mindig egy kancsó folyadékot, amit szívesen fogyaszt, gyakran bíztassuk arra, hogy 1-2 dl fogyasszon belőle.

AZ ELESÉS

Demens személynél gyakran bekövetkező veszély, sőt életveszély az elesés.

***Az eleséseket megelőzhetjük**, ha néhány **kockázati tényezőt** módosítunk:*

- izom, ízületi fájdalmak csökkentésével, a látás javításával, megfelelő gyógyszerbeállítással

- a vérnyomás rendszeres ellenőrzésével, melyet fekve és állva is mérjünk meg

- a stabilitás és biztonságérzet fokozásával, amelyhez használhatunk kisegítő eszközöket, (bot, járókeret) megfelelő gyakoroltatás után.

*A másik nagy feladat, hogy a **környezeti veszélyeket** igyekszünk megszüntetni:*

- sokat segíthet a jó megvilágítás, kapaszkodók alkalmas felszerelése

- jó, ha az útvonalakat szabaddá tesszük, felesleges tárgyakat nem hagyunk elől, stb.

Ha elesés után a demens viszonylag jó állapotban van, az nem zárja ki a súlyos szövődmények kialakulását. Pl.: beékelt combnyaktörés, koponya trauma utáni subdurális vérzés.

DELÍRIUM

A delírium *(tudatborulás), a tudat éberségi szintjének és az összerendezettségének zavara. Hirtelen lép fel, órák, vagy napok alatt alakul ki, gyakori a napszaktól függő fluctuatio. Nagy nyugtalansággal, a gondolkodás beszűkülésével, a hangulat- és késztetés zavarral, valamint figyelmi és észrevevési tünetekkel jellemezhető tünet együttes.*

Mit tegyünk?

- *A legelső teendő, a nyugtalanság oldása. Ilyenkor hasznos a külső ingerek minimalizálása, csendes jól megvilágított helység. A bizalom kiépítése, a megnyugtató, türelmes hangnem sokat segíthet.*
- *Testi biztonsága érdekében állandó jelenlétet igényel. Ne hagyjuk magára. A deliráló demens személy önmagára és környezetére nézve is veszélyessé válhat. Kerüljük a vitákat, konfliktusokat. Óvjuk a sérülésektől, környezetéből távolítsuk el a sérülést okozó tárgyakat, bútorokat. Étkezés után ne hagyjuk az evőeszközöket az asztalon.*
- *Alakítsunk ki ingerszegény környezetet, rádiót, TV-t kapcsoljuk ki. Fontos a jó megvilágítás. Egyenletes, és állandó legyen, hogy az árnyékok ne vetüljenek a padlózatra, falra.*
- *A felborult alvás, ébrenlét ritmusa miatt, heveny szívelégtelenség is felléphet, ezért azt mindig jelezzük orvosnak. Nyugtalanság okozta izzadás miatt folyadék- és ionpótlás szükséges itatással.*

VÉRZÉSEK

A demens személyeknél előforduló vérzések, különösen a belső vérzések sürgősségi ellátást igényelnek.

Mit tapasztalunk?

- *A sápadt, hűvös tapintatú bőr, az erőtlenség, az alacsony vérnyomás (főleg ha ismert az alapbetegség pl: fekély) már a vérzés külső megjelenése előtt felhívhatja a figyelmet a súlyos állapotra. A vérzés egyéb megnyilvánulásai különbözőek, a mentális állapot változásától, a keringés- összeomlással járó életveszélyes, shock állapotig terjedhet.*
- *A vérveszteség a pulzust könnyen elnyomhatóvá teszi.*
- *A demenseknél, a vérzést kísérő hasi fájdalom ritkább, atípusos, fizikai vizsgálattal ritkábban észlelhető nyomásérzékenység.*
- *Ismeretlen eredetű ájulások esetén is feltételezhető gastrointestinális vérzés gyanúja.*

Mit tegyünk?

- *Az ellátás legfontosabb teendői a vérveszteség mennyiségének, és a demens személy kardiális állapotának felmérése, és a vérzés okának gyors azonosítása.*
- *A vérveszteség a pulzusszám gyakori ellenőrzése és a shock súlyossága alapján becsülhető.*
- *Melaena esetén a gondozottat azonnal intézetbe kell utalni.*
- *Az occult vérzés forrásának tisztázása belgyógyász feladata, ambulánsan végezhető, rendszerint szűrés alkalmával (laboreredmény) derül fény, a vérszegénységre.*
- *Megelőzés céljából biztosítani kell a rendszeres rostdús étrendet, a bő folyadék bevitelt, és a rendszeres, könnyű székletürítést.*

3.1.4. A DEMENCIA GYÓGYSZERES KEZELÉSE

A gyógyszeres kezelés szükségessége/esetei a demencia kapcsán.

Gyógyszerek a demencia kezelésére.

A demenciával kapcsolatos viselkedésbeli zavarok lehetséges gyógyszeres kezelése.

A demenciával élő személy társbetegségei kezelésére használt gyógyszerek.

- A gyógyszerek megfelelő alkalmazása:
- - tünetjavítás
- - progresszió lassítás
- - kísérő pszichiátriai zavarok (BPSD) kezelése

3.1.5. ÁPOLÁS A DEMENCIA KÉSŐI STÁDIUMÁBAN.

- A prehospitális sürgősségi beavatkozások eljárási protokolljainak ismerete.
- A közvetlen veszélyelhárítás gyakorlati ismerete és alkalmazása.
- Gyógyászati segédeszközök használata: speciális ágymatrac, ék alakú párna, az eszközök professzionális használata.
- A mobilizálás sajátosságai, alkalmazása.
- Praktikák alkalmazása a megfelelő táplálék és folyadékbevitel biztosításához.
- Nyelési problémák kezelése.
- Bőrproblémák kezelése.

3.1.6. Az ápolás minőségének meghatározására ajánlott vizsgálati módszerek

- **MMSE tesz**
- **GDS-Geriátriai Depresszió Szűrő Skála**
- **Órarajzolási teszt**
- **Önellátás mértéke (Bartel index, Katz-ADL)**

3.1.6.5. Szociális készségszint mérés

- Estebemutatás és feldolgozás.
- Az eset a Handout anyagban található.

3.1.6.6. Tápláltsági állapot mérés, MUST

- Az MUST – bizonyítékon alapuló – módszert a British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) dolgozta ki az alultápláltság és rizikójának megállapítása céljából. Kórházakban az életkorra való kontrollálást követően az ápolási időt, a távozás „célhelyét” és a halálozást is megjósolja. Az alapellátásban jelzi a kórházi felvételek és a háziorvosi vizitek számát, valamint a táplálásterápia hatására bekövetkező javulást. A különböző ellátási formák között is validálták, amely lehetővé teszi a különböző ellátási formákban kapott eredmények összehasonlítását.
- A következő kritériumokat használja: testtömegindex (Body Mass Index, BMI), nem kívánt testtömegcsökkentés, heveny betegség(ek) hatása(i) és rizikóállapotok. Ezek külön-külön is, de együtt még jobban meghatározzák a kimenetelt. Az ESPEN az alapellátásban javasolja a használatát, ám a többi ellátási formában is alkalmazható, mivel validálták.

3.1.6.7. Ápolási szövődmények

A krónikus betegek ápolása során előforduló leggyakoribb szövődmények:

Szomatikus:

- decubitus
- tüdőgyulladás
- trombózis
- embólia
- fertőzések
- vérzés
- gyógyszermellékhatások
- immobilizáció

Pszichés:

- csökkent kooperáció
- csökkent motiváció
- hospitalizáció
- elszigetelődés
- családi-és társas kapcsolatok romlása
- szerepteljesítési zavar

3.2. A demenciával élő személy speciális gondozásának ismeretei.

3.2.1. A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLY GONDOZÁSÁNAK IRÁNYELVEI, MÓDSZEREI, SZEMLÉLETI ALAPJAI.

Alapelvek:

- Biztonság, védelem
- Nyugalom
- Környezeti tényezők biztosítása
- Együttműködés
- A kapcsolatteremtés szabályainak megfogalmazása a demens személlyel.

3.2.1. A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLY GONDOZÁSÁNAK IRÁNYELVEI, MÓDSZEREI, SZEMLÉLETI ALAPJAI.

Irányelvek, melyeket az otthongondozás során szem előtt kell tartani:

- Se túl sok, se túl kevés segítség.
- Időt adni
- Motiválás, emlékeztetés, útmutatás.
- Bátorítás.
- Pedagógiai magyarázat.
- Észrevenni az erősségeket és elfogadni a korlátokat.
- Támogatás a helyes döntések meghozatalában.
- Segítség az érzelmek szóbeli kifejezésében.
- Elfogadni és magunkban tartani az érzéseket.

3.2.2. A GONDOZÁSI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA, BIZTONSÁGOSABBÁ TÉTELE, AZ OTTHONI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA.

- Otthoni ellátás során különös figyelmet kell fordítani a következőkre.
- - Kövessük nyomon az idős életjeleit, testsúlyát, tápláltsági fokát, kiválasztási funkcióit, hidratáltságát és a bőrét.
- - Figyeljük a demencia tünet együttesének alakulását.
- - A beteggel az állapotának megfelelő módon kommunikáljunk: verbális és testi kommunikáció.
- - Alakítsuk ki a gondozás napszaki ritmusát. Egyes tevékenységek mindig ugyanabban az időpontban történjenek. A jól kialakított napirend, a változatos tevékenységi formák, foglalkozások segítik az aktivitás megtartását.
- - A baleseti sérülések kockázata miatt törekedjünk a biztonságos lakókörnyezet kialakítására.
- - Figyelmet kell fordítani a beteg meglévő képességeinek megőrzésére és fejlesztésére. Ismernünk kell melyek azok a maradék, vagy megkímélt működések, amelyek alkalmasak lehetnek a dementálódás ütemének lassítására.
- - Különleges hangsúlyt kell helyeznünk az egyén tiszteltére és emberi méltóságának megőrzésére.

3.2.2. A GONDOZÁSI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA, BIZTONSÁGOSABBÁ TÉTELE, AZ OTTHONI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA.

- A betegség elején segíthet a feledékenység leküzdésében, ha gyakran felírjuk a dolgokat és kis cédulákat teszünk ki emlékeztető szövegekkel (pl.: a fürdőszobatükörre: „mosakodni, fogat mosni és fésülködni”). Egy nagy falinaptár, amelyen színessel megjelöljük az aktuális napot, a betegség elején fontos lehet.
- - Célszerű például a fontos telefonszámokat megjelölni és kiemelni.
- - Az órákon nagy számok legyenek, ne legyen rajta másodpercmutató, az óra- és percmutató könnyen megkülönböztethető legyen.
- - A betegek külvilággal való kapcsolatát nem szabad megszakítani. A megszokott szabadidős tevékenységet a lehető legtovább fenn kell tartani.
- - A soron következő eseményekre a beteget idejében és ismételten fel kell készíteni, például a születésnapokra és évfordulókra. Ez természetesen nem jelenti azt, különösen az előrehaladott stádiumban, hogy a beteg ezeket azonnal el ne felejtse.

3.2.2. A GONDOZÁSI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA, BIZTONSÁGOSABBÁ TÉTELE, AZ OTTHONI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA.

- Fogalmazzunk mindig egyértelműen és világosan, ha szükséges ismételjük meg, amit mondunk!
- - Kerüljük a vitákat!
- - Legyünk bőkezűek a dicséretekkel!
- - Ha a beteg agresszíven viselkedik, tereljük el a figyelmét!
- - Legyünk türelmesek a beteggel!
- - Emlékeztessük a beteget életének szép emlékeire, mozzanataira!
- - Nézegessünk fényképeket, meséljünk neki történeteket!
- - Mutassuk ki a beteg felé érzelmi támogatásunkat!
- - Ne követeljünk a betegtől komoly döntéseket!
- - Osszuk meg vele az egyszerűbb feladatokat!
- - Próbáljuk meg elkerülni a szükségtelen környezetváltozást!
- - Tartsuk a kapcsolatot barátokkal, rokonokkal!
- - Vonjuk be őt közös elfoglaltságokba!
- - Tartsuk tiszteletben a beteg szemérmességét és méltóságát! Például a mindennapi tisztálkodásnál!

3.2.3. AZ ÁPOLÓ-GONDOZÓ INTÉZMÉNYEKRE VONATKOZÓ KÖVETELMÉNYEK.

- A nyugalom biztosítása
- A biztonság
- A lakókörnyezet
- Akadálymentesség
- A megvilágítás
- A színek szerepe
- A bútorzat
- Jelzések, piktogrammok
- Mozgástér

3.2.4. ELÉRHETŐ SZOCIÁLIS ÉS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK A DEMENCIÁVAL ÉLŐK ÉS HOZZÁTARTOZÓIK SZÁMÁRA.

A szociális ellátás területén:

- gondozási központok, családsegítő központok/szolgálatok,
- pénzbeni ellátás – ápolási díj (ha a gondozó családtag otthon marad a demenciával élő hozzátartozójával),
- demens betegek nappali ellátása – idősek klubja (specifikus vonatkozásokkal)
- házi segítségnyújtás és jelzőrendszeres házi segítségnyújtás (már igényelhető a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás speciális ellátási formája (SOS), egyszerűbb és többirányú a készülék használata – a régi készüléket a beteg nem mindig tudta használni és korlátozottabbak voltak szolgáltatásai),
- idősek átmeneti gondozóháza (nem számottevő, mivel gondozóház alacsony számban biztosít ellátást demensek számára)
- ápolást, gondozást nyújtó intézmények - idősek otthona, pszichiátriai betegek otthona (az idősek otthonaiban kevés a demens részleg, melynek jogszabályi személyi feltételei nem megfelelően kidolgozottak az ellátandó feladat végrehajtásához),
- étkeztetés – kiegészítő ellátás, főleg magányos, enyhe súlyos demens betegek számára.

3.2.4. ELÉRHETŐ SZOCIÁLIS ÉS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK A DEMENCIÁVAL ÉLŐK ÉS HOZZÁTARTOZÓIK SZÁMÁRA.

Az egészségügyi ellátás területén:

- demencia-vizsgálat, demencia centrumok,
- egészségügyi alapellátás – háziorvosi ellátás, prevenció/szűrések,
- otthon-ápolási szolgálat,
- szakellátó egészségügyi intézmények (kórházak akut osztályai, kórházak krónikus és rehabilitációs részlegei, pszichiátriai és neurológiai osztályok, általános szakrendelések, specializált gerontopszichiátriai osztályok, geriátriai szakrendelések).

3.2.5. KOMMUNIKÁCIÓ A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYEKKEL.

- Az anyag a hallgatói Handout /6. feladat/ mellékletében kidolgozva található.

3.2.6. A GONDOZÁSI SZÜKSÉGLET FELMÉRÉSE DEMENCIÁVAL ÉLŐK KÖRÉBEN.

- A gondozási szükséglet felmérése az előgondozás során, majd az intézménybe való beköltözés után.
- A demenciával élő személy szűkebb és tágabb környezete.
- A demenciával élő személy biztonsága, lakókörnyezete.
- A demenciával élő személy élelmezése, ruházata, személyi higiénéje, mobilitása.

- A gondozási terv kidolgozva enyhe-, középsúlyos és súlyos stádiumban lévő demenciávaé élő számára, a hallgatói Handoup-ban található. /7. feladat melléklete/

3.2.7. A demenciával élő személyt érő abúzus formáinak, előfordulási lehetőségeinek ismerete.

- Az abúzus
- Az abúzus formái
- Rizikófaktorok
- A rizikófaktorok mérlegelése
- Primer prvenció
- Másodlagos prevenció
- Harmadlagos megelőzés
- A megelőzés stratégiái

3.3. Szakemberek közötti együttműködés fontossága a gondozás során.

3.3.1. INTERPROFESSZIONÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEK TÁRGYALÁSA

Az interprofesszionális együttműködés

- két vagy több, különböző foglalkozásiághoz tartozó szakma képviselőinek
- időleges vagy hosszabb távú vállalkozása, kommunikációja és együttműködése,
- amelynek során a csoportdinamika jótékony hatása segítségével a közreműködő szakemberek meglévő és megtermelt tudásukat és erőforrásaikat megosztják egymás között
- egy közösen meghatározott cél vagy ügy elérése érdekében,
- közösen meghatározott, eldöntött eljárásmódok alkalmazásával.

3.3.1. INTERPROFESSZIONÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉSI LEHETŐSÉGEK TÁRGYALÁSA

Az interprofesszionális gondozás elvei és keretei:

- *a beteg szükségleteire fókuszál*
- *a demográfiai és társadalmi szükségleteken alapuló releváns szolgáltatásokat biztosit*
- *minőségi gondozást tesz lehetővé*
- *megkönnyíti az állapotnak megfelelő szükséges és elégséges szolgáltatás elérését*
- *egymást tisztelve, egymástól tanulva megosztott döntéshozatalt tesz lehetővé*
- *folyamatos konzultáció és kommunikáció a csapatban*

AZ INTERPROFESSZIONÁLIS TEAM TAGJAI

- Háziorvos
- Geriáter és más szakorvosok
- Pszichológus
- Gondozók
- Szociális munkások
- Mentálhigiénés munkatársak
- Foglalkozásterapeuták
- Család
- BETEG
- Konyhai dolgozók, kertész….



3.3.2. A SZOCIÁLIS ÉS TERÁPIÁS MUNKATÁRSAK SZEREPE A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLY ÁLLAPOTÁNAK SZINTEN TARTÁSÁBAN (FOGLALKOZÁS-SZERVEZÉS). A SZOCIÁLIS ÉS TERÁPIÁS MUNKATÁRS ÉS AZ ÁPOLÁST-GONDOZÁST VÉGZŐK KÖZÖTTI FOLYAMATOS EGYÜTTMŰKÖDÉS, KOMMUNIKÁCIÓ, SZAKMAI EGYEZTETÉS, KONZULTÁCIÓ.

- A terápiás célú foglalkoztatásban ajánlott, hogy mind az ápoló személyzet, mind a mentalhigiénés csoport tagjai részt vegyenek.
- Mivel az ellátottak többnyire a betegség különböző stádiumában vannak, így a foglalkoztatást is különböző csoportokban vezethetjük, pl.: még a betegség kezdeti stádiumában lévőknél a kognitív funkciók és szociális készségek terén enyhe károsodás észlelhető. Számukra gyakrabban iktathatunk be szervezett foglalkozásokat.
- Azonban a betegség előrehaladottabb szakaszában lévő, de még mobilizálható ellátottak terhelhetőségük függvényében köthetjük le.
- Fontos szempont, hogy igyekezzünk rugalmasan alkalmazkodni egészségi állapotukhoz. Sem a gyakoriságot, sem az időtartamot nem szabad szigorú keretek közé tennünk. Az állandóság, a napirend egy megszokott rendben történjen, a demens beteget aktuális állapotának megfelelően próbáljuk meg bevonni a fejlesztő foglalkozásokba. Semmiképpen sem erőltethetjük, mert ezzel megzavarhatjuk, és agressziót válthatunk ki a betegből.

FOGLALKOZTATÁS

- A terápiás célú foglalkoztatás.
- Pszichokognitív stimuláció
- Múltidézés
- Viselkedésorientált terápia
- Érzékszervi stimuláció
- Mozgásos aktivitás fokozása
- Feladatpéldák az egyes kognitív funkciók edzésére

FELADATPÉLDÁK AZ EGYES KOGNITÍV FUNKCIÓK EDZÉSÉRE

memóriazavar	dátum gyakorlása, napszakok, időszakok, ünnepek felsorolása, szokások gyűjtése, időjárás figyelése, irányok tanulása, saját testrészek azonosítása, családtagok leírása
nyelvi kifejezés zavara	egyszerű mondókák, gyerekversek felidézése, közös ismétlése, mesehallgatás és feldolgozás, szinonímák keresése egyszerű szavaknál, éneklés
mozgásos cselekvés zavara	egyszerűbb hajtogatás, gyurmázás, építés, mindennapi cselekvések gyakorlása, színezés, egyszerű mozgások végrehajtása hallás után, torna
tárgy, szimbólum felismerés zavara	számok, betűk felismerése, képleírás, házi állatok, virágok növények tanulása, felismerése, ízek, szagok felismerése
tervezés, szervezés, sorrendiség, absztrakció zavara	egyszerű puzzle, fotó összerakása, számolás segítséggel, nagyságrendbe rakni a pálcákat, óra tanulása (játékkal), rajzolása, megadott ábra lerajzolása, sor folytatása, színek szerinti csoportosítás, pénzváltás, labirintusból kitalálni

3. 4. Mentális funkciók fejlesztése és szinten tartó technikák

A FOGLALKOZÁSOK CÉLJA

- **Tevékeny élet –** kapcsolódik a hétköznapokhoz
- **Strukturálja a napot –** az étkezések, fekvés, kelés helyett
- **Kapaszkodót nyújt elveszett állapotban –** pozitív érzésekkel tölti el a gondozottakat a tevékeny élet
- **Képességek megőrzését** segíti **„természetes" keretek** között
- **Közösségbe integrál**
- **Segít kapcsolatot teremteni**
- A demenciával élő személy **megismerésének** legjobb színtere

A JÓ FOGLALKOZÁS

- Stimulálja az érzékszerveket
- Megmozgatja az elmét
- Emberi méltóságban megerősít
- Testet edzésben tartja (rendszeresen mehessenek szabad levegőre)
- Kreativitást serkenti (lehetőséget ad a visszaemlékezésre)
- Segít (pozitív módon) az érzelmeket kifejezni (az érintés fontossága). Feloldja a félelmeket.
- Nem frusztrál, hanem sikerélményt, örömet ad (önbecsülést erősíti, biztonságot, szeretet ad, nem hasonlít össze senkivel, egyenrangú kapcsolatot biztosít, ítéletmentes)
- A megmaradt képességekre épít reális elvárásokkal (értelmes tevékenységekkel foglalkozhassanak)

- Minden interakció foglalkoztatás (pl. fürdetés, öltözködés, séta stb.)
- Minden dolgozó egyben foglalkoztató is
- A foglalkozásban résztvevők **felnőttek** és **nem gyerekek**
- **Egyénre szabott** (életútra épül, melyből ismerjük vallási és kulturális tradíciójukat)
- **Rugalmas**
- A **most**, a **pillanat** fontos

FOGLALKOZTATÁS: STRUKTURÁLJA A NAPOT

- Minden nap, ugyanabban az időben aktív tevékenykedés. → a foglalkozások helyét, idejét pontosan meg kell tervezni
- Hely: jó megvilágítás, élénk színek, nyugodt légkör, zajmentes, kényelmes, mozgásukban korlátozottaknak is jó bútorzat
- Idő: mindig ugyanabban az időben legyen, mert ez stabilitást ad a demenciában szenvedőknek.

KÖZÖSSÉGBE KAPCSOL

- A közösségben tevékenykedés jobb, mint az egyéni.
- Jó csoportot szervezni számukra, még ha különböző aktivitásokban vannak, akkor is.
- Fontos körben ülni, hogy mindenki lásson mindenkit. Optimálisan 10-12 személy foglalkoztatása tud jól működni, hogy a foglalkoztatás szervezőnek mindenkire legyen figyelme.

MINDENNAPI TEVÉKENYKEDÉSEK

- olyan tevékenységeket tervezzünk, amelyet a demenciában szenvedő még betegsége előtt szívesen csinált. Ha szerette a kertet: virágültetés, csokor készítés …, ha szerette a konyhai munkát: tésztagyúrás, babválogatás, szalvéta hajtogatás …, ha szeretett kézimunkázni: fonal gombolyítás, gyöngyfűzés …, ha szeretett takarítani: portörlés, söprés …, ha szeretett mosni: tisztaruha válogatás, zokni párosítás … stb.
- manuális munka, amelyhez a kognitív képességek (gondolkodás, emlékezés, számolás, írás, olvasás …) megfogyatkozása nem jelent nagy hátrányt. Az ilyen foglalkozásokat jó délelőtt tartani, amikor általában mindnyájan dolgozunk, a demenciában szenvedők is „dolgoznak”.
- Délutánra javasoljuk a zenehallgatást, aroma terápiát, festés stb, amelyek az érzékszerveket stimulálják (ízlelés, látás, hallás, szaglás, érintés). Ugyanis a szellemi leépüléssel nem jár együtt az érzékszervek leépülése, aki nem tud beszélni, az még attól élvezheti a szép színeket, képeket, az illatokat (virág, föld, fűszerek, kávé ….), a madárcsicsergést ….

POZITÍV ÉRZÉSEKET NYÚJT

- olyan legyen a foglalkozás, amire nem mondja azt a demenciában szenvedő, hogy ő ezt nem tudja megcsinálni
- olyan se legyen, ami iskolás vagy netán óvodás tevékenység lenne. Ők nem gyerekek.
- Jó, ha az alkotásokat kitesszük faliújságra, falra, mindenkinek megmutatjuk, legyünk büszkék a demenciában szenvedők az alkotásaikra, még ha nem is művészi az.

MINDENKIT MÁS KÖT LE

- mindenkit jól meg kell ismerni, életútját, kultúráját, családi kötelékeit …, hogy tudjuk, milyen foglalkozás az, amit szeret, ami leköti. Nem baj, ha ismétlődőek a foglalkozások, érdemes azzal foglalkozni, ami már bevált. Azonban mindig mérjük fel, hogy a résztvevők mennyire tudtak belemerülni a tevékenységbe.
- egy-egy foglakozás ne legyen hosszú (45 perc-1 óra). A demenciában szenvedők odafigyelő képessége rövid.

TESTET EDZÉSBEN TARTJA

- séták, rövid tornák, láb- és kartorna
- szükségük van arra, hogy rendszeresen mehessenek szabad levegőre.

Önkéntes és szórakoztató

- Senkit nem kényszerítünk a foglalkozásra. Bármikor elmehet, és abbahagyhatja a tevékenykedést.
- Ha azonban őt szórakoztatja a foglalkozás, nem fog elmenni.

4. nap

4.1. A Legjobb Barát Modell (LBM)

(Virginia Bell & David Troxel)

LEGJOBB BARÁT MODELL



- Nemcsak ész, hanem szív munka
- Legjobb Barát fontosabbnak tartja a jelenlétet a felügyeletnél
- A hangsúly nem azon van, amit tesz, hanem ahogyan azt teszi
- Nem mindegy, hogy ki cselekszik: a segítő (és a segített ezt elviseli) vagy együtt tesznek dolgokat
- Nem mindegy, hogy beszélget vele vagy beszél róla a jelenlétében
- Nem mindegy milyen a segítő és segített kapcsolata (alá-fölé rendelt vagy baráti)
- Nem mindegy, hogyan kommunikál, és mit kommunikál
- Nem mindegy, hogyan áll a feladatához

best friends™
…for the best care!



MI A LBM?

a) **Szemlélet:**
Nemcsak az a fontos, mit teszel, hanem az is, ahogyan teszed, ahogy jelen vagy
Az ellátott nem tárgy, hanem személy, akivel kapcsolatba lépsz (mint „legjobb barát”)
Felfedezed benne az embert, akiben ott él a múltja, a családja, a barátai.....
Meglátod benne a jót (megmaradt képességekre épülő gondoskodás).

b) **Attitűd:** empátia, jó kommunikáció

c) **Csoportmunka:** egymást kiegészítjük

BARÁTSÁG

A barátok:

- ✓ismerik egymás történetét és személyiségét,
- ✓vannak közös dolgaik,
- ✓beszélgetnek egymással,
- ✓egymást erősítik,
- ✓sokat nevetnek,
- ✓egyenlők, egyenrangúak,
- ✓erőfeszítéseket tesznek a kapcsolatért,
- ✓kimutatják egymás iránti szeretetüket….

LBM ÉPÍTŐELEMEI

- Elismeri a demenciával élők alapvető emberi jogait
- Megérti, milyen lehet demenciával élni
- Ismeri és használja az élettörténetüket
- Tudja, mit mondjon, amikor a kommunikáció nem megy
- Találékony nehéz helyzetekben
- Baráti nyelvezetet használ
- Értelmes aktivitások

→ gyógyító, terápiás környezet

EMPÁTIA

1) Empátia bizalmat épít, aggodalmakat csökkent, emberi méltóságot helyreállít
2) Fontos ott lenni, ahol a demenciával élő van
3) Az érzésekre figyelni kell
   - Negatív
   - Pozitív
4) Furcsa viselkedése az ő világában nem furcsa
5) Érzései, viselkedése megváltozik (+), ha szükségleteit kielégítjük

MILYEN A JÓ ÁPOLÓ-GONDOZÓ?

best friends™
…for the best care!

STRAMM+

STRAMM+

Szeret idősekkel dolgozni

Természetes, nem játssza meg magát

Rugalmas, képes változtatni dolgokon, ha kell

Oda**A**dó, odafigyelő: egészen jelen van

Megértő: vajon mit érezhet a beteg itt és most?

Megbízható: lehet rá számítani

+ - Pozitív gondolkodású: pozitívan gondolkodik önmagáról, a munkájáról és a gondozottakról

HOGYAN KOMMUNIKÁL A LEGJOBB BARÁT?

- **A kommunikáció** eszköz, amely embert emberrel összeköt.
- Alapja az érzelmi, a fizikai, az intellektuális, a spirituális jólétünknek. Az életünk minden szakaszában fontos.
- A kommunikáció során a non-verbális üzenetek (gesztusok, arckifejezés, **tekintet, érintés**, hangszín) erősebbek a szavaknál.
- Életünk végén különösen is függünk másoktól, segítségre szorulunk, ugyanakkor képességeink megfogyatkoznak (látás, hallás …), ezért alacsonyabb szintű (az érzékszerveink közül elsőnek fejlődik ki, és életünk során a legtovább megmarad) kommunikációra kell támaszkodjanak, ez pedig **az érintés**.

REÁLIS ELVÁRÁSOK

- Ha túl keveset várunk el – azt kapjuk, amit várunk
- Ha túl sokat várunk el – frusztráció mind a beteg mind gondozó részéről
- Nem könnyű a megmaradt képességeket felfedezni!

Mindig meg kellene adnunk a lehetőséget, hogy a mondatot befejezze, ő maga öltözzön, maga után takarítson. Ha nem, akkor az emberi méltóságától fosztjuk meg, és hozzájárulunk a hanyatlásához.

4.2. AZ ALZHEIMER BETEGEK ÉS MÁS DEMENCIÁBAN SZENVEDŐK JOGAI

1. Joguk van megismerni diagnózisukat.
2. Joguk van a megfelelő és folyamatos orvosi ellátáshoz.
3. Fontos, hogy felnőttnek tekintsék és ne gyereknek.
4. Olyan emberek vegyék körül, akik ismerik őket, ismerik életútjukat, beleértve vallási és kulturális tradíciójukat.
5. Szükségük van értelmes elfoglaltságokra a napok hosszú során.
6. Biztonságos, stimuláló környezetben élhessenek.
7. Rendszeresen mehessenek szabad levegőre.
8. Ha lehetséges, pszichotróp gyógyszerekkel ne kezeljék őket.
9. Szükségük van fizikai kontaktusra (kézfogás, érintés fontossága)
10. Kiállhassanak önmagukért és másokért.
11. Közösség (helyi, családi és nagyobb közösség) tagjai lehessenek
12. Olyanok gondozzák őket, akik demencia ellátás területén képzettek

4. nap

4.3. Viselkedésváltozások

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

ÉRZÉKSZERVEINK

1. *Látás*
2. *Hallás*
3. *Ízlelés és szaglás*
4. *Érintés*

KÖRNYEZET

- Fizikai környezet

  biztonságos, strukturált, kiszámítható, érzékszerveket stimuláló (de a stressz-küszöb alatt)

- Érzelmi környezet

  Családias szellem

  Stabilitás, nyugodt légkör, türelem

LÁTÁS

- Időskori változások
- Demenciával élők látása

- Mit segíthet a környezet?
  - Kombinált megvilágítás
  - A megvilágítás mértéke
  - A helyiségek/tárgyak megvilágítása legyen egyértelmű és egyenletes
  - Kerülendő a vakító fény

- Mit tehetünk mi, segítők?

HALLÁS

- Időskori változások
- Demenciával élők megértési zavarai

- Mit segíthet a környezet?
  - Háttérzaj kiszűrése
  - Kemény felületek lágyítása

- Mit tehetünk mi, segítők?

ÍZLELÉS ÉS SZAGLÁS

- Ízlelés és szaglás tovább megmarad
- Idős korral járó változások
- Demenciával élők étkezési problémái

- Mit segíthet a környezet?
  - Csökkentsük a kellemetlen szagokat
  - Teremtsünk jó illatokat

- Mit tehetünk mi, segítők?

ÉRINTÉS

- Érintés érzékelése csökken idős korban
- A bőr érzékenyebb

- Mit segíthet a környezet?
  - Szövetanyagok alkalmazása
  - Kerüljük a horzsolást okozó anyagból készült tárgyak használatát
  - Hőmérséklet megfelelő szabályozása

- Mit tehetünk mi, segítők?

A KÖRNYEZET ÉS A MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGEK

- ha nehéz a tájékozódás …
- ha és bizonytalan a mozgás …
- ha a WC használata megnehezül …
- ha az étkezés nem megy úgy, mint régen…
- ha problémák vannak az öltözködéssel …
- ha elkerülnénk a fürdést …

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

VISELKEDÉS VÁLTOZÁSOK

A ZAVARTSÁG ÉS AZ IZGATOTTSÁG CSÖKKENTHETŐ, HA A KÖRNYEZET ÉS A NAPI RUTIN ÁLLANDÓ

VISELKEDÉS VÁLTOZÁSOK

- bolyongás
- el akarja hagyni az otthont
- kutatás és begyűjtési kényszeresség
- erőszakos viselkedés (agresszió, agitáltság, nem engedi, hogy ellássák)
  - o fizikai és verbális (válaszul valamire)
  - o agresszivitás ok nélküli, lehet fizikai és verbális is, (RITKA)
- társadalmilag elfogadhatatlan viselkedések

BOLYONGÁS

- Mi az oka?
  - Biztonság utáni vágy
  - Védekező mechanizmus
  - Munkába járás, munkavégzés miatt
  - Memória romlás miatt: térben, időben nem tud tájékozódni
  - Unalom
- Mit tehetünk?
  - Hagyjuk tovább bolyongani
  - Aktivitást igénylő foglalkozások szervezése
- Mit tehet a környezet?
  - Székek elrendezése, tájékozódás segítése, hintaszék, biztonságos sétakert …

MIÉRT AKAR A DEMENCIÁVAL ÉLŐ ELMENNI?

- Szabadba vágyik, unatkozik, haza akar menni, munkába akar menni?
- Mit tehet a környezet?
  - Csökkentsük a bezártság érzetét
  - Csökkentsük a zajokat, legyenek csendes szigetek az intézményen belül
  - Ajtó, kilincs problematikája

BEGYŰJTÉSI KÉNYSZERESSÉG

- Mi az oka?
- Mit tehet a környezet?
  - Legyenek helyek a pakolásra, strukturálatlan tevékenykedésekre
  - Legyen valami fölött kontrollja
  - Munkahely-szerű foglalkozások lehetősége

AGRESSZIÓ

- Mi az oka? (fiziológiai, érzelmi és környezeti okok)
- Mit tehetünk?
  - Rutin, stabilitás
  - Pozitív hozzáállás
  - A gondozottakat a s stressz tűrőképességük alatt tartsuk

TÁRSADALMILAG ELFOGADHATATLAN VISELKEDÉS

- kiabál, zavaró hangokat ad ki (30%-a lakóknak)
- Mi az oka?
  - negatív érzéseket fejez ki: fájdalmat, magányt,
  - másoktól veszi át (lakótól v. gondozótól!!!)
  - valamitől szenved v. valamire szüksége van
- szexuálisan kihívó, nem megfelelő viselkedés
  - személyes odafigyelésre vágyik
  - ítélőképesség megromlása

VISELKEDÉS, MINT KOMMUNIKÁCIÓ

- Viselkedés – nonverbális kommunikáció
- Viselkedés – érzések kifejezése

TÁMOGATÓ HOZZÁÁLLÁS (KITWOOD) 1.

Komfort - biztonság -megnyugtatás

- Őszinte szeretettel törődök a lakóval, érdekel a lakó ➔ **Melegség**
- biztonságot, vigaszt nyújtok ➔ **Biztonság**
- segítek oldott hangulatot teremteni ➔ **Lazább lépték**

Identitás – önazonosság

- A társadalom értékes tagjának tekintem, elismerem a korát, a tapasztalatait ➔ **Tisztelet**
- Elfogadom olyannak, amilyen, kapcsolatunk kölcsönös ➔ **Elfogadás**
- Elismerem, támogatom, örülök annak, amit tud ➔ **Dicséret**

Kapcsolat-kötődés (fontos vagyok valakinek)

- Elismerem, elfogadom mint egyszeri, egyedi, megismételhetetlen személyt ➔ **Elismerés**
- Őszinte, nyitott a kapcsolatunk tekintettel a szükségleteire, érzéseire ➔ **Őszinteség**
- Elismerem, támogatom az ő valóságát, érzékenyen figyelek az érzéseire, érzelmeire ➔ **Komolyan vesszük**

TÁMOGATÓ HOZZÁÁLLÁS (KITWOOD) 2.

Elfoglaltság

- Segítem képességei, készségei felfedezésében, gyakorlásában ➔ **Megerősítés**
- A kért segítséget felmérem és ha lehet megadom ➔ **Támogatás**
- Felismerem és bátorítom tevékenykedéseit az ő szintjén és világában ➔ **Bátorítás**
- Egyenrangú partnernek tekintem mindabban, ami vele történik ➔ **Együttműködés**

Befogadás

- Nyitott, ítéletmentes kapcsolat, elismerve egyszeriségét, megismételhetetlenségét ➔ **Megismerés**
- Úgy viselkedek, hogy fizikailag és pszichológiailag is érezze magát befogadottnak ➔ **Befogadás**
- Olyan helyzeteket teremtek, hogy érezze idetartozik, tekintet nélkül képességeire és fogyatékosságaira ➔ **Tartozni valahová**
- Szabad, kreatív élet elérését segítem humorral, vidámsággal ➔ **Humor**

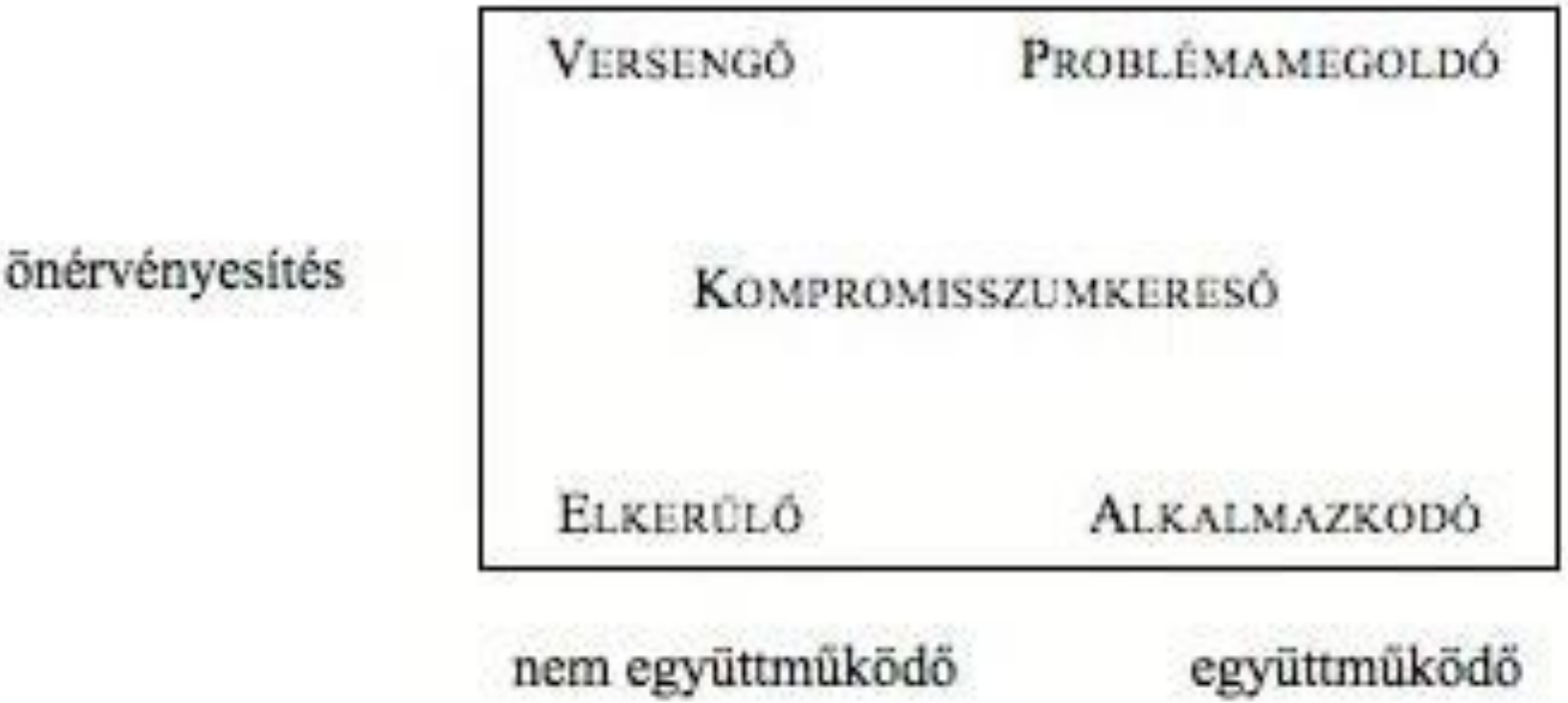

Komfort: Vigasz, megnyugtatás
Kapcsolat, ragaszkodás
Identitás: Önazonosság
SZERETET
Befogadás
Elfoglaltság

4.4. Kihívások a gondozás mindennapi gyakorlatában

KONFLIKTUSOK, KONFLIKTUSKEZELÉSI TECHNIKÁK

- Egyének v csoportok közötti olyan ütközés, amely mögött igények, szükségletek, szándékok, vágyak, érdekek, értékek, … állnak szemben.
- Ha jól kezeljük, növekszünk: feldolgozott konfliktusok segítik a munkavégzést, korábban nem ismert megoldások születnek, javítja a közösségi szellemet, nő az egymás iránti bizalom

KONFLIKTUSKEZELÉS 5 MÓDJA



1) Versengő (nagy önérvényesítés – kis együttműködés)
2) Alkalmazkodó (kis önérvényesítés – nagy együttműködés)
3) Elkerülő (kis önérvényesítés – kis együttműködés)
4) Problémamegoldó (nagy önérvényesítés – nagy együttműködés)
5) Kompromisszumkereső (önérvényesítés – együttműködés megfelelő kombinációja)

KONFLIKTUSKEZELÉSEK

- Munkatársak között
- Demenciával élő személyek között
- Demenciával élő személyek és segítő munkatársak között
  - viselkedésváltozások kezelése nem klasszikus konfliktuskezelés, hanem mindennapi gyakorlat
- Hozzátartozókkal

INTERPROFESSZIONÁLIS SZEMLÉLET

- Egyedül nem megy!
- Az idősgondozásban érintett szakterületek képviselői egy közös cél érdekében tevékenykednek szakmai féltékenykedés nélkül
- Biztos szaktudással rendelkeznek és ismerik a határaikat a szakterületükön belül
- Ugyanakkor tudják, milyen más szakmák képviselőire van szükség
- Ma még nem gyakori az idősellátásban
- Rendszeres konzultációra van idő!
- A hozzátartozók is „szakemberek”!

EGYÜTTMŰKÖDÉS TÁRSSZAKMÁKKAL

- háziorvos
- geriáter
- pszichiáter
- szakorvosok
- pszichológus
- nővérek
- gondozók
- szociális munkás
- gyógytornász
- foglalkoztató
- élelmezéssel foglalkozó szakemberek, konyhai dolgozók
- a környezetet biztosító szakemberek, takarítók

- Együttműködés a hozzátartozókkal

- Minden szakterület fontos, egymást kiegészítik!

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

5. NAP: ÉLETVÉGI KÉRDÉSEK ÉS A KAPCSOLATOK LEZÁRÁSA

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

Életvégi kérdések és a kapcsolatok lezárása

VESZTESÉGPSZICHOLÓGIAI ISMERETEK

A VESZTESÉG FOGADÁSÁNAK, ILLETVE MEGÉLÉSÉNEK FÁZISAI ELISABETH KÜBLER-ROSS NYOMÁN

- Elisabeth Kübler-Ross:
  - Svájci származású amerikai orvos
  - Elméletét gyakorlati tapasztalatai alapján alkotta meg



A VESZTESÉGMEGÉLÉS FOLYAMATA

- A veszteség fogadásának fázisai
  - Tagadás
  - Düh
  - Alku
  - Depresszió
  - Belenyugvás
- A fázisok értelmezéséhez hozzá tartozik, hogy
  - Időtartamuk, intenzitásuk egyénenként különböző
  - Adott fázis „elhagyása” nem zárja ki az ismételt előfordulást, visszaesés lehetséges

A TAGADÁS

- Ebben a fázisban az elhárításnak megfelelő viselkedésmódok jellemzik az embert
- A tagadás egyúttal menekülés a veszteség miatt megélt fájdalom elől



A DÜH

- A valósággal való szembenézés miatt kitörő érzelem
- Leggyakoribb kérdése a „MIÉRT?”
- A düh (agresszió) bizonyíték arra, hogy „(MÉG) ÉLEK”, akkor is, ha veszteség a vége



AZ ALKU

- A veszteség belátása, de az élet kívánása
- Az elrendezettség vágya és beteljesíteni akarása



A DERPRESSZIÓ

- Rég elmúlt veszteségek gyászolása
- A veszteség okozta állapot megélése (a halál „kipróbálása”)
- Hallgatásba burkolózás



A BELENYUGVÁS



- Az élet végességének elfogadása, belesimulás az élet részeként elfogadott halálba
- Belenyugvás ≠ beletörődés

A VESZTESÉGMEGÉLÉS FÁZISAINAK MEGJELENÉSE DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYEK ESETÉN

Az emberi életünkhöz való viszonyunk
az identitásunkban fejeződik ki

A veszteségmegélés összefügg
az identitással, annak megélésével,

**A személyes élet nem pusztán tudatos szinten
megélt és átélt valóság**

A halál elfogadása a tudattalanban
épp úgy kérdés és feladat, mint a tudatban

A VESZTESÉGMEGÉLÉS FÁZISAINAK MEGJELENÉSE A DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLYT KÍSÉRŐK KÖRÉBEN

- A veszteségmegélés fázisait minden ember megéli, akire egy történés, veszteségmegélés várakozásaként hat
- a demenciában élő személlyel kapcsolatban álló szereplők egy adott időpontban vagy időszakban
  - Más-más fázisban vannak
  - Más-más megélési intenzitással

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

Életvégi kérdések és a kapcsolatok lezárása

A HOSPICE-PALLIATÍV ELLÁTÁS ALAPJAI

A PALLIATÍV ELLÁTÁS (WHO)

Olyan megközelítés, amely **javítja** az életet fenyegető, illetve az azt megrövidítő betegséggel kapcsolatos problémával küzdő **betegek és családjaik életminőségét** a szenvedés megelőzésével és enyhítésével, a fájdalom és egyéb – testi, pszichoszociális, spirituálsi - problémák felmérése, értékelése és kezelése révén.

A PALLIATÍV ELLÁTÁS CÉLJAI, ILLETVE ELEMEI (WHO)

- csillapítja a fájdalmat és az egyéb kínzó tüneteket;
- az életet tiszteli, a halált természetes folyamatnak tartja;
- nem tesz semmit a halál megrövidítése és meghosszabbítása érdekében;
- integrálja a betegellátásba a pszichológiai és spirituális tényezőket;
- támogató rendszert kínál, hogy a beteg a lehető legaktívabban élhessen a halálig;
- támogató rendszert kínál a család számára a betegség ideje alatt és a gyász időszakában;

A PALLIATÍV ELLÁTÁS CÉLJAI, ILLETVE ELEMEI (WHO)

- team-munkát alkalmaz, amely a beteg és családja szükségleteire irányul, beleértve a gyász-tanácsadást, ha az javasolt; xkiemeli az életminőséget, és ugyanakkor pozitívan viszonyul a betegség folyamatához;
- alkalmazható a betegség korai stádiumában, az életet meghosszabbító terápiákkal – mint a kemoterápia és radioterápia – együtt, és magában foglalja azokat a szükséges vizsgálatokat is, amelyek szükségesek a kínzó klinikai komplikációk jobb megértéséhez és kezeléséhez.

A HOSPICE-PALLIATÍV ELLÁTÁS SZERVEZETI FORMÁI

- A hospice-palliatív ellátás során a szemléleti alap tekinthető a legjelentősebb felételnek
- A hospice-palliatív ellátás a fizikai helyszín vagy az ellátás jellege alapján számos formában megvalósulhat
  - Hospice ház,
  - Palliatív osztály, kórházi konzultatív csoport, nappali kórház, ambuláns gondozás
  - Otthoni betegellátás

INTERDISZCIPLINARITÁS ÉS INTERPROFESSZIONALITÁS

- Interdiszciplináris együttműködés: több **tudományág**, szakterület bevonásával megvalósuló tevékenység
- Interprofesszionális együttműködés: két vagy több, különböző foglalkozási ághoz tartozó **szakma** képviselőinek időleges vagy hosszabb távú vállalkozása, kommunikációja és együttműködése, …

INTERPROFESSZIONALITÁS A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN

- Orvostudományon belül a geriáterek, a neurológusok, a pszichiáterek stb. együttműködése
- Szociális munkások, mentálhigiénés szakemberek, pszichológusok, lelkészek stb. együttműködése
- A demencia nem pusztán idősügyi probléma! ⇨ a geriátrián kívül más korcsoport ok sajátosságának figyelembe vétele is indokolt

SPECIÁLIS SZAKTUDÁS A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN

- A speciális szaktudás
  - Valamennyi közreműködő részéről szükséges
  - Különbözik a krónikus ápolási és szociális gondozástól
  - Betegellátási vonatkozásokon túl személykísérési, etikai vonatkozása is van
- A speciális jelleg szükséglete, hogy a palliatív ellátás során nagy kihívást jelent a testi-lelki szenvedés enyhítése, a folyamat kísérése.

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

Életvégi kérdések és a kapcsolatok lezárása

HALDOKLÓ, DEMENCIÁVAL ÉLŐ SZEMÉLY JOGAI ÉS PSZICHÉS TÁMOGATÁSA

ALAPVETŐ EMBERI JOGOK

- Az emberi jogok azok a jogok és szabadságjogok, amelyek minden embert születésüktől fogva egyenlően megilletnek. Például:
  - jog az élethez, szabadsághoz és biztonsághoz,
  - jog a művelődéshez,
  - jog a kulturális életben való részvételhez,
  - jog a magántulajdonhoz,
  - jog a védelemre a kínzás, a kegyetlen, embertelen bánásmód és büntetés elől,
  - jog a gondolat, lelkiismeret és vallás szabadságára,
  - jog a véleményre és kifejezésének szabadságára.

A „SZOCIÁLIS TÖRVÉNY” ÁLTAL KIEMELT JOGOK (1993. ÉVI III. TÖRVÉNY)

- Jog az élethez
- Jog az emberi méltósághoz
- Jog a testi épséghez
- Jog a testi-lelki egészséghez

AZ „EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY” ÁLTAL KIEMELT JOGOK (1997. ÉVI CLIV TÖRVÉNY)

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog
- Az emberi méltósághoz való jog
- A kapcsolattartás joga
- Az intézmény elhagyásának joga
- A tájékoztatáshoz való jog
- Az önrendelkezéshez való jog
- Az ellátás visszautasításának joga
- Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

BETEGJOGOK GYÓGYÍTHATATLAN, SÚLYOS ÁLLAPOTBAN LEVŐ BETEG, ILLETVE HALDOKLÓ ESETÉN

- A demenciávaél élő személyeket közvetlenül jellemzi az autonómiájuk elvesztése ⇨ sebezhetőbbé teszi őket az erőszakkal és a rossz bánásmóddal szemben
- A szellemi leépülés következtében gyakran nem tudatosulnak bennük jogaik

BETEGJOGOK GYÓGYÍTHATATLAN, SÚLYOS ÁLLAPOTBAN LEVŐ BETEG, ILLETVE HALDOKLÓ ESETÉN

- Az alapvető emberi jogok érvényre juttatása mellett kiemelten kell kezelni azokat a jogokat, amelyek a gyógyíthatatlan, súlyos állapotban levő betegek, haldoklók esetében fokozottan jelentkezhetnek
- Élesen fókuszba kerül az élet elengedésének és elrendezettségének dilemmája, szemben állva a terápiás szükségletekkel

GYÓGYÍTHATATLAN, SÚLYOS ÁLLAPOTBAN LEVŐ BETEG, ILLETVE HALDOKLÓ JOGAIVAL KÜLÖNÖSEN KAPCSOLATBAN ÁLLÓ BETEGJOGOK (EÜTV.)

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog – a fájdalom csillapításának joga
- A kapcsolattartás joga
- A tájékoztatáshoz való jog
- Az önrendelkezéshez való jog
- Az ellátás visszautasításának joga

AZ ÉLETVÉGI ELLÁTÁS TERVEZÉSE

- Sokszor halogatjuk, jelen kultúránknak hiányos eleme az ezzel való foglalatosság
- Sok esetben pusztán a személyes vagyon átadására, az örökségre, a végrendelet megírására vagy a temetéssel kapcsolatos kérésekre, igényekre szorítkozik

AZ ÉLETVÉGI ELLÁTÁS TERVEZÉSE

- Az élet elengedéséhez apróságnak, részletkérdésnek tűnő átgondolás is hozzá tartozik. Például:
  - utolsó idők egészségügyi ellátása
  - a halálhoz való viszony alakulása
  - a pénzügyi gondoskodás
  - kiskorú gyermekek gyámsága
  - spiritualitás
  - digitálisan nyomok, emlékek elrendezése

AZ ÉLETVÉGI ELLÁTÁS ELŐRE TERVEZÉSE

Az egyén saját életének végére vonatkozó döntési folyamat, amelynek célja, hogy segítse a betegeket döntést hozni a kezeléseikkel kapcsolatban, és amely a döntéshozatali képesség elveszítésekor lép érvénybe.

AZ ÉLET ELENGEDÉSÉNEK TÁMOGATÁSA

- Két dologgal kell tisztában lennünk.
  - Az élettel, ami elengedésre kerül
  - A halállal, ami miatt elengedésre kerül az élet.
- A két dologgal három szinten kell tisztában lennünk:
  - Mit tudhatunk az életről és a halálról?
  - Mit gondolunk a személyes életünkről és halálunkról?
  - Mit gondol az életét elvesztő ember a saját életéről és haláláról?

A KÍSÉRÉS SPIRITUALITÁSA

- A segítő spirituális vonatkozásban jellemzően a saját spiritualitására támaszkodik ⇨ ez természetes, de ebben az esetben…
- A segítő minden spirituális törekvése a saját megoldását jelenti és nem annak az emberét, aki az élete elengedésére készül.
- Alapelv: **minden embernek joga van a saját halálát halnia**

MINTACÍM SZERKESZTÉSE

Életvégi kérdések és a kapcsolatok lezárása

SEGÍTŐ KAPCSOLAT A CSALÁDTAGOK FELÉ

A TÁMOGATÓ SZAKEMBER LEHETŐSÉGEI AZ ERŐFORRÁSOK MOBILIZÁLÁSÁBAN

- Mindennek az alapja a támogató szakember és a rászoruló családtag, hozzátartozó stb. közötti **személyes kapcsolat**
- A kapcsolat kialítása kötődést eredményezhet, amely a későbbiekben a segítő munkát megterhelheti
- Erőforráshiány esetén további szakmai szereplők bevonása is indokolttá válhat

„GONDOZÓI KARRIER”

Krónikus beteg ellátása válik szükségessé

Valamely családtagra hárul a gondozói szerep

A szerep és a szerepkapcsolatok karakterizálódnak, meghatározóvá válnak

A családi, rokoni identitás átfordul gondozói identitásba

SARAH QUALLS ÉS ASHLEY WILLIAMS CSALÁDKONZULTÁCIÓS MODELLJÉNEK FŐ IRÁNYAI

- a gondozó családon belüli szerepviszonyok kiegyenlítése
- a gondozáshoz kapcsolódó feszültségek, konfliktusok feldolgozása
- a gondozó családtagok pszichés terhelődésének csökkentése
- a gondozó családtagok fizikális és mentális egészségük megőrzésének segítése

A HOZZÁTARTOZÓI TÁMOGATÓ CSOPORT

- Lehetőséget nyújt
  - a gondozási tapasztalatok megosztására
  - a nehézségek lehetséges kezelésének átgondolására
- Érzelmi támaszt jelent
- Hozzájárulhat a remény fenntartásához a sikeres megküzdés példáin keresztül.
- Megmutatja a problémák univerzalitását („nem vagyok egyedül”)
- Tanulási folyamatot kínál a közösségi erőforrások elérésére és felhasználására

A PRIMER GONDOZÓ CSALÁDTAG „ÖNGONDOSKODÁSÁNAK” TÁMOGATÁSA

- A primer gondozó családtag támogatásánál fokozottan biztosítani kell az én-hatékonyság megőrzését
- Mindezt úgy, hogy a saját szükségletek belátása mellett az általa gondozott személyre fordított energia mennyiségével és minőségével is elégedett legyen

AZ ÉN-HATÉKONYSÁG MEGŐRZÉSÉNEK TÁMOGATÁSA

- Segíteni az egyént abban, hogy képes legyen önmaga növekedését, fejlődését szolgáló célokat kitűzni és megvalósítani, vagyis:
- Rendelkezzen
  - önmagára irányuló jövőképpel és
  - a jövőkép eléréséhez szükséges viselkedésformákkal, belső erőforrásokkal
- Fontos, hogy az én-hatékonyság elérése vágyként, az egyén önmagához való hűségeként jelenjen meg

AZ OPTIMÁLIS EMBERI MŰKÖDÉST ÉS A MENTÁLIS EGÉSZSÉGET ELŐSEGÍTŐ ALAPSZÜKSÉGLETEK



Autonómia



Kompetencia



Valahova tartozás

A GONDOZÓ CSALÁDTAG TÁMOGATÁSÁNAK CÉLJAI ÖSSZESSÉGÉBEN

- Érezze, vannak választási lehetőségei, s amit tesz, azt szabad akaratából teszi (autonómia)
- Szabadon megélhesse a másokkal – nem pusztán a demenciával élő családtaggal való – törődés érzését és hogy mások is törődnek vele, megélje az összetartozás érzését, (valahova tartozás)
- Az élet mindennapi kihívásaiban és lehetőségeiben érezze eredményesnek magát, hogy képessé válhat valamire, ami korábban nem ment neki.

KONZULTÁCIÓS HÁTTÉR A CSALÁDOK TÁMOGATÁSÁBAN

- A konzultációs hátterek biztosítása során könnyen előfordulhat, hogy a támogatott személy elvész a sok háttérsegítés hálójában
- A támogatott család számára alapvető fontosságú saját körülményeinek, lehetőségeinek, fejlődési irányainak átláthatósága
- Párhuzamosan legfeljebb két-három konzultációs háttér igénybe vétele célszerű, mert a sok támogató beavatkozás kontraproduktívvá válhat

Életvégi kérdések és a kapcsolatok lezárása

A SEGÍTŐ SZAKEMBER ÉRINTETTSÉGE

A KAPCSOLAT / KÖTŐDÉS MEGJELENÉSE AZ ÁPOLÓ, GONDOZÓ FELADATELLÁTÁS SORÁN

- A betegség lassú lefutása, a találkozások visszatérő és rendszeres jellege hozzájárul a mélyebb személyes kapcsolat, kötődés kialakulásához.
- A kötődést erősíti, ha a demenciával élő személy, a primer gondozó családtag vagy bármely más „szereplő” valamilyen okból szimpatikus az ápoló, gondozó számára.
- Előfordulhat, hogy az idő előre haladtával a segítő tudatlanul is keresi a kapcsolatot.
- A segítőnek a folyamat minden szakaszában reflektálnia kell a saját bevonódására, az esetlegesen kialakuló kötődés létrejöttére, annak intenzitására, folyamatbefolyásoló szerepére.

A KÖTŐDÉS ALAPÚ SZEMÉLYES ÉRINTETTSÉGBŐL FAKADÓ FELADATOK A SEGÍTŐ RÉSZÉRŐL

- A kötődéssel együtt jár a veszteségmegélés ⇨ a veszteségmegélés folyamatát, érzelmi kilengéseit a segítőnek önszabályoznia kell
- Amennyiben a segítő képtelen saját autonómiájának fenntartására a segítő folyamatban, úgy kézenfekvő a gondozási, ápolási feladatok átruházása más segítőre
- Nem csak a segítő kapcsolat kialakítására kell gondot fordítani, hanem az elengedésére is ⇨ el kell gyászolni a véget ért segítő kapcsolatot

A SEGÍTŐK SEGÍTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

- Team munka
- Esetmegbeszélő csoport
- Esetkonferencia
- Szupervízió
- Képzés
- Szakmai műhely munka
- Célzott módszertani fejlesztés
- Szakmai tapasztalatcsere, tanulmányút
- Konferencia részvétel
- Szakmai szervezethez tartozás
- A szakmai személyiség fejlődését segítő, a kiégést megelőző és kezelő tréningek, programok

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE