

Poradnik powstał w trakcie realizacji przez Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział w Tarnowie projektu pt. Aktywni i pomocni – zawsze razem!

Aktywni i pomocni – zawsze razem!

„Projekt dofinansowany ze środków Programu Rządowego na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020”

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej
Osób Starszych na lata 2014-2020

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



Polskie Towarzystwo
Walki z Kalectwem
Oddział w Tarnowie

**POLSKIE TOWARZYSTWO WALKI Z KALECTWEM
ODDZIAŁ W TARNOWIE**

ul. Mościckiego 14

33-100 Tarnów

Tel. 014 688-90-17

konto: BGŻ S.A. o/Tarnów 15 2030 0045 1110 0000 0234 4810

KRS 0000022127



WSTĘP

Rozwój medycyny i farmakoterapii przyczynił się do wydłużenia ludzkiego życia oraz zwiększenia populacji ludzi w podeszłym wieku. Eksperti szacują, że w 2030 r. w Polsce będzie około 8.5 miliona osób po 65 roku życia. To co niepokoi, to sprawność mózgu, która wraz z wiekiem ulega osłabieniu. Jak wiemy wiek jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób otępiennych, które charakteryzują się znacznym pogorszeniem funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego człowieka. Ze statystyk wynika, że demencja o różnej etiologii występuje u 8-10% osób po 65 r.ż., a u osób po 80 r. ż. zachorowalność sięga 50%. Konsekwencją zachorowania jest zmniejszenie samodzielności, spadek samooceny, wycofanie się z życia, a w konsekwencji całkowite uzależnienie od innych.

CEL PORADNIKA

Celem poniższego opracowania jest szerzenie wiedzy o dolegliwościach wieku podeszłego. Zależy nam na jasnym przybliżeniu tematyki otępiennej, tj. jak rozróżnić fizjologiczny proces starzenia się od wczesnych objawów klinicznych otępienia, gdzie kierować się po pomoc w sytuacjach niepokojących, w jaki sposób radzić sobie z chorobą i jej

konsekwencjami, jak wpływać na zwiększanie zasobów mózgowych. Ponieważ choroby otępienne powodują pogorszenie funkcjonowania w wielu obszarach życia osoby starszej, jak i stają się kłopotem dla bliskich, niezwykle ważne jest szybkie identyfikowanie wczesnych objawów zachorowania oraz podjęcie odpowiednich działań hamujących rozwój choroby (co jest możliwe dzięki odkryciom w dziedzinie etiopatogenezy, a co za tym idzie leczeniem chorób przebiegających z otępieniem).

ZMIANY PSYCHICZNE W STARZENIU SIĘ

Wraz z wiekiem wydolność umysłowa spada, dlatego nie każde obniżenie sprawności poznawczej u osoby starszej jest oznaką otępienia. Po 50 r. ż. następuje niewielkie obniżenie sprawności sensorycznej, np. w zakresie postrzegania wzrokowego (zmniejszenie ostrości widzenia, kolorów, automatyki ruchów sakkadowych, spostrzegania głębi), wrażliwości słuchowej (najwyższe tony). W zakresie inteligencji obserwuje się obniżenie funkcji operacyjnych na materiale wzrokowo – przestrzennym, spowolnienie tempa pracy umysłowej, osłabianie zdolności przyswajania nowych informacji (tzw. pamięć epizodyczna i prospektywna). Ogólnie można stwierdzić, że taki obraz procesów percepcyjnych, psychomotorycznych i poznawczych jest charakterystyczny dla normalnego starzenia się. Należy jednak pamiętać, że spowolnienie tych funkcji nie jest równoznaczne z utratą zdolności adaptacji zachowania do sytuacji.

CZYM JEST OTĘPIENIE

DEFINICJA OTĘPIENIA WG. ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA ICD-10 (2000)

Zespół otępienny to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak:

- pamięć,
- myślenie,
- orientacja,
- rozumienie,
- liczenie,
- zdolność do uczenia się,

Zaburzeniom funkcji poznawczych mogą towarzyszyć lub je poprzedzać zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji.

Powyższe objawy nie występują w trakcie zaburzeń świadomości (choć same zaburzenia świadomości w przebiegu otępień są częste).

Najogólniej można powiedzieć, że demencja jest to nabyta, trwała, rozsiana deterioracja funkcji poznawczych, emocjonalnych i osobowościowych spowodowanych dysfunkcją mózgu.

KLASYFIKACJA OTĘPIEŃ

F00 Otępienie w chorobie Alzheimera

F01 Otępienie naczyniowe

F02 Otępienie w innych chorobach klasyfikowanych gdzie indziej

F02.0 Otępienie w chorobie Picka

F02.1 Otępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba

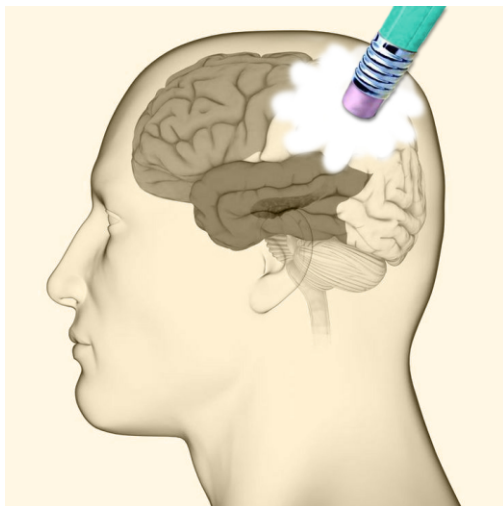
F02.2 Otępienie w chorobie Huntingtona

F02.3 Otępienie w chorobie Parkinsona

F02.4 Otępienie w chorobie wywołanej przez wirus nabytego upośledzenia odporności HIV

PRZYCZYNY OTĘPIENIA

Przyczyn otępień jest wiele. Niektóre z nich są potencjalnie odwracalne i uleczalne (np. zaburzenia metaboliczne, niedoczynność tarczycy, toksyczne, itp.). Jednak najczęstszą przyczyną choroby są nieodwracalne uszkodzenia mózgu spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi, naczyniowymi, infekcyjnymi lub urazami OUN.



OBJAWY ZABURZEŃ OTĘPIENNYCH

Do typowych objawów, pozwalających rozpocząć diagnostykę w kierunku otępień należy zaliczyć obecność zaburzeń poznawczych i zachowania, które powodują:

- niezdolność do pracy zawodowej lub do wykonywania zwykłych co-

dziennych aktywności (toaleta, ubieranie się, przygotowywanie i spożywanie posiłków);

- spadek funkcjonowania w porównaniu z poprzednim poziomem możliwości wykonywania zadań;

- zaburzenia funkcji poznawczych lub zachowania dotyczą co najmniej dwóch poniższych obszarów poznawczych:

* Zaburzenia możliwości nabywania i zapamiętywania nowych informacji - co skutkuje: ciągłym powtarzaniem pytań i rozmów, gubieniem rzeczy osobistych, zapominaniem o wydarzeniach lub spotkaniach, gubienie się na znanych trasach.

* Zaburzenia rozumienia i radzenia sobie ze złożonymi zadaniami, utrata możliwości oceny otoczenia: gorsze rozumienie możliwości wystąpienia niebezpieczeństwa, gorsze radzenie sobie z finansami, pogorszenie możliwości podejmowania decyzji, niemożność podjęcia złożonego planowania lub wieloetapowych działań, ubieranie zimowej odzieży w ciepły dzień, itp.

* Zaburzenia funkcji wzrokowo-przestrzennych, co powoduje: niemożność rozpoznawania twarzy lub powszechnie znanych rzeczy, bądź też znajdowania rzeczy w zasięgu pola widzenia pomimo dobrej ostrości wzroku.

* Zaburzenia zdolności językowych, polegające m.in. na:

- trudnościach w doborze słów, aktualizacji nazw, inicjowaniu i budowaniu dłuższych, spójnych wypowiedzi, logicznym rozwijaniu tematu (bez gubienia głównego wątku w treści i wtrącania przypadkowych, niezwiązanych z kontekstem słów lub stereotypowych określeń),

- obniżonej sprawności leksykalnej i umiejętności definiowania pojęć,

- redukcji elementów składniowych,

- ograniczeniu ilości podawanych informacji,

- utracie kontroli nad wypowiedzią,

- zubożeniu mowy spontanicznej, a także na nieprawidłowościach realizacyjnych (oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych i prozodycznych) oraz pojawiających się stopniowo deficytach w zakresie umiejętności czytania, pisanie i liczenia.

* Zaburzenia osobowości, zachowania, emocji: zmienność nastroju wyrażająca się np. stanami pobudzenia, spadkiem motywacji i inicjatywy,

apatia, utrata energii i napaędu, wycofanie społeczne, zmniejszenie zainteresowań wcześniejszymi aktywnościami, utrata empatii, zachowania kompulsywne lub obsesyjne, zachowania społecznie nieakceptowane.



NIEPOKOJĄCE OBJAWY

Najczęściej niepokojącymi objawami dla osoby starszej jak i dla jej bliskich są pierwsze skargi na zaburzenia pamięci, które mogą, ale nie muszą być objawem rozwijającej się choroby otępiennej. Nie można jednak bagatelizować objawów i należy rozpocząć diagnostykę, która da odpowiedź na pytanie czy skargi spowodowane są normalnym procesem starzenia, objawami łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI) czy też wczesnym stadium choroby otępiennej.

Co jeszcze może ulec zmianie? Co powinno nas zaniepokoić?

- w zachowaniu starszej osoby pojawia się niechęć do działania, lub zupełny brak aktywności, wykonywanie zwykłych codziennych obowiązków przychodzi jej z trudem, najchętniej pozostałaby w łóżku;
- kiedy pojawiają się skargi na uczucie niepokoju, wewnętrzne napięcie,

- uczucie pustki w środku, lęku lub brak radości z czynności, które wcześniej sprawiały przyjemność;
- kiedy pojawiają się ciągłe skargi na uczucie zmęczenia (zwłaszcza rano), trudności ze snem, zaburzenia apetytu;
 - należy reagować, kiedy starsza osoba zaczyna zachowywać się dziwnie, niezrozumiale, gdy widzi lub słyszy coś czego my nie widzimy i nie słyszymy, kiedy ma poczucie, że ktoś chce ją otruć, zna jej myśli, ktoś ją prześladuje (a nie ma to potwierdzenia w rzeczywistości);
 - kiedy pojawiają się skargi na zaburzenia pamięci, które utrudniają codzienne funkcjonowanie (zapominanie ważnych dat, wydarzeń, powtarzanie ciągle tych samych pytań, poleganie na bliskich w sprawach, w których wcześniej starsza osoba radziła sobie sama);
 - kiedy występują zaburzenia orientacji w czasie miejscu i co do własnej osoby (starsza osoba nagle nie wie gdzie jest, jaka jest pora roku, ile ma lat, jak się nazywa, itp.);
 - kiedy pojawią się zaburzenia wzrokowo - przestrzenne (kłopoty z czytaniem, rozróżnianiem kolorów, oceną odległości, gubienie się w znanych miejscach);
 - zaniepokoić może gubienie i chowanie rzeczy w dziwnych miejscach;
 - zaburzenia mowy (m.in. trudności z przypominaniem sobie słów, długie pauzy w wypowiedziach, brak kończenia zdań, dygresyjność, splątanie, silne spowolnienie, itp.);
 - zmiany w zachowaniu (zwiększona drażliwość, nerwowość, agresywność, lub wesołkowatość);
 - kiedy starsza osoba skarży się na różne objawy i dolegliwości (drżenie rąk, kołatanie serca, wzmożona potliwość, zawroty i bóle głowy, bóle brzucha, wrażenie omdlewania, itp.) a wyniki badań wykluczają obecność chorób somatycznych;
 - kiedy starsza osoba wycofała się z pracy, kontaktów towarzyskich, hobby.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY

Diagnozowanie demencji opiera się na wielu czynnikach, m. in. na rozpoznawaniu objawów choroby, wywiadzie medycznym (neurologa lub psychiatry), wywiadzie od pacjenta i kompetentnego obserwatora, wynikach testów funkcji poznawczych (wstępnie przy użyciu przesiewowych testów neuropsychologicznych, m. in. MMSE, ACE-III,

MOCA, TRZ), badaniach laboratoryjnych (np. krwi) oraz badaniu przy użyciu technik obrazowania mózgu MRI (rezonans magnetyczny) lub CT (tomografia komputerowa). Dla rozpoznania otępienia konieczne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej 6 miesięcy oraz wykluczenie innych schorzeń mogących powodować zaburzenia poznawcze, a przede wszystkim depresji i zaburzeń świadomości. Postawienie diagnozy daje szansę włączenia leczenia prokognitywnego (pobudzającego funkcje poznawcze) i powstrzymania tempa rozwoju choroby.

BADANIE NEUROPSYCHOLOGICZNE W DIAGNOSTYCE OTEPIENIA

Badanie neuropsychologiczne pozwala na obiektywne stwierdzenie występowania zaburzeń funkcji poznawczych (powinno przeprowadzić się dwa badania w odstępach kilku miesięcy dla potwierdzenia diagnozy), rozróżnienie osób zdrowych od osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (MCI) i osób z otępieniem, ocenę stopnia nasilenia zespołu otępiennego. I to co najistotniejsze, to we wczesnym etapie choroby daje możliwość oceny profilu deficytów poznawczych i różnicowania poszczególnych typów otępienia, co z kolei pozwoli na wybór odpowiedniej terapii neuropsychologicznej. Powtarzanie badania co 3-6 miesięcy umożliwi ocenę ilościową i jakościową postępujących zaburzeń poznawczych, a to pomaga w ustaleniu zaleceń odnośnie opieki jakiej wymaga pacjent w obecnym stadium choroby.

CHARAKTERYSTYKA ZESPOŁÓW OTEPIENNYCH OTEPIENIA KOROWE

***Choroba Alzheimerera (AD)** jest to pierwotna choroba zwyrodnieniowa o nieznannej etiologii.

Podstawowym objawem występującym od początku choroby są zaburzenia pamięci świeżej, pogorszenie zdolności rozumienia, wnioskowania, myślenia pojęciowego, dezorganizacja osobowości ze stępieniem wrażliwości emocjonalnej.

Początkowo u chorego mogą występować subiektywne skargi na zaburzenia pamięci, ale zapominanie miejsca położenia przedmiotów pa-

ejenci mogą przypisywać roztargnieniu. Starsze osoby mogą wycofywać się z kontaktów społecznych w celu uniknięcia kompromitacji, ponieważ wciąż zachowany jest u nich krytycyzm względem objawów. Dlatego u części osób dotkniętych chorobą rozwija się zespół depresyjny, który może maskować objawy choroby otępiennej.

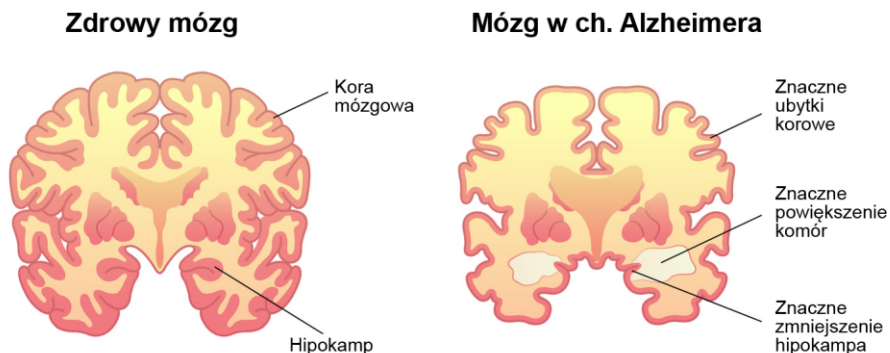
Wraz z rozwojem choroby narastają zaburzenia pamięci, aż do zatarcia śladów pamięci dawnej. W głębokim stadium choroby osoba starsza nie wie kim jest, jak się nazywa, gdzie mieszka, nie rozpoznaje członków rodziny.

U chorych występują również zaburzenia funkcji językowych, tj. w początkowym stadium występuje zjawisko tzw. „wypadania słów”. Stopniowo słownictwo chorego ubożeje, a w głębokim stadium choroby pojawiają się jedynie pojedyncze, proste słowa lub same sylaby.

W chorobie występują również zaburzenia orientacji w terenie, aż do gubienia się w znanym wcześniej otoczeniu (w głębokim stadium trudności w odnalezieniu się w topografii mieszkania).

W głębszych stadiach choroby występują urojenia. Do najczęstszych urojeń należy przekonanie, że choremu coś zagraża ze strony innych osób, a nawet ze strony samego opiekuna. W konsekwencji urojeń występują zaburzenia zachowania i nastroju o charakterze gniewu, irytacji, lęku, niepokoju.

W badaniach obrazowych występują patologiczne zmiany w obrębie



hipokampa i jądrze migdałowatym, wzgórze oraz zanik w korze płatów czołowych i skroniowych.

***Otępienie czołowo – skroniowe (Frontotemporal Dementia FTD)**

Reprezentuje ono różnorodną klinicznie grupę chorób neurodegeneracyjnych, gdzie proces chorobowy obejmuje płaty czołowe i/lub skroniowe. W ramach FTD wyróżnia się 3 główne zespoły kliniczne: otępienie czołowo-skroniowe z dominującymi zaburzeniami zachowania (tzw. wariant czołowy, *frontal variant of frontotemporal dementia, FVFTD*), otępienie semantyczne (*semantic dementia, SD*) z dominującymi zaburzeniami językowymi (tzw. wariant skroniowy, *temporal variant of frontotemporal dementia TV FTD*) oraz postępującą afazję bez płynności mowy (afazja niefluentna, *progressive non-fluent aphasia*).

Do najczęstszych objawów na ogół należą zaburzenia osobowości i zachowania o „charakterystycznym” czołowym zabarwieniu (odhamowanie, utrata poczucia przyzwoitości, obojętność lub wybuchowość, agresywność, wesołkowatość, dowcipkowanie). Obserwuje się również zaburzenia napeędu, funkcji wykonawczych (brak kontroli zachowań), zubożenie. Chorzy z reguły nie mają poczucia choroby i wykazują zaburzenia krytycyzmu.

U chorych skłonność do zapominania jest zmienna, i wynika bardziej z zaburzeń uwagi niż samej funkcji pamięci. Bardziej charakterystyczne są postępujące zaburzenia mowy, stereotypie językowe. W głębokiej fazie dochodzi do mutyzmu.

OTĘPIENIE PODKOROWE

W otępieniu podkorowym zmiany w obrębie centralnego układu nerwowego następują w sposób powolny. W zakresie objawów neuropsychologicznych następują zmiany głównie w obszarze funkcji wykonawczych (utrata zdolności planowania i inicjacji celowego działania, myślenia abstrakcyjnego), deficyty pamięci są mniej nasilone i dotyczą raczej powtarzania i rozpoznawania. Dość często obecne są zaburzenia nastroju (depresja, labilność emocjonalna, spowolnienie). Objawy korowe pojawiają się rzadko (afazja, agnozja, apraksja).

W przebiegu otępienia podkorowego poza zaburzeniami funkcji poznawczych występują objawy pozapiramidowe: spowolnienie ruchowe, wzmożenie napięcia mięśniowego, zaburzenia chodu i postawy oraz

obustronne objawy piramidowe, upadki, dysfagia (trudności w połykaniu), dyzartria (wykonawcze zaburzenia mowy), czasami zaburzenia zachowania, osobowości i nastroju, labilność emocjonalna i zespoły psychopatologiczne. Badania neuroobrazowe, CT i MRI, najczęściej uwidaczniają rozlane zmiany w istocie białej, dobrze widoczne w sekwencji T2 MRI oraz w dyfuzyjnej opcji MRI (DWI MRI).

OTĘPIENIE Z CIAŁAMI LEWY`EGO (DLB)

W otępieniu z ciałami Lewy`ego równocześnie pojawiają się objawy demencji i parkinsonizmu (co przysparza trudności diagnostyczne). Dość często w przebiegu choroby występują omamy wzrokowe i słuchowe, wobec czego pacjenci nie czują zagrożenia (charakterystyczne są małe postacie ludzkie, dzieci lub zwierzęta). Zaburzenia pamięci pojawiają się dość późno i pacjenci nawet w zaawansowanym stadium choroby zachowują zdolność wykonania zadań związanych z zachowaną sprawnością funkcji mnesticznych.

LECZENIE OTĘPIENIA

Niestety nie mamy jeszcze możliwości leczenia farmakologicznego, które w 100% pozwoliłoby na cofnięcie objawów chorobowych. Dlatego tak istotne jest wczesne wykrywanie zmian, aby jak najszybciej zahamować lub spowolnić rozwój choroby otępiennej. Prócz farmakoterapii (stosowanej w zaburzeniach poznawczych, emocjonalnych, somatycznych), równie istotnym narzędziem terapii jest odpowiednia opieka nad chorym i utrzymanie go w ciągłej aktywności.

Terapia neuropsychologiczna i neurologopedyczna

Celem szeroko rozumianej rehabilitacji osób z otępieniem powinno być podtrzymywanie i stymulowanie sprawności procesów poznawczych chorego, aspektów emocjonalnych i społecznych, co stanowić będzie bazę do nawiązania i podtrzymywania aktywności intelektualnej, społecznej oraz samodzielności w czynnościach dnia codziennego.

Dzięki właściwie zaplanowanym działaniom terapeutycznym wpływa się na opóźnianie przebiegu choroby, na poprawę jakości życia chorego i wzrost poczucia własnej wartości oraz zapobiega się wyobcowaniu i izolacji społecznej. Rodzaje terapii są uzależnione od sta-

dium demencji – im bardziej zaawansowana demencja, tym bardziej rehabilitacja musi mieć charakter wieloaspektowy, integracyjny.

Istotnym elementem wspomagającym zachowanie kompetencji umysłowych jest terapia neuropsychologiczna i neurologopedyczna (istnieje możliwość skierowania pacjenta do Poradni Psychologicznej lub Logopedycznej na NFZ). Neuropsycholog po uprzedniej ocenie sprawności poznawczej chorego dobiera odpowiednio dostosowane materiały do pracy nad deficytami. W zależności od rodzaju defektu podstawowego w pierwszej kolejności może skupić się na trudnościach dotyczących uwagi czy zapamiętywania, poprzez edukację (np. mnemotechnik) i wspólne ćwiczenia. Z kolei rozpoznanie deficytów językowych pozwala na podjęcie odpowiednich działań zmierzających do poprawy poziomu komunikowania się pacjenta. Aby możliwie długo zachować sprawności językowe i kompetencje komunikacyjne należy prowadzić systematyczną terapię logopedyczną, w ramach której proponuje się różne ćwiczenia, np.

a) stymulujące oczekiwane zachowania językowe, m.in. poprzez:

- * wsparcie i pomoc w przezwyciężeniu pojawiających się trudności językowych,
- * aktywizowanie chorego w codziennych sytuacjach komunikacyjnych i w kontaktach z otoczeniem,
- * angażowanie pacjenta w rozmowy (np. na tematy rodzinne, pogody, spędzania czasu, wprowadzające pacjenta w dobry nastrój i budzące miłe wspomnienia),
- * prowadzenie kierowanych dialogów na bliskie i znane pacjentowi tematy (fakty i wydarzenia z przeszłości),
- * powtarzanie zautomatyzowanych ciągów słownych, tekstów wierszy, piosenek, modlitw,
- * podtrzymywanie umiejętności pisania i czytania, pisanie listów, pamiętników, utrzymywanie możliwie wysokiego poziomu sprawności grafomotorycznych,
- * rozwiązywanie rebusów, krzyżówek, zagadek językowych,
- * usprawnianie pamięci werbalnej,
- * stwarzanie możliwości kontaktu z innymi osobami starszymi (o ile to możliwe z osobami mającymi podobne problemy z powodu choroby otępiennej),

b) usprawniające motorykę narządów artykulacyjnych,

c) oddechowe, fonacyjne, słuchowe, prozodyczne.

Komunikację można wspomagać pozawerbalnymi środkami (gesty, mimika, postawa ciała, kontakt wzrokowy, dotykowy).

Przegląd technik i metod terapeutycznych

- trening orientacji w rzeczywistości;
- muzykoterapia;
- arteterapia;
- terapia aktywnością fizyczną;
- aromaterapia;
- fototerapia;
- stymulacja wielozmysłowa (sensoryczna);
- interwencje psychologiczne dla opiekunów osób chorych nastawione na zmniejszenie poczucia przeżywanego stresu, wypracowanie skutecznych sposobów radzenia sobie z chorobą, poprawę jakości życia.



TERAPIA W DOMU

Sposób prowadzenia aktywizacji musi uwzględniać aktualny stan kliniczny pacjenta.

Podstawową formą treningu umysłowego jest włączenie chorego

w codzienną rozmowę, w której można poruszać różne tematy (kto danego dnia odwiedził chorego, o czym rozmawiali, co przeczytał w gazecie, jaki program obejrzał w telewizji, czego brakuje w lodówce, jakie plany zakupowe, itp.). W codziennych aktywnościach nie można wyłączać chorego tak długo, jak to jest możliwe, a więc istotne jest, by chory uczestniczył w przygotowaniu posiłków, jadł samodzielnie, pomagał w sprzątaniu, itp. Można zachęcać chorą osobę do czynnego uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich, kulturalnych, sportowych, do uczestniczenia w Klubach Seniorów, Uniwersytetach Trzeciego Wieku, czy też w organizowanych przez różne instytucje (świadczące usługi na rzecz osób starszych i/lub niepełnosprawnych) różnych formach terapii.

W kolejnych stadiach rozwoju choroby może być ważne by zapewnić starszej osobie poczucie bezpieczeństwa - np. można zostawiać informacje na szufladach (nawet obrazkowe), zostawiać tylko niezbędne rzeczy (chory powinien przebywać w miejscu uporządkowanym), obok telefonu stacjonarnego zostawić numer kontaktowy do bliskiej osoby.

ZALECENIA

- zrób spis leków, może on przydać się w czasie wizyty kontrolnej u lekarza,
- codzienne czynności samoobsługowe powinny przebiegać wg niezmiennego planu (tak, by stały się rytuałem),
- sprawdzaj regularnie czy chory zażywa zalecane leki,
- rób notatki z obserwacji bliskiej osoby, by w czasie wizyty u lekarza móc do nich zaglądnąć,
- unikaj pośpiechu i ponaglania osoby chorej,
- dostosuj sposób komunikacji do chorego (proste, krótkie zdania, pytania zamknięte, przypominanie),
- modyfikacje środowiskowe (usuń z otoczenia niebezpieczne przedmioty zagrażające choremu, tj. szklane przedmioty, ostre noże, śrubokręty, miksery i inne niepotrzebne urządzenia elektryczne, trujące środki czystości, itp., w mieszkaniu zabezpiecz okna blokadami, odłączaj kuchenkę od gazu),
- pomagaj w zachowaniu jak największej niezależności (nie karm chorego, jeśli on może to zrobić sam),

- dbaj o urozmaicenie diety i odpowiednią ilość płynów (starsze osoby czasem nie chcą urozmaicenia, trzeba wtedy zadbać o uzupełnienie niedoborów np. suplementami diety, ważna jest również kontrola ilości wypitych płynów, bo z wiekiem zmniejsza się pragnienie),
- trenujcie funkcje poznawcze (zapytaj terapeuty co możecie robić w domu),
- mobilizuj do aktywności fizycznej (np. spacer),
- czasem warto poinformować sąsiadów i osoby z najbliższego otoczenia o chorobie bliskiej osoby (może się zdarzyć, że chory wyjdzie z domu i nie będzie w stanie trafić do niego samodzielnie),
- w sytuacjach zaburzeń zachowania (agresji) trzeba spróbować zachować spokój, mówić łagodnym tonem, przerwać daną czynność, odwrócić uwagę od powodu złości, czasem pomaga włączenie ulubionej muzyki chorego,
- gdy u chorego wystąpią omamy i urojenia, nie należy z nimi dyskutować, i „na siłę” przekonywać o ich braku, lepiej odwrócić uwagę od nich (o urojeniach należy poinformować lekarza).

GDZIE SZUKAĆ POMOCY

Opieka nad osobą cierpiącą na otępienie wymaga wiele wysiłku i czasu. Im więcej wiesz tym łatwiej radzić sobie z wymaganiami, jakie przed tobą stoją. Zwłaszcza w przypadku otępień z bogatą symptomatologią (np. DLB) istotna jest edukacja rodziny na temat obrazu klinicznego choroby, możliwych powikłań związanych z farmakoterapią, itp.

Wsparcia można szukać w Ośrodkach Pomocy Społecznej, które oferują wsparcie finansowe oraz wykonanie usług pielęgnacyjno - opiekuńczych w domu chorego (opłata dostosowana do możliwości jakie ma chory). Jeśli stan chorego wymaga podania kroplówki, karmienia przez sondę, leczenia odleżyn, można skorzystać z pomocy pielęgniarstwa opieki długoterminowej (skierowanie wydaje lekarz NFZ, koszty pokrywa NFZ). Jeśli nie mamy możliwości odpowiedniego zaopiekowania się chorym w domu można skorzystać z Ośrodków Diennej Opieki dla Dorosłych (opieka w ciągu dnia) lub z ZOL (Zakład Opiekuńczo - Leczniczy) lub DOS (Dom Opieki Społecznej).

www.alzheimer.pl
www.alz.org
www.domyopieki.pl
www.fundacje.org
www.mops.tarnow.pl
bip.malopolska.pl/mopstarnow
www.choroby.senior.pl

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
Al. Matki Bożej Fatimskiej 9, 33-100 Tarnów
Tel. 14 688 20 20, mops@mops.tarnow.pl

Dom Pomocy Społecznej im. Świętego Brata Alberta
Dom Dziennego Pobytu, ul. Szpitalna 53, 33-100 Tarnów
Tel. 14 688 86 66

Dom Pomocy Społecznej
Ul. Czarna Droga 48, 33-100 Tarnów
Tel. 14 633 05 39

Środowiskowy Dom Samopomocy im. Św. Kingi, prowadzony przez
Zgromadzenie Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu
Al. Matki Bożej Fatimskiej 6
Tel. 14 622 41 49

Dom Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP
Ul. Starowiejska 6, 32-800 Brzesko
Tel. 14 663 05 84, fax 14 627 73 48

Dom Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP
Porąbka Uszewska 276, 32-800 Brzesko
Tel. 14 621 29 45, 14 665 68 60

Dom Pomocy Społecznej św. Brata Alberta Chmielowskiego
Caritas Diecezji Tarnowskiej Ul. Św. Brata Alberta Chmielowskiego 16,
33-200 Dąbrowa Tarnowska, Tel/ fax 14 642 44 50, 14 642 44 51
e-mail: hospicjum.dabrowa@gmail.com

Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera
Ul. Emilii Plater 47, 00-118 Warszawa
Tel. 22 66-21-122

Caritas Diecezji Tarnowskiej
ul. Legionów 30, 33-100 Tarnów
tel. 14-631-73-20, faks 14-631-73-29
e-mail: caritas@diecezja.tarnow.pl

Fundacja Kromka Chleba
Ul. Bandrowskiego 26, 33-100 Tarnów
Tel. 14 656 02 36
www.kromkachleba.pl

Polskie Towarzystwo Waki z Kalectwem – Oddział w Tarnowie
Ul. Mościckiego 14
Ul. Kołodzieja 12/10, 33-100 Tarnów
Tel. 14 688-90-17

Zakład Opiekuńczo Leczniczy w Mościckim Centrum Medycznym
Ul. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów
Tel. Sekretariat: 14 688 05 11

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Dąbrowie Tarnowskiej
Ul. Szpitalna 1
Tel. 14 642 28 31

Niniejszy poradnik nie może być traktowany jako substytut profesjonalnej opieki medycznej. Tylko specjaliści mogą postawić diagnozę i poprowadzić leczenie oraz rehabilitację.

Treść poradnika opracowały:

Beata Liwowska psycholog w trakcie specjalizacji klinicznej z neuropsychologii, Certyfikowany psychoterapeuta PTP,

Anna Bazuła neurologopeda

W oparciu o literaturę:

1. Borkowska A., Sobów T., Ocena neuropsychologiczna w diagnostyce i różnicowaniu otępienia czołowo - skroniowego. „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 5/2006
2. Domagała A., Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim, „Logopedia” 2008
3. Domańska Ł., Borkowska A., „Podstawy neuropsychologii klinicznej”, Lublin 2008
4. Gałkowski T., Jastrzębowska G., Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki, Opole 1999.
5. Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G., Podstawy neurologopedii. „Podręcznik akademicki” Opole 2005
6. Kiejna A. i wsp „Standardy leczenia otępień” „Psychiatria Polska”, 2008
7. Prusiński A., „Podstawy neurologii klinicznej”, Warszawa 1977.
8. Szczudlik A., Parnowski, Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, 2011
9. Szepietowska E., Daniluk B., Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologii klinicznej, „Audiofonologia”, Tom XVI, 2000
10. Walsh K., Darby D., „Neuropsychologia kliniczna” Gdańsk 2008.
11. Wasilewski T. P., Podejmowanie terapii zaburzeń mowy wobec pacjenta z Chorobą Alzheimera, „Zdrowie Dobrostan” 2/2013

Projekt graficzny, fotografia – Renata Luszowiecka

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej
Osób Starszych na lata 2014-2020

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



Polskie Towarzystwo
Walki z Kalectwem
Oddział w Tarnowie

Aktywni i pomocni – zawsze razem!
„Projekt dofinansowany ze środków Programu Rządowego na rzecz
Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020”

ASOS 2014-2020

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej
Osób Starszych na lata 2014-2020

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej



Polskie Towarzystwo
Walki z Kalectwem
Oddział w Tarnowie

Aktywni i pomocni – zawsze razem!
„Projekt dofinansowany ze środków Programu Rządowego na rzecz
Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020”