



A2.2 - Izobraževalni viri za učitelje

PSIHOSOCIALNI VIDIKI IN VKLJUČENOST

Modul 1: OSNOVNA NAČELA SKRBI ZA DRUGE

Podmodul 1.6: PSIHOSOCIALNI VIDIKI IN VKLJUČENOST



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Ta projekt je financirala Evropska komisija. Ta publikacija [sporočilo] odraža izključno stališča avtorja in Komisija n
odgovorna za kakršno koli uporabo informacij, ki jih vsebuje. Številka projekta: 2020-1-PT01-KA203-078360

Uvod

Modul	OSNOVNA NAČELA SKRBI ZA DRUGE
Podmodul	PSIHOSOCIALNI VIDIKI IN VKLJUČENOST
Učna ura št.	#6
Trajanje (vminutah)	300 minut
Datum	

Učni izidi

1. Opredelitev glavnih psiholoških vidikov oskrbe odraslih
2. opredelitev glavnih psiholoških tveganj
3. razumevanje pomena psihologije oskrbe kot ključne kompetence

Povzetek

1. Psihološki vidiki pri oskrbi
 1. Psihologija odraslih in starejših
 2. Telesna in duševna psihologija uporabnikov
 3. Psihologija oskrbovalca
2. Psihološka tveganja
 1. Stres v starosti
 2. Anksiozne motnje
 3. Motnje v kognitivnih procesih
 4. Depresija
 5. Nespečnost
 6. Samomor
 7. Zloraba snovi
3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje
4. Institucije za oskrbo in oskrbovalci - psihoafektivni učinki

1.1 Psihologija odraslih in starejših



1.1 Psihologija odraslih in starejših

Ne glede na kulturo, raso ali spol, kakšni so miti/ stereotipi in resnica o starejših odraslih



Miti in resnica

Starejši ljudje, čeprav niso bolni, se ne morejo razvijati in se ne morejo učiti.	✗	
Starost ustreza nekakšnemu "drugemu otroštvu" (otročstvo, odvisnost in zmanjšanje individualna odgovornost).	✗	
Starejši so odgovorni za najrazličnejša znanja, ki se prenašajo ustno iz generacije v generacijo.		✕
Za starejše velja, da imajo omejeno iniciativo in težave pri sprejemanju novih projekti.	✗	
Starejši ljudje se obnašajo konzervativno, neprilagodljivo in se upirajo spremembam.	✗	
Starejši ljudje so prispevali k razvoju družbe in spoštovali svoje obveznosti		✕

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Konec odraslega življenja in začetek staranja:

Kdaj se začne



- Kronološki indeks: bolj poljuben, običajno obdobje srednje starosti traja od 40 do 60 ali 65 let.
- Indeks, povezan z biološkimi in družbenimi dogodki: Vse večji občutek, da imamo omejen čas za življenje in doseganje ciljev, je verjetno najpomembnejše "merilo", da se staramo. Telo, družba in drugi pošiljajo "znake"/"sporočila", da poteka proces staranja, ko se pojavijo naslednje spremembe:
 - Spremembe telesne podobe "jaz": fizične narave (suha koža, megla, izpadanje las, moč, vzdržljivost), spremembe spanja, teže, bolezni, med drugim;
 - Spremembe v poklicnem življenju: doseganje vrhunca poklicne kariere, nenadna brezposelnost ali upokožitev;
 - Spremembe v družinskem življenju: odhod otrok od doma, potreba po pomoči najstarejšim članom družine, smrt staršev, nova vloga dedka/babice, vdovstvo.
 - Spremembe v vsakdanjem življenju.

Sprememba ni sinonim za invalidnost!

(Neugarten & Datan, 1974, cit. v: Gpmnseca, 2005)

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Staranje: je univerzalen proces, ki je genetsko določen za posameznike vrste (normalno staranje). Ta proces se začne kmalu po spolni zrelosti in se pospeši od petega desetletja življenja naprej, zaznamujejo ga prenehanje ali zmanjšanje možnosti razmnoževanja vrste ter značilne fiziološke in morfološke spremembe.

Starost: izraz z bistveno sociološkim in antropološkim pomenom. Starost je treba razumeti kot pojem, ki se nanaša na:

- glede na to, kako vsaka družba pojmuje to fazo življenjskega cikla,
- na družbeno konstrukcijo, vpisano v določen zgodovinski kontekst. (Fernandes, 1997 e Lima & Viegas, 1988 Cit. In. Fonseca. 2005)

Starejši: posamezniki, ki so tako poimenovani v določenem družbeno-kulturnem kontekstu zaradi razlik v videzu, moč, funkcionalnost, produktivnost in opravljanje primarnih družbenih vlog v primerjavi z nestarostnimi odraslimi.

(Neri, 2009 Cit. in Fonseca, 2005)

1.1 Psihologija odraslih in starejših



Staranje in razvoj sta dva vzporedna in povezana procesa,
dve strani ene življenjske poti.

(Fonseca, 2005)

1.1 Psihologija odraslih in starejših

1. polovica 20. stoletja:

Razvoj poteka "znotraj" osebe z rastjo.

Zaporedje stabilnosti in razpada.

Poudarek je na otroštvu/mladostništvu in razvoju faze

Ekologizem

Biološke

faze

korenin

Faze si sledijo enosmerno

Hierarhična, zaporedna, univerzalna

pot Končni cilji

Piaget, Freud...

2. polovica 20. stoletja:

Razvoj kot interakcija "notranjih" in
"zunanjih" sil - life- razvoj razponov

kontekstualizem

Družbena in zgodovinska vpetost

posameznika Transakcije med

posameznikom in okoljem

Vzajemnost

Plastičnost

Brez končnih ciljev

Pristopi: ekološki, kontekstualistični, življenjska doba

(Fonseca, 2005)

Zvidika vseživljenjskega razvoja dobi staranje povsem novo podobo, pomen.

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Perspektiva življenjskega cikla Paula B. Baltesa (1939-2006)



1.1 Psihologija odraslih in starejših

Razvojni pristop za celotno življenjsko obdobje

- Človeški razvoj je neprekinjen process: v življenju ljudje nenehno doživljajo procese sprememb, prehodov in prilagajanja - pojavljajo se procesi kontinuitete (kumulativni) in diskontinuitete (inovativni): ti procesi vodijo k novemu vedenju, novim odnosom ter novim zaznavam sebe in resničnosti.
- Razvoj je večdimenzionalen (biološke, kognitivne in socialno-čustvene spremembe).
- Razvoj je multidisciplinaren (razvoj je treba obravnavati in proučevati v njegovih različnih razsežnostih - biologija, psihologija, nevroznanost, sociologija,).
- Razvoj je večsmeren: Raznolikost in pluralizem v smeri sprememb, celo na istem področju v istem razvojnem obdobju lahko nekatere dimenzije kognitivnega in socialno-čustvenega razvoja kažejo rast, druge pa upad.

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Razvojni pristop za celotno življenjsko obdobje

- Potencial za plastičnost: Zavrača vsako obliko determinizma in predlaga "plastično" razumevanje človekovega razvoja (vključevanje družbenih, bioloških in vedenjskih razsežnosti v "proizvodnjo" tega razvoja)

Oseba je ustvarjalka lastnega razvoja.

- Ker obstaja možnost plastičnosti, obstaja tudi:
 - možnost poseganja v psihološki razvoj vsakega posameznika skozi njegovo življenje.
 - možnost razvojnih sprememb. Sprememba je:
 - Neprekinjeno
 - Kumulativno
 - Ciljna
 - Razlikovalnik
 - Organizirano
 - Celostna

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Razvojni pristop za celotno življenjsko obdobje

- Vzajemna interakcija med organizmom in okoljem vpliva na razvoj z upoštevanjem obstoja razvojnih koristi in izgub
- Vnaprej določenih in univerzalnih stopenj ni, psihologija življenjskega cikla pa opozarja na iskanje uspešno prilagajanje med organizmom in okoljem kot poseben cilj razvoja.

Prilagoditev razume, da je razvojni proces skupen pojav:

- "dobički" (ki pomenijo rast);
- "izgube" (kar pomeni zmanjšanje) prilagoditvene zmogljivosti.

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Razvojni pristop za celotno življenjsko obdobje

Tri splošne prilagoditvene funkcije, vključene v razvoj človeka:

- Rast: vedno bolj zapleteno vedenje, ki vam omogoča doseganje vedno višjih ravni prilagoditvenih zmogljivosti.
- Vzdrževanje: vedenje, ki zagotavlja funkcionalno stabilnost ob življenjsko nevarnih dogodkih ali izgubah;
- Regulacija izgube: vedenje, ki organizira delovanje na "osnovnih ravneh" prilagajanja.

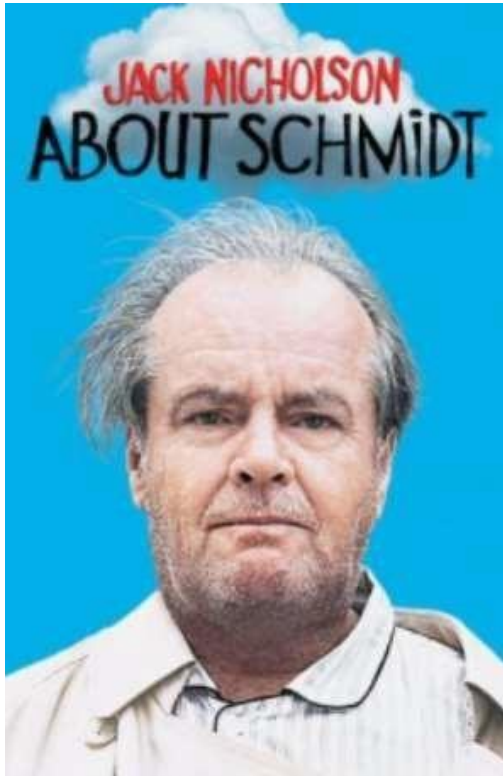


Uvedba modela SOC, ki sta ga razvila Baltes in Baltes (1980)

Prilagoditveni proces poteka po modelu, ki ga sestavljajo trije interaktivni mehanizmi - "selekcija, optimizacija in kompenzacija" (model SOC). V skladu s tem modelom je mogoče prepoznati in izbrati potencialna področja in optimizirati njihovo delovanje ter kompenzirati napake na področjih z večjo funkcionalno okvaro (Santos et al., 2008).

- **Izbor**: Opredelitev ciljev in želenih rezultatov;
- **Optimizacija**: pridobivanje, uporaba in izboljševanje uporabnih sredstev in virov za doseganje visoke kakovosti.
- **Kompenzacija**: oblikovanje funkcionalnih odzivov na izgube, ki lahko ogrozijo doseganje razvojnih ciljev

1.1 Psihologija odraslih in starejših



Jack Nicholson igra Warrena Schmidta, moškega, ki je po upokojitvi in nenadni smrti svoje žene ostal brez službe. Warren je negotov tako glede svoje prihodnosti kot preteklosti, zato spakira svoj 30-metrski Winnebago in se odpravi na potovanje po ravninah Nebraske, da bi se udeležil poroke svoje hčerke (Hope Davis) s prodajalcem vodnih postelj (Dermot Mulroney). Toda vsak njegov korak se zdi napačen in zdi se, da bo Warren končal svoje življenje tako, kot ga je živel: kot neuspeh. Toda na poti Warren pripoveduje o svojem potovanju in svoja opažanja deli z nepričakovanim prijateljem - revnim tanzanijskim dečkom, ki ga sponzorira za 73 centov na dan. V dolgih pismih, ki jih pošilja dečku, Warren začne gledati nase in na življenje, ki ga je živel, z novimi očmi.

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Uspešno staranje

SZO zagovarja potrebo, da se uspešno staranje prelevi v aktivno staranje, katerega dejavniki so:

- ekonomski in socialni vidiki
- zdravje
- vedenje/življenjski slogi
- biologija/genetika
- fizično okolje, v katerem živite.

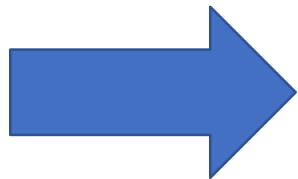
Svetovna zdravstvena organizacija pravi, da je aktivno staranje proces optimizacije, ki temelji na treh stebrih - zdravju, sodelovanju in varnosti, katerih cilj je izboljšati kakovost življenja, ko se ljudje starajo.

1.1 Psihologija odraslih in starejših

Aktivno staranje

Kazalniki uspeha za aktivno staranje:

- Visoka funkcionalna zmogljivost/neodvisnost in pozitivno prilagajanje
- Zadovoljstvo z življenjem,
- Dolga življenjska doba,
- Odsotnost invalidnosti,
- Področje delovanja/rast,
- Aktivno sodelovanje v družbi



Napovedni dejavniki:

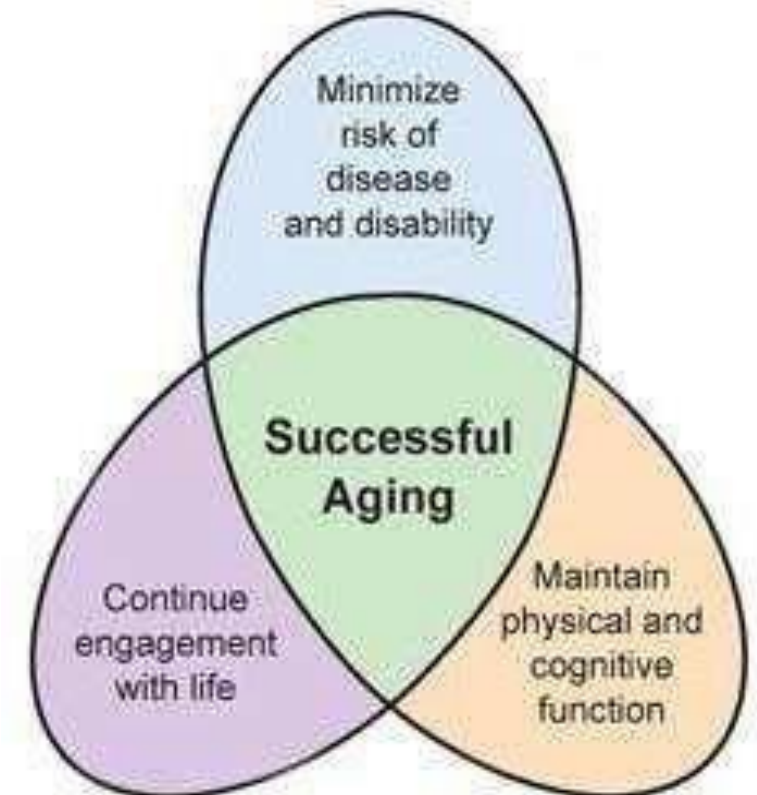
- visoka stopnja izobrazbe;
- redna telesna aktivnost;
- občutek samoučinkovitosti;
- socialna vključenost in odsotnost kroničnih bolezni.



1.1 Psihologija odraslih in starejših

Uspešno staranje je preplet treh predvsem z zdravjem povezanih dejavnikov:

1. Nizkim tveganjem za bolezni in nezmožnosti
2. Nadaljevanjem življenjskega zagona
3. Ohranjanjem fizičnih in kognitivnih funkcij



1.1 Psihologija odraslih in starejših

Aktivno staranje - pomen preventive in življenjskega sloga

- Zdrav življenjski slog (prehrana, telesna vadba).
- Ostanite kognitivno aktivni (bodite optimistični, ustvarjalni in se še naprej zanimajte za stvari).
- Ohranite podporno socialno mrežo in ostanite v stiku z drugimi.
- Ohranite zdrav odnos med duhom in telesom (npr. meditacija, duhovna rast).
- Ohranite dobre ekonomske navade, da se izognete finančni odvisnosti.



1.1 Psihologija odraslih in starejših

Dobra novica o starejših (približno 60-80 let) ?

- Daljša pričakovana življenjska doba
- velik potencial za ohranjanje telesne in duševne kondicije.
- Kognitivne in čustvene rezerve
- visoka raven osebnega dobrega počutja
- Učinkovite strategije upravljanja dobička in izgube
- Vedno več ljudi se uspešno stara

"Slaba novica" o četrtem veku (približno 80-100 let)?

- Znatna izguba kognitivnega potenciala
- Povečanje simptomov kroničnega stresa
- Velika razširjenost demenc
- Visoka stopnja krhkosti, disfunkcionalnosti in multimorbidnosti

Kakšni so izzivi dolgoživosti za kakovost življenja in dobro počutje

Kako dolgo bomo živeli?

Ali bi radi živeli večno?

Kako daleč je mogoče podaljšati življenjski cikel?



1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

Biopsihosocialni okvir staranja in starejših

- **Biološko staranje** (senescenca) vključuje genetske in fizične dejavnike, povezane z zdravjem (odraža vse večjo ranljivost).
- **Psihološko staranje** vključuje vse zaznavne, kognitivne, čustvene in osebnostne dejavnike (posameznikova sposobnost samoregulacije v procesu staranja).
- **Socialno staranje**: vključuje medosebne, družbene in kulturne dejavnike, ki vplivajo na razvoj (družbene vloge, ki ustrezajo pričakovanjem družbe).

Cérebro

O cérebro envelhece durante a vida. A memória imediata diminui. Num teste de memória de 24 palavras foram lembradas:

Aos 30 anos: 13 palavras
Aos 50 anos: 10 palavras
Aos 70 anos: 7 palavras

Ouvidos

Com a idade crescente baixa a audição acima do qual não são mais escutados:

Aos 30 anos: 15.000 hertz (o canto do grilo)
Aos 50 anos: 12.000 hertz (apito para cães)
Aos 70 anos: 6.000 hertz (o som dos registros superiores do órgão)

Boca

Um septuagenário tem apenas uma terça parte das papilas gustativas.

Pulmão

Em virtude do enfraquecimento, com o passar do tempo, dos músculos que movimentam os pulmões, reduz-se o volume de inspiração dos órgãos respiratórios:

30 anos: 5,6 litros
50 anos: 4,2 litros
70 anos: 2,8 litros

Músculos

O tecido muscular diminui e a camada de gordura cresce. Os músculos da mão suportam menos peso:

30 anos: 37 quilos
50 anos: 34 quilos
70 anos: 29 quilos

Ossos e Articulações

Os ossos perdem cálcio, tornam-se mais frágeis e as fraturas se soldam com mais dificuldade. Os tendões se desgastam e os ligamentos se rompem com mais facilidade.

Olhos

O cristalino endurece e não pode ser mais focalizado com precisão a pouca distância. A retina recebe menos luz.

Pele

A pele perde água e elasticidade:

30 anos: Primeiras rugas na testa
50 anos: A pele da face afrouxa
70 anos: Rugas e manchas no rosto todo

Coração

Com a idade, o coração bombeia menos sangue pelo corpo. O volume de bombeamento por minuto em estado de repouso:

30 anos: 3,4 litros
50 anos: 3,0 litros
70 anos: 2,5 litros

Rins

Os rins de um septuagenário filtram, no mesmo espaço de tempo, apenas a metade do sangue filtrado por um homem de 40 anos.

Sexo

Na velhice o pênis requer mais tempo para ficar em ereção e o homem demora mais tempo para atingir o orgasmo. O número de ereções matinais decresce:

30 anos: 7 vezes por mês
50 anos: 5 vezes por mês
70 anos: 2 vezes por mês

1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

Biološko staranje

1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

Psihološko staranje

Kognitivne funkcije, ki se s starostjo bolje ohranjajo, vključujejo vidike jezika in besednega zaklada, modrosti, sklepanja in druge spretnosti, ki so odvisne predvsem od shranjenih informacij in znanja (Baltes, 1993).

Starejši odrasli se še vedno lahko učijo novih stvari, čeprav običajno nekoliko počasneje kot mlajši. Pri mnogih starejših odraslih se spremenijo izvršilne sposobnosti (npr. načrtovanje in organiziranje informacij), in sicer pri tistih, ki v primerjavi z drugimi področji najbolj spremenijo. (West, 1996). Z normalnim staranjem so običajno povezane tudi počasnejša psihomotorika, manjša splošna hitrost obdelave informacij in manjše sposobnosti motoričnega nadzora (Salthouse, 1996; Sliwinski in Buschke, 1999).

1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

Psihološko staranje

Upadanje funkcij spomina:

- delovni spomin (shranjevanje informacij, ki se uporabljajo med opravljanjem druge miselne naloge), epizodični spomin (eksplicitni priklic dogodkov),
- izvorni spomin (kontekst, v katerem je bila informacija pridobljena).
- kratkoročni spomin (kratkoročno pasivno shranjevanje informacij).

Ohranjene spominske funkcije:

- semantični spomin (priklic pridobljenega splošnega ali dejanskega znanja),
- proceduralni spomin (učenje in priklic sposobnosti).
- preaktivacija ali priming (učinek implicitnega spomina, pri katerem predhodna izpostavljenost določenemu dražljaju vpliva na poznejši odziv ob njegovi predstavitvi).

1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

Starejši odrasli lahko občutijo telesne in kognitivne simptome, kise pojavljajo ob telesni bolezni.

Čeprav so simptomi pogosto raziskani in zdravljeni kot fizični, odražajo osnovno duševno sliko zdravstvenih težav.

1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

Od sredine 19. stoletja je napredek v medicini prinesel pomembne spremembe v razvite države: daljša življenjska doba in večja razširjenost kroničnih zdravstvenih stanj, invalidnosti in popolne odvisnosti od pomoči drugih.



Kronične bolezni, kot so sladkorna bolezen, bolezni dihal, rak, težave s srcem in ožiljem, artritis, hipertenzija, osteoporoza in demenca, so pri starejših odraslih veliko pogostejše kot pri mlajših.

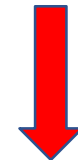
S staranjem so pogosto povezana tudi druga stanja, kot so poškodbe zaradi padcev, inkontinenca in krhkost, ki jih včasih imenujemo geriatrični sindromi.

1.2 Telesna in duševna psihologija uporabnikov

V poznejših letih življenja so posamezniki vse bolj izpostavljeni kroničnim zdravstvenim težavam ter telesnim in duševnim omejitvam, povezanim s temi boleznimi.



Potrebovali bodo pomoč pri opravljanju enostavnejših dnevnih opravil (ADL).



Potrebe starejših odraslih in drugih uporabnikov močno vplivajo na njihove družine, bližnje ter oskrbovalce.

1.3. Psihologija oskrbovalca



1.3. Psihologija oskrbovalca

Obstaja dobro uveljavljena hierarhija za določanje, kdo bo postal glavni skrbnik oziroma oskrbovalec.



Osnovni oskrbovalec: tisti, ki zagotavlja največ oskrbe. Odgovornost za oskrbo običajno nosi prvi zakoncu bolnega starejšega.



Odrasli otroci ali drugi družinski člani so pogosto vključeni kot sekundarni skrbniki.

Kadar zakonec ni na voljo ali ne more prevzeti vloge glavnega skrbnika, jo prevzamejo odrasli otroci.

1.3. Psihologija oskrbovalca

Neformalni ali družinski oskrbovalec

Neformalni oskrbovalec je vsaka oseba, družinska ali nedružinska, ki je odgovorna za pomoč odvisni osebi v vsakdanjem življenju, skrbi za spodbujanje kakovosti njenega življenja in zagotavljanje zadovoljevanja njenih vsakodnevnih potreb. To so osebe, ki to funkcijo opravljajo neformalno, brez predhodnega strokovnega usposabljanja ali pogodbenega razmerja in brez kakršnega koli plačila.

Uradni ali poklicni negovalec

Formalni oskrbovalec je vsaka oseba s posebnim usposabljanjem, ki ima posebno vlogo pri celotni oskrbi in je običajno plačana. Ta tip oskrbe lahko vključuje oskrbo, ki jo zagotavljajo javne ustanove in za katero ni treba plačati, vendar spada na področje formalne oskrbe (npr. zagotavljanje zdravstvene oskrbe).

1.3. Psihologija oskrbovalca

Kakšni so motivi za skrb?

- Zaradi vezi, ki so se vzpostavile od otroštva
- Altruizem in vzajemnost
- Občutek dolžnosti (družbena in moralna obveznost)
- Materialna nagrada - finančne koristi
- Izogibanje institucionalizaciji



1.3. Psihologija oskrbovalca

Vrste oskrbe

- Čustvena podpora in svetovanje
- Pomoč v gospodinjstvu, kot so čiščenje, kuhanje, pranje itd.
- Osebna nega, npr. tuširanje, oblačenje, hoja v kopalnico, pomoč pri hoji, jemanje zdravil.
- upravljanje financ
- Odločanje o oskrbi za uradne ponudnike storitev, kot so medicinske sestre in osebni asistenti
- neposredna finančna pomoč



1.3. Psihologija oskrbovalca

Skrbniki/oskrbovalci porabijo čas, energijo, čustvena in finančna sredstva, da bi zadovoljili potrebe uporabnika.

Tveganja, povezana s postopkom oskrbe:

- Finančna tveganja;
- Socialna tveganja;
- Psihološka tveganja



1.3. Psihologija oskrbovalca

Tveganja, povezana s postopkom oskrbe

Fizična tveganja

Oskrbovalci nenehno poročajo o slabšem splošnem zdravju in zdravstvenih težavah, ki prispevajo tudi k psihiatrični obolevnosti v obliki povečane depresije.



1.3. Psihologija oskrbovalca

Tveganja, povezana s postopkom oskrbe

Finančna tveganja

- Ekonomska vprašanja, povezana z zagotavljanjem oskrbe, so lahko obremenjujoča, zlasti za oskrbovalce oseb z Alzheimerjevo bolezenijo ali drugimi demencami.
- Mnogi oskrbovalci zaradi oskrbe veliko finančno žrtvujejo, tako v obliki neposrednih stroškov kot tudi manjšega zaslužka - zaradi svojih obveznosti oskrbe so morali v službo hoditi pozneje, prej oditi ali si vzeti proste ure čez dan, da so lahko skrbeli za uporabnika.
- Oskrbovalci oseb z demenco poročajo o večji potrebi po manj zahtevnih delovnih mestih, zgodnejši upokojitvi, izgubi prejemkov iz naslova zaposlitve ali pa se popolnoma odpovedo delu kot drugi negovalci (Ory et al., 1999).

1.3. Psihologija oskrbovalca

Tveganja, povezana s postopkom oskrbe

Socialna tveganja

- Odnosi v družini se spremenijo, ko je potrebna intenzivnejša oskrba.
- Večji odstotek negovalcev je poročal, da imajo manj časa za druge sorodnike in prijatelje.
- Oskrbovalci oseb z demenco poročajo, da se morajo odpovedati prijetnim osebnim dejavnostim in doživljajo večjo stopnjo družinskih konfliktov
- Skrbniki oseb z demenco poročajo o pogostejših zakonskih konfliktih in manjši pogostosti pozitivne interakcije med pari

1.3. Psihologija oskrbovalca

Tveganja, povezana s postopkom oskrbe

Psihološka tveganja

- Depresija je ena glavnih težav v duševnem zdravju, je resen dejavnik tveganja za negovalce/oskrbovalce oseb z demenco.

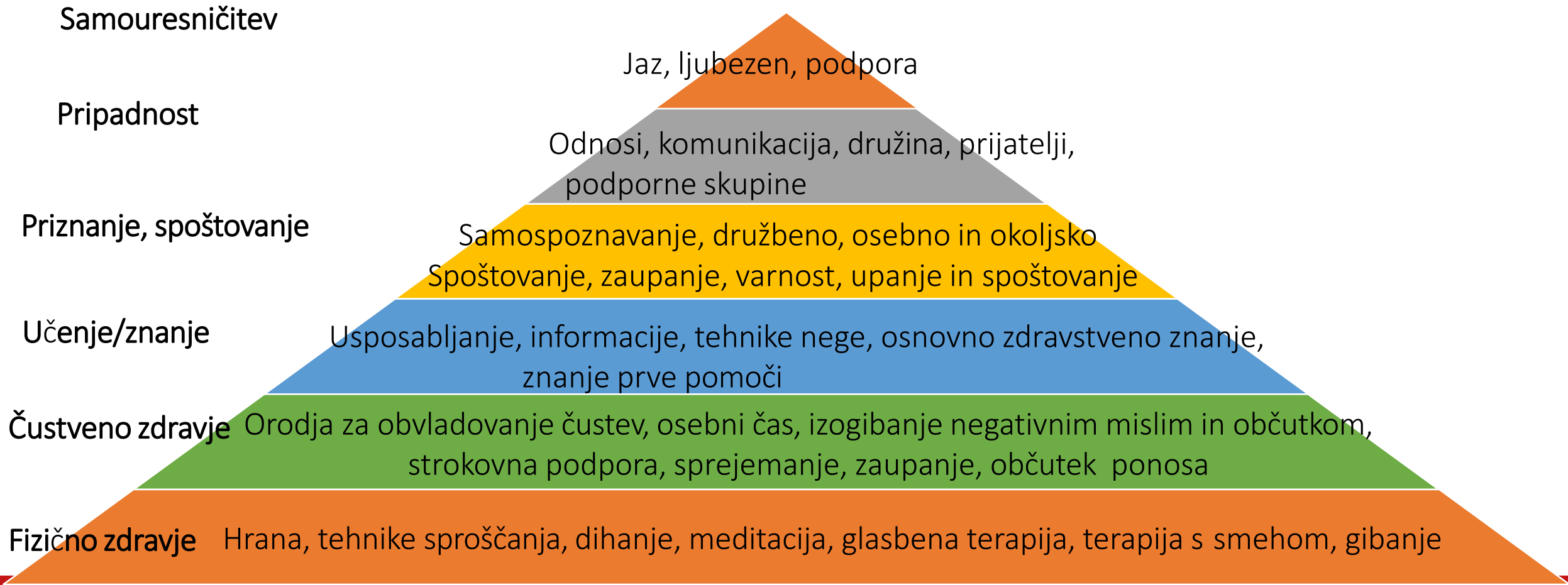
Depresija v različnih oblikah, kot so nespečnost, utrujenost, tesnoba, stres in glavobol, je ena najpogostejših motenj (Tabora in Flaskerud, 1994).

- Oskrbovalec se počuti ujetnika v svoji vlogi - občutek razveljavitve
- Dejavniki, ki prispevajo k depresiji oskrbovalca, so: vedenjske težave uporabnika, občutek nesposobnosti, izolacija, družinski konflikti, pomanjkanje podpore ter opuščanje drugih funkcij in dejavnosti.
- Oskrbovalci so poročali o velikih težavah z obvladovanjem in pogostimi izbruhi jeze in sovražnosti ter o težavah pri njihovem konstruktivnem izražanju.

1.3. Psihologija oskrbovalca

Piramida potreb oskrbovalcev

Temeljni vidiki, da lahko poskrbimo zase in za svoje zdravje



2. Psihološka tveganja

1. Stres v starosti
2. Anksiozne motnje
3. Motnje v kognitivnih procesih
4. Depresija
5. Nespečnost
6. Samomor
7. Zloraba snovi



2.1 Stres v starosti



2.1 Stres v starosti

- Težave, povezane z oskrbovalcem (npr. frustracija ali izčrpanost).
- Funkcionalna šibkost
- Dolgotrajna kronična bolezen
- Kognitivne omejitve
- Socialna izolacija
- Pomanjkanje gospodarskih in socialnih virov
- Nizki dohodki, negotovi zdravstveni pogoji
- slaba kakovost odnosa z negovalcem
- Pomanjkanje socialne podpore

2.2 Anksiozne motnje



2.2 Anksiozne motnje

Tesnoba motnja, ki se nanaša na dolgotrajno stanje tesnobe, za katero so značilni simptomi, kot so izreden nemir, nespečnost in utrujenost, ki povzročajo trpljenje in slabše funkcioniranje.

Pojavlja se lahko na več načinov, med drugim:

- Fobije
- Generalizirana anksioznost
- Obsesivno-kompulzivna motnja
- panična motnja



Med fobijami je ena najpogostejših agorafobija (strah pred odprtimi prostori), ki se običajno kombinira z bolj specifičnim strahom pred odhodom od doma.

Drugi pogosti vzroki za zaskrbljenost so padci, umiranje in socialne situacije

2.2 Anksiozne motnje - značilnosti

SOMATSKE MOTNJE

Mišična napetost
 Tresenje
 Omotica
 Palpitacije
 Motnje spanja
 Potenje
 Slabost
 Driska
 Težave pri požiranju
 Pogosta potreba po uriniranju
 Rdečica
 Utrujenost

ZAZNAVNE MOTNJE

Anksioznost
 Razdraženost
 Občutki neustreznosti in nesposobnost za spopadanje z nevarnostmi
 Strah, da ne bi bil kompetenten
 Strah, da ne bi bil sprejet s strani drugih

KOGNITIVNO

Zaznavanje nevarnosti in groženj
 Duševni procesi
 Zaskrbljenost zaradi negativnih ocene drugih
 Zmanjšana sposobnost koncentracije

KOMPLEMENTARNO

Psihomotorična agitacija
 Hipervigilanca
 Izogibanje, beg

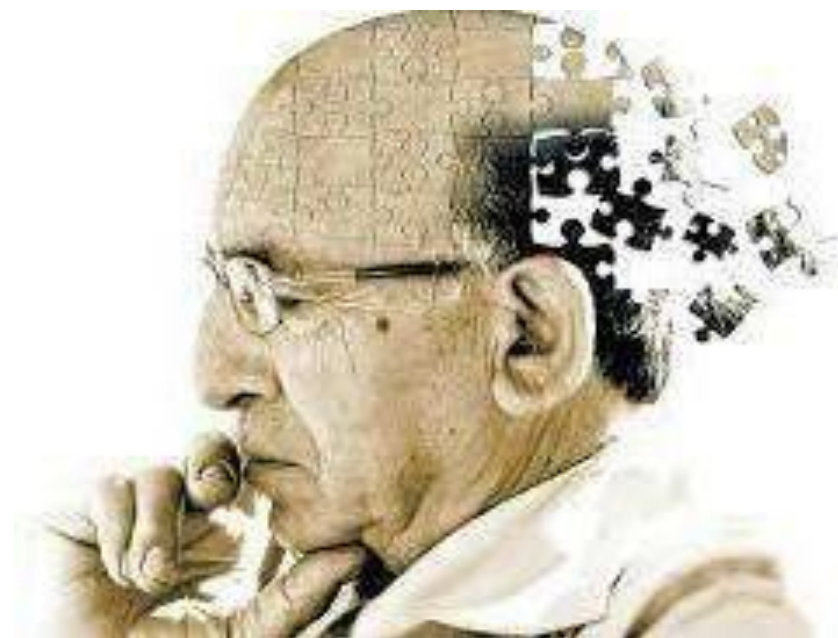
2.2 Anksiozne motnje

Čeprav so anksiozne motnje pri starejših razmeroma pogoste, so manj razširjene kot pri mlajši populaciji.

Čeprav imajo starejši odrasli ponavadi podobne simptome tesnobe kot mlajši odrasli, je vsebina njihovih strahov in skrbi običajno povezana s starostjo (npr. zdravstvene težave).

Starejši odrasli, ki imajo panično motnjo, imajo ponavadi vzorce simptomov, ki se razlikujejo od tistih, ki jih imajo mlajših odraslih (npr. manj simptomov vznburjenja oziroma bolj vsiljivega spominjanja) (Lauderdale et al., 2011).

2.3 Motnje v kognitivnih procesih



2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Pri starejših ljudeh se lahko pojavijo nekatere motnje spomina, podaljša se čas, potreben za usvojitve novih spoznanj ali zapomnitev pomembnih dogodkov, vendar starost ne vodi nujno v demenco.

Če pa je splošno poslabšanje intelektualnih sposobnosti izrazito, zočitenimi motnjami v osebnih in poklicnih dejavnostih, se oseba morda sooča s patološkim in motenim staranjem, morda se sooča z demenco.

(Paiva, 2013)

2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Staranje prebivalstva je močno vplivalo na pojav svetovne epidemije demence, zlasti v državah, kot so Kitajska, Indija in Latinska Amerika, kjer se prebivalstvo izrazito stara in kjer se število prebivalcev hitro in drastično povečuje. Ocenjuje se, da bodo do leta 2050 osebe, stare 60 let in več, predstavljale približno 22% svetovnega prebivalstva, večinoma razporejenega v Afriki, Aziji ali Latinski Ameriki (Svetovna zdravstvena organizacija, 2012).

2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Kaj je demenca?

Demenca je izraz, ki se uporablja za opis simptomov številnih bolezni, ki povzročajo postopno slabšanje človekovega delovanja. Gre za krovni izraz, ki opisuje izgubo spomina, intelektualnih sposobnosti, sklepanja, socialnih veščin in spremembe običajnih čustvenih odzivov.

Kdo zboli za demenco?

Čeprav je večina ljudi z demenco starejših, je treba opozoriti, da demenca ne nastane pri vseh starejših ljudeh in da ni del naravnega procesa staranja. Demenca se lahko pojavi pri vseh, vendar je pogostejša po 65. letu starosti. V nekaterih primerih se lahko pojavi pri ljudeh starih med 40 in 60 let.

2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Razširjenost demence

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je na svetu 47,5 milijona ljudi z demenco, njihovo število pa se bo leta 2030 povzpelo na 75,6 milijona in se leta 2050 skoraj potrojilo na 135,5 milijona.

V tem kontekstu ima pomembno mesto Alzheimerjeva bolezen, ki predstavlja približno 60 do 70 % vseh primerov demence (Svetovna zdravstvena organizacija, 2015).

2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Najpogostejše oblike demence

- Alzheimerjeva bolezen
- Vaskularna demenca
- Parkinsonova bolezen
- Demenca Lewyjevih telesc
- Frontotemporalna demenca
- Huntingtonova bolezen
- Alkoholna demenca (Korsakov sindrom)
- Creutzfeldt-Jacobova bolezen

2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Opozorilni znaki za zgodnjo diagnozo

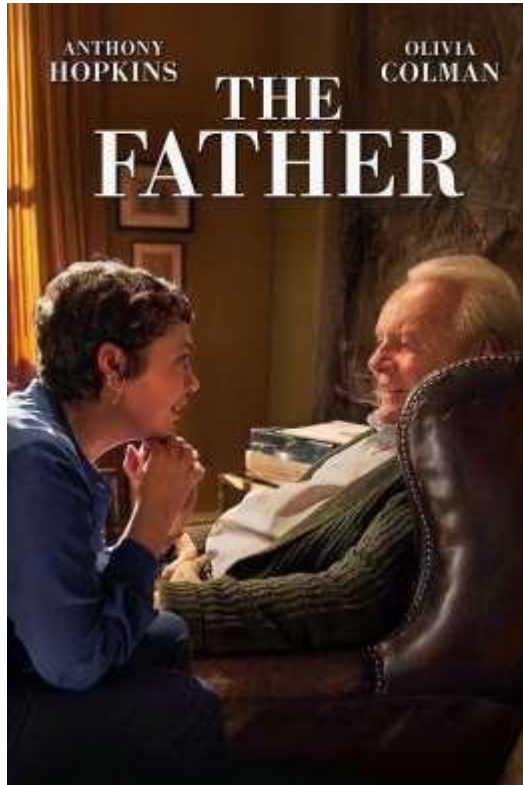
Pogosto je težko zaznati razliko med spremembami kognitivnih funkcij, ki so posledica naravnega procesa staranja in simptomi, ki bi lahko pomenili pojav patološkega stanja.

- Pogosta in postopna izguba spomina
- Zmedenost
- Spremembe osebnosti
- Apatija in izolacija
- Izguba sposobnosti opravljanja vsakodnevnih opravil

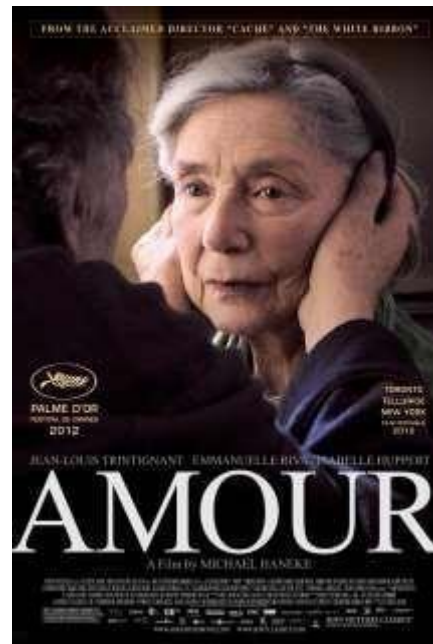
2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Opozorilni znaki	Kaj je normalno pri staranju
Pozabljanje dela ali celotnega dogodka	imate nejasen spomin na dogodek
postopoma izgublja sposobnost sledenja ustnim ali pisnim navodilom.	sposobnost upoštevanja ustnih in pisnih navodil
postopoma izgubite sposobnost sledenja zgodbi romana ali film	ohranjanje sposobnosti spremljanja zgodbe romana ali filma
postopno pozabljanje znanih informacij, kot so zgodovinske informacije ali politični podatki	Pozabljanje imen ali besed, vendar se jih pozneje spomnite
postopoma izgublja sposobnost samostojnega umivanja, oblačenja ali hranjenja	kljub težavam ohrani sposobnost umivanja, oblačenja in hranjenja zaradi fizičnih omejitev
postopoma izgublja sposobnost odločanja	Pravočasno sprejmite napačno odločitev
postopoma izgubite sposobnost upravljanja proračuna	Občasno naredite napake, na primer pri pisanju
Ne ve, kateri datum ali letni čas je (časovna dezorientacija)	se zmedete glede tega, kateri dan v tednu ste, vendar pozneje se spomnite
Težave pri vodenju pogovora, nezmožnost ohranjanja razumevanja ali pomnjenja besed.	Včasih je najboljša beseda, ki jo je treba uporabiti, pozabljanje
Pozabite, kje ste shranili predmet, in ne morete izvesti miselnega procesa umikanja, da bi se spomnili	Včasih nekaj izgubite, vendar to najdete z logičnim razmišljanjem

2.3 Motnje v kognitivnih procesih

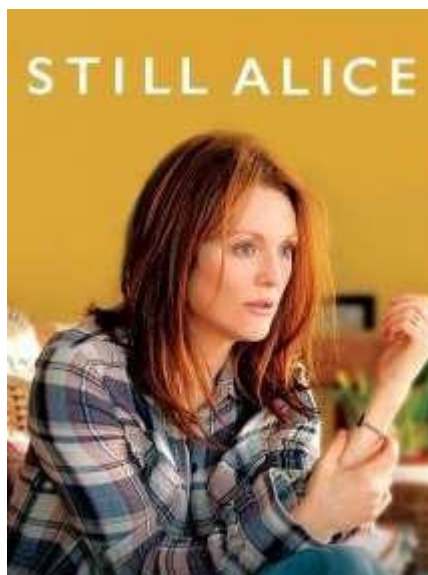


Anthony (oskarjevec Anthony Hopkins) ima 80 let, je zoprn, živi kljubovalno sam in zavrača negovalce, ki mu jih vzpodbudno predstavi njegova hči Anne (oskarjevka in dobitnica zlatega globusa Olivia Colman). A pomoč postaja nujna tudi za Anne; ne zmore več vsakodnevnih obiskov, Anthonyju pa se maje realnost. Medtem ko doživljamo valovanje njegovega spomina, se Anthony sprašuje, koliko svoje identitete in preteklosti se lahko oklepa? Kako se Anne spopada z žalovanjem za izgubo očeta, medtem ko on še vedno živi in diha pred njo? OČE se toplo spogleduje z resničnim življenjem, z ljubečim razmislekom o živahnem človeškem stanju; pretresljiv in brezkompromisno ganljiv - film, ki se ugnezdi v resnici naših lastnih življenj.



2.3 Motnje v kognitivnih procesih

Nekaj predlogov
Filmi o demenci



2.4 Depresija



2.4 Depresija

Klinična depresija: dolgotrajna in dovolj huda, da ovira normalno delovanje.

Pri klinični depresiji ne gre le za "občutek žalosti" - oseba je zaradi bolezni dejansko nesposobna, kar pomeni, da ji primanjkuje duševne in telesne energije.

Depresivna oseba lahko kaže kognitivne in vedenjske spremembe: pomanjkanje motivacije, motnje volje, nezainteresiranost, izguba apetita, somatizacija, telesne bolečine, razdražljivost, težave s koncentracijo, težave s spanjem, izguba veselja do življenja, telesna šibkost, težave pri druženju s prijatelji, sodelavci in družino.

2.4 Depresija

Prizadeta področja pri depresiji

Naklonjenost (žalost, jok, razdražljivost, žalosten videz)

Motivacija (zmanjšano zanimanje za dejavnosti)

Fizično in motorično delovanje (izguba apetita, sprememba vzorca, nejasne somatske težave)

Spoznavanje (predvidevanje neuspeha, izražanje in verbalizacija neuspeha in samovrednotenja, težave s koncentracijo)

2.4 Depresija

Starejši ljudje so izpostavljeni večjemu številu depresivnih dogodkov, ki so posledica:

- stresnih in negativnih dogodkov (npr. izguba ljubljene osebe)
- Bolezni in neželeni učinki zdravil;
- Izguba funkcionalnih in kognitivnih sposobnosti;
- Finančnih težav;
- Socialnih vprašanj in vprašanj odnosov.
- Postopek neprekinjene izgube;
- (ne)Prilagoditve procesu staranja



2.4 Depresija

Z izkustvenega vidika so starejši ljudje v položaju nenehnih izgub.

Za nastanek depresije pri starejših so običajno pomembni trije glavni dejavniki:

- a) **Okoljski dejavniki:** izolacija in pomanjkanje socialnih stikov, odsotnost dela, smrt zakonca ter socialno in poklicno razvrednotenje;
- b) **Genetske determinante:** osebe, ki so nagnjeni k depresiji v poznejših letih;
- c) **Organski dejavniki:** nanašajo se na veliko število različnih organskih bolezni, ki lahko povzročijo simptome te bolezni.

2.5 Nespečnost

Nespečnost je opredeljena kot težava pri uspavanju ali ohranjanju spanca, pri čemer se lahko količina in/ali kakovost spanca v celoti ali delno zmanjša. Razvrstimo jo lahko na začetno, vmesno ali končno, glede na trajanje pa na prehodno (< 1 mesec), kratkotrajno (1-6 mesecev) ali kronično (> 6 mesecev).



2.5 Nespečnost

Dejavnike, ki prispevajo k težavam s spanjem v starosti, lahko razvrstimo v naslednje skupine:

- 1) bolečine ali fizično nelagodje;
- 2) okoljski dejavniki;
- 3) čustvene neprijetnosti.
- 4) spremembe vzorca spanja (pritožbe, povezane s časom, ki ga preživite v postelji brez spanja, težave pri ponovnem spanju, krajše trajanje nočnega spanja, daljša latenca spanja in jutranje prebujanje prej, kot bi si želeli).

Prevladujeta tudi zaspanost in dnevna utrujenost s povečanim številom dremežev.

2.5 Nespečnost

Notranje motnje spanja:

- Psihofiziološka nespečnost
- Sindrom apneje med spanjem
- Sindrom nemirnih nog

2.5 Nespečnost

Zunanje motnje spanja:

Vrste značilnosti	
Pogoji spanja	Lahkotnost, hrup, temperatura, sostanovalec, neprimerne dejavnosti v postelji, zaužitje hrane in tekočine pred spanjem, čas za uporabo diuretikov.
Psihosocialni dejavniki	Žalovanje, upokožitev Spremembe v socialnem okolju (izolacija, institucionalizacija, finančne težave)
Vedenjski dejavniki	zmanjšanje telesne dejavnosti in izpostavljenosti sončni svetlobi

2.5 Nespečnost

Higiena spanja

Redni čas odhoda v posteljo in vstajanja

Pomembno je, da upoštevate ta čas, tudi ob koncih tedna, saj to ugodno vpliva na delovanje biološke ure.

Spremembe navad lahko motijo spanje.

Priprava okolja

Prevelika vročina in mraz močno vplivata na spanje, zato poskusite v sobi vzdrževati prijetno temperaturo. Hrup je lahko vzrok za slabše spanje.

Kdaj:

- veliko svetlobe: zatemnite prostor
- veliko hrupa: odpravite ali zmanjšajte hrup

2.5 Nespečnost

Higiena spanja

Kaj jesti pred spanjem

Pred spanjem poskusite jesti lažje obroke in ne hodite spat takoj po jedi. Idealno je počakati približno 1 uro.

Ne kadite pred spanjem

Nikotin spodbuja nespečnost in neprebujen spanec.

Sprostite se

Pred spanjem poskusite sprostiti telo in um. Nikoli ne poskušajte reševati težav pred spanjem.

2.6 Samomor



2.6 Samomor

Samomorilne misli

To so misli in spoznanja o samouničenju, o končanju lastnega življenja. V hierarhičnem polmeseču se lahko samomorilne ideje gibljejo od splošnih misli o smrti do resnejših idealizacij o pravih načinih samomora.

V vseh državah je med starostniki najvišja stopnja samomorov v starosti nad 75 let (WHO). Starejši odrasli pogosto poskušajo narediti samomor, da bi se izognili življenju, polnemu bolečin in trpljenja.

Samomor med starejšimi je pomemben javnozdravstveni problem.

2.6 Samomor

Število samomorov je tradicionalno višje med starejšimi.

Obstajajo tri glavne kategorije dejavnikov tveganja:

- Posameznik
- Družbeno-kulturni dejavniki
- Situacijski dejavniki



2.6 Samomor – dejavniki tveganja

- **Starost**

Na Portugalskem se približno 50 % samomorov zgodi po 64. letu starosti (predvsem moški).

- **Zakonski stan**

Najbolj ogroženi so samski, ovdoveli ali razvezani ljudje.

- **Duševna motnja**

Najpogostejši dejavnik tveganja je depresija. Raziskave kažejo, da 4 % bolnikov s katero koli vrsto depresije in približno 15 do 20 % bolnikov s hudo depresijo umre zaradi samomora, pri čemer so bolj prizadeti moški in starejši.

- **Odpornost in ranljivost osebnosti**

Značilnosti, ki so pogosto povezane s tveganjem, so sovražnost, nemoč, odvisnost, rigidnost in perfekcionizem. Visoka stopnja brezupnosti z ali brez depresije je povezana s povečanim dejavnikom tveganja.

- **Telesne bolezni**

Telesna bolezen lahko poveča tveganje, zlasti če je povezana s funkcionalnimi primanjkljaji, spremembami telesne podobe, kronično bolečino, odvisnostjo od drugih.



2.6 Samomor - dejavniki tveganja

Socialna izolacija

Staranje prebivalstva ter nezadostna družinska in socialna podpora močno vplivajo na osamljenost starejših.

Spremembe v družbeni strukturi, za katere sta značilna vse večji individualizem in izguba sosedске solidarnosti, poudarjajo prejšnje ranljivosti.



2.6 Samomor – dejavniki tveganja

Situacijski dejavniki

revščina, nizek družbeni položaj, težave v družini in brezup.

Nedavni negativni življenjski dogodki

razveza, vdovstvo, pomembne izgube v odnosih, izguba socialno-ekonomskega statusa, spolno ali fizično zlorabo in nasilje v družini.

Zloraba snovi

Zloraba snovi je ena najpogostejših oblik samomora, zlasti med ženskami in starejšimi.

Anksiolitiki, zlasti benzodiazepini, se v večji meri predpisujejo ženskam in starejšim, ki predstavljajo skupino zdravil, ki se najpogosteje uporabljajo pri poskusih samomora, samostojno ali skupaj z alkoholom



2.6 Samomor

Tipična miselnost

- "Najbolje je izginiti zavedno..." - POBEG
- "Nimam več moči, obupal bom..." - ZGORČENOST
- "Počutim se nekoristen, nekoristen sem..." - STRES
- "Nikomur ne bom dal več dela..." - ŽRTVOVANJE
- "Še vedno boš obžaloval...!" - SOVRAŽNOST/ MAŠČEVANJE

2.6 Samomor

Poslovilna pisma in zapiski

"Poskusi razumeti, ne morem več..."

"Utrujen sem od vsega, utrujen..."

"Odpusti mi vse, kar sem storil narobe..."

"Tako je bilo bolje, ne trpite več..."

2.6 Samomor

Znaki za nevarnost

- Grožnja s samomorom ali potrditev želje ali namena umreti
- prejšnji poskus samomora
- Depresija
- Alkoholizem
- Pomembne spremembe v vedenju
- Sodelovanje pri zaključnih pripravah

2.6 Samomor

Zaščitni dejavniki:

- **Individualni dejavniki:** sposobnost reševanja problemov in konfliktov, pobuda pri prosbi za pomoč, pojmovanje osebne vrednosti, odprtost za nove izkušnje in učenje, razvite komunikacijske strategije, zavezanost življenjskim projektom;
- **Družinski dejavniki:** dobri odnosi v družini, podpora in pomoč v družini, zaupni odnosi;
- **Socialni dejavniki:** zaposlitev, lahek dostop do zdravstvenih storitev, povezovanje med različnimi ravni zdravstvenih storitev in partnerstva z ustanovami, ki zagotavljajo socialne storitve in storitve skupnosti, kulturne vrednote, pripadnost določeni religiji.

2.7 Zloraba snovi



2.7 Zloraba snovi

Starejši ljudje so dejansko veliki uporabniki (zakonito predpisanih) hipnotičnih (tj. uspavalnih) in pomirjevalnih zdravil, njihova zloraba pa je najpogostejši vzrok za sprejem na urgenco v ameriških bolnišnicah.

V mnogih primerih je razlog za to, da starajoče se telo ne more pravilno presnavljati zadevnega zdravila, kar vodi v resne zdravstvene težave.

Še bolj škodljivo je prekomerno uživanje alkohola.

Študije na splošno potrjujejo, da starejši moški pogosteje zlorablajo alkohol, starejše ženske pa zdravila na recept.

(Hamilton, 2002)

3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje



3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje

Izolacija, povezana z:

- Upokojitvijo, vdovstvom in slabšim zdravjem
- Krčenjem socialne mreže
- ekonomskimi, socialnimi in družinskimi spremembami skupaj s spremembami in/ali izgubo intelektualnih sposobnosti
- Zmanjšano možnostjo sodelovanja v skupnosti

Upokojitev povzroči zmanjšanje dohodka.

Ljudem izolacija odvzema številne pomembne vloge in vpliva na odnose, na katerih je bila zgrajena njihova identiteta.

3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje

Socialna diskriminacija

V družbi prevladujejo prepričanja, ki cenijo mlade, vendar pogosto povzročajo razvrednotenje starejših, ki lahko postanejo žrtve socialne izključenosti (Veloz, Nascimento-Schulze in Camargo, 1999).

O starejših obstajajo številni stereotipi, in sicer:

- "Starejši ljudje se ne morejo učiti"
- "Starost je nekakšno "drugo otroštvo"
- "Starejši ljudje so konservativni, neprilagodljivi in se upirajo spremembam."
- "Povečanje števila starejših v populaciji povzroča povečanje stroškov zdravstvenih storitev in socialne varnosti."
- "To ni več za vašo starost"

Ageizem: oblika diskriminacije na podlagi starosti, ki se običajno pojavlja v zvezi s starejšimi ljudmi.

3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje

Socialna diskriminacija

Ageizem se začne doma, v družini, z načinom, kako mlajši sorodniki bolj ali manj zavestno dojemajo/sprejemajo starejše ljudi ("tudi dedek lahko gre ..."), in se razširi na celotno družbo. Včasih s predsodki, drugič z diskriminacijo (resnejši odnos, poln sovražnosti).

(Fonseca, 2005)



3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje

Socialna diskriminacija

Posledice "staranja" za starejše:

- dojemanje nesposobnosti in nezmožnosti;
- sprejemanje manj aktivnega vedenja (fizično in mentalno)
- "Gerontofobija" - odnos, ki je posledica poskusa zanikanja lastnega staranja.
- Vpliv na samospoštovanje, dobro počutje in kakovost življenja



3. Izolacija, socialna diskriminacija in vključevanje

Vključevanje – politično in socialno delovanje

- Ustrezno usposabljanje za formalne in neformalne negovalce/oskrbovalce
- Posredovanje pri mlajših generacijah (vključitev informacij o življenjskem ciklu v učni načrt, vzgoja za pozitiven pogled na staranje; razvoj medgeneracijskih programov in neposredno delo s starejšimi - na trgu dela, prostovoljstvo ...).
- Starostnikom prijazna mesta, prilagojena stanovanja, ustrezni zunanji prostori, ustrezen promet, podpora skupnosti in zdravstvenega varstva, spodbujanje socialne vključenosti starejših, spodbujanje njihove socialne vključenosti, spodbujanje spoštovanja starejših, ustvarjanje delovnih mest, prilagojenih starosti in staranju...



4. Institucionalizacija in oskrbovalci - psihoafektivni učinki



4. Institucionalizacija in oskrbovalci - Psihoafektivni učinki

Kdo so starejši ljudje, ki živijo v domovih za ostarele?

Ali so se za bivanje v ustanovi odločili sami?

Osebna izbira, "potisnjenost", neizogibnost (socialne, finančne, zdravstvene razmere)...

4. Institucionalizacija in oskrbovalci - Psihoafektivni učinki

Institucionalizacija

"Socialni odziv, razvit v objektu, ki je namenjen kolektivnemu bivanju, za začasno ali stalno uporabo, za starejše osebe ali druge osebe z večjim tveganjem izgube samostojnosti in/ali avtonomije"

V nekaterih primerih je namestitev v dom za starejše zadnja in najustreznejša rešitev:

"Institucionalizacija se za družino ali starejše brez družine običajno pojavi kot zadnja možnost, ko vse druge niso izvedljive"

4. Institucionalizacija in oskrbovalci - Psihoafektivni učinki

Ključni vidiki oskrbe starejših

- Odzivanje na osebne potrebe
- Spodbujanje družabnih stikov
- Spodbujanje avtonomije
- Spodbujanje sprejemanja tveganja
- Spodbujanje samospoštovanja
- Spoštovanje individualnosti
- Zaščita zasebnosti



4. Institucionalizacija in oskrbovalci - Psihoafektivni učinki

Ključni vidiki oskrbe starejših

Znanje, potrebno za delo z odvisnimi starejšimi osebami

- Normalno staranje: biološke, psihološke in družbene spremembe
- Duševne motnje, vključno z demencami
- Motnje razpoloženja in tesnobe
- Spremembe v staranju, ki zahtevajo psihiatrično zdravljenje: vrste zdravljenja, zdravila, medsebojno delovanje zdravil
- Socialne in telesne težave: žalovanje, izguba vloge, telesne bolečine, motnje spanja itd.

4. Institucionalizacija in oskrbovalci-

Psihoafektivni učinki

Ključni vidiki oskrbe starejših

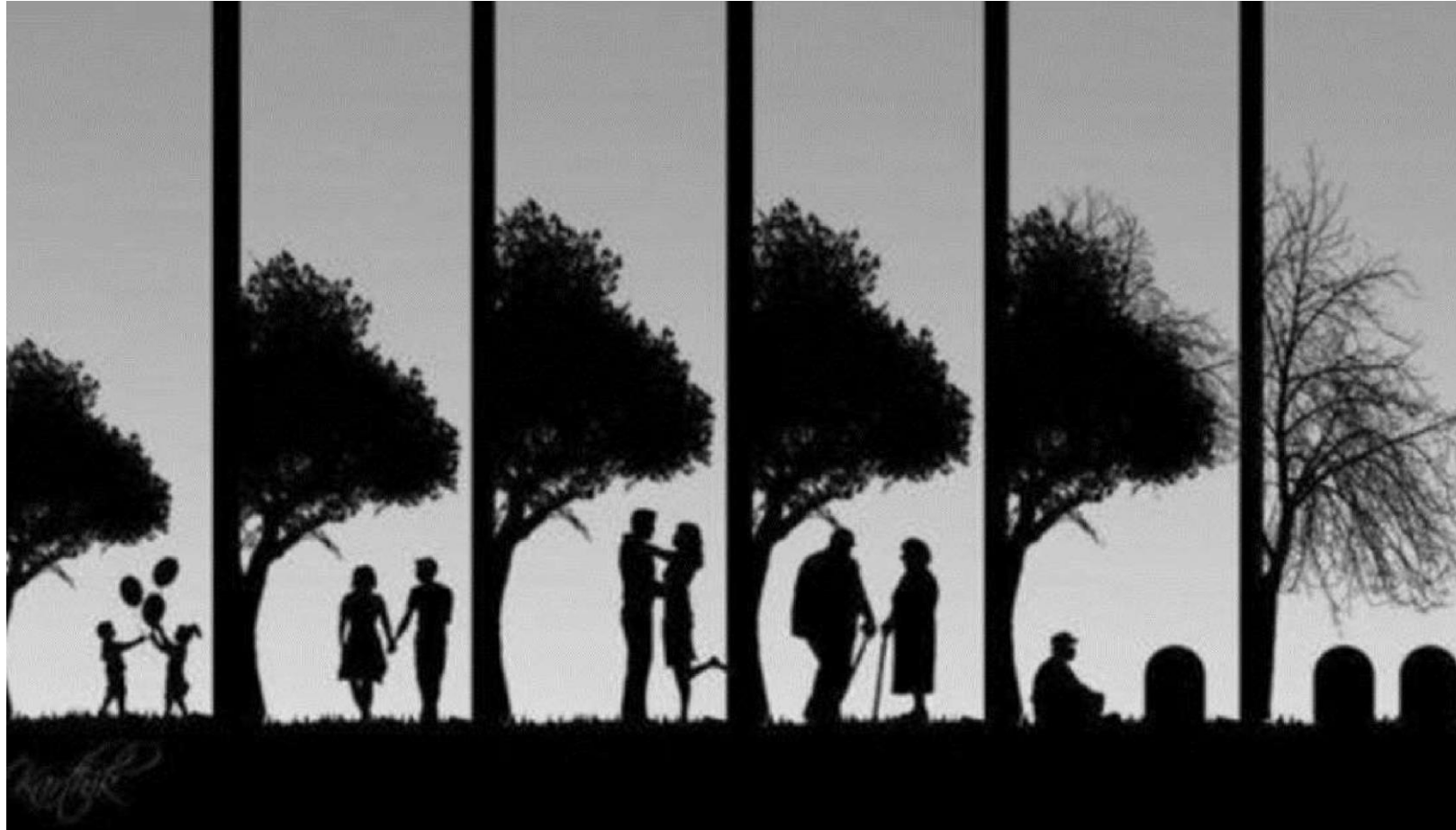
Osebnostne lastnosti za delo z odvisnimi starejšimi osebami

- Sposobnost soočanja z lastnimi občutki glede staranja
- biti sposoben prilagodljivega in širokega delovanja
- Uživanjev delu v skupini z drugimi strokovnjaki
- potrpežljivost in sposobnost informiranja ter podpore pri zdravstvenih in socialnih odločitvah
- Sprejemanje omejenih terapevtskih ciljev (ne obupajte)
- Vrednotenje majhnega napredka
- Sposobnost ohranjanja optimizma ob slabi napovedi
- Pogled na starejšega kot na razvijajočega se posameznika



4. Institucionalizacija in oskrbovalci- Psihoafektivni učinki

- Popolna poslušnost pravilom institucije
- Odsotnost intime in zasebnih prostorov: včasih ni posameznih sob, pohištva ali osebnih predmetov, omara ali nočna omarica je urejena po strogih merilih in se redno pregleduje itd;
- Pomanjkanje osebnega ritma: vsi uporabniki so prisiljeni živeti po enakih urnikih, določenih glede na organizacijo dela;
- Depersonalizacija: zelo pogosto vključuje socialno identiteto in videz (pogosto frizuro, izbiro oblačil itd.);
- Natančen nadzor zunanjih odnosov: prepovedani ali odobreni odhodi kot nagrada, omejene pravice do obiska, ki so odvisne od dobre volje skrbniki itd.



Bibliografija

- Austin, M. C.A. (2009). Kulturni kontekst kliničnega dela s starajočimi se skrbniki. In Qualls, S.H & Zarit, S.H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (str. 45-60). Canada: Serija . Urednica, SaraHonn Qualls.
- Baltes, P.in J.Smith (2003). *Nove meje v prihodnosti staranja: od uspešnega staranja mladih starih do dilem četrtega življenjskega obdobja*. Gerontologija, 49, 2, 123-135.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Geib, L.; Neto, A.; Wainberg, R; Nunes, Magda (2003). Sono e envelhecimento. R. Psiquiatr. RS,25'(3): 453-465
- Hamilton, I. S.(2002). *Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Kanada: ARTMED, São Paulo.
- Liu, W. in Thompson, D. G(2009). Impact of Dementia Caregiving: (Risks, Strains, and Growth). In Qualls, S.H & Zarit, S.H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (str. 61-83). Canada: Urednica serije, SaraHonn Qualls.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas De Orientação Para A Prática Profissional Intervenção Psicológica Com AdultosMaisVelhos. Na* *voljo na:* <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2643>
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In Malloy-Diniz, L. Fuentes, DConsenza,R (Eds). *Neuropsicologia do Desenvolvimento. Uma abordagem Multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Stephens, M. A. P& F, M. M. (2009). Vse v družini: H& Zarit, S.H. (ur.), *Aging Families and Caregiving* (str. 61-83). Canada: SaraHonn Qualls, urednica serije.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade De Vida Em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório E Implementação-piloto de um Programa de Intervenção*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.



Hvala!

