



A2.2 – Zasoby edukacyjne dla nauczycieli

Tytuł << Materiały lekcyjne >>

Moduł: 1. PODSTAWOWE POJĘCIA W CAREGIVING

Podmoduł: 1.6 - ASPEKTY PSYCHOSPOŁECZNE I WŁĄCZENIE



Wprowadzenie

Moduł	PODSTAWOWE POJĘCIA W OPIECE
Podmoduł	Aspekty psychospołeczne i włączenie społeczne
Lekcja nr.	#6
Czas trwania (w minutach)	300 minutes
Data	

Efekty uczenia się, opiekun:

1. Potrafi zidentyfikować główne psychologiczne aspekty opieki nad dorosłymi
2. Potrafi zidentyfikować główne zagrożenia psychologiczne
3. Rozumie znaczenie psychologii opieki jako kluczowej kompetencji

Streszczenie:

1. Aspekty psychologiczne w opiece
 - 1.1. Psychologia dorosłych i osób starszych
 - 1.2. Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów
 - 1.3. Psychologia opiekuna

2. Ryzyko psychologiczne
 - 2.1. Stres w starszym wieku
 - 2.2. Zaburzenia lękowe
 - 2.3. Zaburzenia procesów poznawczych
 - 2.4. Depresja
 - 2.5. Bezsenna
 - 2.6. Samobójstwo
 - 2.7. Nadużywanie substancji

3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne

4. Instytucje opiekuńcze i opiekunowie - skutki psycho-afektywne.

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych



1.2 Psychologia dorosłych i osób starszych

Bez względu na kulturę, rasę czy płeć, jakie są mity/stereotypy i prawdy o osobach starszych



	Fałsz	Prawda
Osoby starsze, mimo że nie są chore, nie są w stanie się rozwijać i wykazują niezdolność do nauki.	✗	
Starość odpowiada rodzajowi "drugiego dzieciństwa" (niemowlęstwo, zależność i redukcja indywidualnej odpowiedzialności).	✗	
Osoby starsze są odpowiedzialne za szeroką gamę wiedzy przekazywanej ustnie, z pokolenia na pokolenie		✗
Osoby starsze są postrzegane jako mające ograniczoną siłę inicjatywy i trudności w przyjmowaniu nowych projektów.	✗	
Osoby starsze wykazują zachowawcze, nieelastyczne i odporne na zmiany zachowań.	✗	
Osoby starsze przyczyniły się do rozwoju społeczeństwa, honorowały swoje zobowiązania		✗

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Koniec dorosłego życia i początek starzenia się: kiedy się zaczyna



- Indeks typów chronologicznych: bardziej arbitralny, zazwyczaj okres wieku średniego wynosi od 40 do 60 lub 65 lat
- Indeks związany z wydarzeniami biologicznymi i społecznymi: Rosnące poczucie, że mamy ograniczony czas na życie i osiągnięcie naszych celów, jest prawdopodobnie najważniejszym "kryterium", że się starzejemy. Ciało, społeczeństwo, inni, wysyłają "znaki"/"komunikaty", że proces starzenia się jest w toku, gdy zachodzą następujące zmiany:
- Zmiany w obrazie ciała "ja": natury fizycznej (sucha skóra, pomyłka, wypadanie włosów, siła, wytrzymałość), zmiany snu, waga, choroby, między innymi;
- Zmiany w życiu zawodowym: osiągnięcie szczytu kariery zawodowej, nagłe bezrobocie lub przejście na emeryturę;
- Zmiany w życiu rodzinnym: opuszczenie domu przez dzieci, potrzeba pomocy najstarszym członkom rodziny, śmierć rodziców, nowa rola dziadka/babci, wdowieństwo.
- Zmiany w życiu codziennym.

Zmiana nie jest równoznaczna z niepełnosprawnością!

(Neugarten & Datan, 1974, Cit. In. Gpmnseca, 2005)

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Pojęcia:

Starzenie się: jest procesem uniwersalnym, uwarunkowanym genetycznie dla osobników gatunku (normalne starzenie się). Proces ten rozpoczyna się wkrótce po osiągnięciu dojrzałości płciowej i przyspiesza od piątej dekady życia, naznaczonej zaprzestaniem lub zmniejszeniem możliwości rozmnażania gatunku oraz typowymi zmianami fizjologicznymi i morfologicznymi. (Neri, 2013)

Starość: Termin o znaczeniu zasadniczo socjologicznym i antropologicznym. Przez starość należy rozumieć pojęcie, o którym mowa: sposób, w jaki każde społeczeństwo konceptualizuje tę fazę cyklu życia, do konstrukcji społecznej wpisanej w dany kontekst historyczny

(Fernandes, 1997 e Lima & Viegas, 1988 Cit. In. Fonseca. 2005)

Podeszłym wieku: Osoby tak nazwane w danym kontekście społeczno-kulturowym, ze względu na różnice w wyglądzie, sile, funkcjonalności, produktywności i wydajności podstawowych ról społecznych w porównaniu z osobami dorosłymi w podeszłym wieku. (Neri, 2009 Cit. In. Fonseca. 2005)

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych



Starzenie się i rozwój to dwa równoległe i powiązane ze sobą procesy, dwie strony tej samej ścieżki życia.

(Fonseca, 2005)

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

1 połowa XX wieku:

Rozwój odbywa się "wewnątrz" osoby z sekwencją wzrost-stabilność-rozpad.

Nacisk kładziony jest na dzieciństwo / okres dojrzewania i etapy rozwojowe

Organiczność

Korzeń biologiczny

Etapach

Etapy następują po sobie jednokierunkowo

Ścieżka hierarchiczna, sekwencyjna, uniwersalna

Cele końcowe

Piaget, Freud...

2 połowa XX wieku:

Rozwój jako interakcja sił "wewnętrznych" i "zewnętrznych" – rozwój przez całe życie

kontekstualizm

Społeczne i historyczne włączenie jednostki

Transakcje indywidualno-środowiskowe

Wzajemności

Plastyczność

Brak ostatecznych celów

Podejścia: ekologiczne, kontekstualistyczne, life-length

Z perspektywy rozwoju przez całe życie starzenie się nabiera zupełnie nowego znaczenia.

(Fonseca, 2005)

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Perspektywa cyklu życia Paula B. Baltesa(1939–2006)



1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Podejście rozwojowe dotyczące długości życia

- Rozwój człowieka jest procesem ciągłym: gdy ludzie poruszają się przez życie, nieustannie doświadczają procesów zmiany, przejścia i adaptacji - zachodzą procesy ciągłości (skumulowane) i nieciągłości (innowacyjne):
Procesy te skutkują pojawieniem się nowych zachowań, nowych relacji oraz nowego postrzegania siebie i rzeczywistości.
- Rozwój jest wielowymiarowy (zmiany biologiczne, poznawcze i społeczno-emocjonalne)
- Rozwój jest multidyscyplinarny (rozwój musi być postrzegany i badany w różnych wymiarach - biologii, psychologii, neurologii, socjologii)
- Rozwój jest wielokierunkowy: różnorodność i pluralizm w kierunku zmian, nawet w tej samej domenie w tym samym okresie rozwoju, niektóre wymiary rozwoju poznawczego i społeczno-emocjonalnego mogą wykazywać wzrost, inne, ale zmniejszają się.

(Fonseca, 2005)

1.2 Psychologia dorosłych i osób starszych

Podejście rozwojowe dotyczące długości życia

- **Potencjał plastyczności:** Odrzuca jakąkolwiek formę determinizmu i proponuje "plastyczne" rozumienie rozwoju człowieka (integracja wymiarów społecznych, biologicznych i behawioralnych w "produkcji" tego rozwoju)

Osoba jest producentem własnego rozwoju

- Ponieważ istnieje potencjał plastyczności, istnieje również:
- możliwość interwencji w rozwój psychologiczny każdej osoby przez całe życie
- potencjał zmian rozwojowych. Zmiana jest następująca:
 - Ciągły
 - Narastający
 - Nacelowany
 - Wyróżnikiem
 - Zorganizowany
 - Holistyczny

(Fonseca, 2005)

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Podjęcie rozwojowe dotyczące długości życia

- Wzajemna interakcja organizm-środowisko działa na rozwój, biorąc pod uwagę istnienie zysków i strat rozwojowych
- Nie ma z góry zdefiniowanych i uniwersalnych etapów, psychologia cyklu życia wskazuje na poszukiwanie udanej adaptacji między organizmem a środowiskiem jako konkretny cel rozwoju.

Adaptacja ta rozumie, że proces rozwoju stanowi wspólne występowanie:

"zyski" (które przekładają się na wzrost);

"straty" (które przekładają się na spadek) w zdolności adaptacyjnej.

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Podejście rozwojowe dotyczące długości życia

Trzy ogólne funkcje adaptacyjne zaangażowane w rozwój człowieka:

- **Wzrost:** coraz bardziej złożone zachowania, które pozwalają osiągać coraz wyższe poziomy zdolności adaptacyjnych
- **Konserwacja:** zachowania zapewniające stabilność funkcjonalną w obliczu zdarzeń lub strat zagrażających życiu;
- **Regulacja strat:** zachowania organizujące funkcjonowanie na "podstawowych poziomach" adaptacji



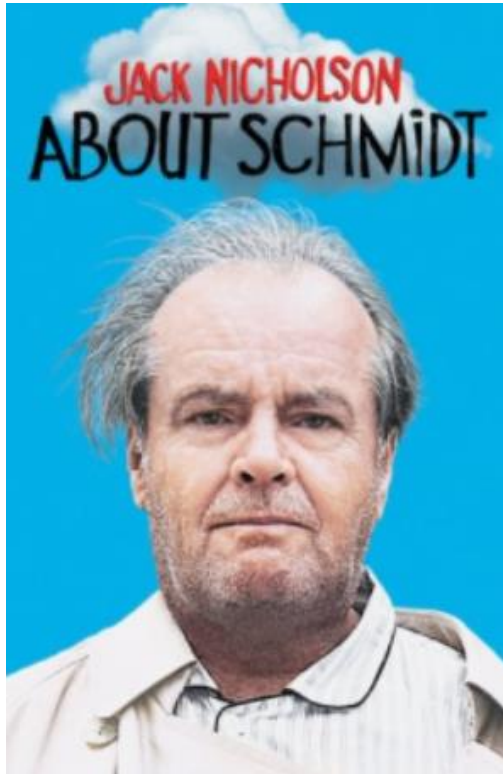
Wprowadzenie modelu SOC opracowanego przez Baltes e Baltes (1980)

Proces adaptacyjny opiera się na modelu złożonym z trzech interaktywnych mechanizmów – "selekcji, optymalizacji i kompensacji" (model SOC). Zgodnie z tym modelem możliwe jest zidentyfikowanie i dobranie potencjalnych obszarów oraz optymalizacja ich funkcjonowania, kompensując awarie w obszarach o większym upośledzeniu funkcjonalnym. (Santos et al., 2008).

- **Selekcja:** Rozwój preferencji; Określenie celów i pożądaných rezultatów;
- **Optymalizacja:** nabywanie, stosowanie i doskonalenie użytecznych środków i zasobów w celu osiągnięcia wysokiego poziomu funkcjonowania
- **Odszkodowanie:** wytwarzanie funkcjonalnych reakcji na wystąpienie strat mogących zagrozić realizacji celów rozwojowych

(Fonseca, 2005)

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych



Jack Nicholson wciela się w Warrena Schmidta, mężczyznę, który dryfuje po przejściu na emeryturę i nagłej śmierci żony. Niepewny swojej przyszłości, a także przeszłości, Warren pakuje swoje 30-metrowe Winnebago, aby wyruszyć w podróż przez równiny Nebraski, aby wziąć udział w ślubie swojej córki (Hope Davis) ze sprzedawcą łóżka wodnego (Dermot Mulroney). Ale każdy krok, który podejmuje, wydaje się zły, a Warren wydaje się skazany na zakończenie swojego życia tak, jak je przeżył: porażkę. Ale po drodze Warren opowiada o swojej podróży i dzieli się swoimi spostrzeżeniami z nieoczekiwanym przyjacielem - biednym tanzańskim chłopcem, którego sponsoruje za 73 centy dziennie. W swoich długich listach do chłopca Warren zaczyna widzieć siebie i życie, które przeżył, z nowymi oczami.

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Pomyślne starzenie się

- WHO broni potrzeby udanego starzenia się, aby przełożyć się na aktywne starzenie się, którego determinantami są:
- aspekty gospodarcze i społeczne
- Zdrowie
- zachowania/styl życia
- biologia/genetyka
- środowisko fizyczne, w którym mieszkasz

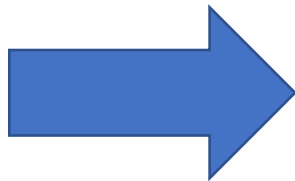
WHO twierdzi, że aktywne starzenie się jest procesem optymalizacji opartym na trzech filarach – zdrowiu, uczestnictwie i bezpieczeństwie, które mają na celu poprawę jakości życia w miarę starzenia się ludzi.

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Aktywne starzenie się

Wskaźniki sukcesu dla aktywnego starzenia się:

- Wysoka funkcjonalna zdolność/niezależność i pozytywna adaptacja
- Zadowolenie z życia,
- Długowieczność
- Brak niepełnosprawności,
- Domena/wzrost,
- Aktywne uczestnictwo społeczne,

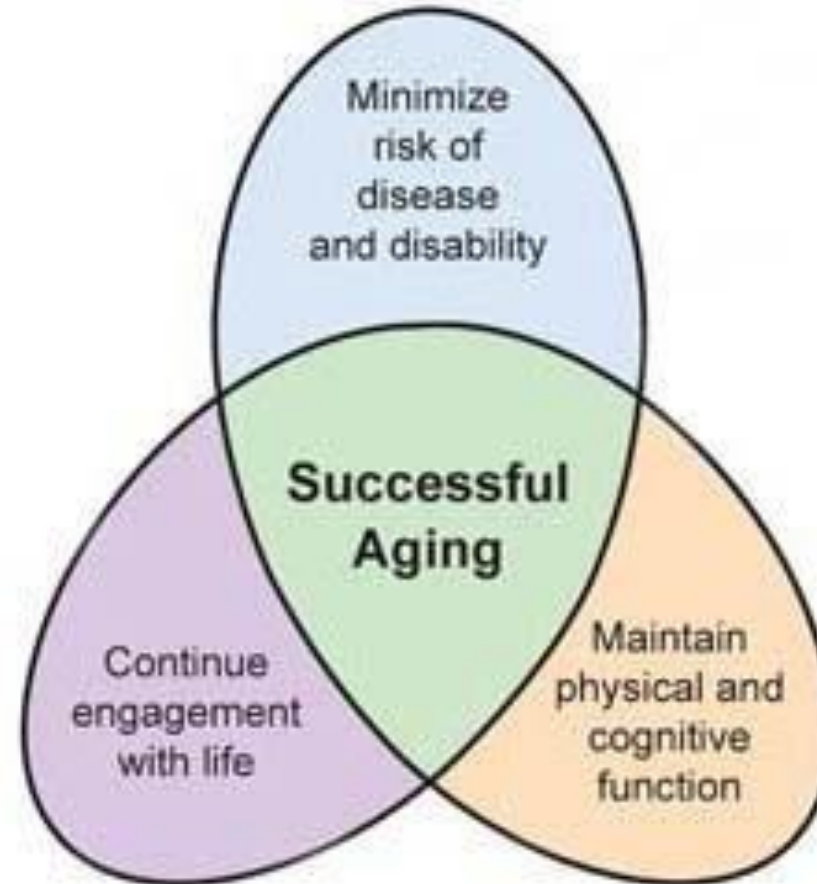


Predyktory:

- wysoki poziom wykształcenia;
- regularna praktyka aktywności fizycznej;
- poczucie własnej skuteczności;
- uczestnictwo społeczne i brak chorób przewlekłych.

1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Rowe e Kahn Model (1997)



1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

Aktywne starzenie się - Znaczenie profilaktyki i stylu życia

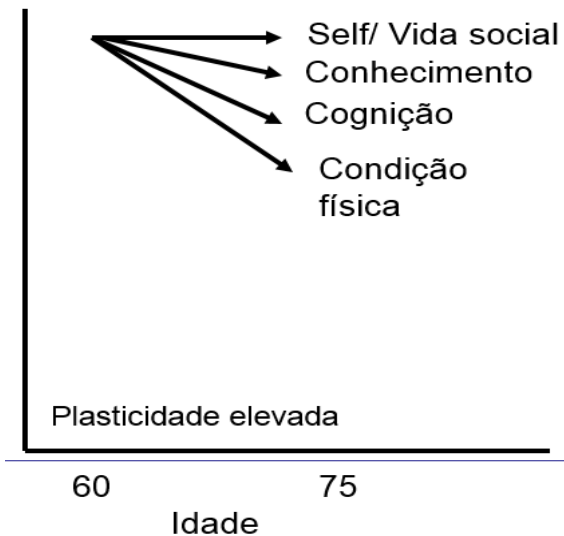
- Przyjęcie zdrowego stylu życia (dieta, ćwiczenia fizyczne)
- Pozostań aktywny poznawczo (miej optymistyczne nastawienie, bądź kreatywny i pozostań zainteresowany rzeczami)
- Utrzymuj wspierającą sieć społecznościową i utrzymuj kontakt z innymi
- Utrzymywanie zdrowej relacji umysł-ciało (np. medytacja, wzrost duchowości)
- Utrzymuj dobre nawyki ekonomiczne, aby uniknąć zależności finansowej



1.1 Psychologia dorosłych i osób starszych

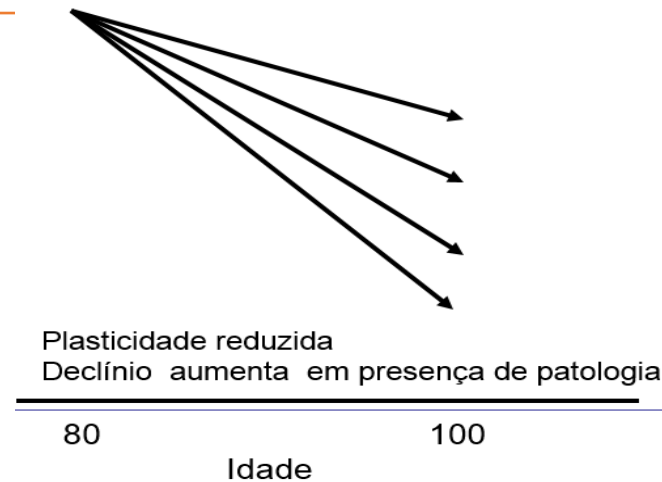
"Dobra wiadomość" o seniorach (ok. 60-80 lat) ?

- Zwiększona oczekiwana długość życia
- Wysoki potencjał utrzymania sprawności (fizycznej i psychicznej)
- Rezerwy poznawcze i emocjonalne
- Wysoki poziom dobrego samopoczucia
- Skuteczne strategie zarządzania zyskami i stratami
- Coraz więcej osób z powodzeniem się starzeje



"Zła wiadomość" o 4 wieku (ok. 80-100 lat)?

- Znaczne straty w potencjale poznawczym
- Nasilone objawy przewlekłego stresu
- Znaczna częstość występowania demencji
- Wysoki poziom kruchości, dysfunkcjonalności i wielochorobowości
-



Jakie są wyzwania związane z długowiecznością dla jakości życia i dobrego samopoczucia

Jak długo będziemy żyć?
Czy chcielibyśmy żyć wiecznie?
Jak daleko można wydłużyć cykl życia?



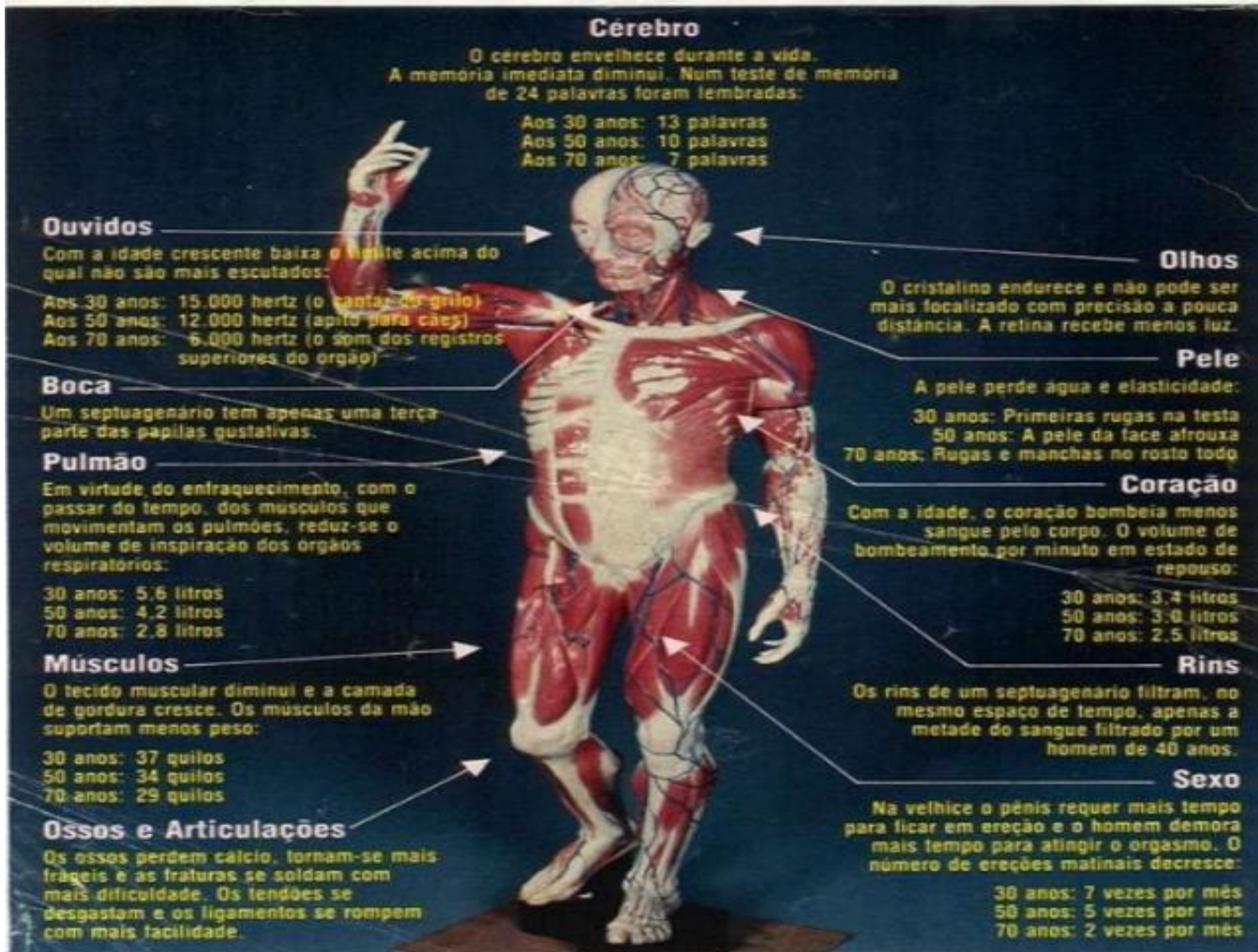
1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów

Biopsychospołeczne ramy starzenia się i osób starszych

- Starzenie biologiczne (starzenie się) obejmuje wszystkie czynniki genetyczne i fizyczne związane ze zdrowiem (odzwierciedla rosnącą podatność na zagrożenia)
- Starzenie się psychologiczne obejmuje wszystkie czynniki percepcyjne, poznawcze, emocjonalne i osobowościowe (zdolność jednostki do samoregulacji w obliczu procesu starzenia się)
- Starzenie się społeczne: obejmuje czynniki interpersonalne, społeczne i kulturowe, które wpływają na rozwój (role społeczne odpowiednie do oczekiwań społeczeństwa)

1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów

- Starzenie biologiczne



1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów

- **Starzenie się psychiczne**

Funkcje poznawcze, które są lepiej zachowane wraz z wiekiem, obejmują aspekty języka i słownictwa, mądrości, rozumowania i innych umiejętności, które zależą głównie od przechowywanych informacji i wiedzy. (Baltes, 1993).

Starsi dorośli wciąż są w stanie uczyć się nowych rzeczy, choć zwykle w nieco wolniejszym tempie niż młodsze osoby. Wiele osób starszych doświadcza zmian w swoich zdolnościach wykonawczych (np. Planowanie i organizowanie informacji) i to oni cierpią z powodu największych zmian w stosunku do innych dziedzin. (West, 1996).

Wolniejsza psychomotoryczność, zmniejszona ogólna prędkość przetwarzania informacji i zmniejszone zdolności kontroli motorycznej to inne zmiany powszechnie związane z normalnym starzeniem się. (Salthouse, 1996; Sliwinski & Buschke, 1999).

1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów

- **Starzenie się psychiczne**

Malejące funkcje pamięci:

pamięć robocza (retencja informacji, która jest wykorzystywana podczas wykonywania innego zadania umysłowego),
pamięć epizodyczna (wyraźne przywoływanie zdarzeń),
pamięć źródłowa (kontekst, w którym informacje zostały poznane)
pamięć krótkotrwała (krótkotrwałe pasywne przechowywanie informacji).

- Zachowane funkcje pamięci:

- pamięć semantyczna (przywoływanie zdobytej wiedzy ogólnej lub faktycznej),
- pamięć proceduralna (uczenie się i przywoływanie kompetencji)
- preaktywacja lub priming (niejawny efekt pamięci, w którym wcześniejsza ekspozycja na określony bodziec wpływa na odpowiedź udzieloną później, gdy jest on prezentowany)

1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów


Starsi dorośli mogą doświadczać objawów fizycznych i poznawczych, które występują w chorobie współistniejącej z chorobą fizyczną.

Chociaż objawy te są często badane i traktowane jako problemy fizyczne, mogą odzwierciedlać podstawowy obraz psychiczny problemów zdrowotnych. (Gallagher - Thompson et al., 2000).

(cit. in. Austin, M. C. A, 2009)

1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów

Od połowy 19 wieku postępy w medycynie przyniosły znaczące zmiany w krajach rozwiniętych: Większa długowieczność i zwiększona częstość występowania przewlekłych schorzeń, stanów niepełnosprawności i całkowitej zależności od innych w zakresie opieki.



Przewlekłe schorzenia, takie jak cukrzyca, choroby układu oddechowego, rak, problemy sercowo-naczyniowe, zapalenie stawów, nadciśnienie, osteoporoza i demencja są znacznie częstsze wśród osób starszych niż wśród młodszych odpowiedników.

Inne stany, takie jak urazy spowodowane upadkami, nietrzymaniem moczu i kruchością, są również powszechnie związane ze starzeniem się i jako takie są czasami określane jako zespoły geriatryczne.

1.2 Psychologia fizyczna i psychiczna pacjentów

W miarę jak jednostki przechodzą w późniejsze lata życia, stają się coraz bardziej podatne na przewlekłe problemy zdrowotne, a także ograniczenia fizyczne i psychiczne związane z tymi schorzeniami.



Będą potrzebować pomocy w wykonywaniu prostszych czynności życia codziennego (ADL).



Potrzeby osób starszych mają
głębokie implikacje dla ich rodzin
(Opiekunowie)

(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psychologia opiekuna



1.3. Psychologia opiekuna

Istnieje dobrze ugruntowana hierarchia określająca, kto stanie się głównym opiekunem.



Główny opiekun: ten, który zapewnia najwięcej opieki. Odpowiedzialność za opiekę zwykle spada najpierw na małżonka chorego starszego.



Dorośle dzieci lub inni członkowie rodziny są często zaangażowani jako **opiekunowie drugorzędni**.

Kiedy małżonek jest niedostępny lub niezdolny do przyjęcia roli głównego opiekuna, to dorośle dzieci przyjmują rolę głównego opiekuna.

(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psychologia opiekuna

Opiekun nieformalny lub rodzinny

Nieformalny opiekun to każda osoba, rodzinna lub nie, która jest odpowiedzialna za pomoc osobie zależnej w jej codziennym życiu, promowanie jej jakości życia, zapewnienie zaspokojenia jej codziennych potrzeb. Są to osoby, które pełnią tę funkcję w sposób nieformalny, bez wcześniejszego szkolenia zawodowego lub jakiegokolwiek stosunku umownego i bez żadnego wynagrodzenia.

Formalny lub profesjonalny opiekun

Formalny opiekun to każda osoba z określonym przeszkoleniem i która odgrywa określoną rolę w całej świadczonej opiece i która jest normalnie opłacana. Ta typologia opieki może obejmować opiekę świadczoną przez instytucje publiczne, za które nie można dokonać płatności, ale która wchodzi w zakres opieki formalnej (np. Świadczenie opieki zdrowotnej).

1.3. Psychologia opiekuna

Jakie są motywacje do opieki?

- W wyniku relacji wiążących nawiązanych od dzieciństwa
- Altruizm i wzajemność
- Poczucie obowiązku (obowiązek społeczny i moralny)
- Nagroda materialna - korzyści finansowe
- Unikanie instytucjonalizacji



1.3. Psychologia opiekuna

Rodzaje opieki

- Wsparcie emocjonalne i doradztwo
- Pomoc instrumentalna, taka jak sprząatanie, gotowanie, pranie itp.
- Higiena osobista, np. prysznic, ubieranie się, chodzenie do łazienki, pomoc w chodzeniu, leki
- zarządzanie finansami
- Podejmowanie decyzji dotyczących opieki nad formalnymi świadczeniodawcami, takimi jak pielęgniarce i pomocnicy
- bezpośrednia pomoc finansowa



1.3. Psychologia opiekuna

Opiekunowie poświęcają czas, energię, zasoby emocjonalne i finansowe, aby zaspokoić potrzeby osoby, którą należy się opiekować.

- Ryzyka związane z procesem opieki:
- Ryzyko finansowe;
- Zagrożenia społeczne;
- Ryzyko psychologiczne



(Liu & Thompson, 2009)

1.3. Psychologia opiekuna

Ryzyka związane z procesem opieki:

Ryzyko fizyczne

Opiekunowie konsekwentnie zgłaszają pogorszenie ogólnego stanu zdrowia i zwiększone problemy zdrowotne, które również przyczyniają się do zachorowalności psychicznej w postaci zwiększonej depresji.



(Schulz et al., 1995; Vitaliano, Scanlan, Krenz, Schwartz e Marcovina, 1996). (Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

1.3. Psychologia opiekuna

Ryzyka związane z procesem opieki:

Ryzyko finansowe

- Kwestie ekonomiczne związane z zapewnieniem opieki mogą być uciążliwe, szczególnie dla opiekunów choroby Alzheimera lub demencji.
- Wielu opiekunów dokonuje dużych poświęceń finansowych, zarówno w bezpośrednich wydatkach, jak i przy zmniejszonych zarobkach, aby opiekować się - w wyniku swoich obowiązków opiekuńczych musieli później iść do pracy, wyjść wcześniej lub wziąć urlop w ciągu dnia, aby zapewnić opiekę .
- Opiekunowie osób z demencją zgłaszają większą potrzebę mniej wymagającej pracy, wcześniejszego przejścia na emeryturę, utraty świadczeń pracowniczych lub całkowitej rezygnacji z pracy niż inni opiekunowie (Ory et al., 1999).

1.3. Psychologia opiekuna

Ryzyka związane z procesem opieki:

Zagrożenia społeczne

- Relacje rodzinne zmieniają się, gdy opieka musi być bardziej intensywna
- Wyższy odsetek opiekunów zgłosił, że ma mniej czasu dla innych krewnych i przyjaciół
- Opiekunowie cierpiący na demencję zgłaszają konieczność rezygnacji z przyjemnych czynności osobistych i doświadczania większego stopnia konfliktu rodzinnego.
- Zwiększony konflikt rodzinny jest powszechny wśród opiekunów demencji.
- Opiekunowie osób z demencją zgłaszają większą częstość występowania konfliktów małżeńskich i zmniejszoną częstość pozytywnych interakcji między parami (Narayan, Lewis, Tornatore, Hepburn, & Corcoran-Perry, 2001; Pruchno, Pruchno, Kleban, Michaels e Dempsey, 1990).

(Liu & Thompson, 2009)

1.3. Psychologia opiekuna

Ryzyka związane z procesem opieki:

Ryzyko psychologiczne

- Depresja, jeden z głównych problemów ze zdrowiem psychicznym, jest poważnym czynnikiem ryzyka dla opiekunów z demencją. Depresja w różnych postaciach, takich jak bezsenność, zmęczenie, lęk, stres i ból głowy, jest jednym z najczęstszych zaburzeń. (Tabora & Flaskerud, 1994).
- Opiekun czuje się uwięziony w swojej roli – poczucie nieważności.
- Czynniki, które przyczyniają się do depresji opiekuna obejmują: problemy z zachowaniem osoby objętej opieką, postrzeganie niekompetencji, izolację, konflikty rodzinne, brak wsparcia i rezygnację z innych funkcji i działań
- Opiekunowie zgłaszali poważne problemy z kontrolą i częstotliwością emocji gniewu i wrogości oraz trudności z ich konstruktywnym wyrażaniem.

•

(Liu & Thompson, 2009)

1.3. Psychologia opiekuna

Piramida potrzeb opiekunów

Podstawowe aspekty, aby móc dbać o siebie i dbać o siebie

Samorealizacja

Jaźń, Miłość,
Wsparcie

Przynależność

Relacje, Komunikacja, Rodzina,
Przyjaciele, Grupy Wsparcia

Uznanie/Waloryzacja

Samopoznanie, szacunek społeczny, osobisty i
środowiskowy, zaufanie, bezpieczeństwo, nadzieja i
szacunek

Uczenie się/Wiedza

Szkolenia, informacje, techniki opieki, podstawowa wiedza o zdrowiu,
wiedza o pierwszej pomocy

**Zdrowie
emocjonalne**

Narzędzia do zarządzania emocjami, czasem osobistym, unikaniem negatywnych myśli
i uczuć, profesjonalnym wsparciem, akceptacją, zaufaniem, poczuciem dumy

**Zdrowie
fizyczne**

Jedzenie, Techniki relaksacyjne, Oddychanie, Medytacja, Muzykoterapia, Terapia śmiechem,
Odpoczynek, Słuchanie ostrzeżeń naszego ciała, Dbanie o siebie, Ćwiczenia, Zdrowe życie seksualne,
Homeostaza, nawodnienie

2. Ryzyko psychologiczne

- 2.1. Stres w starszym wieku
- 2.2. Zaburzenia lękowe
- 2.3. Zaburzenia procesów poznawczych
- 2.4. Depresja
- 2.5. Bezsenność
- 2.6. Samobójstwo
- 2.7. Nadużywanie substancji



2.1 Stres w starszym wieku



2.1 Stres w starszym wieku

- Problemy związane z opiekunem: (np. Frustracja lub wyczerpanie)
- Słabość funkcjonalna
- Długotrwała choroba przewlekła
- Ograniczenia poznawcze
- Izolacja społeczna
- Ograniczone zasoby gospodarcze i społeczne
- Niskie dochody, niepewne warunki zdrowotne
- Słaba jakość relacji z opiekunem
- Brak wsparcia społecznego

2.2 Zaburzenia lękowe



2.2 Zaburzenia lękowe

Lęk, który odnosi się do długotrwałego stanu lęku, charakteryzującego się objawami takimi jak skrajny niepokój, bezsenność i zmęczenie, powodując cierpienie i upośledzenie funkcji.

Może objawiać się na wiele sposobów, w tym:

Fobie

Uogólniony lęk

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne
zespół lęku napadowego

Spośród fobii jedną z najczęstszych jest agorafobia (strach przed otwartymi przestrzeniami), która ma tendencję do łączenia się z bardziej specyficznym strachem przed wyjściem z domu. " Inne powszechne źródła niepokoju obejmują upadek, umieranie i sytuacje społeczne(see Woods, 1 999) .



2.2 Zaburzenia lękowe

Cechy kliniczne

SOMATYKA

Napięcie mięśni
Drżenie
Zawroty głowy
Kołatanie serca
Zaburzenia snu
Pot
Nudności
Biegunka
Trudności w połykaniu
Częsta potrzeba oddawania moczu
Rumieniąc
Zmęczenie

AFEKTYWNE

Niepokój
Drażliwość
Poczucie nieadekwatności i nieadekwatności do radzenia sobie z niebezpieczeństwem
Strach przed brakiem kompetencji
Strach przed nieakceptacją przez innych

POZNAWCZY

Postrzeganie niebezpieczeństwa i zagrożenia
Procesy przeżywające Obawę o negatywną ocenę innych
Zmniejszona zdolność koncentracji

KOMPORTAMENTALNY

Pobudzenie psychoruchowe
Nadmierna czujność
Unikanie, ucieczka

2.2 Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe, choć stosunkowo powszechne u osób starszych, są mniej rozpowszechnione niż w młodszych populacjach (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Chociaż starsi dorośli mają podobne objawy lękowe jak młodszy dorośli, treść ich lęków i obaw jest zwykle związana z wiekiem. (eg, health problems; Stanley & Beck, 2000).

Starsi dorośli, którzy mają zespół lęku napadowego, mają tendencję do występowania wzorców objawów, które różnią się od tych wykazywanych przez młodszych dorosłych (e.g., odpowiednio mniej objawów pobudzenia lub bardziej inwazyjne przypomnienie) (Lauderdale et al., 2011).

2.3 Zaburzenia procesów poznawczych



2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Osoby starsze mogą wykazywać pewne zaburzenia pamięci, wydłużenie czasu potrzebnego na internalizację nowych nauk lub zapamiętanie ważnych wydarzeń, ale starość nie prowadzi nieuchronnie do demencji.

Jeśli jednak globalne pogorszenie zdolności intelektualnych jest wyraźne, z wyraźnymi zakłóceniami w ich działalności osobistej i zawodowej, osoba może stać w obliczu patologicznego i zaburzonego starzenia się, może stać w obliczu demencji.

(Paiva, 2013)

2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Starzenie się miało głęboki wpływ na pojawienie się globalnej epidemii demencji, szczególnie w krajach takich jak Chiny, Indie i Ameryka Łacińska, gdzie populacja znacznie się starzeje i ma tendencję do szybkiego i drastycznego wzrostu tych liczb. Szacuje się, że do 2050 r. osoby w wieku 60 lat i starsze będą stanowić około 22% światowej populacji, głównie rozproszonej w Afryce, Azji lub Ameryce Łacińskiej (Światowa Organizacja Zdrowia, 2012).

(Paiva, 2013)

2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Co to jest demencja?

Demencja jest terminem używanym do opisanie objawów szerokiego zakresu chorób, które powodują postępujący spadek funkcjonowania danej osoby. Jest to termin parasolowy, który opisuje utratę pamięci, zdolności intelektualnych, rozumowania, umiejętności społecznych i zmiany w normalnych reakcjach emocjonalnych.

Kto rozwija demencję?

Chociaż większość osób z demencją jest w podeszłym wieku, ważne jest, aby pamiętać, że nie wszystkie osoby starsze rozwijają demencję i że nie jest ona częścią naturalnego procesu starzenia. Demencja może wystąpić u każdego, ale występuje częściej po 65 roku życia. W niektórych sytuacjach może wystąpić u osób w wieku od 40 do 60 lat.

2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Częstość występowania demencji

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na całym świecie jest 47,5 miliona osób z demencją, liczba, która może osiągnąć 75,6 miliona w 2030 roku i prawie trzykrotnie w 2050 roku do 135,5 miliona.

W tym kontekście choroba Alzheimera zajmuje ważne miejsce, reprezentując około 60 do 70% wszystkich przypadków demencji (Światowa Organizacja Zdrowia [WHO], 2015).

W Portugalii, ponieważ do tej pory nie ma badań epidemiologicznych, które przedstawiałyby rzeczywistą sytuację problemu, możemy odnieść się do danych z Alzheimer Europe, które wskazują na ponad 193 000 i 500 osób z demencją (Alzheimer Europe, 2019).

<https://alzheimerportugal.org/pt>

2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Najczęstsze formy demencji

- Choroba Alzheimera
- Otępienie naczyniowe
- Choroba Parkinsona
- Demencja ciał Lewy'ego
- Otępienie czołowo-skroniowe
- Choroba Huntingtona
- Demencja alkoholowa (zespół Korsakoffa)
- Choroba Creutzfeldta-Jacoba

<https://alzheimerportugal.org/pt>

2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Znaki ostrzegawcze dla wczesnej diagnozy

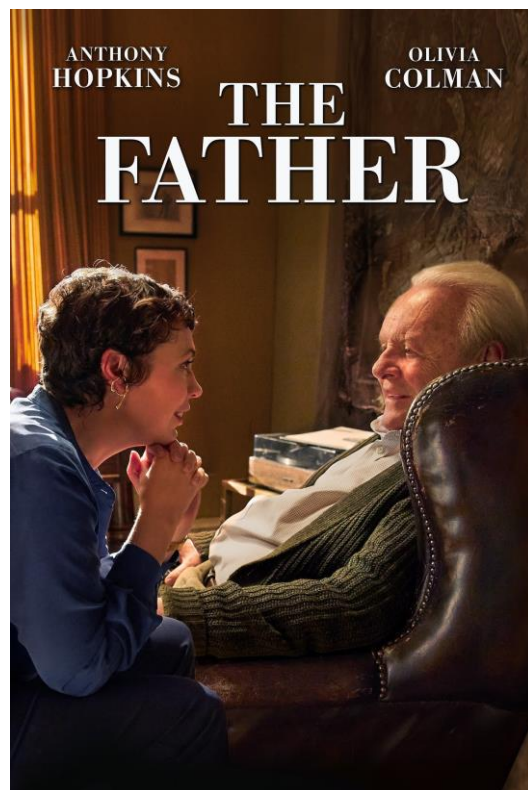
Często trudno jest dostrzec różnicę między zmianami w funkcjach poznawczych wynikającymi z naturalnego procesu starzenia, z objawami, które mogłyby przełożyć się na wystąpienie stanu patologicznego.

- Często i postępująca utrata pamięci
- Zamieszanie
- Zmiany osobowości
- Apatia i izolacja
- Utrata zdolności do wykonywania codziennych zadań

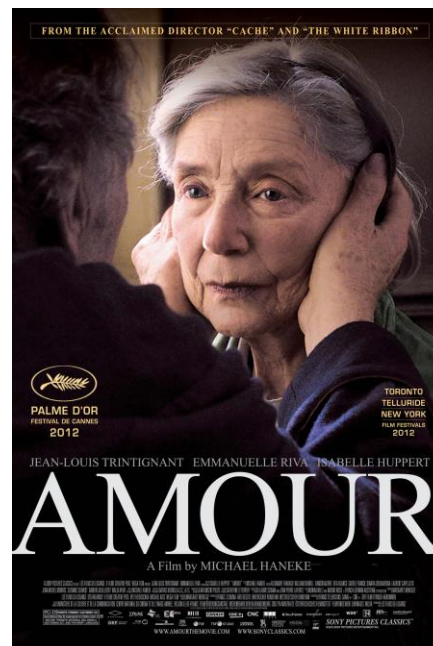
Ostrzegawczych	Co jest normalne w starzeniu się
Zapominanie części lub całości wydarzenia	Miej mgliste wspomnienie wydarzenia
Stopniowo tracą zdolność do podążania za wskazówkami ustnymi lub pisemnymi	Utrzymuj zdolność do podążania za ustnymi lub pisemnymi wskazówkami
Stopniowo tracą zdolność śledzenia historii powieści lub filmu	Utrzymanie umiejętności śledzenia historii powieści lub filmu
Stopniowe zapominanie informacji, które znasz, takich jak dane historyczne lub polityczne	Zapominanie imion lub słów, ale zapamiętywanie ich później
Stopniowo tracą zdolność do samodzielnego prania, ubierania się lub karmienia	Utrzymanie zdolności do prania, ubierania się, karmienia, pomimo trudności narzuconych przez ograniczenia fizyczne
Stopniowo tracą zdolność do podejmowania decyzji	Podejmij błędną decyzję na czas
Stopniowo tracąc możliwość zarządzania budżetem	Popełniaj sporadyczne błędy, na przykład pisząc czek.
Nie wiem, jaka jest data lub pora roku	Mylisz się co do tego, w którym dniu tygodnia jesteś, ale pamiętasz później
Trudności z prowadzeniem rozmowy, niemożność kontynuowania rozumowania lub zapamiętywania słów	Czasami zapominając o najlepszym słowie do użycia
Zapominanie, gdzie trzymałeś przedmiot i niemożność wykonania cofającego się procesu umysłowego, aby zapamiętać	Tracąc coś od czasu do czasu, ale znajdując to poprzez logiczne rozumowanie

2.3 Zaburzenia w procesach poznawczych

Some suggestions -Movies about dementia

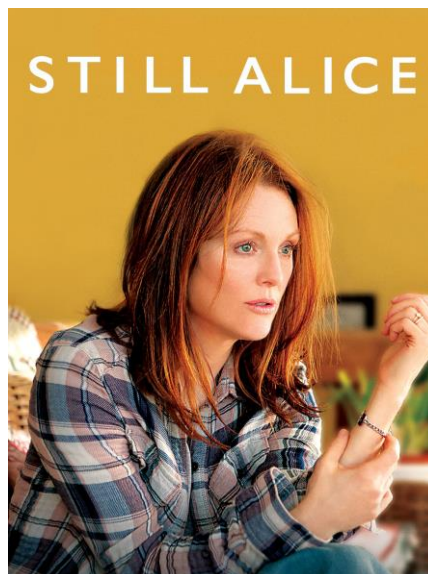


To przejmujący obraz o przemijaniu i miłości. Laureatka Oscara, Olivia Colman gra Annę, która stara się opiekować 80-letnim ojcem, Anthonym (Anthony Hopkins). Anne martwi się stanem ojca, który wykazuje oznaki demencji. Anthony ma raz lepsze raz gorsze dni, potrafi kapryścić, odrzuca kolejnych opiekunów, proponowanych przez córkę. Anna widzi jak ojciec powoli gaśnie.



2.3 Zaburzenia procesów poznawczych

Kilka sugestii
Filmy o demencji



2.4 Depresja



2.4 Depresja

Depresja kliniczna: długotrwała jest wystarczająco poważna, aby zakłócać normalne funkcjonowanie

Depresja kliniczna to nie tylko "uczucie smutku" - osoba jest faktycznie ubezwłasnowolniona przez stan, to znaczy, że osobie kończy się energia psychiczna i fizyczna.

(Hamilton, I. S., 2002)

Osoba z depresją może przejawiać zmiany poznawcze i behawioralne: brak motywacji, zaburzenia woli, brak zainteresowania, utrata apetytu, somatyzacja, ból fizyczny, drażliwość, trudności z koncentracją, problemy ze snem, utrata radości życia, słabość fizyczna, trudności z kontaktami towarzyskimi z przyjaciółmi, kolegami i rodziną

(Zimerman, 2000).

(Teixeira, 2010)

2.4 Depresja

Obszary dotknięte depresją

Uczucie (smutek, płacz, drażliwość, smutny wygląd)

Motywacja (zmniejszone zainteresowanie działaniami)

Funkcjonowanie fizyczne i motoryczne (utrata apetytu, zmiana wzorca, niejasne dolegliwości somatyczne)

Poznanie (przewiduje porażkę, wyraża i werbalizuje porażkę i autodevaluację, trudności z koncentracją)

2.4 Depresja

Osoby starsze są narażone na bardziej depresyjne wydarzenia, które wynikają z:

Stresujące i negatywne wydarzenia (np. Utrata bliskiej osoby)

Choroby i skutki uboczne leków;

Utrata zdolności funkcjonalnych i poznawczych;

Problemy finansowe;

Kwestie społeczne i relacyjne.

(Hamilton, I. S., 2002)

- Ciągły proces strat;
- Trzeba dostosować się do procesu starzenia.

(Teixeira, 2010)



2.4 Depresja

Z empirycznego punktu widzenia osoby starsze znajdują się w sytuacji ciągłych strat:

Istnieją trzy główne determinanty, które są powszechnie ważne w wystąpieniu depresji u osób starszych:

- a) Uwarunkowania środowiskowe: izolacja i brak interakcji społecznych, brak pracy, śmierć współmałżonka oraz dewaluacja społeczna i zawodowa;
- b) Uwarunkowania genetyczne: czynniki predysponujące do depresji w późniejszym wieku;
- c) Uwarunkowania organiczne: które odnoszą się do ogromnej różnorodności chorób organicznych, które mogą przedstawiać objawy tego rodzaju.

2.5 Bezsenność



2.5 Bezsenność

Czynniki, które przyczyniają się do problemów ze snem w starszym wieku, można podzielić na następujące kategorie:

- 1) ból lub dyskomfort fizyczny;
- 2) czynniki środowiskowe;
- 3) dyskomfort emocjonalny
- 4) zmiany w wzorcu snu (dolegliwości związane z czasem spędzonym w łóżku bez snu, trudnościami w wznowieniu snu, krótszym czasem snu w nocy, dłuższym opóźnieniem snu i budzeniem się rano wcześniej niż to pożądane).

Senność i zmęczenie w ciągu dnia są również powszechne, ze zwiększonymi drzemkami

2.5 Bezsenność

Bezsenność jest definiowana jako trudności w zasypianiu lub zasypianiu, gdy może wystąpić całkowity lub częściowy spadek ilości i / lub jakości snu. Można go sklasyfikować jako początkowy, pośredni lub końcowy, a pod względem czasu trwania jako przejściowy (< 1 miesiąc), krótkotrwały (1 - 6 miesięcy) lub przewlekły (> 6 miesięcy).

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

2.5 Bezsenność

- Wewnętrzne zaburzenia snu:
- Bezsenność psychofizjologiczna
- Zespół bezdechu sennego
- Zespół niespokojnych nóg

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

2.5 Bezsenność

Zewnętrzne zaburzenia snu:

Rodzaje cech	
Warunki spania	Lekkość, hałas, temperatura, współlokator, niewłaściwe czynności w łóżku, spożywanie pokarmów i płynów przed snem, czas na stosowanie leków moczopędnych.
Czynniki psychospołeczne	Smutek Emeryturę Zmiany w otoczeniu społecznym (izolacja, instytucjonalizacja, trudności finansowe)
Czynniki behawioralne	Zmniejszenie aktywności fizycznej i ekspozycji na światło słoneczne

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

2.5 Bezsenność

Higiena snu

Regularny czas na pójście spać i wstanie

Ważne jest, aby szanować te czasy, w tym w weekendy, ponieważ sprzyja to funkcjonowaniu zegara biologicznego. Zmiany nawyków mogą zakłócać sen.

Przygotowanie środowiska

Nadmierne ciepło i zimno bardzo wpływają na sen, więc staraj się utrzymywać pomieszczenie w przyjemnej temperaturze.

Hałas może być przyczyną złego snu.

Kiedy:

dużo światła: zaciemnić pokój;

dużo hałasu: wyeliminuj lub zmniejsz hałas;

2.5 Bezsenność

Higiena snu

Co jeść przed snem

Staraj się jeść lżejsze posiłki przed pójściem spać i nie kładź się spać zaraz po jedzeniu. Ideałem jest czekać około 1 godziny.

Nie pal przed snem

Nikotyna sprzyja bezsenności i nieregulującemu snu.

Relaksować się

Spróbuj zrelaksować swoje ciało i umysł przed pójściem spać. Nigdy nie próbuj rozwiązywać problemów przed snem.

2.6 Samobójstwo



2.6 Samobójstwo

Myśli samobójcze - To konkretnie oznacza myśli i poznania autodestrukcji, zakończenia własnego życia. W hierarchicznym półksiężycu myśli samobójcze mogą wahać się od ogólnych myśli o śmierci do poważniejszych idealizacji na temat prawidłowych sposobów popełnienia samobójstwa.

(Hamilton, 2002)

Najwyższe wskaźniki samobójstw we wszystkich krajach Światowej Organizacji Zdrowia wynoszą powyżej 75 lat

Starsi dorośli często próbują popełnić samobójstwo, aby uciec od życia pełnego bólu i cierpienia.

(see Fremouw, Perez e Ellis, 1990).

Samobójstwo wśród osób starszych jest ważnym problemem zdrowia publicznego.

2.6 Samobójstwo

Wskaźnik samobójstw jest tradycyjnie wyższy wśród osób starszych.

Istnieją 3 główne kategorie czynników ryzyka:

- Osobnicze
- Społeczno-kulturowe
- Sytuacyjne



2.6 Samobójstwo

Czynniki ryzyka - główne cechy Czynniki indywidualne

Wiek

W Portugalii około 50% samobójstw ma miejsce po 64 roku życia (głównie mężczyźni)

Stan cywilny

Osoby samotne, owdowiałe lub rozwiedzione są najbardziej zagrożone.

Zaburzenia psychiczne

Depresja jest najczęstszym czynnikiem ryzyka. Badania pokazują, że 4% pacjentów z jakimkolwiek rodzajem depresji i około 15- do 20% z ciężką depresją umiera z powodu samobójstwa, dotykając mężczyzn i osoby starsze bardziej.

Odporność i słabości osobowości

Cechy często związane z ryzykiem to wrogość, bezradność, zależność, sztywność i perfekcjonizm. Wysoki poziom beznadziejności z depresją lub bez depresji wiąże się z podwyższonym czynnikiem ryzyka.

Choroby fizyczne

Choroba fizyczna może zwiększać ryzyko, zwłaszcza jeśli wiąże się z deficytami funkcjonalnymi, zmianami w obrazie ciała, przewlekłym bólem, uzależnieniem od innych.



2.6 Samobójstwo

Czynniki ryzyka - główne cechy Czynniki społeczno-kulturowe

Izolacja społeczna

Obecne starzenie się naszego społeczeństwa oraz niewystarczające wsparcie rodzinne i społeczne mają ogromny wpływ na izolację osób starszych.

Obecna zmiana w strukturze społecznej, charakteryzująca się rosnącym indywidualizmem i utratą solidarności sąsiedzkiej, uwydatnia wcześniejsze słabości.



2.6 Samobójstwo

Czynniki ryzyka - główne cechy Czynniki sytuacyjne

Ubóstwo, niski status społeczny, trudności domowe i beznadziejność.

Ostatnie negatywne wydarzenia życiowe

Rozwód, wdowieństwo, znaczne straty relacyjne, utrata statusu społeczno-ekonomicznego, przemoc seksualna lub fizyczna oraz przemoc domowa.

Nadużywanie substancji

Nadużywanie substancji stanowi jedną z najczęstszych form samobójstwa, szczególnie wśród kobiet i osób starszych

Leki przeciwlękowe, zwłaszcza benzodiazepiny, są częściej przepisywane kobietom i osobom starszym, stanowiąc grupę leków najczęściej stosowanych w próbach samobójczych, samodzielnie lub w połączeniu z alkoholem.



2.6 Samobójstwo

Typowe sposoby myślenia

- "Najlepszą rzeczą jest zniknąć na dobre..." – UCIECZKA
- "Nie mam już siły, poddam się..." – WYCZERPANIE
- "Czuję się bezużyteczny, jestem bezużyteczny..." – POCZUCIE WINY
- "Nie dam nikomu więcej pracy..." – POŚWIĘCENIE
- "Nadal będziesz tego żałować...!" – WROGOŚĆ / ZEMSTA

2.6 Samobójstwo

Listy pożegnalne i bilety

"Spróbuj zrozumieć, nie mogę już tego znieść..."

"Jestem zmęczony wszystkim, zmęczony..."

"Wybacz mi całą krzywdę, którą wyrządziłem..."

"Tak było lepiej, nie cierpij więcej..."

2.6 Samobójstwo

Znaki ostrzegawcze

- Groźba samobójstwa lub potwierdzenie woli lub zamiaru śmierci
- poprzednia próba samobójcza
- Depresja
- Alkoholizm
- Znaczące zmiany w zachowaniu
- Zaangażuj się w końcowe przygotowania

2.6 Samobójstwo

Czynniki ochronne:

Czynniki indywidualne: umiejętność rozwiązywania problemów i konfliktów, inicjatywa w proszeniu o pomoc, pojęcie wartości osobistej, otwartość na nowe doświadczenia i uczenie się, opracowane strategie komunikacji, zaangażowanie w projekty życiowe;

Czynniki rodzinne: dobre relacje rodzinne, wsparcie i wsparcie rodziny, relacje oparte na zaufaniu;

Czynniki społeczne: bycie zatrudnionym, łatwy dostęp do usług zdrowotnych, artykulacja między różnymi poziomami usług zdrowotnych i partnerstwa z instytucjami świadczącymi usługi społeczne i społeczne, wartości kulturowe, przynależność do religii

2.7 Nadużywanie substancji



2.7 Nadużywanie substancji

Osoby starsze są w rzeczywistości nałogowymi użytkownikami (legalnie przepisanych) leków hipnotycznych (tj. Wywołujących sen) i uspokajających, a ich niewłaściwe stosowanie jest najczęstszą przyczyną przyjęcia na amerykańskie szpitalne izby przyjęć (LaRue , Dessonville and Jarvik, 1985).

W wielu przypadkach powodem tego jest to, że starzejące się ciało nie może prawidłowo metabolizować danego leku, co prowadzi do poważnych problemów zdrowotnych.

Bardziej szkodliwe jest nadmierne spożycie alkoholu.

Badania ogólnie potwierdzają, że starsi mężczyźni częściej nadużywają alkoholu, a starsze kobiety nadużywają leków na receptę. (eg, Graham et al., 1996)

(Hamilton, 2002)

3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne



3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne

Izolacja związana z:

- Emerytura, wdowieństwo i pogarszający się stan zdrowia pozbawiają ludzi wielu istotnych ról i relacji, wokół których zbudowano ich tożsamość.
- Zmniejszenie sieci społecznościowych.
- Przemiany ekonomiczne, społeczne i rodzinne wraz ze zmianami i/lub utratą zdolności intelektualnych
- Zmniejszony udział w społeczności
- Reforma generuje spadek dochodów
-

3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne

Dyskryminacja społeczna

W społeczeństwie przeważają przekonania o tym, że ceni się młodość, ale często generują dewaluację osób starszych, które mogą stać się ofiarami wykluczenia społecznego. (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

Istnieje wiele stereotypów związanych z osobami starszymi, a mianowicie:

- "Starsi ludzie nie są w stanie się uczyć"
- "Starość odpowiada rodzajowi "drugiego dzieciństwa"
- "Starsi ludzie są konserwatywni, nieelastyczni i odporni na zmiany"
- "Wzrost liczby osób starszych w populacji powoduje wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych i zabezpieczenia społecznego"
- "To już nie jest dla twojego wieku"
-

Ageizm: forma dyskryminacji ze względu na wiek, która zwykle występuje w stosunku do osób starszych

(Fonseca, 2005)

3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne

Dyskryminacja społeczna

Ageizm zaczyna się w domu, w rodzinie, w sposób, w jaki starsi ludzie są "kodowani", mniej lub bardziej świadomie przez młodszych krewnych ("nawet dziadek może iść..."), rozciągając się na całe społeczeństwo. czasami przez uprzedzenia, innym razem przez dyskryminację (poważniejsza postawa, obciążona wrogością).

(Fonseca, 2005)



3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne

Dyskryminacja społeczna

Konsekwencje "ageizmu" dla osób starszych:

Postrzeganie niekompetencji i niezdolności;

Przyjęcie mniej aktywnych zachowań (fizycznie i psychicznie)

"Gerontofobia": postawa wynikająca z próby zaprzeczenia własnemu starzeniu się

Reperkusje dla poczucia własnej wartości, dobrego samopoczucia i jakości życia



(Fonseca, 2005)

3. Izolacja, dyskryminacja społeczna i włączenie społeczne

Włączenie społeczne - Działania polityczno-społeczne

- Odpowiednie szkolenie dla formalnych i nieformalnych opiekunów
- Interwencja z młodszymi pokoleniami (włączenie do programu nauczania informacji o cyklu życia, edukacja w celu pozytywnego spojrzenia na starzenie się; rozwój programów międzypokoleniowych i bezpośrednia praca z osobami starszymi - na rynku pracy, wolontariat ...)
- Miasta przyjazne osobom starszym Przystosowane mieszkania Odpowiednie przestrzenie zewnętrzne Odpowiedni transport Wsparcie społeczności i opieki zdrowotnej Promowanie udziału społecznego osób starszych Promowanie ich integracji społecznej; Promowanie szacunku dla osób starszych Tworzenie miejsc pracy dostosowanych do wieku i starzenia się
-



4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne



4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne

Kim są osoby starsze mieszkające w domach opieki?

Czy dokonali wyboru?

Osobisty wybór, "popychany", nieuchronność ("internowania społeczne")...

4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne

Instytucjonalizacja

"Reakcja społeczna, opracowana w obiekcie, przeznaczona do zbiorowego mieszkania, do tymczasowego lub stałego użytku, dla osób starszych lub innych osób bardziej zagrożonych utratą niezależności i/lub autonomii"

W niektórych przypadkach instytucjonalizacja w Domu dla Osób Starszych staje się ostatnim i najbardziej realnym rozwiązaniem: "Instytucjonalizacja zwykle pojawia się, dla rodziny lub dla osób starszych bez rodziny, jako ostatnia alternatywa, gdy wszystkie inne nie są zdolne do życia"

4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne

Kluczowe aspekty opieki nad osobami starszymi

- Odpowiadaj na osobiste potrzeby
- Promuj kontakty towarzyskie
- Zachęcaj do autonomii
- Zachęcaj do akceptacji ryzyka
- Promuj poczucie własnej wartości
- Szanuj indywidualność
- Chronь prywatność



4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne

Kluczowe aspekty opieki nad osobami starszymi

Wiedza potrzebna do pracy z niesamodzielnymi osobami starszymi

- Normalne starzenie się: zmiany biologiczne, psychologiczne i społeczne
- Zaburzenia psychiczne, w tym demencja
- Zaburzenia nastroju i lęku
- Zmiany w starzeniu się, które wymagają leczenia psychiatrycznego: rodzaje leczenia, leki, interakcje z lekami
- Problemy społeczne i fizyczne: smutek, utrata ról, ból fizyczny, zaburzenia snu itp.

4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne

Kluczowe aspekty opieki nad osobami starszymi

Cechy osobiste do pracy z niesamodzielnymi osobami starszymi

- Umiejętność radzenia sobie z własnymi uczuciami związanymi ze starzeniem się
- Być zdolnym do elastycznego i szerokiego działania
- Ciesz się pracą w zespole z innymi profesjonalistami
- Miej cierpliwość i umiejętność informowania i wspierania decyzji medycznych i społecznych
- Zaakceptuj ograniczone cele terapeutyczne (nie zniechęcaj się)
- Wycena małych zysków
- Umiejętność zachowania optymizmu w obliczu złych prognoz
- Postrzeganie osób starszych jako rozwijającej się jednostki

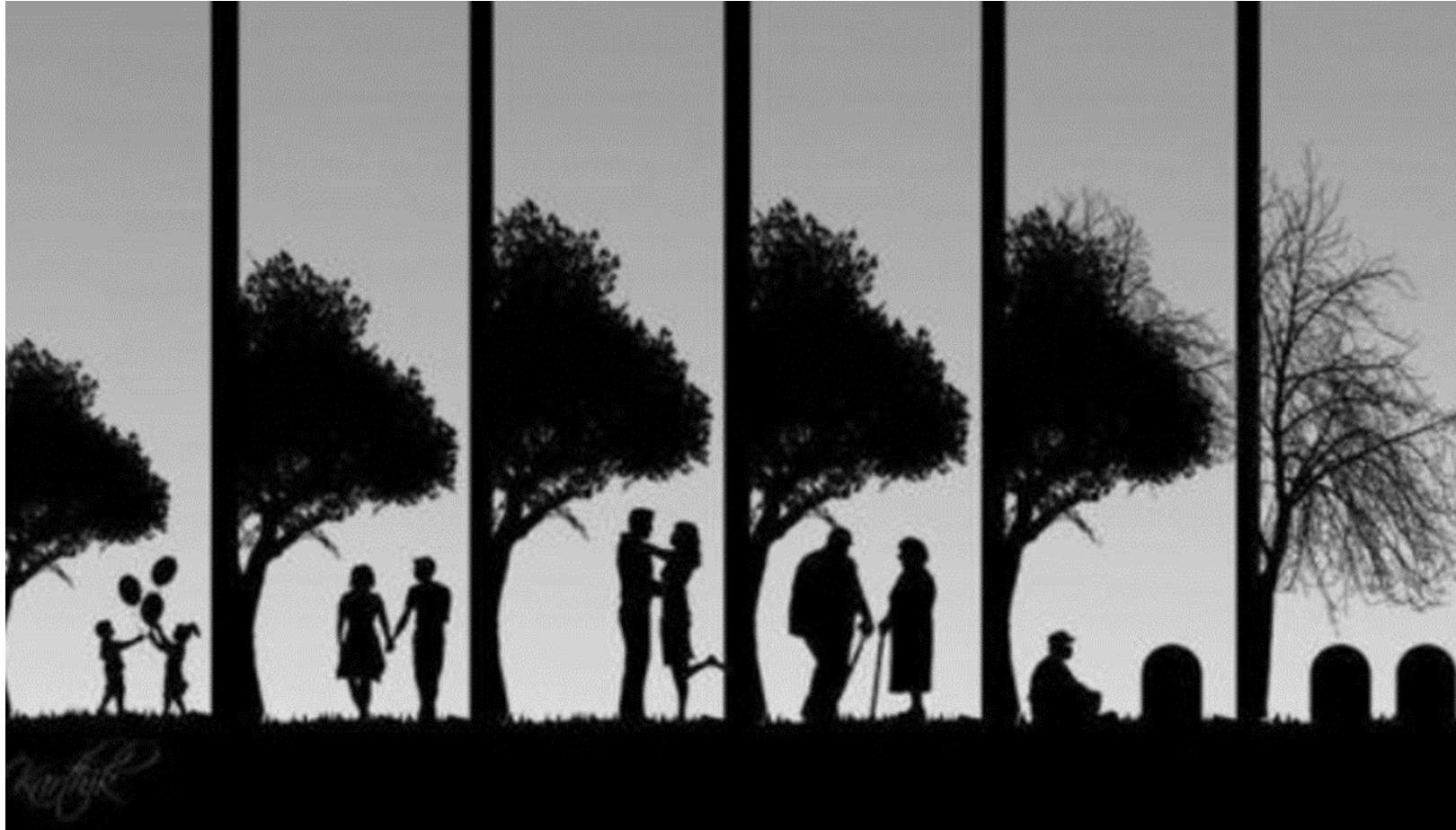


4. Instytucjonalizacja i opiekunowie - Skutki psychoafektywne

Skutki psychoafektywne

- Absolutne posłuszeństwo zasadom instytucji
- Brak intymności i przestrzeni prywatnych: czasami nie ma indywidualnych pokoi, mebli ani przedmiotów osobistych, szafa lub stolik nocny są ułożone zgodnie z surowymi kryteriami i regularnie kontrolowane itp .;
- Brak osobistych rytmów: wszyscy internowani są zmuszeni żyć zgodnie z tymi samymi harmonogramami, określonymi zgodnie z organizacją pracy;
- Depersonalizacja: w tym bardzo często tożsamość społeczna i wygląd (często fryzura, wybór odzieży itp.);
- Ścisły nadzór nad stosunkami zewnętrznymi: zabronione lub autoryzowane wyjazdy w nagrodę, ograniczone prawa do odwiedzin w zależności od dobrej woli opiekunów itp.

-



Bibliografia

Austin, M. C A. (2009). The Cultural Context of Clinical Work with Aging Caregivers. In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 45-60). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Baltes, P. & J. Smith(2003). *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. Gerontology, 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). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Canada: ARTMED, São Paulo.

Liu, W. & Thompson, D. G (2009). Impact of Dementia Caregiving: Risks, Strains, and Growth. In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 61-83). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas De Orientação Para A Prática Profissional Intervenção Psicológica Com Adultos Mais Velhos*. Disponível em: <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/2643>

Neri, A. L. (2013). Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In Malloy-Diniz, L. Fuentes, D Consenza, R (Eds). *Neuropsicologia do Desenvolvimento. Uma abordagem Multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.

Stephens, M. A. P & F, M. M. (2009). All in the Family: Providing Care to Chronically Ill and Disabled Older Adults In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 61-83). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

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.

<https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-34-sinais-de-alerta-para-um-diagnostico-precoce>



Dziękuję za uwagę!

Teachers's name

Teachers e-mail

Date of the session

