

ПРИРАЧНИК ЗА СПРОВЕДУВАЊЕ НА ОБУКА ЗА



АСИСТЕНТИ ЗА НЕГА НА ЛИЦА СО
ДЕМЕНЦИЈА-АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ
И ИНТЕЛЕКТУАЛНИ ПОПРЕЧЕНОСТИ



Овој проект е финансиран од страна на Европска Унија
This project is funded by the European Union

Издавач: Здружение за поддршка и развој Хуманост, Скопје
Ул. Призренска бр. 50/2, 1000 Скопје
www.humanost.org.mk

За издавачот: Сашко Јованов

Автори:

Даниела Станојковска (м-р по социјална политика)

Магдалена Илиевска (дипломиран психолог, гешталд психотерапевт)

Јана Јанева (дипломиран социјален работник)

Ивана Двојакова (дипломиран дефектолог) Дел: Интелектуална попреченост

Лектура: Елизабета Коневска

Дизајн и подготовка:

Проект „Инклузивен пазар на труд за одржлив развој на заедницата“ спроведуван од страна на здруженијата Еко Логик и Хуманост, финансиран од Европската Унија, преку Секторот за централно финансирање и склучување договори (ЦФЦД) при Министерството за финансии на Република Македонија, во рамки на Инструментот за претпристапна помош на Европската Унија – ИПА - Национална програма за помош при транзиција и институционална изградба 2013 „Подобрен ангажман на граѓанското општество во периодот на интеграција во ЕУ“ Реф. EuropeAid /138660/ID/AC/ МК

СОДРЖИНА

ПРЕДГОВОР	7
1. НОРМАТИВНА РАМКА НА ПРАВА И УСЛУГИ ОД СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА ЛИЦАТА СО ДЕМЕНЦИЈА И ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ	10
1.1. Услуги од социјална заштита	12
1.1.1. Институционална заштита.....	12
1.1.2. Вонинституционална заштита.....	13
1.2. Права на парична помош од социјална заштита	15
1.3. Права од Законот за заштита на децата.....	18
1.3.1. Парични права за заштита на децата	18
2. СТАНДАРДИ ЗА РАБОТА ВО ДОМ И ИНСТИТУЦИЈА.....	19
2.1. Тим и работа во тим	21
3. ПЛАН ЗА РАБОТА СО КОРИСНИКОТ	22
3.1. Придонес на асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености во Планот за работа со корисник	23
3.2. Улога и задачи на асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености	24
3.3. Одредување на приоритетите во задоволување на потребите на корисникот.....	26
3.4. Животен циклус.....	29
3.4.1. Видови стареење	31
3.5. Животен циклус на семејството	32
3.6. Водење работна евиденција и документација	33
4. Деменција – деменција кај Алцхајмерова болест и други видови деменции	37
4.1. Што е деменција и кои се знаци за Алцхајмерова деменција?	37
4.1.1. Видови деменции	39

4.1.2. Застапеност на Алцхајмеровата деменција.....	41
4.1.3. Откривање на Алцхајмеровата болест и деменција	42
4.1.4. Невробиолошка основа за Алцхајмерова деменција	42
4.1.5. Генетска основа за Алцхајмерова болест	44
4.1.6. Дали забравеноста е деменција?.....	44
4.1.7. Стадиуми на развој на Алцхајмеровата болест.....	45
4.2. Васкуларна деменција.....	48
4.2.1. Диференцијација помеѓу васкуларна и Алцхајмерова деменција.....	48
4.2.2. Третман на болеста.....	49
4.2.3. Симптоми на деменциите по развојни фази.....	51
5. Активности кај лица со деменција – Алцхајмерова деменција	61
5.1. Зошто е важно да се поддржува независноста при секојдневни активности кај лицата со Алцхајмерова и други видови деменции?	63
5.2. Зошто се важни активностите?	64
5.3. Како да ги планираме активностите?	64
5.4. На што треба да внимаваме при организирањето и спроведувањето активности кај лицата со деменција?.....	66
5.5. Предлози за активности кои може да ги спроведувате кај лицата со деменција.....	67
5.6. Кој може да помогне	73
5.7. Заклучок.....	73
6. Подготовка на работно место и организација на работата	73
6.1. Одржување на домот	73
6.2. Хигиена на храна.....	74
6.3. Набавка на храна и готвење.....	75
6.4. Ракување со свежо подготвена храна.....	75

6.5. Препораки за работа во кујна:	76
6.6. Лична хигиена на асистентот	76
6.7. Чување на средствата за хигиена и за дезинфекција на соодветно место	76
7. Здравствена заштита и нега на лица со деменции и интелектуална попреченост	77
7.1. Декубит	78
7.2. Тромбоза	79
7.3. Дијабет	80
7.4. Ортостатски колапс - несвестица	82
7.5. Мерење на виталните знаци	82
7.6. Начин на внесување лекови	84
7.7. Реанимација	85
7.8. Постапка на вештачко дишење	85
7.9. Ергономски принципи	86
7.10. Подигање, преместување и пренесување на корисниците	87
7.11. Нега на корисници со фрактура на колк	89
7.12. Користење ортопедски помагала	90
8. Нега на лица со деменции и интелектуална попреченост	94
8.1. Тоалета	95
9. КОМУНИКАЦИЈА СО КОРИСНИЦИ СО ДЕМЕНЦИИ	97
9.1. Вербална комуникација	98
9.2. Невербална комуникација	99
9.3. Комуникација со знаци, симболи и текстови	100
9.4. Пристап во комуникација со корисници со деменции	102
9.5. Што значи добар однос со корисникот?	102

9.6. Практични совети за работа со корисници со деменција.....	103
9.6.1. Како да се справиме со агесијата?	103
9.6.2. Пристап при справување со агесија кај лица со деменција.....	103
9.6.3. Пристап во справување со конфузност околу време и простор	104
9.6.4. Облекување на корисници со деменции	105
9.6.5 Капење на лица со деменција	105
10. ПОИМ, МОДЕЛИ И ВИДОВИ НА ПОПРЕЧЕНОСТ.....	109
10.1. Дефинирање на интелектуалната попреченост.....	112
10.2. Класификација на интелектуалната попреченост.....	113
10.3. Причини за настанување на интелектуалната попреченост	114
10.4. Превенција на интелектуална попреченост	116
10.5. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост	117
11. ПОДДРШКА НА ДЕЦА И ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ.....	124
11.1. Области на потреби на лицата со попреченост	125
11.2. Области на поддршка за лицата со интелектуална попреченост.....	127
12. КАРАКТЕРИСТИКИ И НАЧИН НА КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ	135
12.1. Како да комуницирате со лицата со интелектуална попреченост	135
Користена литература:	137

ПРЕДГОВОР

Во рамки на проектот „Инклузивен пазар на труд за одржлив развој на заедницата“, имплементиран од страна на здружението Еко Логик и здружението Хуманост, финансиран од Европската Унија, преку Секторот за централно финансирање и склучување договори (ЦФЦД) при Министерството за финансии на Република Македонија. Проектот се фокусира на две различни професии преку создавање 2 нови програми за стручно образование и обука. Една од креираните програми и професии е „Асистентит за нега на лица со деменција - Алцхајмерова болест и интелектуални попречености“ каде што ќе биде реализирана обука за 20 невработени лица (млади невработени лица, мажи и жени, вклучувајќи и млади луѓе од маргинализирани групи). По завршување на обуката, учесниците на обуките ќе се стекнат со сертификат, признат на државно ниво, за асистент за нега на лица со деменција, Алцхајмерова болест и интелектуални поречености, кој ќе има важна улога при понатамошно вработување на млади невработени лица, мажи и жени, вклучувајќи и млади луѓе од маргинализирани групи.

Генерална цел на проектот:

Подобрување на државни насоки и политики поврзани со невработеност на младите, социјалните услуги и претпримеништвото, и давање насоки за нивно доближување кон тековни сродни ЕУ насоки и политики, преку остварување клучен дијалог со политички актери, граѓански организации, бизнис заедница и други.

Специфични цели на проектот:

Цел 1: Вклучување на граѓански организации во процесот на креирање насоки и политики, како и подобрување и предложување реформи во приоритетни сектори на темите за вонинституционална грижа и социјални услуги за стари лица, како и одржливост и животна средина.

Цел 2: Усогласување на вештините на младите луѓе со потребите на пазарот на трудот, во согласност со најдобрите практики достапни во ЕУ.

Цел 3: Започнување на клучен дијалог со политички актери, бизнис заедница и граѓански организации со цел детерминирање на нивната улога во овозможување на одржливост и инклузија, преку иновативен и партиципативен пристап.

Цел 4: Обезбедување поатрактивно образование и тренинг-програми преку креирање и користење на ИКТ базирани методологии кои ќе водат кон подобрување на процесите на препознавање и валидација на компетенции и вештини.

*
* *

Според статистичките податоци, во Македонија има над 400.000 лица на возраст над 65 години, од кои се проценува дека околу 20 илјади имаат Алцхајмерова болест, а се третираат само 2.000 до 3.000 од нив. Доколку се земе примерот во државите во соседството, како и во останатите држави на Европската Унија, каде што се третираат од 40 до 50%, тогаш опфатениот број е споредбено на многу ниско ниво. Доколку Македонија се стреми да ги задоволи светските стандарди и посакуваните реформи, тогаш и ние треба да ја постигнеме таа цел, особено ако се земе предвид дека дека Алцхајмеровата болест е околу 70% од вкупниот број деменции.

Во Македонија не постојат специјализирани установи кои би згрижувале ваков вид корисници, па затоа нивниот третман најчесто се одвива во домашни услови. Во понапредните стадиуми, кога семејствата повеќе не можат да се грижат за корисниците, се одлучуваат да ги сместат во некои од домовите за стари лица, но сместувачките капацитети се многу мали во однос на потребата од згрижување на корисниците со овие болести.

Грижата за корисници со деменции бара огромен ангажман од нивните најблиски. Семејствата на овие корисници не се секогаш точно запознаени со видот, фазите на развој, третманот, негата, промените кои се случуваат и последиците од болеста, па многу често се беспомошни, тешко се справуваат со емоциите, а заради брзиот начин на живеење и нивните работни обврски, не се во можност да им посветат доволно внимание и грижа. Во текот на процесот на стареење мисловните процеси се забавени, се појавува сенилност, а учењето нови работи станува сè потешко, но ваквите когнитивни промени не секогаш значат деменција бидејќи голем дел од старите лица, и покрај ваквите потешкотии, се способни самостојно да функционираат и да се грижат за себе. Деменција или сенилна деменција всушност опишува душевна состојба на поединецот при која тешкотиите со помнењето и обработката на информациите значително тешко се одвиваат така што поединецот има проблеми при секојдневното функционирање, во грижата за себе и во односот со другите. Деменцијата се јавува кај бројни болести, а меѓу нив најчеста е деменцијата кај Алцхајмеровата болест.

Од друга страна, пак, статистичките податоци покажуваат дека 10 % од популацијата во Македонија има некаков хендикеп, а во земјава има околу 20 000 лица со интелектуална попреченост. Според податоците од Светската здравствена организација, 1 до 3% од населението се лица со интелектуална попреченост.

Лицата со интелектуална попреченост се наоѓаат на маргините на општеството - од сите лица со инвалидност, тие се најмаргинализирани, најчесто грижата околу нив е обезбедена од страна на нивното семејство кое не е професионално обучено за да им ја дава негата и да одговори на нивните потреби.

Одговорите на овие прашања во Прирачникот можеби барем малку ќе го разбијат митот за тоа дека забораеноста е дел од староста и дека за болните од деменција и

интелектуални попречености не може да се стори ништо за да им се овозможи подобар квалитет на живот.

Програмата и Прирачникот за подготовка на асистенти за нега на лица со деменција – Алцхајмерова болест и интелектуални попречености има за цел да ги оспособи идните асистенти за давање помош и поддршка на корисниците на услугите, со цел истите да постигнат свои лични достигнувања, односно самореализација, согласно нивните потреби и можности.

Услугата асистенција на лица со деменција и интелектуални попречености е услуга од социјална заштита, која на корисниците треба да им обезбеди здравствена и социјална поддршка во развивање или одржување на нивните лични способности и вештини.

Услугата треба да биде прилагодена на потребите на корисникот кој заедно со тимот, членовите на неговото семејство и асистентот, одлучуваат кои активности треба да се преземат, со кој интензитет и во кој временски рок, за да му се овозможи поголема самореализација и што подолга независност во задоволувањето на секојдневните потреби.

1. НОРМАТИВНА РАМКА НА ПРАВА И УСЛУГИ ОД СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА НА ЛИЦАТА СО ДЕМЕНЦИЈА И ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Со самото раѓање луѓето се слободни и еднакви по достоинство и права. Тоа значи дека со самото раѓање сите поседуваме одредени права и слободи што се нарекуваат човекови права.

Идејата за човекови права е една од најмоќните идеи во современиот социјален свет. Човековите права претставуваат цел која се стреми да ја надмине поделеноста и да ги обедини луѓето од различни културни и религиозни традиции во единствено движење кое ќе ги нагласи човековите вредности и универзалноста на човештвото. Оваа идеја, по самата своја природа, подразбира потрага по универзални принципи кои се применливи за сите луѓе, без разлика на нивната културна основа, религиозен систем, возраст, пол, способности или околности.

Преку Уставот на Република Македонија се креираат основните принципи на државната политика како кон сите лица, така и кон лицата кои имаат одредени здравствени ризици поврзани со состојбата на деменција и интелектуална попреченост. Принципите се обезбедуваат и преку промовирање на темелните вредности и еднаквоста на граѓаните во правата и слободите, без разлика на нивната здравствена состојба и социјално потекло. Државата перманентно се грижи за социјална заштита и сигурност на лицата со деменција и интелектуална попреченост преку нивно вклучување во општествениот живот, согласно начелото на социјална праведност. Националната легислатива опфаќа бројни законски прописи кои ги регулираат правата на овие лица.

Социјалната заштита е една од елементарните области што имплицира правни, економски и социјални мерки, и тоа преку: семејни бенефиции, социјални бенефиции, помош и нега на лицата со интелектуална попреченост и деменција, со цел нивна социјална интеграција. Државата за овие лица обезбедува и постојана парична помош, скратено работно време за родител на дете со интелектуална попреченост, како и постепено интегрирање на овие лица во социјалната средина.

Социјалната заштита е дефинирана како систем на мерки, активности и политики за спречување и надминување на основните социјални ризици на кои е изложен граѓанинот во текот на животот, за намалување на сиромаштијата и социјалната исклученост, како и за јакнење на неговиот капацитет за сопствена заштита. Социјалната заштита во Република Македонија е заснована врз начелото на хуманизам, социјална праведност и солидарност. Социјалната заштита има два основни облика: **материјална помош**, која може да биде парична или во натура т.е. храна, облека, огрев и слично, и **услуги** од социјална заштита, кога некому му е потребна стручна помош или помош за задоволување на секојдневните потреби, сместување во соодветна установа, заштита од семејно насилство и слично.

Системот на социјална заштита под социјален ризик, согласно Законот за социјалната заштита, подразбира:

- Ризици по здравјето (болест, повреда и инвалидност);
- Ризици на старост и стареење;
- Ризици на еднородителско семејство;
- Ризици од невработеност, губење приход за издржување врз основа на работа и слично;
- Ризици од сиромаштија;
- Ризици од друг вид на социјална исклученост.

Имајќи предвид дека лицата со деменција и лицата со интелектуална попреченост имаат ризици од различен степен, кои се поврзани со менталните способности, истите најчесто се опфатени во системот на социјална заштита под ризик по здравјето. Овој ризик заради неговата специфичност, го доведува целото семејство до ризик од сиромаштија и ризик од невработеност. Екстремната сиромаштија е повреда на правото на едно лице во однос на стандардот на живеење, што одговара на здравјето и доброто на членовите на неговото семејство, вклучувајќи ја тука исхраната, сместувањето, медицинската грижа, како и неопходните социјални услуги.

Повредата на правото на здравје на едно лице може да го спречи тоа лице да работи, ограничувајќи го неговиот приход и способноста да работи. Последиците се чувствуваат уште повеќе доколку лицето е главен или единствен носител на приходи во семејството. Иако човековите права се загарантирани за секого, сепак постојат многу лица кои живеат во сиромаштија и се соочуваат со лишеност од материјални, а со тоа и од емоционални ресурси потребни за опстанок, развој и напредок. Ваквата состојба ги ограничува во можноста да ги уживаат своите права и да учествуваат како еднакви членови на општеството. Заради нивната сиромаштија луѓето се соочуваат со многу непогодности, како што се: невработеност или низок приход, лошо домување, ограничување за соодветни стандарди за грижа и нега, несоодветна здравствена заштита, пречки во учење, култура, спорт и рекреација. Сиромашните луѓе често се исклучени и маргинализирани од учество во економски, социјални и културни активности, кои се норма за другите луѓе, а може да биде ограничен и нивниот пристап до основните права. Социјалната неправда е поврзана со социјалното исклучување како дел од поширокиот феномен на социјална изолација.

Од тие причини системот на социјална заштита нуди повеќе активности и мерки во вид на услуги и парична помош заради обезбедување соодветен животен стандард на сите лица во ризик, вклучувајќи ги и лицата со деменција и интелектуална попреченост, а со цел континуирано подобрување на нивните услови за живеење и ефикасна вклученост во општеството.

1.1. Услуги од социјална заштита

1.1.1. Институционална заштита

Институционалната заштита опфаќа право на оспособување за работно-производна активност и право на сместување во установа за социјална заштита.

- **Право на оспособување за работно-производна активност** има лице со умерени и тешки пречки во менталниот развој. Ова право опфаќа упатување во установа за социјална заштита или во друго правно лице кое ги исполнува потребните услови, надоместок на трошоци за сместување и исхрана, надоместок на трошоци за оспособување за работно-производна активност и надоместок на трошоци за превоз. Иако и кај лицата со деменција има опаѓање на менталните способности, сепак оваа услуга / право повеќе е за лицата со умерена и тешка интелектуална попреченост, бидејќи деменцијата се јавува подоцна и го попречува нормалното ментално функционирање кај лицата кои веќе истото го имале, и кои се веќе оспособени за вршење работно-производна активност.

- **Право на сместување во установа за социјална заштита** има лице кое нема соодветни услови за живеење во своето семејство или од други причини му е потребно сместување во установа за социјална заштита, а не може да се примени друг облик на социјална заштита. Оваа социјална услуга како право е насочена и кон лицата со деменција и кон лицата со интелектуални попречености, со тоа што лицата со интелектуална попреченост најчесто се сместуваат во посебни установи, дефинирани согласно Законот за социјалната заштита, додека лицата со деменција и Алцхајмерова деменција најчесто се сместуваат во установи за стари лица.

Согласно Законот за социјалната заштита, право на сместување во установа за социјална заштита се обезбедува на:

- дете без родители и дете без родителска грижа до оспособувањето за самостоен живот и работа, а најдоцна до завршувањето на средното образование, ако не постојат можности згрижувањето и воспитувањето да се обезбедат на друг начин;
- дете со воспитно-социјални проблеми, занемарено, запоставено, злоставувано и материјално необезбедено дете и дете жртва на семејно насилство,
- дете со нарушено поведение,
- бремена жена еден месец пред породувањето и самохран родител со дете до тримесечна возраст,
- лице со умерени и тешки пречки во менталниот развој упатено на оспособување за работно-производна активност, лице со длабоки пречки во менталниот развој и лице со трајна телесна попреченост на кое му е потребно трајно згрижување и нега;
- старо лице, возрасно лице со телесна попреченост и лице со пречки во менталниот развој кое не е во состојба само да се грижи, а поради станбената и семејната положба нема можност да му се обезбеди заштита на друг начин и
- лице барател на право на азил.

Институционалната заштита за децата и лицата со попреченост во системот на социјалната заштита во Република Македонија ја обезбедуваат следните установи:

- **ЈУ Завод за рехабилитација на деца и младинци - Скопје**, како установа за сместување на деца и младинци со умерени и тешки пречки во менталниот развој, обезбедува опсервација, рехабилитационо-корекционен третман, воспитување, образование и оспособување за работно-производна активност, сместување, згрижување и здравствена заштита. Исто така, Установата организира и културно-забавни, спортски и други активности во зависност од потребите и психофизичките способности и можности на лицата со умерени и тешки пречки во менталниот развој.

- **ЈУ Специјален завод Демир Капија** е установа за сместување на лица со пречки во менталниот развој, која обезбедува сместување, згрижување, здравствена заштита, рехабилитација, работна и окупациона терапија, во согласност со нивните способности и здравствена состојба. Согласно законските одредби, Установата може да организира и дневен и полудневен престој, згрижување и работно-производна активност, како и работна терапија.

- **Установи за сместување на стари лица** – обезбедуваат сместување, исхрана, помош и нега, здравствена заштита, културно-забавни активности, работно-рекреативни активности, услуги на социјална работа и други услуги зависно од потребите, способностите и барањата на корисникот. Во ваквите установи се сместуваат лицата со деменција.

За сместување на стари и возрасни лица, вклучувајќи ги и лицата со деменција, во Република Македонија постојат пет јавни општински установи и околу триесетина приватни установи.

Во текот на 2018 година е изготвена нова Национална стратегија за деинституционализација на Р. Македонија (2018-2027), согласно која се настојува сите лица во ризик, вклучувајќи ги и лицата со деменција и со интелектуална попреченост, да се сместат и да живеат во облици поблиски до семејното функционирање и атмосфера, со цел подигнување на квалитетот на живот и одржување на нивните капацитети и способност за оптимално секојдневно функционирање во заедницата. Тоа значи дека се зголемува бројот на социјални сервиси за сместување на овие лица согласно нивните капацитети и способности, во мали групни домови, сместување во згрижувачки семејства, живеење со поддршка и слично.

1.1.2. Вонинституционална заштита

Вонинституционалната заштита што се остварува во или преку центарот за социјална работа, опфаќа право на:

- **Правото на прва социјална услуга** на корисниците на социјална заштита, која вклучува уочување на проблемот кој произлегува од состојба на социјален ризик, укажување на

корисникот на можните решенија, услуги и средства за негова заштита, како и информации за мрежата на установи надлежни за давање услуги;

- **Правото на помош на поединец** што подразбира примена на форми на стручна, советодавна или советуваљшна работа, со која му се овозможува стекнување потребни информации, оспособување за самостојно одлучување, зачувување и развој на социјалните потенцијали;

- **Правото на помош на семејството** опфаќа стручна помош на членовите на семејството за да ја надминат семејната криза во брачните односи, а особено во односите родители - деца, како и оспособување на тоа семејство да ги остварува своите функции во секојдневниот живот;

- **Правото на домашна нега и помош на поединец и на семејството** се обезбедува на **старо, изнемоштено** и лице со телесна попреченост, како и на лице со **умерена, тешка и длабока попреченост**, кое не е во состојба да се грижи за себе и поради тоа му е потребна нега и помош во задоволувањето на егзистенцијалните потреби;

- **Дневно и привремено прифаќање и згрижување како помош на поединец и на семејство**, се обезбедува на **старо, изнемоштено лице и лице со умерена и тешка попреченост во менталниот развој**, на лице со телесна попреченост кое не може само да се грижи за себе, на дете со телесна попреченост, дете на улица, лице кое употребува, односно злоупотребува дроги и други психотропни супстанции и прекурзори и на членовите на неговото семејство, како и на лице кое злоупотребува алкохол или се лекува од зависност од алкохол и на членовите на неговото семејство;

- **Право на сместување во згрижувачко семејство** се обезбедува на лице кое нема услови за живеење во своето семејство или од други причини му е потребно сместување во згрижувачко семејство. Правото на сместување во згрижувачко семејство се обезбедува на: дете без родители и дете без родителска грижа, дете со воспитно-социјални проблеми, дете жртва на семејно насилство, малолетен сторител на кривично дело или прекршок, **лице со умерени и тешки пречки во менталниот развој, лице со длабоки пречки во менталниот развој**, лице со трајна телесна попреченост на кое му е потребно трајно згрижување и нега и старо лице, возрасно лице со телесна попреченост, **лице со пречки во менталниот развој кое не е во состојба само да се грижи**, а поради станбената и семејната положба нема можност да му се обезбеди заштита на друг начин;

- **Сместување во мал групен дом** се обезбедува на **дете** без родители и без родителска грижа, со воспитно-социјални проблеми, **со пречки во менталниот или во телесниот развој, лице со ментална или телесна попреченост** кое нема соодветни услови за живеење во своето семејство, кое нема семејство или од други причини му е потребно сместување во мал групен дом;

- **Организирано живеење со поддршка** се обезбедува на **лице со ментална или со телесна попреченост**, на деца без родители и родителска грижа и на деца со воспитно-социјални проблеми. Самостојно и организирано живеење се организира во посебна

станбена единица со постојана или повремена помош од стручни или други лица во остварување на основните животни потреби, социјални, работни, културни, рекреативни и други потреби.

1.2. Права на парична помош од социјална заштита

Права на парична помош од социјална заштита, согласно Законот за социјална заштита, се:

- социјална парична помош;
- постојана парична помош;
- парична помош на лице кое до 18-годишна возраст имало статус на дете без родители и родителска грижа;
- парична помош на мајка која родила четврто дете;
- парична помош на згрижувач;
- паричен надоместок за помош и нега од друго лице;
- еднократна парична помош и помош во натура;
- надоместок на плата за скратено работно време поради нега на дете со телесни или ментални пречки во развојот;
- додаток за глувост;
- парична помош на самохран родител кој има дете со пречки во развојот;
- парична помош за социјално домување;
- право на здравствена заштита и
- додаток за слепило и мобилност.

- Право на **социјална парична помош** има лице способно за работа и домаќинство кое е материјално необезбедено и кое според други прописи не може да обезбеди средства за егзистенција по друг основ. Социјалната помош е достапна и за лицата со **интелектуална попреченост и деменција и за нивните семејства**, доколку приходите на лицата или домаќинствата се пониски од износот на социјалната парична помош и доколку не поседуваат свој имот од којшто можат да се издржуваат.

- Право на **постојана парична помош** има лице неспособно за работа и необезбедено материјално, кое не може да обезбеди средства за својата егзистенција врз основа на други прописи. Неспособноста за работа е основ по кој ова право може да го остваруваат и лицата со деменција и лицата со интелектуална попреченост.

Неспособно за работа, во смисла на овој закон, се смета лице:

- со **умерени, тешки и длабоки пречки во менталниот развој и лице со комбинирани и други пречки во развојот**, кое заради степенот на попреченоста не може да се стекне со образование, како и лице со телесна попреченост заради која е неспособно за работа;
- **душевно заболено лице и лице со трајни промени во здравствената состојба**, заради која е неспособно за работа;
- **лице постаро од 65 години.**

Неспособноста за работа за лицата над 26-годишна возраст со свој наод, оценка и мислење ја утврдува стручна комисија која може да биде при јавна установа која во рамките на својата дејност третира проблеми од областа на психофизичкиот развој на лица со одреден вид попреченост, или во друго правно лице.

Неспособноста за работа се смета за утврдена за лице над 26-годишна возраст со **умерени, тешки и длабоки пречки во менталниот развој**, лице со потешка и најтешка телесна попреченост, како и потполно слепо лице, чиј вид и степен на попреченост е утврдена со наод, оценка и мислење на стручен орган, врз основа на кој центарот за социјална работа донесува решение.

За материјално необезбедено лице се смета лице кое нема приходи или чии приходи по сите основи, по член на семејство, се помали од 5.000 денари, усогласени со порастот на трошоците на живот за претходната година, објавени од Државниот завод за статистика во јануари за тековната година, и не поседува имот и имотни права од кои може да се издржува.

Постојана парична помош се обезбедува на носителот на правото и на друг член на семејството како соуживател на помошта, а кој е неспособен за работа.

Право на постојана парична помош како соуживател има и дете до навршени 18 години живот, а доколку е на редовно школување возрасната граница се поместува и е до 26 години живот.

Право на постојана парична помош може да оствари и лице кое е неспособно за работа, а кое има имот, само во случаите доколку склучи договор за доживотна издршка со центарот за социјална работа, при што во такви случаи висината на помошта ја утврдува центарот и корисникот во зависност од вредноста на имотот што е предмет на договорот, а по претходна согласност од Министерството за труд и социјална политика.

- **Право на паричен надоместок за помош и нега од друго лице** има лице над 26-годишна возраст, со **умерени, тешки и длабоки пречки во менталниот развој**, лице со потешка и најтешка телесна попреченост, потполно слепо лице, како и **лице со трајни промени во здравствената состојба, на кое му е неопходна помош и нега од друго лице** заради тоа што не може само да ги задоволува основните животни потреби, доколку ова право не може да го оствари врз основа на други прописи. Центарот врши задолжителен увид во домот на подносителот на барањето заради утврдување на фактичката состојба.

Потребата од помош и нега од друго лице може да биде во поголем или во помал обем. Потребата и обемот го утврдува стручна комисија со наод, оценка и мислење, врз основа на што центарот за социјална работа донесува решение.

Право на парична помош и нега од друго лице во поголем обем има **лице со тешки и длабоки пречки во менталниот развој**, лице со потешка и најтешка телесна попреченост, потполно слепо лице, како и **лице со трајни промени во здравствената состојба**, заради што не може само да ги задоволува основните животни потреби, не може ниту со помош

на ортопедски помагала самостојно да се движи во станот или надвор од станот, самостојно да се храни, облекува, да ја одржува личната хигиена, ниту да ги врши основните физиолошки потреби.

Потреба од помош и нега од друго лице во помал обем има лице со **умерени пречки во менталниот развој и лице кое заради трајни промени во здравствената состојба** не може без помош од друго лице во потполност да ги задоволува основните животни потреби.

- **Еднократна парична помош или помош во натура** се доделува на лице или семејство кои се нашле во положба на социјален ризик, како и на лице и семејство заради претрпена природна непогода или епидемија и **подолго лекување во здравствена установа**.

Под помош во натура се подразбира обезбедување облека, исхрана и други средства за кои центарот за социјална работа ќе утврди дека се неопходни за минимална егзистенција на граѓанинот и на семејството.

- Надоместок на плата за скратено работно време заради нега на дете со телесни или со ментални пречки во развојот, има родител кој е во работен однос, а **поради нега на дете со телесни или со ментални пречки во развојот** и со најтешки облици на хронични заболувања. Ова право е утврдено со Законот за работните односи, а се остварува во центарот за социјална работа.

- **Правото на парична помош за социјално домување** се обезбедува на социјално загрозуени лица - станбено необезбедени. Социјално загрозуени лица, според одредбите на Законот за социјалната заштита, се: корисници на **постојана парична помош**, лице кое до 18-годишна возраст имало статус на дете без родители и без родителска грижа, односно и по престанување на старателството, а најмногу до 26-годишна возраст.

- **Право на здравствена заштита имаат корисниците на: постојана парична помош**, лица сместени во згрижувачко семејство, **лица сместени во установа за социјална заштита** (за институционална и вонинституционална заштита), **корисници на паричен надоместок за помош и нега од друго лице**, лице кое до 18-годишна возраст имало статус на дете без родители и без родителска грижа, најмногу до 26 години, а користи социјална парична помош, лице - жртва на семејно насилство за кое се презема мерка на заштита согласно со Законот за превенција, спречување и заштита од семејно насилство, лице - жртва на трговија со луѓе и сексуално насилство и лице опфатено **со организирано живеење со поддршка**. Горенаведените лица можат да остварат право на здравствена заштита, доколку не можат да се осигураат по друг основ.

Лицата со деменција и интелектуална попреченост може да остварат и право на додаток за слепило и додаток за мобилност доколку ги исполнуваат законски пропишаните услови.

- Правото на додаток за мобилност се обезбедува за лице со навршени 26 години, со 100% телесен инвалидитет кое самостојно користи инвалидска количка или лице со квадриплегија или со **умерени, тешки и длабоки пречки во менталниот развој** кое користи инвалидска количка со придружник, заради создавање услови за изедначување

на нивните можности за вклучување во секојдневниот живот во заедницата. Доколку овие лица се наоѓаат на болничко лекување во јавна здравствена установа, имаат право на придружник, при што средствата за сместување и исхрана на придружникот во установата се на товар на министерството.

- Право на додаток за слепило се обезбедува за потполно слепо лице со навршени 26 години.

1.3. Права од Законот за заштита на децата

Права за заштита на децата, во смисла на Законот за заштита на децата, се:

- детски додаток;
- **посебен додаток**;
- еднократна парична помош за новороденче;
- родителски додаток за дете и
- партиципација.

Овие права се остваруваат од сите граѓани, под условите превидени во Законот, додека правото на посебен додаток е предвидено за деца со специфични потреби кои имаат **пречки во менталниот** или во телесниот **развој** или комбинирани пречки во развојот до 26 години живот.

Овие права на децата се лични права и не можат да се пренесуваат. Исто така, правата на децата што се состојат во парични примања не можат да бидат предмет на извршување.

Облици на заштита на сите деца, во смисла на овој закон, се:

- згрижување и воспитување на деца од предучилишна возраст;
- одмор и рекреација на деца и
- други облици на заштита.

Како дете, во смисла на овој закон, се смета секое лице до наполнети 18 години живот, како и **лица со пречки** во телесниот и во **менталниот развој** до наполнети 26 години живот. По исклучок, при остварување детски додаток како дете се смета лице до наполнети 18 години живот и доколку лицето кое е на училишна возраст се наоѓа на редовно школување.

1.3.1. Парични права за заштита на децата

- **Детски додаток** е право на детето и се обезбедува како паричен надоместок за покривање на дел од трошоците во подигање и развој на детето. Ова право се обезбедува на дете, државјанин на Република Македонија, кое е на редовно школување во Република Македонија, а се остварува во зависност од возраста на детето и од материјалната состојба на семејството.

- **Посебен додаток се обезбедува за дете со специфични потреби кое има пречки во телесниот или во менталниот развој** или комбинирани пречки во развојот до 26 години живот. Наод, оценка и мислење за потребата од остварување на посебен додаток дава стручен орган за оценка на видот и степенот на попреченоста на лицата во менталниот или во телесниот развој. Како дете со пречки во развојот и со специфични потреби, во смисла на овој закон, се смета дете со: - тешки, потешки или најтешки пречки во телесниот развој - **умерена, тешка или длабока ментална попреченост** - најтешки облици на хронични заболувања - најтежок степен на оштетување на видот, слухот или говорот (слепо лице и практично слепо лице, практично глуво и тотално глуво лице, лице со потполно отсуство на говорот, лице со тешко оштетен говор поради детска парализа, лице со аутизам и лице со оштетен или изгубен порано стекнат говор) - Даунов синдром и повеќе видови пречки (комбинирани) во развојот.
- **Еднократна парична помош за новороденче** се обезбедува на семејството за прво новородено дете. За прво новородено дете се смета дете кое е прво живородено дете по ред на раѓање на мајката. За прво новородено дете ќе се сметаат и децата кога мајката при првото раѓање ќе роди повеќе деца одеднаш (близнаци, тројка и повеќе). За прво новородено дете ќе се смета и првото посвоено дете, како и кога ќе се посвојат повеќе деца одеднаш (близнаци, тројка и повеќе) при првото посвојување.
- **Родителски додаток** за дете остварува мајка за своето трето живородено дете.
- **Партиципација во трошоците за згрижување и воспитување и одмор и рекреација** на деца во јавна установа за деца, се обезбедува под посебни услови, во зависност од материјалната состојба на семејството.

2. СТАНДАРДИ ЗА РАБОТА ВО ДОМ И ИНСТИТУЦИЈА

Согласно основните принципи на стандардизацијата, стандардите не се наметнуваат како задолжителни, туку во донесувањето на истите учествуваат сите заинтересирани страни во процесот (органите на власта, стручните и работни здруженија во дадената област, корисниците и оние кои нив ги претставуваат).

Стандардот претставува документ утврден со консензус и донесен од соодветно тело, орган или институција, со кој се утврдуваат правила, насоки или карактеристики за одредени активности или резултати од одредени активности, со цел постигнување на оптимално ниво на уреденост во одредена област. Најважна карактеристика на стандардот, со која се разликува од прописите, нормите и законите, е што тој не е задолжителен. Во оној момент кога неговото почитување ќе стане задолжително од страна на државните институции, стандардот преминува во технички пропис или норматив.

Секако дека во праксата не е можно сè да се стандардизира. Стандардот треба да ги дава рамките, да даде насоки и алатки за негова примена, а техничката реализација се остава во рацете на организацијата.

Имајќи предвид дека услугите за лицата со деменција и интелектуални попречености се во развој, стандардите за истите сè уште не се јасно дефинирани, но секако дека постојат некои основни начела според кои би се воделе асистентите кои ја даваат оваа услуга, со цел истата да биде базирана на минимум критериуми кои ја гарантираат услугата.

Ако го земеме предвид и системот на социјална заштита, постојат одредени предуслови кои треба да се исполнат за да даде Министерството за труд и социјална политика дозвола за работа на установи за социјална заштита на стари лица, центар за давање помош во домашни услови, институции и дневни центри за лица со попреченост, се законски предвидени форми за давање услуги и на лицата со деменција и интелектуална попреченост. Под ова се подразбираат минимум стандарди и нормативи, дефинирани согласно правилник во однос на простор, опрема и стручен кадар, кои установата треба да ги исполнува за да добие лиценца за работа од Министерството за труд и социјална политика.

Стандардите за работа на асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, претставуваат правила и насоки за задоволување на потребите на корисниците со кои работат, без разлика на тоа дали услугата ја даваат во дом или во институција.

Бидејќи сè уште не постојат законски дефинирани нормативи за давање на услугата на лица со деменција и интелектуална попреченост, како минимум стандарди кои треба да ги знае асистентот за работа во дом или во институција за лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, можеме да ги предвидиме следните стандарди:

- Давателот на услугата мора да има сопствен простор во објект кој има обезбедено пристап до комунална инфраструктура, со простор, опрема и обезбеден пристап за лица со попреченост;
- Давателот на услугата треба да има одобрение за работа (лиценца, меморандум и слично) од Министерството за труд и социјална политика, во рамки на постоечките законски норми;
- Асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, треба да поседува лични компетенции, квалификации и вештини за давање услуга на корисниците;
- Првичната проценка ја врши тим и ги предвидува активностите во планот за работа;
- Асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, учествува во планирање, испорака и следење на услугите за коисниците со кои работи;
- Асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, има период од еден месец на прилагодување со корисникот;

- Асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, учествува во евалуација на планот и спроведените активности, заедно со другите членови на тимот (при редовна или итна потреба од евалуација).

2.1. Тим и работа во тим

Тимот претставува група на луѓе, собрани заедно поради иста цел или заеднички интерес. Во работата на асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, тој е секогаш дел од тимот, чија цел е постигнување на посебни цели кај корисникот. Овие цели за секој корисник поединечно се предвидени согласно планот за работа со корисникот.

Поимот тим доаѓа од англискиот збор „TEAM“ што значи:

- (Together) - заедно;
- (Everybody) - сите;
- (Achieve) - достигнуваат;
- (More) - повеќе.

За остварување на поставените цели, секој член од тимот има свој придонес и улога. Заради тоа за успех на тимот е потребно поврзување или комбинирање на идеите, чувствата, емоциите и сопствениот ангажман на секој член од тимот.

Тимот во кој работите вие како асистент за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености е постојан тим кој е создаден заради потребите на корисниците, а не заради лични потреби на членовите на тимот. Заради тоа значењето и улогата на овие тимови е многу голема во однос на други лица кои се наоѓаат во улога на корисници на одредени услуги. Од истите причини и одговорноста на секој член на тимот како извршувач на работните задачи е многу голема.

Зошто е потребен тим во Вашата работа?

- за да се добијат нови извори на стручност и искуство;
- за да се обезбеди соработка помеѓу лица со различен степен и вид на образование;
- за да се обезбеди зајакнување и стимулирање на подобро работење на секој член на тимот;
- за постигнување консензус за задоволување на секоја специфична потреба на корисникот;
- за активно вклучување на сите членови на тимот со сопственото знаење на дадената тема;
- за да им се овозможи на членовите кои највеќе ги засега темата, да влијаат на донесување на одлуката;
- за прилагодување на интересите со потребите од промена кај корисникот;

- за поопширна и креативна дискусија;
- за создавање можности и доволно време за целосно разгледување на проблемот;
- за решавање конфликтни ситуации и истражување различни ефекти.

3. ПЛАН ЗА РАБОТА СО КОРИСНИКОТ

За секој корисник на услугите на организацијата во која работите како асистент за неџа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, се изготвува индивидуален план за работа. Индивидуалниот план за работа на корисникот ги изразува потенцијалите, потребите, интересите и проблемите на корисникот. Планот ги опфаќа сите активности кои мораат да бидат завршени, со цел да се задоволат потребите на корисникот. Со планот се идентификува кој што треба да направи, поточно кој член на тимот која активност треба да ја реализира, во кој временски период и кога планот треба да се евалуира. Со евалуацијата се мери колку преземените активности од страна на реализаторите на планот ја постигнале целта кај корисникот, а која секогаш се однесува кон подобрување на положбата во која корисникот се наоѓа и задоволување на неговите потреби.

Согласно Законот за социјална заштита изготвувањето на индивидуалниот план за работа со корисникот е задолжително, додека неговата содржина е уредена согласно Правилникот за начинот на водење и содржина на евиденцијата за корисниците на правата од социјална заштита и документацијата за стручната работа. Во секојдневниот говор се сретнува под различни имиња, план за грижа, интердисциплинарен план за сместување на корисникот и слично. Исто така и формата во која се изработува често варира. Вашиот план за работа со корисникот како асистенти за неџа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености често е само дел од севкупниот план, односно од целокупниот план се одвоени само оние активности кои Вие треба да ги реализирате со корисникот. Минималните информации кои сепак треба да ги содржи еден план за работа се:

- идентификациони податоци (име, презиме, возраст, број на соба или адреса и дијагноза);
- проблеми или потреби на корисникот;
- краткотрајни и долготрајни цели кои треба да се постигнат;
- пристапи или активности кои вие како асистенти и другите членови на тимот ќе треба да ги преземете за да се овозможи постигнување на целите;
- временска рамка во која потребите на корисникот ќе бидат репроценети за да се утврди дали пристапот ги задоволил потребите.

Планот за работа со корисникот мора да биде во потполност индивидуализиран и прилагоден на потребите и интересите на корисникот. Улогата на асистентот за неџа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености во планот за работа со корисникот се гледа преку **четири нивоа** на одговорност.

1. Првото ниво на одговорност се однесува на сè она што асистентот може да преземе како активност за да придонесе за реализирање на содржините на планот;
2. Второто ниво се однесува на потребата асистентите да бидат информирани за потребите на корисниците за да спроведуваат применливи пристапи;
3. Третото ниво на одговорност се однесува на евидентирање на резултатите од преземените активности, и
4. Четвртото ниво на одговорност на асистентите се гледа во помошта која ја даваат во преиспитувањето на ефективност на планот.

3.1. Придонес на асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености во Планот за работа со корисник

Пред да се креира план за работа со корисникот, секој член на тимот согласно својот стручен профил прави процена на потребите на корисникот. Членовите на стручниот тим се од различни стручни профили и, согласно нивната професија, прават процена на потребите на корисникот. Врз основа на направената процена, членовите на стручниот тим изготвуваат план за работа со корисникот, во кој се определени активности и задачи кои треба да ги реализира асистентот, а кои се во согласност со целите кои се сака да се постигнат во работата со корисникот, поточно во реализацијата на планот за работа со корисникот.

Планот за работа заедно го составуваат сите стручни профили вклучени во процената (лекар, специјалист, дефектолог, психолог, социјален работник, дипломирана медицинска сестра и слично), а во изготвувањето на истиот се вклучуваат и корисникот и членовите на неговото семејство. Целта на вклучување на корисникот (секогаш кога е тоа можно) и членовите на неговото семејство е да се земат предвид нивните желби, потреби и интереси за грижата за корисникот и за можните решенија.

Асистентот вообичаено претставува лице кое се наоѓа помеѓу сите стручни профили, членови на тимот, кои ја прават процената на корисникот, бидејќи тој има најголема улога во директното задоволување на потребите на корисникот. Асистентот, додека го реализира планот за работа со корисникот, истовремено преку своите комуникациски вештини и вештини за набљудување, ги собира информациите неопходни за ревидирање на планот за работа со корисникот. Честите контакти со корисникот му овозможуваат увид во сите промени кои настануваат кај корисникот.

- При ревидирањето на планот за работа со корисникот, од асистентот може да биде побарано да сподели информации кои се однесуваат на грижата за корисникот во следниве подрачја:
- Моторни способности: држење на телото, позиција, способност да се сврти или да седне во кревет, способност да се премести од кревет на столче и способност да оди;

- Активности во секојдневниот живот (АДЛ): хранење, облекување, комуникација, лична хигиена, управување со количка;
- Празнење (црева и мочен меур): вообичаена шема на празнење или проблеми;
- Спиенење и одмор: навики поврзани со времето за спиење, време на дневен одмор и време на реализација на активности во текот на денот;
- Проблеми со кожата: места на притисок, сувост на кожата, црвенило или осип;
- Храна и течности: храна која ја сака и не ја сака, стоматолошки или проблеми со голтање, и течности кои ги преферира;
- Сетилни способности: проблеми поврзани со гледање, слушање, допир, мирис или вкус;
- Емоционален статус: однесување, стравови, депресија, навики на зависност или независност (самостојност);
- Ментални способности: проблеми со меморијата, способност да разберат што се зборува, ниво на збунетост или дезориентација;
- Лични, културни и социјални способности: способност за комуникација, јазични бариери, лични навики, систем на поддршка од семејството и културни потреби;
- Духовни способности: вид на емоционална поддршка која е барана или потребна и религиозни навики.

Асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, може да даде многу голем придонес во однос на горенаведените информации при креирањето на планот за работа со корисникот. Тој најчесто може да најде ефективно решение за проблемот. На пример, остатокот од персоналот или членовите на семејството може да се соочат со потешкотии за да го натераат корисникот да пие доволно течности, но асистентот преку својата работа може да открие дека корисникот многу сака леден чај или сок од боровница, наместо лимонада или јогурт. Споделувањето на оваа информација со другите членови на тимот може да има клучна улога во начинот како останатите членови на тимот да го мотивираат корисникот да испие повеќе течности.

3.2. Улога и задачи на асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености

Асистентот за нега на лица со деменција – алцхајмерова деменција и интелектуални попречености има улога на поддржувач на корисникот во неговото оспособување колку што е можно посамостојно да ги извршува дневните активности. Тој, како здравствен работник, им дава поддршка на лицата со деменција или интелектуални попречености во одржувањето на општата нега и го поттикнува осамостојувањето или одржувањето на способностите кај корисниците за извршување на дневните активности, во зависност од нивните можности.

Улогата на асистентот е да им помогне на корисниците да се справат со секојдневните физички, социјални, емоционални и интелектуални предизвици со кои се соочуваат во секојдневниот живот, со цел поддршка и постигнување лични достигнувања на корисникот и самореализација. Токму улогата на поддршка при реализација на потребите

за неџа на корисникот, насочена кон стимулирање на личните достигнувања и самореализација на корисникот, се клучни карактеристики на асистентот за неџа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, кои го разликуваат од негователот како здравствен работник.

Реализирајќи ја оваа улога асистентот остварува тесна соработка и комуникација со семејството на корисникот, но и со други лица, пред сè професионалци, претставници на разни организации и институции, кои имаат клучна улога во задоволување на потребите на корисникот и се дел од неговата социјална средина во која ги задоволува потребите. Во зависност од возраста и потребите на корисникот, тоа можат да бидат лекари, воспитувачи, социјални работници, психолози, дефектолози и други стручни работници. Соработката со лицата во рамки на организацијата во која работи асистентот, како и соработката со други професионалци и лица од социјалното опкружување на корисникот, секогаш се базира врз основните етички правила на почитување на приватноста, безбедноста и доверливоста.

Задачите кои ќе ги добие асистентот за работа со одреден корисник, во планот за работа со корисникот, се поврзани и зависни од местото каде истите се реализираат, поточно од видот на установата или организацијата во која асистентот работи. Согласно системот за социјална и здравствената заштита, асистентот своите работни задачи може да ги извршува во домот на корисникот, во установи за социјална заштита или во здравствени установи.

Задачите на асистентот за неџа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености се насочени на три нивоа:

1. хигиенско – здравствени;
2. воспитно – образовни и
3. просторно – технички.

Клучните активност на асистентот при реализација на хигиенско – здравствените задачи се насочени кон асистирање и обука на корисникот за исхрана, облекување и одржување на личната хигиена, согласно потребите на корисникот. Ова значи дека асистентот постојано ќе го мотивира и потсетува корисникот што треба самостојно да направи за да ги заврши овие дневни активности успешно: исхрана, облекување и одржување на личната хигиена.

Воспитно-образовните задачи се насочени кон планирање и организирање слободни активности преку кои се стекнуваат одредени воспитни ставови, се развиваат образовни навики и се стекнуваат одредени знаења. Активностите може да се реализираат индивидуално или групно, во зависност од установата во која работи асистентот, но асистентот може да има и улога за дополнување на активностите започнати во установите за воспитно-образовна дејност. Секако дека улогата на асистентот и во овие задачи зависи од видот и возраста на корисникот и неговите потреби.

Просторно – техничките задачи се однесуваат на хигиенската и безбедносна подготовка на просторот, како и подготовка за изведување на планираните активности на отворен и во

затворен простор, во смисла на подготовка на просторот за потребите и активностите кои треба да ги реализира корисникот.

За извршување на која било предвидена задача, активност или улога на асистентот во работата со корисникот, истата мора да биде претходно дефинирана во планот за работа со корисник. Доколку од асистентот се побара да изврши активности кои се надвор од планот за работа, или тој самиот уочи дека постои потреба од промена на активностите со корисникот, тој за истото мора да ги извести членовите на стручниот тим и да побара да се направи репроцена на потребите на корисникот. Дури откако активноста ќе му биде предвидена во планот за работа, истата може да ја извршува. Асистентот може да презема активности кои се надвор од планот за работа со корисникот само доколку станува збор за животна-загрозувачка ситуација, кога мора да повика лекар, брза помош или член на семејството на корисникот. Во таков случај во најкраток можен рок по преземените активности за пружање помош на корисникот, асистентот треба да го извести координаторот на стручниот тим.

За брза и навремена реакција во животна-загрижувачки ситуации асистентот треба да има список со контакти за секој корисник (лекар, член на семејството, болница, установи кои корисникот ги посетува, полиција и слично).

Со реализирањето на задачите и улогата на асистентот за неа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, се овозможува постигнување на основната цел заради која се работи со корисникот, а тоа е обезбедување колку што е можно поиндивидуален и поквалитетен живот на корисникот, живот во кој корисникот воспоставува сопствена контрола над истиот во согласност со неговите можности и способности.

Прилог 1. Листа на задачи кои може да ги реализира асистентот за неа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености

3.3. Одредување на приоритетите во задоволување на потребите на корисникот

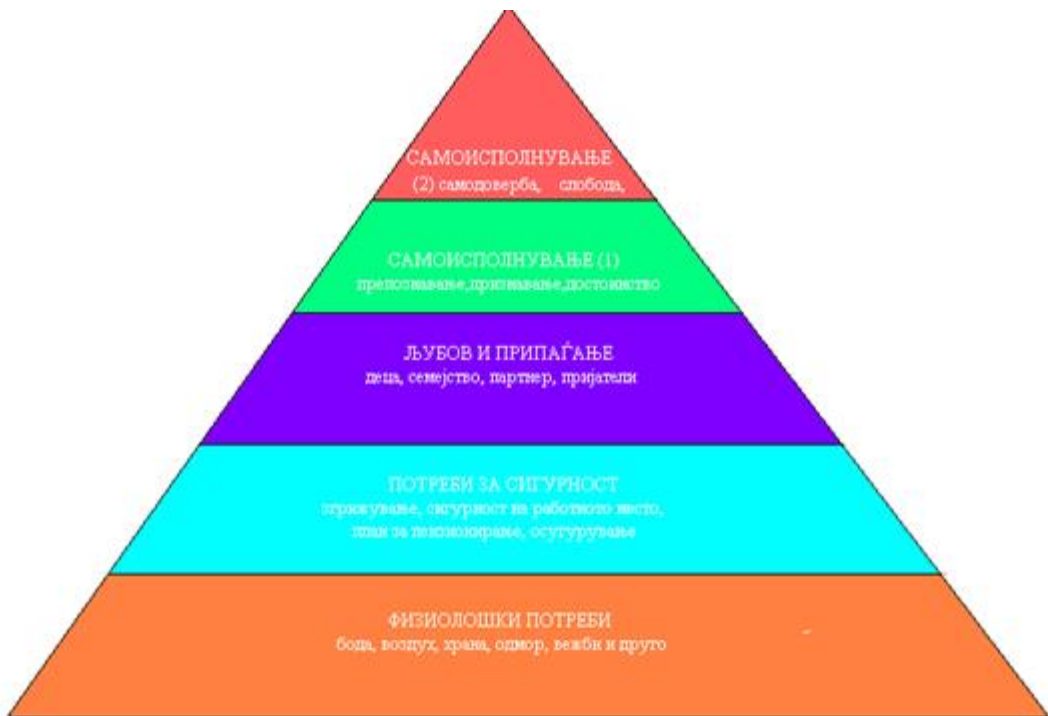
Приоритетна улога во извршувањето на задачите зададени во планот за работа со корисникот, се одредува според потребите на корисникот. Задачите кои асистентот за неа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености треба да ги заврши со корисникот, се претходно проценети и дефинирани од страна на стручниот тим, во зависност од потребите на корисникот. Но, активностите на асистентот, дефинирани во планот за работа со корисникот, може да бидат повеќе и да е потребно истите да се задоволат во кратко време. Она што е клучно за асистентот во вакви ситуации е да знае дека приоритетот на нивното задоволување треба да го определи според приоритетот на задоволување на потребите на секоја личност. Иако, она што е приоритет за едни, може да не е приоритет за другите лица, сепак за тоа може да се зборува кога се задоволени сите основни потреби и треба да се задоволат потребите на самореализација. Она што е клучно за асистентот при задоволување на потребите на корисникот е да знае

дека неговата улога е многу важна, бидејќи неговите работни задачи се честопати така поврзани што тој истовремено може да остварува повеќе улоги, а за тоа треба добро да ги развие своите вештини.

Потребата е нешто неопходно, односно нешто што се смета за неопходно за опстанок на поединците, организациите итн. Потребата се дефинира како состојба на нестабилност или нарушена рамнотежа во организмот, која претежно се појавува со зголемена или продолжена активност или напнатост.

Потребата секогаш претставува недостаток или вишок на нешто. Ако се јавува како недостаток на храна, вода или друго во организмот, станува збор за органска потреба која е базична потреба и се наоѓа на основите на пирамидата на потребите. Органските потреби предизвикуваат физиолошки промени. На пример, при потреба за вода се јавува сушење на уста, промени во крвта, малаксаност. Ако се јави желба за лице, предмет или состојба, станува збор за психолошка или социјална потреба, потреба од повисок ред. Задоволувањето на потреби од повисок ред се смета за посложено, заради можноста за погрешна идентификација на потребата. Погрешната идентификација доведува до напнатост, која единката се обидува да ја намали преку задоволување на друга потреба. Но, задоволувањето на другите потреби нема да ја намали напнатоста. Тоа ќе предизвика неефикасност кај единката и продлабочување на проблемот.

Најупотребувана теорија за хиерархија на потребите е теоријата на психологот Абрахам Маслоу. Тој ги анализира човековите потреби во хиерархиски ред. Почнува од потреби на најниско, па сè до највисоко ниво. Смета дека кога една група на потреби ќе се задоволи таа престанува да биде главен мотиватор за човековото однесување. Во тој момент друга група на потреби, оние кои во тој момент се доминантни, стануваат главен мотиватор. Маслоу потенцира дека доколку не се задоволени физичките и егзистенцијалните, односно индивидуалните потреби, не можат да се задоволат другите потреби, кои мора да бидат реални и свесни. Затоа Маслоу смета дека незадоволувањето на потребите од пониско ниво може да ја попречи појавата на повисоки потреби.



Слика 1. Пирамида на потребите според Маслов

Извор: (Теории за мотивација)

<http://pfpdev.ethz.ch/SCORMcontent/137856/scos/24/index.html>

Човековите желби, според Маслов, се вродени и егзистираат во нагорна хиерархија. Како потреби кои мораат да бидат задоволени во прв ред, ги издвојува основните физиолошки потреби за воздух, вода, храна, одмор, заштита од екстремни опасности во околината. Во втор ред се потребите за безбедност и сигурност. Кога тие ќе бидат задоволени се јавува потребата за љубов и припаѓање. Потребите од четврт ред во хиерархијата на Маслов се потребата за самовреднување - самопочитување, но и почит од другите луѓе. Кога сите овие потреби се задоволени, според Маслов, се јавува петтата потреба за самоактуелизација, односно желба да се биде сè она што човек може да биде.

Хиерархиски гледано, потребите на Маслов се претставени по следниов редослед:

- Физиолошки: глад, жед, засолнување, секс и други потреби на телото;
- Сигурност: безбедност и заштита од физички и психички повреди;
- Социјални: чувства, припадност, прифатеност, пријателство;
- Почитување: внатрешни фактори на почит - самопочит, автономност, достигнување и надворешни фактори на почит - статус, признание и внимание;
- Самореализација: желба на човекот да го постигне она за што е способен – растеж, потенцијал и самореализација.

(Теории за мотивација, <http://pfpdev.ethz.ch/SCORMcontent/137856/scos/24/index.html>)

Според пирамидата на Маслов, физиолошките и заштитните потреби се поставени во ниските нивоа, а се задоволуваат од надвор. Во високите нивоа се поставени социјалните потреби, почитта, самореализацијата, а се задоволуваат од внатре.

Во стручната литература најчесто се применува класификација на потребите во две основни групи:

- **Примарно** - биолошки потреби - мотиви за глад, жед, мајчински мотив, сексуален мотив итн.
- **Секундарни** - социјални потреби - мотиви за самопотврдување, доминација, моќ, мотив за постигнување и самоактуелизација итн.

Единките го почнуваат својот живот со задоволување на елементарните потреби. Потоа сè повеќе живеат заради задоволување на повисоките потреби. Со задоволување на примарните - витални потреби, тие понатаму можат да ги остваруваат повисоките потреби.

Кога станува збор за корисниците со кои може да работи асистентот за неа на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, степенот на самореализација зависи од можностите и способностите на корисникот, кој е лице со потреба од помош и поддршка.

3.4. Животен циклус

Животниот циклус го претставува патот кој се одвива во еден нагорен правец. Почнува од создавањето на единката и нејзиното раѓање и завршува со смрт на единката. Клучна улога во животниот циклус на секоја единка има социјализацијата, како еден воспитно–образовен процес, на кој влијаат сите фактори кои нè опкружуваат во животната средина: семејството, училиштето, групата врсници и масовните медиуми.

Животниот циклус, како што веќе напомнавме, според некои научници започнува со создавањето на единката, а за некои со самото раѓање. Но, како и да е, она што е сигурно точно и прифатливо за сите е дека од раѓањето единката може да помине низ следните животни циклуси:

- детство;
- младост или адолесценција;
- зрелост и
- старост.

За асистентот е важно, покрај познавањето на општите специфичности на лицата со различни видови деменција и интелектуална попреченост, да има и општи познавања за карактеристиките на секоја од овие фази на животниот циклус. Со тоа тој ќе може своето

однесување да го прилагоди кон видот на корисникот со кој ќе работи, бидејќи како корисници може да се јават од деца, па сè до стари лица.

Детство е најзначајниот период за развојот на личноста. Во детството се учат основните правила, се стекнуваат основните навики и се учи како треба да се задоволуваат потребите. Семејството има клучна улога во градењето на позитивен начин на однесување. Во детството детето учи да комуницира со другите и воспитно-едукативните активности имат најзначајна улога во градењето на личноста на детето.

Младост, или уште адолесценција, е најтурбулентниот период од животот на поединецот. Клучните промени во адолесцентниот период се случуваат за девојчињата околу единаесеттата година, а за момчињата околу тринаесеттата година. Адолесценцијата започнува многу порано кај девојчињата за разлика од момчињата. Во овој период се случуваат два вида на промени: физиолошки промени, кои се поврзани со пубертетот и појавата на сексуалниот нагон, и социјални промени кои се израз на потрагата на младите по сопствениот идентитет и градење како општествена личност. Во овој период кај младите се создаваат навики за работа, се јавува желба за независност и самостојност, се развиваат интелектуални активности поврзани со општествените проблеми. Во потрагата по себеси, адолесцентите градат критички ставови кон родителите и кон општествената средина. Училиштето како средина има најголемо влијание врз адолесцентите, како и групата на врсници. Работно окупациските активности се клучни во градењето на работните навики и идентитетот во оваа фаза на животниот циклус.

Зрелост е најдолгиот период во животниот циклус на поединецот. Започнува некаде после осумнаесеттата година и трае сè до почетокот на староста. Во овој период поединецот се соочува со нови искуства поврзани со работата, формирање сопствено семејство, развивање на одговорноста како на работното место, така и за себе и за членовите на сопственото семејство. Покрај тоа, во овој најдолг период од животниот циклус, поединецот се соочува со голем број проблеми од материјален или културен карактер и слично. Со други зборови ова е најпродуктивниот период во животниот циклус на поединецот, кога истиот има најголема одговорност за себе и за членовите на потесното и поширокото семејство, но и период во кој до најголем израз доаѓа потребата за самореализација и самоактуелизација.

Старост е последната фаза од животниот циклус на поединецот, која се одликува со голем број на физиолошки промени, како што се намалување на сетилната активност, слаба подвижност на телото, но и интелектуални промени кои најчесто се резултат на некоја болест, деменција, Алцхајмерова болест, Паркинсонова болест и слично. Единките кои се задоволни од она што го постигнале во животот и се во добро очувана здравствена состојба, може да доживеат длабока и убава старост. За некои, пак, староста може да биде тажна, жална, еднолична, понижувачка, сиромашна и тешка, како и со негативно размислување за нивното минато.

Иако во староста се редуцираат виталноста и виталните сили, се намалува и се забавува активноста, сепак староста не е болест. Се дефинира како фаза од животниот циклус или состојба во која се наоѓа едикната. Староста не е статичка состојба туку е исполнета со

постојани промени. Доживувањето на староста е индивидуално. Некои се чувствуваат и изгледаат стари на 40 години, а други и на 80 години се витални, свежи, одржани. Дел од најдобрите светски дела се напишани или направени токму во староста. Тие се израз на зрелоста и животното искуство, одржаноста на интелигенцијата и плодноста.

3.4.1. Видови стареење

Староста и стареењето се поими кои се тесно поврзани во причинско-последична врска. Но, на професионално ниво тие не смеат да се поистоветуваат, како што тоа се прави во секојдневниот живот.

Според Светска здравствена организација (WHO,1999), стареењето е процес на прогресивни промени во биолошките, психолошките и во општествените структури на поединците (М.Шкариќ,О.,2010:107). Стареењето започнува многу рано, уште со самото зачнување. Како една единка расте и се развива, така истовремено старее. Според тоа, самиот процес започнува многу рано, трае долго и завршува со смрт.

Проучувањата на геронтолозите низ целиот свет докажале дека во суштина постојат два вида стареење, кои се меѓусебно тесно поврзани и не можат сосема да се одвојат. Но, поради потребата за нивно објаснување, треба одвоено да се разледуваат. Станува збор за:

- **физиолошко (примарно) стареење** - постепен процес кој се одвива синхронизирано во целиот организам, во форма на постепено забавување на органите во вршењето на своите функции. Не е придружено од драстични нарушувања во работата на организмот. Опаѓањето на функциите на органите, доведува до опаѓање и на имунитетот. Затоа старите лица се лесно подложни на болести, а закрепнувањето се одвива потешко. Ова стареење се нарекува примарно, бидејќи е природно и се јавува кај секого. Природното физиолошко стареење се карактеризира со физички и интелектуален пад на ефикасноста. Но, тој пад не е драстичен туку е во согласност со функционирањето на целиот организам. Ова значи дека едни функции поради настанување на одредени биолошки, психолошки или социјални промени слабеат порано, а други многу подоцна. Со природното стареење личноста останува интелектуално способна до доцните години;

- **патолошко (секундарно) стареење** - се одвива истовремено со физиолошкото, а се однесува на појавата на нарушувања на органите, системите и функциите поради болест. Се јавува предвремено и се одвива многу побрзо и поинтензивно на некои делови од организмот. Патолошкото стареење е многу понеизвесно и поболно од природното физиолошко стареење. Појавата на патолошко стареење често доведува до прерана смрт. Истото може да се превенира и да се забави. Ова стареење се нарекува уште секундарно, затоа што настанува како резултат на некоја болест и го забрзува примарното стареење. Проблемите поради функционални нарушувања на нервниот систем, стрес или од психо-социјална природа укажуваат на појава на патолошко стареење.

Врз основа на овие два вида стареење, единките може да се поделат на:

- Лица кои природно и успешно стареат - покажуваа само физиолошко опаѓање на функциите и немаат манифестации на болест, како резултат на дејство на фактори од средината и начинот на живот;
- Лица кои абнормално стареат - поради болест, начин на живот и фактори од средината.

3.5. Животен циклус на семејството

Оваа периодизација не ја определува фазата на животниот циклус во која се наоѓа поединецот, туку ги определува фазите на животниот циклус низ кои поминува семејството. За асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, посебно е важно да ги познава фазите на животен циклус на семејството, со цел да ги препознае клучните потреби на истото, согласно фазата во која се наоѓа, бидејќи често во работата со корисниците ќе се соочува и со работа со семејството на корисникот.

Животниот циклус на семејството:

- семејство со мало дете – период во кој детето се раѓа и ги учи своите први навики, ги запознава членовите на семејството кое игра најголема улога во воспитно–образовниот процес. Овој период има најголемо влијание врз формирањето на личноста на детето. Во овој период семејството има голема потреба од поддршка од поширокото семејството (бабите и дедовците);
- семејство со дете на училишна возраст – детето почнува да учи и од групата на врсници и од училиштето, спознава нови нешта и осознава нови погледи, различни од ставовите во семејството, под дејство на општествените влијанија;
- семејство со адолесцент – најкритичниот период во развој на семејството, бидејќи поради критичкиот став на адолесцентот кон родителите и кон другите членови на семејството и општеството, во потрага по својот идентитет, адолесцентот прави конфликтни ситуации во семејството;
- периодот кога децата го напуштаат родителското семејство - поради формирање сопствени семејства;
- период на постродителско семејство или празно гнездо - родителите најчесто се сами и се прилагодуваат на новиот заеднички живот. Се насочуваат еден кон друг како брачни партнери по долгиот циклус на потполна грижа за децата. Се подготвуваат за пензионирање или се пензионираат, па бараат начин да си го организираат своето секојдневие. Контактите и посетите со децата се почести заради потребата да се грижат за нивните внуци;
- период на старо семејство - е најтешкиот период од староста. Внуците се големи па и тие и нивните родители имаат свои обврски заради кои ретко ги посетуваат најстарите членови на семејството. Доаѓа до видно опаѓање на функциите, појава на болести кои ги носи староста, а можна е и смрт на еден од брачните партнери. Брачниот партнер кој останува сам сега треба да се прилагоди на новонастанатата состојба и на самечкиот живот и да се справи со чувството на загуба. Ова е и

последната фаза на животниот циклус на семејството, заради што се смета за најчувствителен и најтежок за брачниот партнер кој останува.

Во животот настаните секогаш не се одвиваат по редоследот на оваа периодизација, а трагедиите уште повеќе го нарушуваат нормалниот животен тек. Болеста на децата или на родителите, како членови на семејството, доведува до комплетно нарушување на семејната хармонија и баланс на семејството, што предизвикува потреба од поддршка не само на корисникот кој се соочува со болест или промена, туку и потреба од поддршка на сите членови на семејството, посебно во однос на едукација и прифаќање на можните следни промени.

3.6. Водење работна евиденција и документација

Како што за секој корисник постои план за работа, така и за секој корисник се води евиденција и документација за реализираните задачи и активности. Ако за планот за работа со корисникот е потребно да се имаат податоци за медицинското минато на корисникот и сегашната медицинска состојба, насоките на лекарите и стручните лица за потребите од нега и грижа кон корисникот, така и за време на давањето на услугите на корисникот, потребно е да се води евиденција за редоследот на дадените услуги за нега и грижа за корисникот, како и детални податоци за промените, односно напредувањето кај корисникот или негативните промени, за време на давањето соодветни услуги или терапија.

Асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, како сите членови на тимот, е задолжен да води евиденција за реализираните задачи и активности. Имајќи предвид дека тој реализира најголем дел од задачите предвидени во планот за работа со корисникот и поминува најголем дел од своето работно време со корисникот, асистентот е задолжен да ги бележи и сите промени кои се јавуваат кај корисникот и за тоа да го извести одговорното лице на тимот кое ќе преземе превентивни активности за да се направи промена во планот за работа со корисникот.

Документот за евиденција на реализираните задачи, активности и промени кај корисникот кој го води асистентот за нега на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености, се разликува од законски задолжителната пропишана евиденција на стручните профили кои се членови на тимот, а може да се разликува и од установа до установа, во која асистентот ќе работи со корисникот. Но колку и да е различен форматот и изгледот на документот, сепак документот на кој асистентот води евиденција за реализираните задачи, активности и состојба на корисникот, секогаш мора да содржи одредени клучни точки или прашања кои мора да бидат опфатени при водењето на евиденцијата.

Асистентот е должен да ги собира и бележи сите потребни податоци за корисникот, но при тоа мора да ги почитува основните правила за водење евиденција и документација, и тоа:

- Да води компјутерска евиденција и документација, а при пополнување на одредени формулари за евиденција или при пишување рачни приклучоци за корисникот, тоа задолжително да го прави со пенкало;
- Доколку направи грешка да не ја брише, туку да ја прецрта со една линија и до истата да се потпише, а точниот збор да го допише веднаш до зборот кој е погрешен;
- Задолжително да ги забележи датумот, времето и местото каде што е реализирана активнос­та, како и резултатите, односно реакцијата на корисникот од истата;
- Асистентот мора да се потпише на секој документ кој го пополнил од задолжителната евиденција и документација;
- Евиденцијата на активностите да се води по хронолошки ред, без да се остават празни редови;
- Да опише точно што видел, почувствувал или помирил. При тоа не треба при бележењето да користи медицинска терминологија, но многу е важно да ги опише точно фактите со општи разбирливи зборови;
- На секоја страница од документот да стои името на корисникот со кого се работи и бројот на страницата од документот;
- Асистентот мора да бележи само што точно видел или слушнал, а не како тој како асистент се почувствувал во врска со таа работа или што тој мисли за тоа;
- Пред да почне со водење невиденција, да провери дали го има досието на корисникот за кој треба да води евиденција;
- Евиденцијата и документација мора да биде заштитена од неовластени лица, односно лица кои не смеат да имаат пристап до истата. Досието на корисникот е доверлив, личен документ, кој може да биде виден или прочитан, само од лица кои имаат право на пристап до истиот;
- Не смее да дава информации од евиденцијата и документацијата за здравствената состојба ниту на корисникот, ниту на членовите на неговото семејство, ниту на кој било друг. Доколку такво нешто е побарано од него, треба да ги упати кај одговорното лице на тимот.

Табела 1. Листа на задачи кои може да ги реализира асистентот за не­га на лица со деменција – Алцхајмерова деменција и интелектуални попречености

Задачи на асистентот	Операционализација на задачите на асистентот
Да учествува во креирање на планот за работа со корисникот	<ul style="list-style-type: none"> - Учествува во креирање на планот за работа со корисникот; - Го следи корисникот и неговите промени (физички, социјални и емотивни) и ги известува членовите на тимот при потреба од промена на планот за работа со корисникот; - Го запознава корисникот и семејството со планот и активно ги вклучува во истиот;
Да ги реализира активностите утврдени во планот	Утринско будење и тоалета кај лица со: <ul style="list-style-type: none"> - лесна форма на деменција и лесна интелектуална попреченост (ја подредува облеката по редослед, асистира

	<p>при преслекување и распремање на постелата, асистира и координира при вршење тоалета, хигиена на уста и обавување физиолошки потреби);</p> <ul style="list-style-type: none"> - умерена и тешка форма на деменција и умерена и тешка форма на попреченост (го облекува корисникот давајќи му кратки напатствија, распрема постела и му асистира при вршење тоалета, хигиена на уста и физиолошки потреби на корисникот); - терминална форма на деменција и длабока форма на интелектуална попреченост (го облекува корисникот, распрема постела и целосно ја врши тоалетата на корисникот, хигиената на уста и слично и врши промена на пелени при вршење физиолошки потреби на корисникот); - Асистира во исхрана и хидратација кај корисниците во зависност од видот и степенот на деменција или интелектуална попреченост (од двае вербални упатства за исхрана, преку мануелна асистенција во исхраната, до комплетна пасивна исхрана на корисникот); - Асистира при лична хигиена на подвижни и одржува хигиена кај неподвижни корисници (бањање во купатило или во легло, маникирно и педикирно одржување); - Учествува или асистира при подготовка на оброци кај корисникот, согласно неговите здравствени проблеми; - Стимулира учество во поставување и распремање на масата за оброк;
Хигиенски да се подготви за работа	<ul style="list-style-type: none"> - Спроведува сопствена хигиенска подготовка (униформа, обувки, заштитна капа, маска, ракавици, коса, накит, нокти); - Дезинфицира правилно раце со средства за дезинфекција;
Да обезбеди услови и опрема за безбедно движење	<ul style="list-style-type: none"> - Му асистира на корисникот за да се движи безбедно во просторот; - Му асистира на корисникот или го сместува во удобна седечка или лежечка позиција; - Обезбедува сигурност при движење (лизгав под, соодветни обувки, сигурносни обувки и држачи);
Да обезбеди непречено користење на уреди во домаќинството	<ul style="list-style-type: none"> - Познава намена на основни апарати и опрема во домаќинство и установа, согласно препораките на производителот; - Соодветно ги чува и одржува апаратите, а доколку претставуваат опасност за корисникот, истите ги отстранува;
Да одржува хигиена и да ги дезинфицира потребните површини	<ul style="list-style-type: none"> - Набавува средства за лична хигиена; - Набавува продукти за одржување хигиена, и продукти за подготовка на храна; - Одржува хигиена на облеката (чисти крпи, облека и слично);

	<ul style="list-style-type: none"> - Правилно ракува со валкана постелнина, облека и отстранува отпад; <p>Одржува хигиена и естетски изглед на просторијата или му асистира на корисникот при одржување на истата;</p>
Да ги обележи визуелно основните простории, мебел и прибор потребни на корисникот	<ul style="list-style-type: none"> - Поставува визуелни показатели за одбележување на основните простории, прибор и мебел, потребни на корисникот;
Да обезбеди пријатен простор за живот и правилна исхрана	<ul style="list-style-type: none"> - Го поттикнува на самостоен живот корисникот кој живее во домашни услови; - Помага при адаптација на корисникот кој користи услуги на дневни центри, домови и дрги институции;
Активно следи и негува лице со потреба од помош и поддршка	<ul style="list-style-type: none"> - Мери и бележи телесна висина и тежина кај корисникот; - Набљудува визуелни параметри кај корисникот (боја на кожа, лигавица, подвижност); - Препознава витални знаци (пулс, дишење, крвен притисок); - Препознава појава на декубит, ги известува претпоставените и презема превентивни мерки (листа за ротација); - Набљудува излучевини и препознава промени во истите (урина, фецес, исплувок, повратни масти); - Згрижува корисник при дијареа или повраќање, - Аплицира перос и субкутано препишана терапија, капки и масти, почитувајќи точност, адекватност и навременост на дозата, - Препознава знаци на несакани дејства на пропишана терапија и соодветно реагира на истите;
Реализира планирани социјални, слободни активности	<ul style="list-style-type: none"> - Поттикнува вербализација, изразување желби и потреби кај корисникот; - Помага при просторна ориентација и мотивација за движење, преку придружување при прошетки, пазарење, патување, посета на одредени места, одржување на подвижноста; - Помага и стимулира вербална комуникација со блиски личности; - Поттикнува читање, пишување, броење, заради одржување на интелектуалните способности и поспоро напредување на деменцијата; - Стимулира активирање на ментални процеси и забавување на ментален пад преку игра со домашни миленици, игра во познати простории и со предмети од секојдневната пракса, - Применува работни терапии и музика со корисникот, пропишани и одобрени од високообразован стручен кадар; - Применува насочен разговор со корисникот заради

	одржување и сочувување на когнитивните способности и социјалните вештини;
Води работна евиденција, документација	- Навремено и прецизно води дневни извештаи за реализирани активности и постигнати резултати, промени во терапијата, однесувањето и слично.

4. Деменција – деменција кај Алцхајмерова болест и други видови деменции

4.1. Што е деменција и кои се знаци за Алцхајмерова деменција?

Деменција претставува постепено но прогресивно опаѓање на капацитетите на мозокот. За ваквото опаѓање на мозочните функции постои органска основа т.е. постепено умирање на нервните клетки и атрофија на мозокот. Заради тоа деменцијата во литературата уште се нарекува психооргански синдром.

Таа најмногу се манифестира преку потешкотии со когнитивните функции и промени во однесувањето. Во понатамошните фази од болеста се јавуваат и промени во емоциите, говорот, расположението, мотивацијата, дезориентираност (временска и просторна), неможност за самостојно донесување одлуки, потешкотии во извршните моторни функции, промени во социјалниот домен сè до потешкотии со контролирано извршување на биолошките функции. Симптомите обично се развиваат полека, но со текот на времето состојбата се влошува до тој степен што настануваат проблеми во секојдневното функционирање на лицето, неможност самото да се грижи за себе и смрт.

Можеме да кажеме дека знаците на Алцхајмерова деменција се бројни и различни. Какви особини ќе има лицето со АД во голема мера е под влијание на неговата личност, искуство, образование и животен стил.

Заборавеност

Еден од првите знаци за Алцхајмерова деменција е заборавеноста. Заборавеноста главно се однесува на потешкотии со краткотрајната меморија т.е. со помнење информации кои се скоро добиени. Лицето лесно ги заборава важните настани, договори и датуми. Бидејќи лесно забораваат, тие овие настани, датуми може да се случи да ги повторуваат по неколкупати при што мислат дека другите не ги слушнале или дека заборавиле. Доколку за ваквото повторување им се замери, тие знаат да се разочараат и да изреагираат со лутина или повлекување.

Потешкотии во планирање и решавање проблеми

Лицата со деменција тешко следат усни или пишани инструкции при што следат некој нов план. Тие нагло го менуваат своето мислење и доколку се појави нов проблем што не може рутински да се реши, тие се збунуваат. Затоа тешко учат и остваруваат нови работи.

Уште во раните стадиуми на болеста лицето има потешкотии со раководење со пари и регуларно подмирување на сметките. Тоа резултира со правење неконтролирани, непотребни финансиски трошоци.

Тешкотии при решавање на поставени задачи

Лицата со деменција тешко ги завршуваат секојдневните поставени задачи иако може многу да се трудат. На пример, наидуваат на потешкотии при готвење, чистење, одржување на домаќинството, возење автомобил... дури не можат веќе да ги играат ни социјалните игри бидејќи не можат да следат упатства. Не знаат да употребат нови предмети и новите електронски уреди стануваат нерешлив проблем. Решавањето проблеми станува невозможно така што може да се добијат несакани грешки и катастрофални исходи.

Збунетост во време и простор

Лицата со деменција често ги забораваат тековните датуми, како и значајните датуми од нивниот живот. Лесно забораваат каде се наоѓаат или каде биле со намера да стигнат во веќе познат простор. Дури и мала промена во просторот на која не биле спремни, може да ги збунат.

Потешкотии во препознавање визуелни содржини

Заради потешкотиите со видот кои може да ги имаат лицата кои имаат Алцхајмерова болест, тешко им е да проценат раздалеченост во просторот или контраст со бои. Заради тоа може да станат уплашени или агресивни бидејќи, на пример, кога се гледаат во огледало не се препознаваат себеси туку гледаат некој насилник. Така, често може да настанат повреди кај лицето што само седи до маса или кога оди по скали затоа што не може да ја процени висината и раздалеченоста помеѓу скалите.

Потешкотии при говор и пишување

Во почетокот на болеста се јавуваат потешкотии само со одредени зборови. Лицето не може да се сети на зборот, грешно го изговара, го опишува неговото значење или употребува грешен збор. Понекогаш на сред реченица забораваат на содржината која сакале да ја кажат и не можат да го продолжат разговорот. Ваквите потешкотии на почетокот на болеста не влијаат врз разбирањето со другите. Позначајни потешкотии со говорот и пишувањето при Алцхајмерова деменција се јавуваат во средната фаза од болеста. Во оваа фаза лицето тешко го следи разговорот и не разбира така што може да зборува во исто време со другите. Во средната фаза од болеста се јавува тежина при изговорот, пишувањето, читањето и разбирањето на она што се чита. Со напредокот на деменцијата сè поотезнато и поограничено станува разбирањето на зборовите до потполна немост и неможност за изговор.

Криење и барање на предметите

Лицата кои боледуваат од Алцхајмерова болест кријат предмети, најчесто пари, на најскришни и на најнеочекувани места, „за да не им ги најде некој и да не им ги украде“. Потоа лесно забораваат каде предметот го сокриле и помислуваат дека некој, најчесто некој од најблиските, им го украде, па често стануваат сомничави и агресивни. Дури и подоцна, кога ќе го најдат предметот или парите на скришното место, не веруваат дека самите таму ги оставиле туку мислат дека тој што ги украде им ги вратил.

Намалено просудување

Лицата со Алцхајмерова деменција ја изгубиле способноста да манипулираат со пари. Лесно може да бидат изложени на опасност бидејќи не знаат да ги проценат ситуациите. Лесно може да се занемарат од хигиенски аспект. Често повторуваат непотребни и необични зборови мислејќи дека ќе им бидат потребни. Мислат дека проблемите кои им се јавуваат се од апчињата што ги примаат и се убедени дека апчиња не им требаат. Имаат потешкотија со одредување на надворешната температура и облекување облека и обувки соодветно на временските прилики.

Социјално повлекување

Заради грешните процени и расудувања, тешкотиите со помнењето, сомничавоста и емоционалните потешкотии, лицата со Алцхајмерова деменција често се осамуваат. Не сакаат да бидат во друштво на своите врстници и за тоа наоѓаат цел куп изговори. Се откажуваат од своите хобија и занимања. Другите околу нив не ги интересираат. Во напреден стадиум од болеста може да седат на исто место и во иста положба со часови.

Промени во расположението и личноста

Бидејќи одбранбените механизми на личноста веќе не функционираат, основните карактеристики на личноста и карактерот стануваат видливи посебно во однос на оние кои им се блиски и живеат со нив. Може да станат сосема спротивна личност од онаа која биле порано, на пример, ако порано биле многу зборливи сега може да станат многу повлечени и тивки, и обратно. Нивните блиски често може да се вчудовидени од новата личност кај блискиот кој боледува од Алцхајмерова деменција и да не веруваат дека се однесува на одреден начин. Како се менува личноста така тоа влијае и врз расположението. Лицата со Алцхајмерова деменција се многу сензитивни и тоа се одразува врз нивното расположение. Тие се многу сензитивни на надворешни влијанија од нивната средина како бучава, гужва, немир и сл. На чувствата како тага, апатија, рамнодушност, веселост може да реагираат со лутина, раздражливост, вознемиреност, агресија... Тие нивни реакции зависат од ситуацијата, разбирањето на другите, околината, и обично се краткотрајни и секојдневно променливи.

4.1.1. Видови деменции

Како што сите ние сме различни така и секое лице со деменција е различно. Кои симптоми ќе ги манифестира лицето болно од деменција зависи и од тоа кои делови на мозокот се зафатени при деменцијата. Според 10-тата ревизија на меѓународната класификација на

болести и сродни здравствени проблеми (скратено МКБ-10) деменциите се поделени на следниве видови:

F00-F09: ОРГАНСКИ И СИМПТОМАТСКИ ДУШЕВНИ НАРУШУВАЊА

F00 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ALZHEIMER-ОВА БОЛЕСТ

F00.0 Деменција кај Алцхајмерова болест со ран почеток

F00.1 Деменција кај Алцхајмерова болест со доцен почеток

F00.2 Деменција кај Алцхајмерова болест, атипичен или мешан тип

F00.9 Деменција кај Алцхајмерова болест, неозначено

F01 ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

F01.0 ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА СО АКУТЕН ПОЧЕТОК

F01.1 ДЕМЕНЦИЈА ПОРАДИ ПОВЕЌЕ ИНФАРКТИ

F01.2 СУБКОРТИКАЛНА ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

F01.3 МЕШАНА КОРТИКАЛНА И СУБКОРТИКАЛНА ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

F01.8 ДРУГА ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА

F01.9 ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА, НЕОЗНАЧЕНО

F02 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ДРУГИ ЗАБОЛУВАЊА КЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО

F02.0 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ПИКОВА БОЛЕСТ

F02.1 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ЈАКОБ-КРОЈЦФЕЛОВА БОЛЕСТ

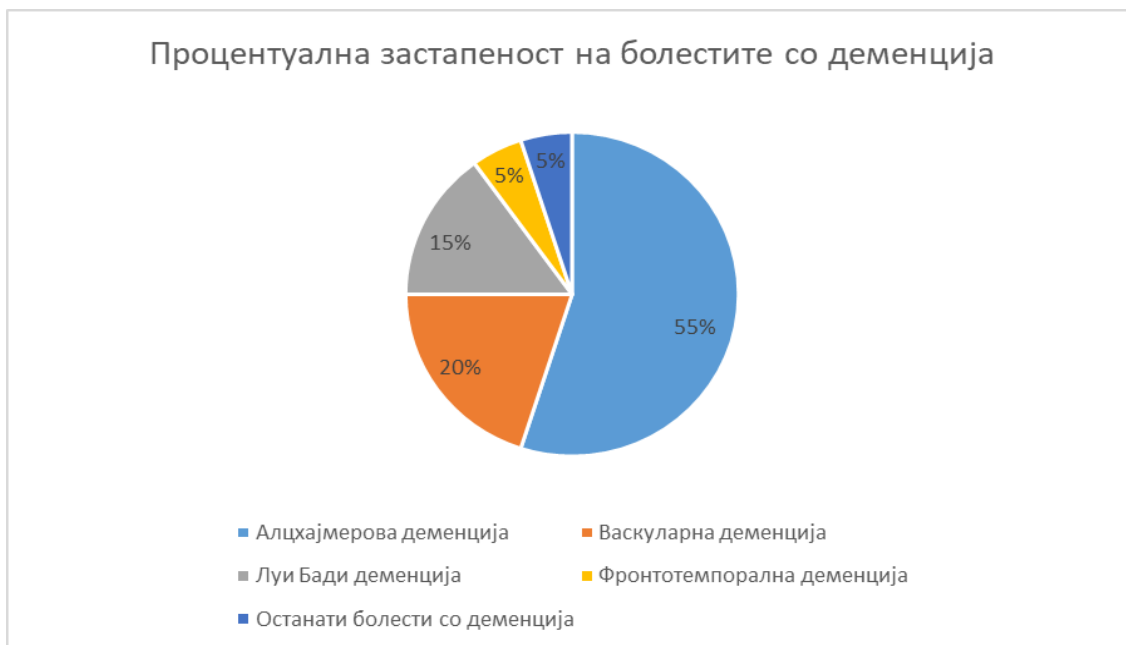
F02.2 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ХАНТИНГТОНОВА БОЛЕСТ

F02.3 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

F02.4 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ХИВ (ХУМАНАТА ИМУНОДЕФИЦИЕНЦИЈА)

F02.8 ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ДРУГИ ОЗНАЧЕНИ БОЛЕСТИ КЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО

F03 НЕОЗНАЧЕНА ДЕМЕНЦИЈА



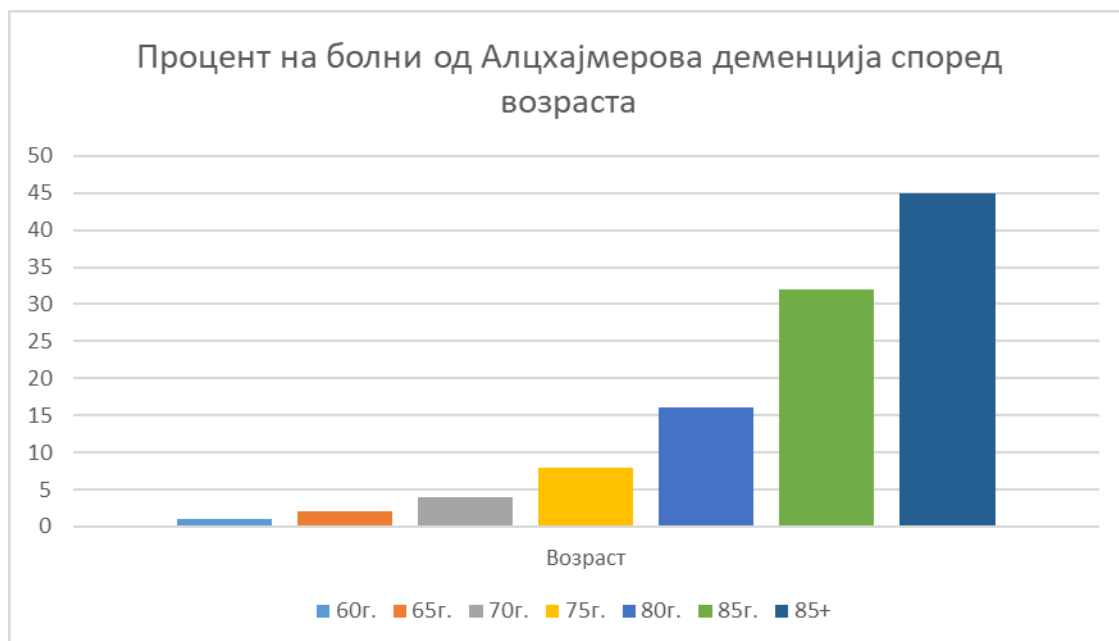
Слика 2

Најзастапена деменција е Алцхајмеровата деменција и се јавува кај половина од болните со деменција. Втора по застапеност е васкуларната деменција. Трета по застапеност е Луи-Бади деменцијата која е проследена со халуцинации, несоници и често ја придружува Паркинсоновата болест. И четврта по процентуална застапеност е фронтотемпоралната деменција која се карактеризира првично со потешкотии во говорот. Иако другите деменции се помалку застапени, не значи дека се помалку значајни.

4.1.2. Застапеност на Алцхајмеровата деменција

Деменцијата најчесто е дијагностицирана кај лица над 65-годишна возраст, иако може да се јави и на многу порана возраст. Најзастапена е кај лица со 85 г. и повозрасни, а повеќе е застапена кај жените, најверојатно поради подолгиот животен век.

55% од деменциите во целиот свет се должат на Алцхајмеровата болест, а се претпоставува дека до 2050 година 1 од 85 лица ќе боледува токму од ваков тип деменција. Овие проекции за зголемување на процентот на Алцхајмеровата деменција и другите видови деменции одат паралелно со проекциите за зголемување на бројот на стари лица на светско ниво. Секоја 4-та секунда во светот по едно лице е дијагностицирано со Алцхајмерова болест. Таа е најчеста причина за деменција кај повеќе од 40 милиони луѓе низ целиот свет. А сепак лекот сè уште не е пронајден и на тоа поле научниците сè уште истражуваат.



Слика 3

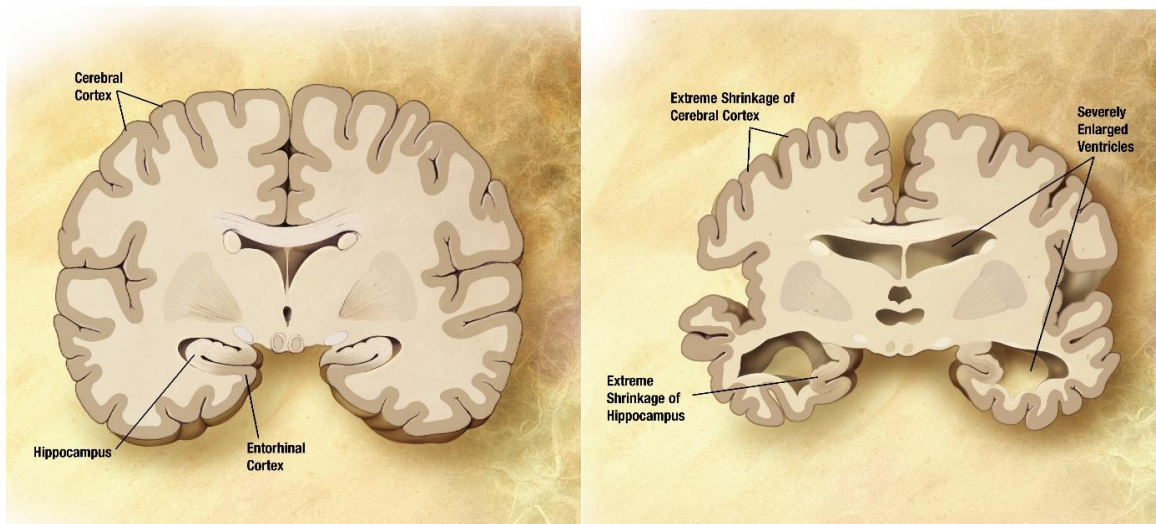
Со зголемување на бројноста на населението во 2050 година се проектира и зголемување на бројот на лица болни од Алцхајмеровата и други видови деменции.

4.1.3. Откривање на Алцхајмеровата болест и деменција

Алцхајмеровата болест за првпат била опишана од страна на германскиот психијатар [Alois Alzheimer](#) во 1906 г. Тој забележал дека одредени пациенти имаат специфични проблеми, како потешкотии со спиењето, нарушена меморија и помнење, значајни промени во расположението и зголемена конфузност. Тој претпоставил дека овие пациенти имаат оштетувања во структурата на мозокот. Кога пациентот ќе починел и ќе се направела аутопсија на мозокот, тој под микроскоп видел значајни промени во ткивото на мозокот т.е. темни дамки. Понатаму, како што се испитувала оваа болест, било откриено дека се работи за т.н. плаки и неврофибрилни пречки кои водат кон умирање на мозокот.

4.1.4. Невробиолошка основа за Алцхајмерова деменција

Алцхајмерова деменција е неуродегенеративна болест која постепено води кон т.н. неврална смрт проследена со умирање на нервните клетки, нервните врски и атрофија на мозокот. За разлика од васкуларната деменција, Алцхајмеровата деменција најголемите промени ги пројавува во белата маса во мозокот и на снимките се гледа разликата помеѓу нормален мозок и мозок со напреден стадиум на Алцхајмерова деменција:



Слика 4

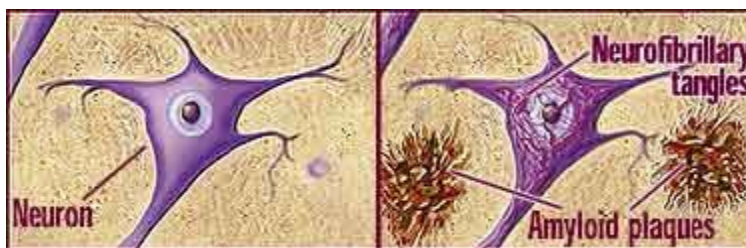
Промени кои се случуваат во мозокот и заради кои настануваат симптомите при Алцхајмерова деменција се следните:

Намалено лачењето на ацетилхолинот. Се работи за невротрансмитер којшто е многу важен за пренесување на информациите во мозокот.

Во мозокот се создаваат амилоидни плаки и неврофибрилни пречки.

а. *Амилоидните плаки* настануваат поради неможност за разградување на протеинските молекули и нивно таложење врз нервните клетки. Така се уништуваат нервните клетки во мозокот.

б. *Неврофибрилни пречки* настануваат на нервните влакна кои ја пренесуваат информацијата од една кон друга клетка. При тоа околу нив, под влијание на овие неразградливи протеини, се формираат клопчиња и е оневозможен преносот на информацијата од една до друга нервна клетка, како и обезбедување храна на клетките.



Слика 5

Целиот овој дегенеративен процес настанува во дел од мозокот што се нарекува *хипокампус*. Хипокампусот е одговорен за помнењето, поточно за краткотрајната меморија. Учењето нови информации е тешко да се оствари бидејќи не може да се воспостават нови врски во веќе оштетеното мозочно ткиво.

Како напредува болеста почнува да ја зафаќа и долготрајната меморија, поточно оние всадени навики на однесување стекнати уште во детството, како, на пример, миење раце, ручање, одржување на хигиена... Така можеме да забележиме дека додека ги мие рацете лицето одеднаш почнува да си ја мие и главата, или во обидот да ги измие забите одеднаш престанува затоа што во моментот не знае како да ја стисне пастата за заби и да стави од пастата на четката. Бидејќи е многу битно да се зачуваат овие обрасци, потребна е придружба која лицето ќе го потсетува на следниот чекор.

Дегенеративниот процес кој првично се случува во хипокампусот понатаму се шири и во другите делови од мозокот и, зависно во кој дел се шири, тој предизвикува специфични промени кај лицето. Во предниот дел од мозокот ја уништува способноста за логичко расудување, потоа преминува во делот кој е одговорен за емоциите при што предизвикуваат нагли и непредвидливи промени во расположението. Кога ќе се прошири на врвот на мозокот предизвикува параноја и халуцинации. На крајот, кога ќе дојде до задниот дел на мозокот каде се наоѓаат контролните центри за работа на срцето и дишењето, настанува смрт.

4.1.5. Генетска основа за Алцхајмерова болест

Студиите покажуваат дека лицата со АД имаат дефект во 21-от хромозом. Овој хромозом се наоѓа како одговорен за создавање на бета-амилоидот кој се создава помеѓу нервните клетки во мозокот и ги создава плаките.

Генетиката вели дека и Down-овиот синдром е резултат на мутација во 21-от хромозом, па така големи се шансите лицата кои имаат Down-овиот синдром откако ќе наполнат 40 години да развијат Алцхајмерова болест.

4.1.6. Дали забравеноста е деменција?

Нормално е, како што поминуваат годините и како што старее мозокот, да се случи повремено заборавање. Може да се заборава име на некој пријател, да се заборава датум итн. Се случува некој предмет да ставиме негде, па да забораваме каде сме го ставиле или во моментот да не ни текнува одреден збор иако значењето и смислата потполно ни се јасни.

Има неколку рани карактеристики по кои може да се увиди Алцхајмерова деменција кај лицето. Истите ќе ги наведеме и ќе направиме споредба со вообичаените промени во помнењето и однесувањето кои се случуваат кај другите лица кои немаат Алцхајмерова деменција, а сепак кај кои под влијание на возраста се случуваат одредени промени.

- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат потешкотии со меморијата што го попречуваат секојдневното функционирање. Лицата кај кои има типични промени под влијание на возраста понекогаш забораваат имиња и состаноци, но подоцна ќе се сетат;
- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат потешкотии со планирање и решавање проблеми. Лицата кај кои има типични промени под влијание на возраста прават поврени грешки при планирање на распоредот;
- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат потешкотии во завршување на познати задачи по дома, на работа и во слободното време. Лицето кај кое има типични промени под влијание на возраста има потреба од помош да ја подеси микробрановата печка или да пресними некое ТВ шоу;
- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат конфузност во време и простор. Лицата кај кои има типични промени под влијание на возраста може да бидат конфузни околу тоа кој ден во неделата е, но по малку размислување се ориентираат;
- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат потешкотии во разбирање визуелни содржини и просторни релации. Лицата со типични промени под влијание на возраста имаат потешкотии со видот што се должат на проблеми со катарактата;
- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат проблеми со изговарање и или пишување нови зборови. Лицата кај кои промените се под влијание на возраста, понекогаш имаат проблем да се сетат на вистинскиот збор;

- Лицата со Алцхајмерова деменција ги губат предметите и способноста за следење на трагата да ги најдат (на пример, го губат клучот, случајно го наоѓаат во фрижидер и се прашуваат за што служи). *Лицата кај кои има типични промени под влијание на возраста ги губат работите повремено, но можат да се сетат на чекорите како да ги најдат (на пример, ги губат клучевите, но ги наоѓаат повторно на полицата или во џебот и знаат за што служат);*
- Лицата со Алцхајмерова деменција имаат намалена и осиромашена способност за донесување одлуки и намалена критичност. *Лицата кај кои има типични промени под влијание на возраста ретко донесуваат неадекватна одлука;*
- Лицата со Алцхајмерова деменција се повлекуваат од работа или од социјални активности. *Лицето кај кое има типични промени под влијание на возраста понекогаш се чувствува исцрпено од работата, фамилијата и социјалните обврски;*
- Кај лицата со Алцхајмерова деменција се јавуваат промени во личноста и во однесувањето. *Лицето кај кое има типични промени под влијание на возраста гради специфични начини на правење на нештата и станува иритиран/а кога таквата рутина бива нарушена.*

	СТАРОСТ -свесност за проблемот-	ДЕМЕНЦИЈА -некритичност-
Помнење	Повремена заборавеност со подоцнежено присетување, забавено учење	Заборавеност за скорешни случувања, неможност за учење на ново
Говор	Повремени, минливи потешкотии со присетување на имиња или зборови	Замена на заборавени зборови со нови или со опишување на зборот
Однесување	Нема проблеми да се грижи за себе, забавеност при процена и планирање.	Отежната грижа за себе, отежнато планирање, процена и донесување одлука

Доколку, и покрај повремената заборавеност и проблеми со меморијата, сепак можеме да се грижиме за себе и за нашата непосредна околина, можеме да возиме автомобил, да манипулираме со пари, да користиме телефон, да користиме разни предмети, да учиме нови работи, да готвиме, да склопуваме пријателства и социјално да живееме, тогаш немаме деменција. Лицата со деменција не можат да го сторат сето ова бидејќи заборавеноста е позначајна од вообичаената и не можат да се грижат за себе, се губат во простор и не можат да научат нови работи или да употребат нови предмети. Често комуницираат со тешкотии, повторуваат зборови или фрази, тешко можат да ги оценат околностите или немаат вистински увид во тешкотиите и мислењата на другите.

4.1.7. Стадиуми на развој на Алцхајмеровата болест

Алцхајмеровата деменција започнува неприметно, полека напредува и може да трае до 12 години. Алцхајмеровата болест можно е да е присутна но клинички непрепознаена со

децении, а деменцијата може да се јави подоцна и да трае од 2 до 12 години. Таа напредува од клинички незначајни симптоми до потполна зависност на индивидуата. Колку брзо ќе се одвива напредокот на болеста е невозможно да се предвиди, но извесно е дека болеста кај младите напредува многу побрзо отколку кај оние кои заболуваат во доцната старост.

Први симптоми кои се јавуваат кај Алцхајмеровата болест се забележливи значајни нарушувања во меморијата за настани кои скоро се случиле. Така, на пример, лицето може да почне да заборава настани и разговори кои се случиле во скоро време. Повторно поставува прашања за нешто што веќе го видело и слушало.

Како втор показател може да бидат изјавите од блиските роднини на лицето кое боледува од Алцхајмерова деменција. Тие може да кажат дека лицето во секојдневното функционирање има потешкотии со помнење на скорешни информации и дека на лицето му се потребни потсетници за извршување на дневните активности.

Оваа болест ја карактеризираат и одредени проблеми со продукцијата на зборови. Така, лицето може да има потешкотии со вербалната флуентност, како и со барање на соодветниот збор што сака да го употреби.

Секое лице со Алцхајмерова деменција болеста ја искусува различно, но сепак траекторијата која ја поминуваат од почетокот до крајот на болеста има некои заеднички карактеристики. Има различни поделби за тоа како се развива оваа болест. Некои ја делат во три стадиуми, некои ја опишуваат без стадиуми за подобро да ја опишат прогресијата на болеста.

Најупотребуван модел за развојот на Алцхајмеровата болест е на д-р Barry Reisberg од Универзитетот во Њујорк, кој Алцхајмерова деменција и нејзиниот развој ги опишува во 7 стадиуми. Оваа поделба за прогресијата на Алцхајмерова деменција се користи од страна на бројни единици кои пружаат здравствена нега, како и од бројни асоцијации за Алцхајмер.

7-те стадиуми на Алцхајмерова деменција кои се базираат на идеите на д-р Reisberg се:

- **Прв стадиум:** Не постојат оштетувања
Во овој стадиум болеста не може да се детектира и не се манифестираат проблеми со паметењето или други симптоми типични за деменција;
- **Втор стадиум:** Многу благи оштетувања
Лицето може да забележи минорни потешкотии со помнењето, губење предмети низ домот, но сепак тоа не е толку значајно и лесно се поврзува со нормални проблеми со помнењето кои се карактеристични за возраста. Лицето сè уште покажува добри резултати на тестовите за меморија и болеста не може да биде детектирана од страна на докторите и најблиското семејство;
- **Трет стадиум:** Благо оштетување

Во оваа фаза пријателите и блиските роднини кај лицето почнуваат да забележуваат когнитивни и проблеми со меморијата. Веќе се забележуваат влошени резултати на тестовите за испитување на меморијата и когнитивноста и докторите можат да детектираат дека се работи за оштетување на когнитивните функции. Лицата во оваа фаза ќе имаат потешкотии во многу области вклучително:

- Во барање на вистинскиот збор при разговор,
- Во запомнување нови имиња,
- Во планирање и организирање.
- Кога лицата се наоѓаат во оваа фаза тие често ги губат личните работи, вклучително и оние вредните.

- **Четврт стадиум:** Средно оштетување

Во овој стадиум симптомите на Алцхајмерова деменција се уочливи. Лицето во овој стадиум:

- Има потешкотии со едноставни математички функции,
- Заборава детали од личната животна историја,
- Има сиромашна краткотрајна меморија и може, на пример, да не се сети што појадувало,
- Не е во состојба да плаќа сметки и да раководи со финансии.

- **Петти стадиум:** Средно силно оштетување

Во текот на петтиот стадиум лицето почнува да чувствува потреба од помош при извршување на секојдневните активности. Лицето може да искуси:

- Значајна конфузност,
- Немоност да се сети на наједноставни детали за себе (на пример, својот телефонски број),
- Потешкотии при адекватно облекување.
- Од друга страна, пак, лицата во овој стадиум остануваат во минимална функционалност при што можат самостојно да се капат или да ги извршуваат основните физиолошки потреби. Исто така, обично сè уште ги помнат членовите на своето семејство и по некој детал од својата лична историја, посебно од нивното детство или младоста.

- **Шести стадиум:** Силно оштетување

Кога лицето се наоѓа во овој стадиум од Алцхајмеровата болест, потребна му е константна супервизија и често во овој стадиум се јавува потребата од професионална нега и грижа. Лицето ги изразува следниве симптоми:

- Конфузност и несвесност за средината и опкружувањето,
- Значајни промени во личноста и потенцијални промени во однесувањето,
- Потреба од помош при секојдневните активности, како што се одење во тоалет и капење,
- Немоност да се препознаат лица освен кај блиските пријатели и роднини,

- Неможност да се сети на поголемиот број моменти од својот живот,
 - Неконтролирано извршување на основните биолошки функции (немање на контрола за мала и голема потреба),
 - Лутање.
- **Седми стадиум:** Многу силно оштетување
Седмиот стадиум е последен во Алцхајмеровата болест. Бидејќи Алцхајмеровата болест е терминална болест, лицата кои се во овој стадиум се блиску до смртта. Во овој стадиум лицата ја губат способноста да одговорат на средината или да комуницираат. Иако можат да изустат по некој збор или фраза, сепак не се критични и немаат увид за својата состојба. Имаат потреба од помош при сите активности во текот на денот. Во крајните фази од болеста лицето може да ја изгуби и способноста да голта храна.

4.2. Васкуларна деменција

Оваа деменција е втора по распространетост по Алцхајмеровата болест. Од неа боледуваат 20-30% од населението во целиот свет.

Васкуларната деменција се согледува преку атрофија во белата маса на мозокот, па затоа уште се нарекува леукоенцефалопатија.

Фактори на ризик од заболување од васкуларна деменција можат да бидат васкуларни заболувања, коронарни и артериски заболувања, хипертензија, хиперлипидемија, дијабет. Знаци преку кои можеме да препознаеме дека се работи за васкуларна деменција се слабост на едната страна од телото, промени во одот (губиток на рамнотежа и падови), вртоглавици и потешкотии со говорот.

Во раните стадиуми васкуларната исхемична деменција се карактеризира главно со проблеми со извршните способности, како сиромашно планирање, сиромашни судови, потешкотии со финансии, намалена свесност за последиците од сопствените активности, импулсивност (не размислуваат пред да дејствуваат). Кај овие лица се јавуваат потешкотии со вниманието, како и неуропсихијатриски симптоми кои можат да се земат и како основна карактеристика на васкуларните деменции, и нешто што прво паѓа во очи кога ќе видиме лице со васкуларна деменција е апатија, абулија (намалена волја) во однос на покренување иницијативи и во однос на нагоните.

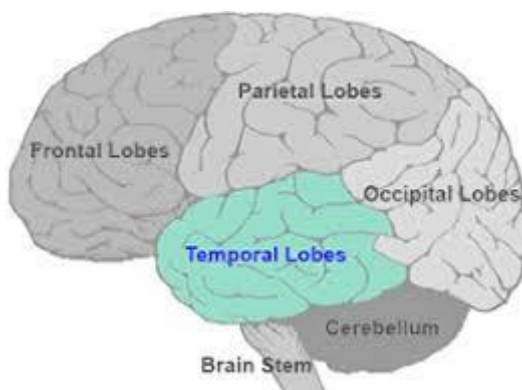
4.2.1. Диференцијација помеѓу васкуларна и Алцхајмерова деменција

Табела 2. Компарација помеѓу Алцхајмерова деменција и васкуларна деменција

Алцхајмерова деменција	Васкуларна деменција
- Главно го зафаќа париенталниот и темпоралниот дел од мозокот	- Го зафаќа префронталниот кортекс, белата маса, базалните ганглии и

<ul style="list-style-type: none"> - Силно оштетување на краткотрајната меморија (скорешни настани и информации) - Вообичаени се афазија, апраксија и агнозија - Вообичаени се разновидни промени во однесувањето - Значаен скор на влошување во помнењето на MMSE¹ <p>Извор цитиран за геријатрија од J. T. Stewart, MD</p>	<p>таламусот</p> <ul style="list-style-type: none"> - Краткотрајната меморија често останува зачувана или умерено оштетена - Вообичаени се потешкотии со извршните функции - Губиток на нагоните и дезинхибиција на импулсите - MMSE обично не укажува на промени или сосема мали отстапувања
---	---

Кај многу стари лица се јавуваат мозочните плаки и пречки за кои велат дека се типични за Алцхајмеровата болест, но кај Алцхајмеровата болест ги има во значајно поголем број и претежно се сконцентрирани во темпоралниот дел на мозокот.



Слика 6

Промените кај Алцхајмеровата болест претежно се случуваат во сивата маса на мозокот, за разлика од васкуларните деменции каде промените се случуваат главно во белата маса на мозокот.

4.2.2. Третман на болеста

Поради деструктивната природа на оваа болест голем број научници во светот се инспирирани да најдат лек. Но моментално лекот е на ниво на наоѓање начин како да се успори напредувањето на болеста.

¹ MMSE – Mini Mental State Exam

Третманот на болеста може да биде:

- Медицински,
- Немедицински и
- Преку неуропластичност и когнитивни резерви.

Медицинскиот третман претежно се фокусира на превенција и се фокусира на намалување на бета-амилоидот и зголемување на ацетилхолинот. Велиме превенција затоа што овие интервенции треба да се направат пред да дојде критичната фаза на Алцхајмеровата болест. Се работи за следните медицински интервенции:

А. Спроведување ацетилхолинска терапија т.е. зголемување на нивото на ацетилхолинот во мозокот кој е намален при оваа болест (Aricept (donepezil HCL), Exelon (rivastigmine), and Razadyne (galantamine).;

Б. Аплицирање на вакцина која ќе го засили имунитетот на организмот да се бори против создавање на бета-амилоидниот протеин кој ги создава плаките во мозокот.

Во третманот на Алцхајмеровата болест и другите видови деменции постои и **немедицински третман** кој се фокусира на водење здрав начин на живот. Бидејќи не можеме да го сопремене стареењето, не можеме да ја смениме генетиката што ја носиме и не можеме да ја смениме судбината на нашиот мозок, тогаш се парашуваме „Што значи здрав начин на живот кој води кон превенција од Алцхајмерова и други видови деменции?“

А. Редовен и длабок сон. На организмот му е потребен редовен и длабок сон бидејќи е чистач на метаболичкиот отпад во мозокот што се собира додека сме будни. Длабокиот сон ја враќа моќта на мозокот. Но што ќе се случи доколку имаме слаба хигиена на спиење? Многу научници сметаат дека недостатокот од сон е предиктор за Алцхајмерова болест. Една вечер помината во депривација од сон води кон покачено ниво на амилоид – бета, а докажано е дека покаченото ниво на овој протеин го попречува спиењето така што води кон акумулација на уште поголеми количини на амилоид.

Б. Кардиоваскуларното здравје. Одржувањето на кардиоваскуларното здравје значи одржување на нормален крвен притисок, нормална телесна тежина, исфрлање на цигарите, контрола на шеќерот во крвта, нормално ниво на холестерол во крвта. Одредени истражувања од аутопсиите покажале дека 80% од лицата со Алцхајмеровата болест имаат кардиоваскуларни заболувања.

В. Аеробик вежбите покажале бројни истражувања дека го намалуваат количеството на амилоид-бета.

Но да речеме дека лицето не применувало ништо од горенаведеното, а веќе има 65 години, го носи генот за Алцхајмеровата болест и не сака да се откаже од нездравниот стил на живот. Сепак, постои уште едно нешто кое може да го направиме за да ги

избегнеме симптомите на Алцхајмеровата болест. Излезот се гледа во т.н. невропластичност и создавање когнитивни резерви.

Г. Невропластичност и когнитивни резерви.

Што значат овие термини, „невропластичност и когнитивни резерви“?

Алцхајмеровата болест значи атрофирање на мозокот и губење на воспоставените синапси или нервни врски. Но просечниот мозок содржи преку сто трилиони синапси така што имаме доста простор за работа бидејќи и овој број на синапси не е статичен. Секој момент и губиме и создаваме нови синапси и тој процес се нарекува *невропластичност*.

Секојпат кога учиме нешто ново ние создаваме и зацврстуваме нови нервни врски во мозокот или нови синапси. Во една студија при која бил земен примерок од 678 калуѓерки со над 75-годишна возраст, тие биле следени повеќе од две децении. Во текот на ова време им биле проверувани физичките капацитети и когнитивните способности. После нивната смрт нивните мозоци биле донирани за испитување преку аутопсија. Во некои од овие мозоци биле најдени голем број мозочни плаки и неврофибрилни искривувања при што кога би се разгледувал мозокот засебно би се рекло дека тоа лице имало Алцхајмерова болест. Но било вчудовидувачки како, и покрај таквите откритија во нивниот мозок, тие сепак додека биле живи не манифестираше знаци на Алцхајмерова болест. Како е тоа можно? Научниците претпоставуваат дека тоа се должело на големите когнитивни резерви и големиот број функционални синапси во мозокот. Лицата кои имаат повеќе години на формално образование, кои имаат повисоко ниво на писменост, кои редовно се ангажираат со ментално-стимулативни активности, имаат повисоко ниво на *когнитивни резерви*. Кај нив постојано се губат едни, а се создаваат други нервни врски во мозокот, така што дури и да имаат Алцхајмерова болест која е компромитирачка и заканувачка за нивните синапси, сепак тие имаат многу повеќе синапси како резерви преку кои влијанието на болеста е занемарливо.

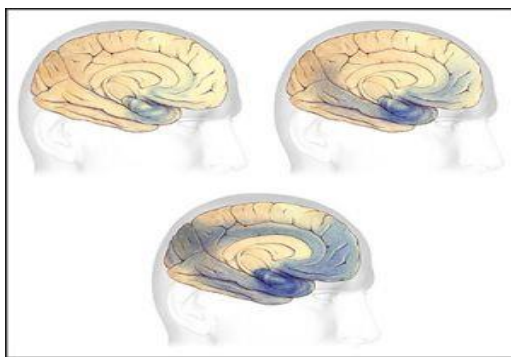
Пораката од овие истражувања во невронауката е дека дијагнозата не значи дека ќе умрете утре. Нема да ја изгубите вашата емоционална меморија и сè уште ќе можете да ја разберете љубовта и радоста. Можеби нема да паметите кој и што ви рекол, но ќе го паметите чувството кое кај вас се создало. Вие сте повеќе од она што можете да го запомнете, затоа продолжете да живеете!

4.2.3. Симптоми на деменциите по развојни фази

Иако деменцијата има повеќе фази чии карактеристики и траење често се индивидуални, симптомите и развојот на деменциите може да се разгледуваат низ **три главни стадиуми**:

1. **Почетен или благ стадиум** - се карактеризира со помали промени на личноста и однесувањето, блага заборавеност, намалена способност за планирање и учење нови вештини и поими.

2. **Среден или умерен стадиум** - се карактеризира со сериозно губење на помнењето, потешкотии во извршување на секојдневните активности (домашни активности, облекување, планирање). Личноста тешко се ориентира во простор и време, заборава личности и настани, сè повеќе е збунета и вознемирена. Во оваа фаза се појавуваат разни форми на непримерно однесување: агресија, викање, тропане и сл. Од физичките потешкотии се присутни инконтиненција и проблеми во координација на движењата. Во оваа фаза личноста повеќе не е способна за самостоен живот.
3. **Завршен стадиум** или терминална фаза од болеста налага 24-часовна нега за личноста бидејќи личноста не може повеќе самостојно да седи, да се движи, да се храни, не ги препознава членовите на семејството, зборува тешко и неразбирливо. Се јавуваат потешкотии при голтање на храната, одбивање храна. Завршува со смрт.



Слика 7. Изглед на мозокот во почетен, умерен и завршен стадиум

ПОЧЕТЕН СТАДИУМ

Првата фаза е дијагностицирање на деменцијата. Во првиот стадиум на болеста, карактеристично е губење на помнењето во епизоди, неможност за усвојување нови содржини, неможност за присетување на веќе усвоени содржини. Потешкотии во пронаоѓање на вистинските зборови (аномична дисфазија) во спонтаните разговори се првиот карактеристичен знак. Корисникот вообичаено „од околу“ настојува да го каже тоа што го има на ум.

Дополнителни симптоми може да бидат чести осцилации во расположението и промени во карактеристиките на личноста. Присутни се потешкотии во извршување на секојдневните активности (облекување, заборава каде ги остава работите, не може да го пронајде патот и сл.), има недостаток на спонтаност, иницијативност и препознавање на луѓе (просопагнозија).

Како **прв симптом** кај корисниците со деменција се јавува просторна или временска дезориентација. Во оваа фаза е присутна раздразливост и агресија, а многу ретко може да се јават параноидни идеи и халуцинации.

Најчести нарушувања и потешкотии во раната фаза со кои се соочуваме во пракса:

- **Нарушување на помнењето** - се развива постепено, а најмногу се забораваат настани кои се случиле неодамна
- **Потешкотии во извршување на секојдневните активности**: одржување на личната хигиена, потешкотии за ориентирање во домот и на улица, при пазарење, постојано губење на ситни работи - клучеви, очила и сл.
- **Потешкотии во говорот, читање и пишување**: заборавање на зборови во секојдневниот говор, замена на зборовите кои сака да ги каже со слични зборови, тоа што го кажува е неразбирливо, неповрзано, нема смисла или постојано користи едни исти фрази и одговори.
- **Губење на просторна и временска ориентација**: не може да се сети кој ден, месец или година е сега, кое годишно време е, не се снаоѓа на места кои му се познати од претходно и сл.
- **Погрешни процени и одлуки**: не ја разликува вредноста на парите, несоодветно се облекува во однос на годишното време и сл.
- **Нарушување на апстрактното мислење**: не може да пополнува формулари, не разбира поими, на пример, „роденден“, „љубов“, „праведност“ и сл.
- **Зачестено губење на предмети**, оставање предмети на несоодветни места, постојано бара нешто по џебовите.
- **Промени во расположението и во однесувањето**: немир, нервоза, лутење со нагла промена кон преголема смиреност и незаинтересираност за случувањата околу себе, појава на тага и плачење без посебна причина и промена кон добро расположение и смеа.
- **Промени во личноста**: претерана сомничавост, обвинување на околината за крадење пари, присвојување предмети, страв од присуство на личности кои корисникот не ги познава, љубомора, недоверба и сл.
- **Губење на концентрација и интерес за социјални активности**, присутна е потполна незаинтересираност, се чувствува осамено, напуштено и исплашено.

Некои од зборовите кои ги користат лицата со деменции за да објаснат како се чувствуваат.



Слика 8

Многу од корисниците со деменција знаат дека нешто не е во ред со нив, посебно во оваа почетна фаза од болеста. Тие ги губат спомените, но не можат ништо да направат да го спречат процесот. Затоа е сосема прифатливо да ги имаат овие

Во оваа фаза најчесто членовите на семејството се во улога на негуватели и често одбиваат да побараат стручна помош сè до оној момент додека не настане прогресија на болеста и влошување на симптомите па не можат да се справат со корисникот или кога ќе се почувствуваат исцрпени до степен да немаат енергија за сопствениот живот. Неопходно е семејствата да размислуваат за стручна помош што е можно порано, пред да се случи некој од членовите на семејството да ја изгуби работата или пријателите во име на грижата за корисникот кој боледува од деменција.

Некои од зборовите кои ги користат лицата кои се грижат за корисник кој боледува од деменција.



Слика 9

Кога се грижиме за лице со деменција сакаме максимално да помогнеме, но, бидејќи не е секогаш возможно, се чувствуваме бескорисно и фрустрирано. Кога корисникот со деменција се однесува на начин кој е неочекуван или е неприфатлив, се чувствуваме засрамено или луто. На крајот се чувствуваме виновно.

ЈА ЗАБЕЛЕЖАВТЕ СЛИЧНОСТА?

ПОНЕКОГАШ КОРИСНИЦИТЕ ЌЕ ПРАВАТ ДА СЕ ЧУВСТВУВАТЕ ИСПЛАШЕНО, ЗАСРАМЕНО ИЛИ ЛУТО - ЗАПОМНЕТЕ ДЕКА ВЕРОЈАТНО И ТИЕ СЕ ЧУВСТВУВААТ ИСТО КАКО ВАС... САМО НЕ МОЖАТ ДА ВИ КАЖАТ!!!

Во оваа фаза асистентот има задача да биде поддршка на корисникот и неговото семејство, да го поттикнува корисникот да ги изразува своите емоции и желби, да биде свесен за можностите на корисникот за кој се грижи и да постапува во согласност со индивидуалниот план за работа.

Социјалните контакти на корисникот се прилично намалени, од него се дистанцираат роднините и пријателите. Задача на асистентот во оваа фаза е да ја преземе водечката

улога во грижата за корисникот со цел корисникот во целост да го промени начинот на живот во согласност со неговите потреби.

Главни задачи на персоналниот асистент во почетен стадиум:

1. Кога околината не е доволно упатена:
 - едуцирајте го семејството за начините на комуникација со корисникот,
 - запознајте го корисникот со напредокот на болеста и промените кои ќе се случуваат во иднина,
 - поттикнувајте го семејството да одржува искрени и топли односи со корисникот без оглед на неговото однесување.

Секоја промена и секое влошување на состојбата на корисникот налага нов пристап и нови интервенции кои ќе бидат прилагодени на корисникот и на неговата моментална состојба.

2. Кога е намалена подвижноста - состојба во која изведувањето на самостојни движења на еден или на повеќе екстремитети е ограничена:
 - Проценете ја подвижноста,
 - Утврдете ги можните причини,
 - Утврдете дали чувствува болка,
 - Мотивирајте го да се движи во согласност со можностите.
3. Кога е намалена способноста за грижа за себе и за домаќинството - состојба во која се намалени способностите за одредени активности кои се неопходни за одржување на домаќинството. Корисникот има потешкотии при користење на превоз, телефон, перење и пеглање, подготовка и набавка на храна, намирници и облека, трошење на паричните средства, редовно земање на терапијата и сл.
 - Поттикнувајте го корисникот на самостојност во одржувањето на домаќинството колку што е можно. Овозможете му на корисникот самиот да ги одбере активностите во домаќинството кои сака да ги прави.
 - Помагајте само кога е неопходно, а повеќе набљудувајте и насочувајте го.
 - Дозволете му самиот да го одреди времето што ќе го помине во одржување на домаќинството.
4. При појава на анксиозност - чувство на неудобност и страв проследен со психомоторна напнатост и паника. Главни обележја се раздразливост, умор, страв и напнатост, чувство на беспомошност и намалена комуникативност.
 - Зборувајте мирно и полека,
 - Зборувајте јасно и давајте кратки упатства,
 - Бидете трпеливи и обезбедете доволно време,

- Одговорете на сите прашања кои ги поставува корисникот,
 - Обраќајте му се на корисникот со неговото име,
 - Избегнувајте конфликти со корисникот,
 - Сослушајте го корисникот секогаш кога има потреба.
5. Промени во процесот на мислење, толкување и разбирање - се дефинира како недостаток од вклучување на логичка содржина.
- Градете професионален однос со корисникот,
 - Активно слушајте,
 - Следете ја невербалната комуникација,
 - Покажете разбирање.

УМЕРЕН СТАДИУМ

Во овој стадиум е веќе јасно изразена прогресијата на болеста и присутни се следните симптоми: апраксија (губење на научени способност за изведување моторички активности), агнозија (неспособност за препознавање и за разбирање на визуелни, тактилни и аудиосодржини кои претходно биле познати), афазија (губење на способноста за изразување и разбирање на говор која претходно ја имал), депресија, анксиозност, параноидни реакции, халуцинации, непримерно сексуално однесување, губење на самостојноста, епилептични напади и сл.

- **Помнењето на случки од минатото сè уште не е изгубено.**
- Доаѓа до сè поголема просторна и временска дезориентација, развој на агресија и агитираност (претерана бесцелна моторичка активност проследена со внатрешна напнатост).
- **Не се сеќава на имињата и не ги препозна најблиските роднини**, не ги разликува роднинските релации, нивните професии, корисникот го заборава сопственото име, а овие празнини ги надоместува со конфабулации (измислени детали, измислени приказни кои ги раскажува како вистинити).
- **Говорот** е забавен заради неможност да ги пронајде соодветните зборови, сиромашен и стереотипен. Истото се случува и со ракописот и пишувањето и можноста за пресметување (не може да решава наједноставни математички задачи).
- Корисникот, пред да одговори на поставено прашање, прво го **повторува**, а потоа ги повторува и сите изговорени зборови.
- **Ориентирањето во прсторот** е сè поотежнато, не може да го најде патот до сопствениот дом.

- **Не може да управува со возило, не може да ја одржува личната хигиена, не може да готви, пере и сл.** Само основните, очигледно автоматски активности остануваат зачувани.

Паралелно со губењето на когнитивните способности, видливи се промени во расудувањето и однесувањето. Корисникот станува апатичен, незаинтересиран, агитиран и вознемирен. Започнува да го занемарува сопствениот изглед, почнува несоодветно да се облекува, има нарушен биоритам за сон и будност. Состојбите на конфузност се јавуваат повеќе ноќе, а немирот и буката кои ги создава го нарушуваат мирот на семејството и соседите.

За разлика од ноќе кога е немирен, корисникот преку ден спие и се одмора. Станува егоцентричен, конфликтен, се сомнева во членовите на семејството, а од друга страна, реагира мирно на ситуации кои кај здрава личност будат емоции.

Корисникот има нарушен однос кон храната, што доведува до губење на телесната тежина или дебелиење.

Може да се појават хипохондриски идеи и самообвинување, и тие депресивни состојби најчесто се проследени со страв, негативизам, лутање и појава на суицидни мисли. Спротивно, може да се јават и манични однесувања и во тие ситуации корисникот има зголемена потреба од ангажман и бара да работи нешто, присутна е агресивност и сето тоа е проследено со еуфорија. Се случува да крадат, да се служат со лаги, да користат вулгарен речник, да се соблекуваат во јавност и да манифестираат други сексуални однесувања.

Во оваа фаза од деменцијата семејствата повеќе не се во можност да се грижат за корисникот и најчесто се одлучуваат за сместување во дом за стари лица.

Главни задачи на персоналниот асистент во умерен стадиум:

1. Висок ризик од паѓање - настанува заради неможност на корисникот да се прилагоди на околината која станува опасна за него бидејќи не се снаоѓа во неа. Проблемот се препознава врз основа на факторите на ризик: нарушувања на движењето, земање лекови, недостаток на заштитни помагала, нарушувања во спиењето, општа слабост итн.
 - Надгледувајте го корисникот и помагајте му при движење,
 - Користете помагала на кои корисникот ќе се потпира и придржува,
 - Отстранете ги сите непотребни работи од просторот во кој престојува корисникот,
 - Предложете распоред на мебелот на начин кој сметате дека ќе го олесни функционирањето на корисникот,
 - Обезбедете доволно светлост во просторот,
 - Избегнувајте мокар под,
 - Облечете му на корисникот соодветни чевли кои не се лизгаат.

2. Намалена можност на корисникот за хранење - Главни обележја се: не може да ја исече храната, не може да ги отвора сатовите со храна, не може да ја принесе храната до устата.
 - Проценете го рефлексот на голтање и дали корисникот е способен сам да се храни,
 - Давајте му кратки и јасни инструкции на корисникот,
 - Направете распоред на оброците - секогаш да бидат во исто време,
 - Подучувајте го како сам да го користи приборот,
 - Постојано проверувајте дали корисникот ја голта храната или лековите,
 - Никогаш не го оставајте сам заради опасност од давење,
 - Проверете ја температурата на храната.

3. Намалено поднесување на напор и мускулна слабост - состојба во која корисникот не може да ги извршува секојдневните активности и брзо се заморува. Главни обележја се: промени во пулсот, крвниот притисок, промени во дишењето.
 - Прилагодете го просторот во кој корисникот престојува во согласност со неговите можности и неговата психичка состојба,
 - Изведувајте со корисникот дневни активности,
 - Предметите кои корисникот често ги користи наместете му ги на места на кои ќе му бидат лесно достапни,
 - Дозволете му на корисникот самиот да го одреди темпото кое му е потребно за да направи некоја активност.

4. Намалена можност за обавување на физиолошките потреби - Главни обележја се: корисникот не може сам да оди во тоалет, не може да применува хигиенски навики после обавување нужда, воопшто не ги контролира физиолошките потреби.
 - Проценете ја способноста на корисникот за обавување нужда,
 - Следете ги диурезата и дефекацијата,
 - Овозможете му време колку што му е потребно,
 - Давајте му храна со која ќе превенирате опстипација,
 - Давајте му доволна количина на течности,
 - Често менувајте ги пелените.

5. Висок ризик за оштетување на кожата - состојба која настанува заради оштетување на епидермалното и дермалното ткиво кое настанува заради притисок, триење или развлекување. Проблемите се препознаваат врз основа на факторите на ризик: болести на зглобовите, мускулите, нервите, забрана за движење заради фрактури, ризици за развој на декубитуси и сл.
 - Следете дали постојат црвенила на кожата, правете блага масажа и премачкајте ги тие места со заштитни средства,
 - Менувајте ја положбата на корисникот на секои 2 часа, а по потреба и почесто,

- Користете прстени од вата и перници за намалување на притисокот на ризичните места,
- Внимавајте облеката и постелнината секогаш да се добро наместени за да се избегне триење,
- Давајте му храна богата со протеини,
- Давајте му доволна количина на течности,
- Често менувајте ги пелените.

ЗАВРШЕН (ТЕРМИНАЛЕН) СТАДИУМ

Болеста сè повеќе напредува, сè до степен на враќање во состојба на новороденче. Плаковите одат во оние делови на мозокот кои ги контролираат општите моторни функции и потоа моториката е нарушена до степен на зависност од инвалидска количка или корисникот е „врзан“ за кревет. Откако очите ќе ја изгубат способноста за фокусирање, се случува нешто што е парадоксално - враќање на рефлексии кои ги имаат новороденчињата.

Корисниците кои боледуваат од Алцхајмерова болест во оваа фаза имаат исти рефлексии како новороденчињата: барање усни, цицање, фаќање.

Мозочното стебло ги контролира функциите, како што се: дишење, крвен притисок, тепкање, брзина на срцевите отчукувања и циклусите на спиење. Тоа ја регулира работата на белите дробови, цревата, црниот дроб, бубрезите, панкреасот и другите органи. Така ѝ овозможува на кората на големиот мозок да се грижи за чувствата, движењата и мислите.

На крајот, оние корисници кои нема да починат од нешто друго (воспаление на белите дробови, мозочен удар, инфаркт, карцином и сл.) - потполно ја губат моќта на говорот, стануваат инконтинентни, имаат спазми или атрофија на мускулите, не можат да се движат, корисникот сè потешко дише и не може да голта. Сето ова се одвива полека; кај некои корисници оваа фаза трае неколку месеци кај некои трае и повеќе години. Во оваа фаза оштетувањето на мозокот е преголемо, присутни се примитивни рефлексии, стереотипни движења, постојно повторување на ист збор или иста фраза, а потоа настапува смрт, најчесто како последица на некоја инфекција, а може да дојде и до гушење со храна.

Според истражувањата, кај 40% од корисниците се присутни депресивни и психотични симптоми, кај 10-13% се присутни слушни или визуелни халуцинации, околу 50% од корисниците се вербално агресивни, а 18% се физички агресивни.

Главни задачи на персоналниот асистент во завршниот стадиум:

1. Висок ризик за појава на декубитуси
 - Следете ги критичните места,
 - Доколку постои црвенило, проценете дали бледее на притискање,

- Набљудувајте колку долго ќе биде присутно црвенилото после промена на положбата,
 - Проверувајте ја со допир топлината на тие места и проверете дали има оштетувања,
 - Користете прстени од вата и перници за намалување на притисокот на ризичните места, избегнувајте триење и развлекување на кожата, одржувајте ја хигиената.
2. Висок ризик за респираторни инфекции - најчесто предизвикани од патогени микроорганизми.
- Секојдневно следете го ритамот, длабочината и звуците при дишење,
 - Поттикнувајте го корисникот да дише длабоко,
 - Ако е можно, терајте го да го исфрла секретот,
 - Редовно проветрувајте ја просторијата во која претојува корисникот.
3. Висок ризик за уринарни инфекции - најчесто предизвикани од патогени микроорганизми. Клучни причини: уринарен катетер, недоволен внес на течности, лоша хигиена на урогениталниот тракт, нарушувања во исхраната.
- Грижете се за хигиената на урогениталниот тракт на корисникот,
 - Редовно мнувајте пелени,
 - Давајте доволна количина на течности и следете ја урината (боја, мирис, количина).
4. Висок ризик за опстипација - ризиците кои доведуваат до оваа состојба се долготрајно лежење, дехидрација, намален внес на растителни влакна.
- Давајте му на корисникот храна богата со влакна и доволно течности,
 - Секојдневно евидентирајте дали корисникот имал столица, а доколку нема употребете препарат со лаксативно дејство.

5. Активности кај лица со деменција – Алцхајмерова деменција

Лицата кои се грижат за болните од деменција често пати размислуваат кои активности да ги поттикнуат кај овие лица за да ги донесат повторно во контакт со животот и со себе. Честопати при контактот со лицата со деменција имаме чувство како да се исклучуваат во свој свет и како да сме ги изгубиле оние вистинските личности кои биле во минатото. Ни фали нивната топлина, приврзаност, разбирање, размислувања, иницијативи... кои ги имале во минатото, а сега како да избледуваат полека. Полека како да избледува и самата личност на лицето со деменција која сме ја знаеле и ни станува сè подалечна. ***Во таа наша потреба за сигурност, во тој наш страв од смртта, во тој наш страв од губиток и неприфаќање на неизвесноста, во тоа наше неприфаќање на новата состојба во која се наоѓа нашиот близок каде не постои безусловно и опуштено прифаќање и љубов туку грч во чија позадина стои неприфаќање на новата состојба***

во која се наоѓа лицето, ние може да почнеме ригидно да развиваме маневри и стратегии како да го активираме лицето со деменција. Од оваа позиција почнуваме секојдневно да му наметнуваме активности кои се функционални, навидум имаат смисла, се адаптирани на неговите когнитивни способности, но во нив може да се случи да се занемари лицето кое е во деменција на тој начин што се негира неговата нова состојба на намалена волја и интерес, се занемаруваат вистинските потреби (кои се нови и произлегуваат од новонастанатата здравствена состојба). И после толку вложен труд се прашуваме „Зошто нема никакви ефекти?“. Она што ни останува е само бесконечна исцрпеност. Со занемарување и неприфаќање на новонастанатата состојба се губи автентичниот и човечки контакт со лицата со деменција. Може и тие да се почувствуваат исцрпено и фрустрирани како и оние кои се грижат за нив - како затворен круг од кој нема излез. И наместо состојба во која ќе се чувствуваат прифатени (инклузија), сакани и почитувани, тие се чувствуваат неприфатени, несакани, неадекватни и некомпетентни за контекстот во кој живеат, а сепак многу се вложува и секојдневно се применуваат бројни активности. Тоа кај нив буди чувство на депресивност, незадоволство од себе и другите и неприфаќање на својот живот во новонастанатата состојба. Тоа чувство на неприфаќање и давање отпор се развива како рак низ целата популација на луѓе, и оние кои се грижат и оние кои се во состојба на деменција. Сите заедно се оддалечуваат од суштината на животот, суштината за среќата и во најтешките состојби, се оддалечуваат од суштината за среќата и во состојба на деменција: *безусловното прифаќање и вистински, автентичен контакт*. Наспроти тоа, оние активности и пристап кон лицата кои се во деменција, а кои произлегуваат од *позиција на прифаќање, информираност, едуцираност, разбирање*, водат кон стапување во контакт со вистинската личност и потреби на овие лица, имаат ефект на будење, ефект на поголем контакт со себе и опкружувањето, поголема енергизираност, зголемена волја и интерес дури и состојби во кои манифестираат подобрена меморија, а со сето тоа и можност и креирање на услови за создавање нови нервни врски во мозокот (создавање нови искуства).

Во првиот случај се гледа на лицето како објект, како болест, а во другиот се гледа во она што лицето е, а тоа е човечко суштество со сите оние потреби кои ги има секој човек.

Овој прирачник е за асистенти на лица со Алцхајмерова и со други видови на деменции и е во прилог на подобро разбирање на процесите кои притоа се развиваат. Оние кои им помагаат на лицата со деменција често се прашуваат како да им го организираат денот со разни активности. Во заднината на ваквото планирање стои потребата од одржување на квалитетот на живот, што е многу важно бидејќи со деменцијата може да се живее и повеќе од една деценија што воопшто не е за занемарување во однос на еден човечки век.

За да се држи лицето со деменција активно и ангажирано станува сè потешко како што напредува деменцијата. Сепак, кога ќе се фокусираме на она што лицето може да го прави, заедно можеме да уживаме во широк спектар на активности дури и кога болеста е значајно напредната.

Каков вид на активности ќе може да се спроведуваат кај лицето со деменција во голем степен зависи од нивото на деменција на кое се наоѓа и од општата здравствена состојба. Исто така активностите имаат резултати кога соодветствуваат на актуелните и минатите

интереси на лицето. На пример, доколку лицето во минатото следело политика и вести најверојатно ќе го интересира и сега да чита весници или да следи дневни вести и дебатни политички емисии. Активностите е потребно да се скројат адекватно на интересите, физичките, психолошките способности и преференции на лицата со деменција, а уште поголеми ефекти има кога овие активности предизвикуваат уживање и позитивни чувства. Активностите се еден вид комбинација од физичка и психолошка нега на овие лица, бараат голем енергетски и креативен влог од лицето кое ги спроведува и понекогаш водат кон чувство на голема исполнетост и задоволство, а понекогаш кон чувство на голема исцрпеност. Затоа треба да знаеме дека овие активности не мора секогаш да ги работиме сами. Во оваа професија за помош и нега на лица со деменција секогаш се поддржува лицето кое се грижи да побара помош од семејството, пријателите или професионалци и сервиси кои се бават со оваа тематика. Барањето помош при негата и грижата за лица со деменција е многу важна за зачувување на сопственото здравје и за „полнење на сопствените батерии“ доколку сакаме да продолжиме да се грижиме за овие лица на подолг период.

Активностите не мора да бидат структурирани или комплицирани. Всушност, еден од најдобрите начини овие лица да ги стимулираме и активираме е преку вклучување во дневни рутински активности, и тоа во рамките на домот. Ако лицето е ангажирано во еден дел од денот, тој или таа ќе биде задоволно од себе и ќе се чувствува вредно и исполнето. Тоа го олеснува и животот на семејството и на лицето за кое се грижат бидејќи ја намалува можноста кај лицата со деменција да дојде до појава на летаргија, лутина, фрустрација, незадоволство од себе и другите и однесувања со кои понатаму е тешко да се справат.

Организирајте активности во кои нема натпреварување за да не се почувствува лицето како губитник и како неспособно. Исто така, при организирање на активностите треба да се земе предвид и времето за одмор бидејќи лицата со деменција брзо се заморуваат. Најдобро е активностите да се планираат во утринските часови додека имаат енергија за учество во истите. Ако лицето со деменција се чувствува неуморно, добро е да се воведат потивки активности и во пладневните часови.

При активностите е многу битно да се задржи независноста на лицето при извршување на истите. Многу лица кои се грижат сметаат дека лицето кое страда од деменција потполно треба да го заштитат, што води кон тоа истото да стане потполно зависно во извршување на основните функции.

5.1. Зошто е важно да се поддржува независноста при секојдневни активности кај лицата со Алцхајмерова и други видови деменции?

Рутината и одржување на континуитетот во активностите се многу важни. Активности кои треба да се стимулираат секојдневно во домот се: облекување, перење, чистење на прашина, диплење на алиштата (по неколку пати како вежба).

Запомнувањето на извршувањето на ваквите активности е многу важно, прво поради одржување на ментална, а потоа заради одржување и на физичка хигиена. Од аспект на

ментална хигиена е многу значајно да се задржат мозочните нервни врски воспоставени во минатото, кои се манифестираат како обрасци на миење раце, миење заби, самоисхранување... Тие при Алцхајмеровата деменција може да бидат загрозени и, доколку не се добие поддршка од друго лице со надополнување или повторување, тие може потполно да се заборават и да ги снеса од однесувањето на лицето.

Поддржувањето овие активности да се извршуваат што подолг период е важно и заради тоа што лицето ќе остане независно подолг период и кај него ќе предизвикаат чувство дека на некој начин придонесува, а тоа се вреднува од другите. Ваквите внатрешни чувства на благосостојба и исполнетост придонесуваат за намалена можност од појава на немир и анксиозност.

5.2. Зошто се важни активностите?

Како што рековме, учеството во активности може да биде превенција од досада, фрустрација и проблематично однесување. Активностите може:

- да помогнат лицето да остане независно во извршување на секојдневните задачи и рутини во рамките на домот;
- да помогнат во одржување на вештините на лицето;
- да ја подобрат самодовербата;
- да го подобрат квалитетот на животот на лицата со деменција;
- да бидат компензација за изгубените способности;
- да му помогнат на лицето да ги изрази своите емоции преку уметност, музика, пеење, танцување;
- да ви донесат задоволство доколку заедно ги делите овие моменти;
- да внесат социјален контакт во животот на лицето преку воведување социјални активности и излети, како и одржување на врските со семејството и со пријателите.

5.3. Како да ги планираме активностите?

При планирање на активностите е многу битно да се структурираат така што ќе бидат дел од секојдневната рутина на лицето. На пример, доколку лицето одело секојдневно да купува леб во локалната продавница, таа активност може да се одржи. Сепак, во конкретниот случај, со напредувањето на деменцијата преминувањето преку улица би било проблематично, па е потребен надзор и придружба.

Исто така, кога се планираат активности е многу важно заеднички да уживаат во нив, и лицето со деменција и лицето кое дава помош и поддршка.

Постојат голем број активности што може да се изведуваат секој ден, како: мемориска кутија, гледање фотографии и спомени од животот, диплење марами и облека, бришење прашина, прошетки, плетење итн. Доколку некоја активност не може да се изврши, секогаш има некоја друга која може да ја замени претходната.

За оние кои им помагаат на лицата со деменција е многу битно да знаат при организирање на активностите дека:

- делумно се потребни активности кои заеднички ќе се извршуваат, а во другиот дел од времето да се организираат активности кои лицето самостојно ќе ги извршува. Тоа овозможува лицето кое се грижи да има време за себе;
- добро е да се земе предвид што сакало лицето да прави во минатото и во планот за активности да се воведат ваквите преференции при што ќе се увиди дали сè уште памети и може тоа да го извршува;
- обично е подобро да не се воведува учење нови вештини многу често за да се избегне појава на чувство на безвредност и неспособност. Сепак, понекогаш може да се научат одредени нови задачи;
- добро е активностите лицето да ги извршува слободно и во безбедна средина при што нема да мора постојано да се грижиме дали лицето е загрозено од некој аспект.

При планирање на активностите за лица со Алцхајмерова и други видови деменции, потребно е да се земе предвид степенот на деменција на кој се наоѓа лицето. Како прогредира деменцијата така и активностите се сè помалку и со помал степен на сложеност. Како да ги распоредиме активностите може да видиме од следната табела.

Табела 3

Активности на високо ниво <i>Лесна деменција</i>	Активности на средно ниво <i>Умерена деменција</i>	Активности на ниско ниво <i>Тешка деменција</i>
Се облекува самостојно, со повремени грешки, потребна е помош со детали	Се облекува со помош при основните чекори и детали	Потребна е физичка помош во сите чекори и детали при одредена активност
Ја разбира целта на задачата, но е потребна поддршка за тоа што треба да прави	Не ја разбира целта на задачата, но има извесна свесност за чекорите кон целта	Не ја разбира ни целта на задачата ни чекорите кон целта
Потребна е повремени поддршка	Потребна е поддршка чекор по чекор	Потребна е физичка помош од друго лице, „рака под рака“
Едноставни игри, книги и активности: Бинго, лесен осумнасочник, сложувалки со 63 и 24 делчиња, боенки за возрасни, составување на зборови од букви, игри со бројки и знаци, книги со слики и песни, правење на споменари, довршување на песни или текст, брза	Спарување, сортирање и задачи со еден чекор: Бинго, лесни осумнасочници, сложувалки со 24 и 12 делчиња, боенки за возрасни, составување на зборови, игри со бројки и знаци, картички за разговор, картички со слики, книги со слики и песни, споменари, довршување на песни или	Репетитивни и сензорни активности: Картички со слики; картички за разговор; споменари и книги со слики и песни; искуства со мириси и храна; повторување на зборови, бројки, бои, месеците, деновите во неделата; пеење на познати и

географија, на буквата...	текстови и боење со водени боички, пеење познати и омилени песни, на буквата...	омилени песни.
---------------------------	---	----------------

5.4. На што треба да внимаваме при организирањето и спроведувањето активности кај лицата со деменција?

Има неколку критериуми кои треба да се запазат при организирање и спроведување на активностите кај лицата со деменција. Доколку се прескокнат овие моменти кај лицето може да се јави зголемена конфузност, прекин и заборавање на одредени активности, зголемена фрустрираност, нервоза и незадоволство...

ПОТСЕТУВАЊЕ. Кога сакаме на лицето да му помогне околу извршување на одредена задача треба повторно со него да ги поминеме заедно сите фази на процесот. На пример, при чистење со правосмукалка, можеби ќе треба прво лицето да го потсетите каде се наоѓа правосмукалката, каде се вклучува, каде се исклучува... Доколку на лицето не му се помогне при сите овие фази, тоа може да престане да чисти со правосмукалката и истото да го заборава. Може тоа да изгледа напорно за лицето кое се грижи, но е од големо значење за лицето со деменција. Задржувањето на вештините кои ги има лицето, како и наоѓањето начин како лицето да се чувствува корисно кај истото ќе предизвика чувство на задоволство при помагање во извршување на задачите;

ВРЕМЕ. Бидејќи лицата со деменција имаат потешкотии со концентрацијата ним ќе им биде потребно подолго време да извршат одредена задача. На пример, облекувањето ќе се одвива споро, чекор по чекор, со обрнување на посебно внимание на секоја етапа од процесот, при што лицето се поддржува самостојно да се облекува. Овој процес ќе се одвива подолго, но како вештина ќе биде усвоена од страна на лицето со деменција и ќе може понатаму само да ја извршува;

ПОДДРШКА. Обидете се да не го критикувате лицето за тоа како ги извршува задачите. Главната цел при активностите е лицето дека го постигнува она за што е способно и да добие чувство на мотивираност и среќа. Перфектно средена соба или перфектна уметничка изработка не е целта при овие активности. Битно е лицето да се здобие со задоволство дека нешто постигнало. При давањето поддршка лицето не треба премногу да се стимулира и да му се даваат некои сложени задачи. Пожелно е да се организираат потивки активности и активности кои се одвиваат поспоро. Во спротивно лицето може да се почувствува нервозно, вознемирено од силни звуци и гужва... Доколку уживате со лицето да излезете на кафе или во некој ресторан, изберете потивка средина и место на кое ќе има помалку гужва како би можеле заеднички да уживате во искуството.

ПРИЛАГОДУВАЊЕ. Лицето со деменција постепено ќе ги губи своите способности да извршува одредени задачи со напредување на деменцијата. Секое лице различно ќе губи одредени способности, зависно кои делови од мозокот се оштетени од деменцијата. Обидете се да бидете свесни за овие промени и соодветно на нив да ги адаптирате активностите. Така ќе се намали нивото на анксиозност што ја чувствува лицето при

прогредирање на деменцијата. **Запомнете: лицето со деменција е оној/онаа кои од секогаш биле, но сега е сменета само способноста за извршување на активностите.** Кога ќе забележите дека лицето е нервозно и фрустрирано зашто не може да изврши одредена активност, преземете сè што е потребно за да ја изврши активноста или, пак, сменете ја активноста со некоја друга.

ЗАЕДНИЦА. Помогнете му на лицето да се ангажира во активности од заедницата. На пример, лицето може да оди во локалната црква. Така може, доколку сака, да остане дел од заедницата и да ги задржи контактите со своите пријатели. Објаснете им на луѓето дека нивниот познајник/пријател има деменција, објаснете кои потешкотии ги има и како може тие да му помогнат.

5.5. Предлози за активности кои може да ги спроведувате кај лицата со деменција

Активностите кај лицата со деменција се однесуваат на немедицинскиот третман во пристапот со овие лица. Главната цел на активностите е подигање на квалитетот на животот со деменција. Тие се еден вид нега при која се дава емоционална, социјална, духовна, хумана поддршка. На тој начин се овозможува инклузија на лицата со деменција во секојдневното живеење.

Сè додека не се најде лек за Алцхајмеровата и другите видови деменции, активностите остануваат да бидат главно и моќно оружје во борбата против овие болести на новиот век. Главен медиум преку кој се изведуваат активностите се здрави поединци обучени да се грижат и да работат со лицата со деменција. Бидејќи овој прирачник е наменет токму за обука на кадар кој ќе дава поддршка на лица со деменција, во прилог ќе наведеме предлози за активности кои би можеле да се применат. Предлозите за овие активности се базираат врз долгогодишно искуство во работа со лица со деменција.

Активностите може да се поделат на:

- A. Активности кои се изведуваат во домот и
- B. Активности кои се изведуваат надвор од домот

A. Активности кои се изведуваат во рамките на домаќинството

Доколку лицето е во можност да се ангажира околу извршување на домашните обврски, тоа би му помогнало да ги одржи потенцијалите за извршување на истите. Вообичаено тој или таа ќе бидат среќни доколку можат да помогнат сè додека вие ги водите чекор по чекор во извршувањето на зададената задача. Обично е добро да му сугерирате на лицето некоја активност велејќи: „Дали би сакал/а да ми помогнеш заедно да избришеме прашина?“ или „Ќе сакаш ли да ми помогнеш околу диплење на алиштата?“. Кога на лицето со деменција ќе му дозволиме да се чувствува корисно преку вклучување во дневните активности, тогаш кај него се враќа чувството на внатрешна исполнетост. Повеќето луѓе сакаат да почувствуваат дека им се потребни на другите т.е. да се

почувствуваат корисни. Доколку лицето сака постојано да повторува некоја активност, а таа активност не штети никому, тогаш оставете го да ја повторува сè додека можете да поднесете. Сè додека лицето е среќно и исполнето со она што го работи, нема никаква штета во повторувањето.

ДОМАШНА РАБОТА

Не секое лице сака да ги работи секојдневните домашни рутински активности, но секако тие се активности во кои може да се ужива и може да се одржат до напредните фази во деменцијата. Тоа се активности како полирање, бришење прашина, метење, мesteње на креветот, диплење на алиштата, средување купови весници, миење садови... Но бидете сензитивни за желбите на лицето бидејќи можеби никогаш не ја сакало домашната работа, па така е веројатно дека и сега нема да сака активности од таков вид. За да добијат активностите на значење и лицето повеќе да ужива во нив, можете да прашате што правело во минатото.

МУЗИКА И ТАНЦ

Слушање музика, танцување и пеење се едни од активностите кои може да се прават и во подоцните стадиуми од деменцијата. Оние кои работат со лица со деменција дури препорачуваат употреба на емитер на музика со слушалки сè додека лицето сака да слуша. Многу лица со средно развиена до доцна деменција можат да ги пеат омилените песни од младоста и детството. Доколку не можат да се сетат на текстот на песната тие често се сеќаваат на мелодијата и може да ја пеат. Дури и кога им е тешко да ги изразат емоциите преку зборување тоа може да го направат преку пеење. Доколку лицето свирело на некој инструмент вештината на свирење може исто така да се негува и да се задржи иако постои деменција.

Снимете ја нивната омилена песна и пуштете им ја кога се вознемирени или неуморни. Музиката ги опушта лицата со деменција и додека се капат, посебно оние кои покажуваат вознемирениост во текот на капењето. Пеењето исто така може да помогне, посебно кога на лицето му се пружа интимна нега како миење или облекување. Музиката во овие случаи ќе помогне со смирување на лицето и дефокусирање.

МАСАЖА

Пробајте на лицето да му пружите масажа на дланките или маникир. Овие активности и лесно да се направат во рамките на домот и можат да пружат големо задоволство и релаксација. Преку нив се остварува и физички и социјален контакт. Оваа активност е посебно добра во доцните стадиуми од деменцијата бидејќи тогаш се јавува отсуство на говорот.

ЧИТАЊЕ

Читањето кај лицата со деменција може да биде со потешкотии бидејќи менталните способности и концентрацијата се намалуваат. Доколку лицето е сè уште заинтересирано за читање книги, дневни весници, можете да му помогнете така што на глас ќе му читате и ќе му помогнете да го разлиста списанието или книгата. Во оваа активност може да помогнат семејството и пријателите. Кога се чита се бараат повпечатливи наслови кои се

од интерес на лицето со деменција и за кои ќе може да се развие заедничка дискусија. Содржината се упростува така што ќе биде јасна и разбирлива. Може да се повтори и неколку пати. Пожелно е во домот да се чуваат книги со слики кои се од посебен интерес за лицето со деменција и кои ќе може да ги разлистува самото.

ГЛЕДАЊЕ ТВ

Лицето со деменција и лицето кое се грижи за него може заеднички да уживаат гледајќи стари филмови, музички програми или квизови на ТВ. Доколку има некоја емисија што е од посебен интерес за лицето со деменција, таа може да се сними и полека да се гледа така што ќе се направи пауза за одмор и да се развие дискусија околу емисијата.

ЗАБАВНИ ИГРИ

Забавни игри во кои може да земат учество лицата со деменција се домино, карти, сложувалки кои можат да бидат изработени во поголем формат и се специјални за лица со оштетување на видот или кои имаат артритични прсти. Прво, лицето кое се грижи треба да испита дали кај лицето со деменција постои интерес за ваквите активности и дали во минатото било љубител на истите. Иако полно лица би прифатиле да играат, сепак некои од нив може да ги сметаат за детски и би побарале нешто посоодветно.

РАНИ СЕЌАВАЊА – РЕМИНИСЦЕНЦИЈА

Сеќавањата на настани од минатото може за лицата со деменција да биде единствениот начин да стапат во контакт со својот идентитет бидејќи е поголема веројатноста да е зачувана долготрајната меморија отколку краткотрајната меморија. Лицата со деменција често ги забораваат скорешните настани, но кога се зборува за минатото или кога се гледаат фотографии, може да се забележи дека сеќавањата се сè уште присутни. Сепак, не се препорачува да се тестира лицето дали ќе се сети на стари предмети или фотографии бидејќи може да се почувствува исфрустрирано доколку не се сети.

Како да му се помогне на лицето со деменција да се присети на дамнешните искуства?

Некои денови лицето може да се сети на ликовите од фотографиите кои ги гледа и каде се сликани фотографиите, но во други денови фотографиите може да не побудат никакви сеќавања. Притоа може да се помогне така што кратки информации ќе се запишат на фотографиите. Само неколку кратки наслови може повторно да ја вратат меморијата за сликата. Одвојте подолго време за да разговарате за сеќавањата на минатите настани бидејќи тие се единствено нешто што му останале на лицето и се вистинска скапоценост за него. Оваа активност на споделување за минатото може да е интересна и за лицето кое се грижи, посебно ако е за настани во кои заеднички уживале со лицето со деменција. Потсетувајќи се на убавите времиња поминати заедно може помеѓу нив да се зајакне врската.

Сетила

Мирисот, допирот, вкусот, слухот, видот, фотографиите, музиката, движењата, може да се поддршка при присетувањето на настани од минатото. На пример, мирисот на лаванда или на храна може да разбуди одеднаш многу живи сеќавања и дискусии за минатото. Музиката исто така е многу моќен поттикнувач на сеќавања од минатото.

Семејството и пријателите

Обично семејството и пријателите уживаат и сакаат да учествуваат во овие искуства на потсетување на минатото и често се волни да донесат предмети и фотографии од минатото кои лицето со деменција ќе го потсетат на некои настани или личности. Ова е одличен начин да се инволвираат посетителите во една вака стимулирачка активност.

Понекогаш за посетителите може да биде стресно и може да се несигурни како е најдобро да се однесуваат и што треба да направат во односот со лицето со деменција. Може да им помогнете така што однапред ќе ги подготвите, посебно со совети околу начинот на комуникација. Социјалниот контакт е многу битен, па затоа сè додека лицето со деменција ужива во посетите и сè додека не предизвикуваат непријатност, подобро е да ги има што повеќе.

Мемориски кутии

Во кутијата се ставаат омилените предмети и фотографии од минатото на лицето и тоа ги извлекува. При извлекувањето тие може да разбудат стари сеќавања и спомени кои може да го релаксираат или, пак, да го вознемират. Во случај да го вознемират треба да знаеме како да го смириме, а доколку го релаксираат може да помогнат за убаво поминување на заедничкото време.

Споменар

Споменарот се изработува слично како мемориската кутија. Во него може да се стават следниве информации за лицето со деменција:

- имиња и слики од мајка, татко, деца, внуци,
- работа,
- места кои ги посетувал/а или каде живеел/а,
- омилен одмори,
- пријатели,
- хобија,
- омилена храна и храна која не ја сака,
- бои,
- омилен филмови,
- што сака/што не сака,
- политика.

Во споменарот може да се додадат и некои додатни фотографии, разгледници, материјали. Како што болеста на лицето напредува од големо значење е сеќавањата да бидат запишани, снимени, така што и други лица ќе може да го потсетуваат лицето со деменција на минатото. Доколку лицето се однесе во установа каде што ќе се грижат за него, ваквата книга може да му се покаже на персоналот. Таа ќе биде богат извор на информации од животот на лицето и ќе помогне другите полесно да го/ја запознаат.

КРЕАТИВНИ АКТИВНОСТИ

ПИШУВАЊЕ

Оваа активност може да се применува доколку лицето е во среден стадиум на деменцијата. Може од него да побарате да пишува за училишните денови, за некој одмор, за детството, така што неговите/нејзините внучиња би можеле да читаат за неговото/нејзиното минато. Овие текстови би можело да се поврзат во една книга која ќе биде исполнета со фотографии и разгледници. Пишувањето разгледници и роденденски картички може како активност да се применува и кога лицето ќе биде во понапредна деменција и преку нив лицето ќе биде во контакт со пријателите и со своето семејство.

УМЕТНОСТ

Да се произведе едно уметничко дело е често возбудлив и интересен процес дури и лицето воопшто во минатото да не било заинтересирано за сликање или друг вид уметност. Секогаш треба да се има на ум дека крајниот продукт не мора да изгледа како „уметничко дело“.

Зависно од интересите на лицето и зависно она во што лицето ужива, може да се изработуваат проекти од различен вид. На пример, сликање на глинени садови, на камчиња, на стаклени тегли, мали делчиња од мебел, може да биде задоволство за лицето со деменција и да произведе корисни украсни предмети. Разгледајте за идеи во некои продавници каде се продаваат материјали за уметнички изработки. Може тоа да се делови од кои ќе се изработи накит или продавница за материјали од кои ќе се направат облоги или чаршафи за на маса. Пред сè треба да се испитаат наклоностите на лицето, можеби е наклонето кон плетење, шиенење или везење. Во уметничките изработки може да се примени колаж хартија и нејзино формирање, изработување на уметнички дела од природни материјали, како лисја, камчиња, грав, леќа, со лепење, сечкање, работа со песок и калапчиња, работа со пластелин. Пожелно е да се користат материјали кои ги користат возрасните бидејќи детските материјали кај нив може да предизвикаат отпор. Како опција или цел на овие изработки може да биде организирање изложба на уметничките изработки и може да се консултираме со околните галерии за можностите.

РЕСТАВРИРАЊЕ НА СТАР МЕБЕЛ

Многу релаксирачко влијание на лицата со деменција има откупување стари парчиња мебел и нивно резбање и полирање. Оваа активност подолго време ќе го држи лицето ангажирано и концентрирано на одреден проект или идеја. Сепак, при оваа работа треба да се води сметка дека лицето може да се повреди при работа со одредени алатки и треба да има надзор и помош при работата. Некои алатки или начини на работа што може да му наштетат на лицето треба да се избегнуваат.

Б. Активности кои се одвиваат надвор од домаќинството

ГРАДИНАРСТВО

Многу лица со деменција уживаат во градинарство. И на лицето со деменција и на лицето што се грижи, градинарството ќе им пружи вежбање на чист воздух. Активности кои може да ги извршуваат се вадење на тревата, садење цвеќе, редовно полевање на цвеќето,

сечкање на рабовите од тревниците, берење овошки... Единствено треба да се внимава да не дојдат во контакт со електрични или остри апарати кои може да бидат опасни по нивниот живот.

При планирање на градината е убаво да се насадат што поразновидни растенија во различни бои и со јак и убав мирис, како, на пример, лаванда, рузмарин, жалфија. Тие со својот мирис и бои дури и во доцниот степен на деменција знаат да делуваат стимулативно и да предизвикуваат уживање кај лицето. Доколку не постои можност за градинарство надвор, истото може да се работи во домот, во саксии.

ВЕЖБИ И СПОРТ

Заедничко задоволство ќе биде и за лицето со деменција и за лицето кое се грижи да излезат надвор, да го сменат просторот и малку да се раздвижат. Пробајте во дневната рутина да внесете секојдневна маршрута за прошетка. Прошетката не мора да биде далечна и долга. Таа едноставно може да се одвива до некоја локална продавничка. Доколку лицето за кое се грижите сакало долги прошетки, продолжете со одржување на таа рутина и по можност менувајте ги маршрутите.

Некои лица сакаат да пливаат, па може да се праша кога е најтвивко на базенот за пливање. Или да се однесе да гледа некој спорт доколку во минатото било љубител и следело одредени спортски натпревари.

ИЗЛЕГУВАЊЕ НА КАФЕ ИЛИ РУЧЕК

Излегувањето на кафе или на ручек може исто така да се вклопи во дневната рутина кога се грижиме за лице со деменција доколку и на двајцата тоа ни прави задоволство и не релаксира.

ПОСЕТА НА МУЗЕЈ, ТЕАТАР ИЛИ КИНО

Доколку одите во музеј лицето може повторно да се поврзе со некои експонати кои ги видел во минатото и кај него да вратат одредени чувства. А одењето во кино и театар е добро да се одржува сè додека лицето може да ги посетува.

ВОЗЕЊЕ СО АВТОМОБИЛ

Водењето на лицето со деменција на кратко возење со автомобил може да го смири. Исто така, возењето во некои предели каде што лицето шетало, работело или го поминало детството, може често кај него да побуди спомени од минатото и да биде поттикнувачко за разговор.

ЈАВЕН ПРЕВОЗ

Доколку немате автомобил може да побарате поддршка од фамилијата или пријателите за прошетка надвор со јавен превоз, посебно сега кога има поволности во јавниот автобуски превоз за постари лица. При тоа може да се организира пикник некаде во природа и да се искористат сите благодати кои ги нуди отворениот простор - дали за прошетка, дали за разгледување на природата и растенијата или можеби социјализација и разговор со други лица.

5.6. Кој може да помогне

Семејството и пријателите

Јавете се на семејството и на пријателите да дојдат во посета. Подгответе ги да знаат што да очекуваат и речете им да ја донесат омилената игра, фотографии познати за лицето со деменција или да пружат помош при некои активности како готвење или во градината.

Курсеви и обуки за пружање помош и нега на лица со деменција

Доколку постојат вакви континуирани обуки добро е да се посетуваат бидејќи се обработуваат најразлични теми и се даваат одговори на она што лицето сака да го знае во однос на пружањето на негата. Овие курсеви често даваат информација или совет околу практичните вештини, како и поттикнување на алтернативни начини на размислување не само за значењето на деменцијата туку и за значењето на давањето помош и поддршка на лицето со деменција. Посетувањето курс или обука за негуватели е многу значајно бидејќи се стапува во контакт со други лица кои се грижат за корисници и може да се споделат искуствата.

5.7. Заклучок

Вклучете го лицето со деменција во секојдневните активности. Со помош на активностите не само што поминува побрзо времето туку се задржуваат постоечките вештини, а лицето е задоволно и учествува во социјални контакти со средината. А со вклучување и на другите лица во грижата за лицето со деменција не само што му помагаме нему туку и себеси во секојдневната нега на лицето за кое се грижиме.

При организирање на активностите е многу битно да знаете дека не значи дека секоја минута треба да ја пополните со некоја активност. Напротив, потребно е и време за одмор т.е. за спиење.

Не заборавајте да се грижите и за себе!

6. Подготовка на работно место и организација на работата

Поддршка во извршување дневни домашни активности, како готвење храна, земање оброци, одржување на хигиена на домот

6.1. Одржување на домот

Храната содржи хранливи и биолошко активни материи кои се значајни за нашата способност за размножување, раст и развој и силно влијаат врз виталноста и отпорноста на заболувања.

За да функционира нормално нашиот организам треба:

- **Правилно да се храниме;**
- **Да користиме безбедна храна,**

Правилна исхрана подразбира секојдневно користење разновидна храна, во количини што ги задоволуваат нашите реални потреби од белковини, масти, јаглени хидрати, минерали, витамини, ензими, природни бои и други биолошко активни соединенија што го регулираат метаболизмот,

Белиот шеќер, рафинираното масло за јадење и белото брашно имаат негативен биолошки ефект, бидејќи се лишени од диетски влакна, витамини и минерали.

Безбедна храна

Безбедна е онаа храна која има добри органолептични својства (боја, мирис, вкус) и не го поминува дозволеното ниво на биолошки, хемиски и физички загадувачи.

Небезбедна храна

- Храната не е безбедна доколку е:
- Штетна за здравјето на консументот или неговото потомство,
- Неподобна за човечката употреба.

6.2. Хигиена на храна

Поимот хигиена на храна е синоним на правилно ракување со храната, за да се осигура нејзината безбедност.

Хигиената на храна вклучува:

- Заштита на храната од загадување со страни тела, хемикалии и штетни биолошки организми,
- Заштита од значајно множење на микроорганизмите што предизвикуваат цревни заболувања и расипување на храната,
- Уништување на штетните микроорганизми.

Чување на храната

- Храната и сите други намирници треба да се чуваат соодветно, односно на висина поголема од 10 см,
- на рафтови кои се метални,
- во темни и ладни простории,

- во ладилници (стандардно ладење каде што температурата е повисока од точката на мрзнење - ја намалува оксидацијата на храната, го ограничува растот на бактерии, спречува содавање токсини,
- Замрзнување-овозможува продолжување на векот на храната, го стопира растот на бактерии, токсини.

6.3. Набавка на храна и готвење

- Обврска на асистентот за давање помош во домашни услови е и набавката на храна и говење,
- Под набавка на храна се мисли на набавка на основните продукти кои му се потребни на корисникот (леб, млеко, шеќер, зејтин, сол, месо, сувомеснати производи, овошје и зеленчук),
- Набавка на средства за одржување на хигиена на домот, средства за лична хигиена на корисникот,
- При секоја набавка треба да се води сметка за разумно и економично трошење на финансиските средства, задолжително приложување на фискална сметка, како и сметка за рокот на траење на производите и декларацијата на истите,
- Исхрана (подготовка и сервирање на храната).

Како асистенти ќе имате обврска да подготвите храна, односно појадок или ручек за корисникот.

Под подготовка, односно обработка на храната се подразбира:

- Сечкање,
- Одмрзнување,
- Мелење на храната,
- Термичка обработка (печење, варење 75°C).
- Чување на храната во вода.

6.4. Ракување со свежо подготвена храна

- Подготвената храна е благопријатна средина за микробиолошко загадување и брз развој на микроорганизмите. Затоа таа подлежи на посебен хигиенски третман.
- Доколку готовата храна не се конзумира веднаш по готвењето, треба да се чува на:
- Право место (ладилник),
- Права температура (собна или до 5°C),
- Право време (доколку не се конзумира веднаш, се покрива или се обвиткува со целофан и се користи истиот ден или, пак, доколку дозволува храната, наредниот ден).

Сервирање и послужување на храната

- Сервирањето и послужувањето на храната е слика за хигиената во кујната и за самите вас.

6.5. Препораки за работа во кујна:

- Држете го приборот за рачките,
- Користите штипки,
- Садови кои се убави и можат лесно да се одржуваат,
- Користете салфети,
- Мијте ги рацете редовно,
- Користете соодветен прибор за храната која ја служите.

6.6. Лична хигиена на асистентот

Асистентот во однос на личната хигиена треба да обрне внимание на следните работи:

- Хигиена на кожата и косата,
- (користење хигиенски средства, косата да биде собрана и користете капа или прибрана коса додека приготвувате, сервираате, послужувате и храните) .

Хигиена на рацете

- Редовно миеење на рацете, користење соодветни заштитни лепенки, особено при допир со домашни миленици, пари и сл.,
- Хигиена на ноктите,
- Средени и чисти нокти, не користете накит,
- Хигиена на облеката,
- Носете секогаш чиста и испеглана облека.

Хигиена на кујната

- Под хигиена на кујаната се подразбира:
- Редовно пребришување на кујната (пред и по подготовка на храната),
- Целосно пребришување на кујната.

6.7. Чување на средствата за хигиена и за дезинфекција на соодветно место

Хигиена и средување на домот

Доколку корисникот живее со семејството тогаш се средува само просторијата во којашто се наоѓа корисникот, доколку корисникот живее сам, се одржува целиот дом на корисникот.

Под хигиена на домот се подразбира:

- средување на креветот на корисникот,
- пребришување прашина и дезинфекција на елементите во собата,
- чистење со правосмукалка,
- хигиена на тоалетот, односно чистење и дезифицирање,
- проветрување на просториите,
- перење на алишта, пружање и пеглање.

СОВЕТИ:

- Корисниците имаат значително **зголемена опасност од несреќи** заради промена на сфаќањата за безбедност, пречки во центарот за рамнотежа, намалена способност за изведување дејства како и логично поврзување на различни дејства. Размислете, како и кај децата, за опасностите како што се средства за чистење, електрични апарати или остри ножеви. Отстранете ги таквите работи за да го заштитите корисникот.
- **Вклучете го корисникот во практични активности во домаќинството**
Поради болеста корисниците страдаат од губење на способноста да ги извршуваат своите секојдневни активности. Информирајте се за активностите кои претходно ги извршувал. Поддржете го активностите да ги спроведува во рамките на своите можности. Така ќе му помогете да се чувствува вредно и почитувано.

7. Здравствена заштита и нега на лица со деменции и интелектуална попреченост

Здравствената нега мора да биде прилагодена на секој корисник, при што мора да се почитува неговата возраст, пол, здравствената состојба, психофизичка состојба, општествениот статус, карактерните особини, патолошките состојби и сл.

Корисниците најчесто се соочуваат со:

- Декубит,
- Тромбоза,
- Дијабет,
- Ортостатски колапс – несвестица.

7.1. Декубит

Декубитусот е локален патолошки процес со некроза на меките делови. Настанува како резултат нарушена микроциркулација и непотполно снабдување на местото со кислород и хранливи материи, од една страна, и непотполно отстранување на продуктите од метаболизмот, од друга страна. Тоа се оние места каде поткожното ткиво е слабо развиено и кожата и коската директно налегнуваат на подлогата. Тие места се нарекуваат предилекциски места. Тоа се:

- окципиталната џумка;
- рабовите на лопатките;
- карличната коска;
- лактите;
- петиците
- колената;

Декубитусот настанува во **четири стадиуми**:

1. **Стадиум на хиперемија** - се јавува црвенило на кожата како последица на венска хиперемија. Тоа е првиот алармантен знак да се преземат мерки за да не се појави декубитусот.

2. **Мацерација** - кожата станува влажна, лигава и се лупи. Вака променетата кожа е добра подлога за развој на микроорганизми и инфекција.

3. **Некроза** - раната се шири во длабочина и ширина, со некротични црни елементи, а од раната може да се цеди гној.

4. Во **четвртиот** стадиум раната се шири до коската. Старите чувствуваат јаки болки, немаат апетит, имаат несоница и висока температура поради инфекцијата.

Превентивни мерки против декубитусот:

- одржување на личната хигиена и масирање на предилекциските места;
- јакнење на отпорноста на организмот;
- редовно менување на положбата на телото;
- употреба на заштитни средства (гумени пернициња) на предилекциските места.

Лекување на декубитусот

- Ако се појави декубитус, тој треба да се лекува бидејќи може да ја искомплицира состојбата на старото лице. За таа цел, потребен ни е барабан со стерилен преврзочен материјал (гази и тупфери), инструменти (пеан, кохер), дезинфекциони средства, антибиотски раствор, леукопласт.
- Раната треба околу да се дезинфицира прво со јод - бензин, па со спирт и тинктура од јод.

- Директно на раната се посипува 3% H₂O₂, физиолошки раствор 0,9%, а потоа со антибиотски раствор или прашок.
- Така обработената рана се преврзува со стерилна газа и се фиксира со фластер.
- Местото се заштитува со гумен круг или ѓеврече, за да не допира раната директно на постелината.

7.2. Тромбоза

Тромбоза е способност на крвта да создаде тромб, за да го заштити организмот од искрвавување. Но, понекогаш тромб се создава во крвниот сад како патолошка појава и тоа претставува опасност за организмот. **При создавањето на тромбоза се дефинираат две фази:**

Прва фаза - создавање на бел тромб, составен од аглутинирани тромбоцити;

Втора фаза - создавање на црвен тромб, од присуството на фибрин и налепените крвни елементи.

Појавата на тромбоза ја стимулираат неколку фактори:

- стаза на крвта;
- промена во сидот на крвниот сад;
- промени во составот на крвта;

Стаза на крвта е забавен крвоток во вените и се јавува во неколку случаи:

- најпрво се јавува стаза, а подоцна и тромбоза во левата потколеница, поради притисокот на десната илијачна артерија врз вената од левата нога (поради анатомијата на крвните садови).
- стаза се јавува кај имобилизирани пациенти, поради долго лежење во кревет, лица по операција и слично. При забавена циркулација, тромбоцитите заземаат маргинална положба кон сидот на крвниот сад, откачувајќи се од централниот аксијален ток. При контакт со васкуларниот ендотел се создаваат услови за ослободување на аденозин дифосват (АДП) и можност за агрегација и аглутинација. Тоа е почеток за создавање на тромб.
- Стаза настанува и кај стари кои дишат површно, со што е намален приливот на крвта во десното срце. Тоа е причина за стаза, а подоцна и тромбоза.
- Кај парализирани стари со мускулна неактивност, бидејќи мускулната контракција е како пумпа за венското враќање на крвта.
-

Оштетување на сидот на крвните садови од траума, воспаление или артериосклеротични промени доведуват до тромбоза. На оштетеното место се ослободува аденозин дифосват (АДТ) кој ја помага агрегацијата на тромбоцитите, а со тоа и создавањето на тромб.

Хиперкоагулабилитет при разни промени во составот на крвта.

Зголемен е бројот на тромбоцити при што се активираат факторите на коагулација.

Превентивни мерки против тромбоза

На лицата им се препорачува длабоко дишење за забрзување на циркулацијата.

7.3. Дијабет

Дијабет настанува кога во организмот го нема доволно хормонот инсулин. За да може да работи нашиот организам, мора да обезбеди неопходна енергија. Организмот ја добива оваа енергија, така што храната која ја прима ја разградува до гликоза, која понатаму главно ја користи за енергија. Овие процеси се случуваат во цревата и во црниот дроб, а се потпомогнати со одредени ензими.

Гликозата преку крвотокот патува низ целиот организам, но таа не може да се употреби за енергија од страна на клетките додека не навлезе во нивната внатрешност. Инсулилот преставува клуч кој што овозможува гликозата да навлезе преку ѕидот во внатрешноста на клетките. Ако нема доволно инсулин гликозата ќе се натрупва во крвта, клетките нема да имаат доволно енергија за нормална работа, а тие луѓе ќе се чувствуваат болни.

Инсулилот се произведува во панкреасот. Панкреасот е жлезда со внатрешно и надворешно лачење. Таа е долга околу 15 cm и има форма на положена буква J, чиј поширок крај се нарекува глава, средниот дел се нарекува тело, а најтесниот дел од жлездата се нарекува опаш.

Панкреасот е сместен зад желудникот и лежи пред ребрениот столб. Личи на положена тенка круша. Овој орган во човековото тело има две важни функции:

- произведува и лачи дигестивни сокови, кои помагаат во варењето на храната,
- произведува и лачи хормони (инсулин и глукагон), кои го регулираат нивото на шеќерот во крвта. Овие хормони помагаат организмот да ја складира и користи добиената енергија од храната.

Соковите кои помагаат во варењето на храната се создаваат во егзокрините панкреасни клетки (клетки со надворешно лачење), додека хормоните инсулин и глукагон се создаваат во ендокрините панкреасни клетки (клетки со внатрешно лачење).

Типови на дијабет

Постојат два главни типа на дијабет: **тип1** и **тип2**.

Децата и младите луѓе обично добиваат тип 1 дијабет, кој се јавува заради недостиг на инсулин.

Луѓето кои добиваат дијабетес во постарата возраст, обично добиваат тип 2 дијабет - кога имаат инсулин, но тој не делува нормално. Иако ретко, и во детската возраст може да се јави овој тип 2 дијабет.

Тип 1 дијабет (порано нарекуван инсулинозависен тип на дијабет)

Овој тип шеќерна болест се јавува при тежок недостаток на инсулин, заради деструкција на повеќето или на сите клетки на панкреасот кои лачат инсулин. За да може пациентот да се одржи во живот, тој мора редовно и доживотно да прима инсулин, во вид на поткожни инекции. Овој дијабет е карактеристичен за детската возраст.

Тип 2 дијабет (порано нарекуван инсулинонезависен тип на дијабет)

Овој тип шеќерна болест се јавува кога панкреасот сè уште излучува инсулин, но во недоволна количина и/или излучениот инсулин не ги дава очекуваните ефекти. Во поголем број случаи, нивото на гликозата во крвта може да се намали само со диета или и со диета и таблети, иако понекогаш е потребно во терапијата да се внесе и инсулин.

Овој тип на дијабет обично се јавува кај лица постари од 40 години. Почетокот е постепен и често болеста се открива случајно.

Главните симптоми на нелекуваниот дијабет се зголемено и зачестено мокрење, зголемена жед, јадеж на гениталните органи, екстремна општа малаксаност и заматен вид. Овие симптоми обично се поизразени кај инсулинозависниот тип на дијабет (тип 1 дијабет).

Кога шеќерот во крвта ќе порасне над одредено ниво, тој се излучува преку мокрачата. Бубрезите заедно со шеќерот излучуваат и повеќе течност, а тоа резултира со почесто и пообилно мочање (се измочува поголема количина на мокрача). Овој губиток на течности доведува до зголемена жед.

Мокрачата која содржи големи количини на шеќер го дразни гениталниот предел и може да дојде до непријатен јадеж и развој на инфекции.

Кога организмот не е во состојба да ја користи гликозата како извор на енергија, тој се усмерува кон алтернативни извори на енергија и доаѓа до разградување на телесните масти и белковини. Ова доведува до губиток на телесната тежина, кој понекогаш може да биде брз и силно изразен.

- Малаксаноста и слабоста се последица на намалената количина на енергија.
- Привремени нарушувања на видот може да се јават кога силно зголемените вредности на гликемијата го спречуваат нормалното спроведување на светлоста низ окото.

Возрасните почесто заболуваат од тип 2 дијабет.

Тоа е многу честа болест од која главно заболуваат постари лица.

Причините за тоа се претераната телесна тежина и недоволната физичка активност. Дебелите деца имаат ризик за овој тип на дијабет. Одржувајќи ја тежината во нормални граници и развивајќи навика за вежбање уште како дете, всушност превенирате развој на ваков тип на дијабет подоцна во животот.

Запознајте се со главните симптоми на нелекувана шеќерна болест (diabetes mellitus):

- зачестено и пообилно мочање,
- силна жед,
- јадеж на гениталните органи,
- општа малаксаност и нагло губење на телесната тежина,
- заматен вид,
- повраќање и болки во стомакот,
- ноќно потење.

7.4. Ортостатски колапс - несвестица

Несвестица се јавува кај корисници кои долго лежеле во кревет и стануваат одеднаш. При наглото станување, под дејството на гравитацијата, крвта спаѓа во долните делови од телото, при што мозокот останува без исхрана и лицето колабира. При нагло станување, механизмите за адаптација на притисокот од хоризонтална во стоечка (вертикална) положба за момент откажуваат.

Превентивни мерки

За да не дојде до несвестица е потребно постапно менување на положбата на телото и станување од креветот. Прво корисникот седнува во креветот 2-5 минути, а потоа ги спушта и нозете. Потоа седнува 5 минути и, ако се чувствува добро станува и се движи.

За лицата коишто се занимаваат со давање нега во домашни услови, од особено значење е познавање и стекнување на вештини од медицински аспект за мерење на виталните знаци, соодветно аплицирање на веќе пропишаната медикаментозна терапија, како и давање прва помош.

7.5. Мерење на виталните знаци

Мерење на телесна температура

Витални или животни функции се знаци со кои се карактеризира животот. Тоа се: температура, пулс, крвен притисок и дишење. Виталните знаци се објективни симптоми бидејќи можат да се утврдат со сетилата за вид и слух. Додека субјективни се оние кои старото лице ги чувствува а потоа ги соопштува на здравствените лица.

Телесна температура е степен на загреаност на човечкото тело, а е резултат на животните случувања во организмот. Телесната температура е контролирана од центарот за

терморегулација во хипоталамусот и кај здрав човекот се движи од 36 до 37°C. Таа варира во текот на денот, со тоа што е најниска наутро (базална) а највисока во попладневните часови. Висината на температурата зависи и тоа каде ја мериме, најниска е аксиларно а највисока ректално и сублингвално.

Телесната температура се мери со живин термометар по Целзиус. Тој е составен од: резервоар за жива, капиларна вакумирана цевка која со резервоарот е поврзана со едно стеснување кое оневозможува живата пасивно да се симне во резервоарот, алуминиумска градуирана скала од 35 до 42°C и стаклена обвивка.

Броење на пулс, мерење на крвен притисок и дишење

Срцето е пумпа, се собира и се шири и со тоа ја движи крвта. Крвните садови се еластични и тие пулсираат при секое исфрлање на крв од срцето. Ние тоа го отчитуваме како пулс, со кој всушност се врши контрола над работата на срцето. Пулсација се чувствува во време на систола. Кај пулсот се испитува неговата честота т.е. фреквенција во минута, ритам, висина, трвдина. Фреквенцијата зависи од возраста, физичкиот и психичкиот замор. Нормална фреквенција на пулсот во минута е 60-80. Кај новороденчиња 120-140, до петтата година 100, до десеттата 90. Жените имаат 7-8 удари повеќе од мажите. Пулсот е забрзан по јадење или вознемиреност. Фреквенција над 100 се вика тахикардија, а под 60 брадикардија (заболувања на мозокот, труења). Нормалниот пулс е ритмичен, а ако има паузи со нееднакво траење тоа е аритмичен пулс.

- **Мерење на пулсот.** Корисникот треба да мирува 15 минути пред да се мери пулсот. Треба да биде легнат и најчесто се мери на радијалната артерија. 2,3 и 4 прст се положуваат на коренот на шаката од внатрешната страна. На левата рака пулсот го мери сестрата со десната рака и обратно. Се брои една минута, и тоа два пати во денот, најдобро кога се мери и температурата. Пулсот се забележува на температурната листа со црвен молив така што секоја линија и празнина одговараат на две отчукувања. Кривата од пулсот е под кривата од температурата.

Пулсот може да се осети и на каротидната артерија на вратот, на слепоочната артерија и на стопалото.

- **Мерење на крвниот притисок.** Крвен притисок е притисокот што го прави крвта на сидовите на крвните садови. Артерискиот крвен притисок е притисокот на крвта врз артерискиот крвен сад за време на двете фази на срцевата работа, систола и дијастола. Па постои систолен (до 140 ммХг) и дијастолен (до 95 ммХг). Висината на крвниот притисок зависи од состојбата на срцето, еластичноста на крвните садови, количината и густината на крвта. Намален крвен притисок се вика хипотензија (мирување, хипотиреоидизам, колапс) а зголемен, хипертензија (артериосклеротични крвни садови, заболување на бубрезите, возбуда).

Мерење на крвниот притисок. Се мери со апарат Рива Рочи. Составен е од пумпа со вентил, манометар со скала означена во ммХг или кПа и манжетна (ммХг*0,133=кПа). Корисникот може да лежи или да седи. Манжетната се става околу надлактицата 2 см над

превојот од лактот, не многу стегната, вентилот се затвора, се мести стетоскопот и се пумпа. Потоа полека се отвора вентилот и стрелката на манометарот се спушта. Се слуша и се гледа кога прв пат ќе се чујат пулсациите. Во тој момент притисокот во манжетната е еднаков на притисокот на крвта во крвниот сад. Тоа е систолната вредност. Кога пулсациите ќе престанат, се чита дијастолниот притисок. Крвниот притисок се бележи бројчано на температурната листа.

Дишењето претставува размена на гасови помеѓу организмот и надворешната средина. Центарот за дишење се наоѓа во продолжениот мозок. Дишењето го сочинуваат: инспириум, кој е активен процес, и експириум, кој е пасивен. Издишувањето трае 2 пати подолго од вдишувањето. Инспириумот, експириумот и паузата чинат една респирација. Кај возрасен човек во мирување бројот на респирации во една минута е 16-20. Ова е еупноично дишење. Кај новороденчиња 40-50. При физички и психички замор дишењето е забрзано (тахипнеа), но и кај сите состојби кај кои има недеволно снабдување на организмот со кислород. Додека, пак, забавено дишење (брадипнеа) има, на пример, кај тумори на мозокот. Секогаш по мерење на пулсот се бројат респирациите т.е. експириумите во минута. Тоа медицинската сестра го прави незабележително, зашто старото лице ќе го промени ритамот. Резултатот се бележи на температурна листа со црн молив и испрекината линија броејќи празнина и линија по еден.

Нормалното дишење е без напор, но кај некои болести дишните движења се обавуваат со очевиден напор. Ваквото дишење е диспноично. Дишните движења се изведуваат со учество на помошната мускулатура. Ваквите стари се со здрвен врат, напрегнати вратни мускули, подигнати рамења, седат наведнати према напред и се потпираат со рацете на постелата, устата им е отворена а ноздрите се шират. При вдишување се вовлекуваат југуларните јами. Вакво дишење постои кај астматичари и срцеви стари.

7.6. Начин на внесување лекови

Постои перорално, апликација на кожа и лигавици и парентерално внесување на лекови.

Перорално внесување е земање лекови преку уста. Лековите кои се внесуваат преку уста може да бидат во форма на раствори, капки, смеси, сирупи, таблети, капсули, прашоци, гранули. Вакви лекови може да примаат само свесни стари на кои не им е нарушен рефлексот на голтање. Во институцијата за стари лица за давање на оваа терапија е одговорна сестрата. Таа треба да ги подготви лековите за секое старо лице во работната соба и да ги подели непосредно пред земање на истата. Сестрата не смее на старите да им дава лекови за повеќе денови. Исто така, сестрата треба на старото лице да му објасни какви лекови прима, кога да ги зема и во која количина. Најчесто старите ја земаат препишаната терапија со чаша вода, сок, чај или јогурт. Но има и лекови кои се ставаат под јазик (нитроглицерини) и лекови кои се шмукаат (ориблети). Сестрата е должна да го опише и начинот на земање на лекот.

Апликација на лекови преку кожа и лигавици се користи кај лекови за надворешна употреба. Тоа се разни раствори, тинктури, облози, емулзии, лосиони, масти, креми,

гелови. Лековите секогаш се аплицираат на сува и чиста кожа, и тоа со триење, масирање, премачкување.

Примери за апликација на лигавица се ставање капки во очи, нос, уво, вагина, ректум. - Капките за очи се аплицираат во седечка положба со зафрлена глава наназад, сестрата со левата рака го отвора окоото а со десната капнува без да ги допре трепките. Ако, пак, се аплицираат масти во окоото, тогаш се нанесува од надворешниот кон внатрешниот агол на окоото. - Капки во носот се ставаат така што старото лице е во седечка или во лежечка положба со глава лесно зафрлена наназад. Корисникот треба по апликацијата да остане во таа положба неколку минути. - Капки во уво се ставаат преку надворешниот ушен канал, така што старото лице лежи на здравото уво. - Во вагината се аплицираат вагиналети. - Ректално внесување на лекови се користи кај бесвесни стари, кај деца и при интензивни повраќања. Лигавицата на ректумот е богато снабдена со крвни и лимфни садови и во неа добро се ресорбираат лековите. Течните облици се викаат клизми, а цврстите - чепчиња. Со инхалација - вдишување се аплицираат гасовити лекови кои лесно испаруваат и аеросоли. Овие лекови се внесуваат преку специјална маска, додека аеросолите се инхалираат со специјални пумпи.

Парентерално внесување е внесување на лекови во организмот по пат на инјекции. На овој начин лекот побрзо се ресорбира и го покажува своето дејство. Инјекциите може да ги дава само стручно лице.

7.7. Реанимација

Реанимација (ре - повторно, анимаре - оживува) подразбира преземање низа терапевтски мерки со кои повторно се воспоставуваат виталните, користејќи ги сетилата, гледај, слушај, чувствувај да се установи престанок на работата на срцето. Реаниматорот се доближува со образот и увото кон устата со поглед упатен кон градниот кош. Состојбата на бессознание е поврзана со релаксација на мускулите на телото, главата се наоѓа во неприродна положба со брадата доближена до градниот кош, спуштена долна вилица, а коренот на јазикот запаѓа наназад и врши опструкција на минување на воздухот. Затоа со трокрак зафат (зафрлање на главата наназад, поткревање на долната вилица нагоре и отворање на устата) се ослободуваат дишните патишта. Постапката се изведува така што четирите прста од двете раце се поставуваат под надворешниот агол на долната вилица и таа силно се повлекува наназад и нагоре. Двата палци се поставуваат лево и десно под аглите на устата и со силен притисок напред и нагоре се отвора устата.

7.8. Постапка на вештачко дишење

1) уста на уста - со палецот и показалецот се затвора носот, силно се зема воздух, со устата се опфаќа устата на фантомот и се инсуфлира воздух, очите се упатени кон градниот кош кој треба да се подигне.

2) уста на нос - со палецот на едната рака се затвора устата, а со другата на чело, се зафрла главата наназад, се опфаќа со устата носот и се инсуфлира воздух.

Кај бебиња во исто време со опфаќа и устата и носот. На овој начин се одржува дишењето. Циркулацијата се одржува со **срцева масажа**. Може да ја изведуваат еден или двајца реаниматори. Се вкрстуваат дланките од двете раце и се поставуваат над спојот на средна со долна третина од стернумот. Со силен и отсечен притисок се врши компресија на срцето. Притисокот треба да биде силен да прави екскурзија на стернумот надолу во длабочина од 4 до 5 см. Компресијата се прави со целата тежина на телото, при што не се вкрстуваат рацете во лактите. Притисокот и отпуштањето треба да бидат ритмични и константни, со тоа се постигнува активно притискање и исфрлање на крвта во системската и белодробната циркулација. Паузата овозможува полнење на десното срце со венска крв. На 15 компресии на тораксот реаниматорот 2 пати вентилира (15:2).

7.9. Ергономски принципи

Корисниците во креветот можат да заземат активна, пасивна и принудна положба.

Активна положба заземаат корисници кои се подвижни. Овие корисници можат да се движат и личната хигиена, исхраната и физиолошките потреби ги извршуваат сами.

Пасивна положба заземаат корисници кои се во состојба на бессознание, кома или се неподвижни. Овие корисници не можат сами да ја менуваат положбата и најчесто се во хоризонтална положба.

Принудна положба заземаат корисници при разни заболувања, со цел да им се олесни состојбата или се диктирани од самата болест.

1. Принудни положби диктирани од болеста:

- Фаулерова;
- менингеална;
- опистотонус;

2. Принудни положби за олеснување на состојбата:

- Тренделенбургова;
- странична;
- Оберхолтова;
- Квинкеова - дренажна;

Фаулеровата положба е полуседната или седната положба, која ја заземаат лица со пречки во дишењето или лица со кардиоваскуларни проблеми. За да се намести корисникот во оваа положба, потребни се 6-7 перници. Три перници во вид на буквата А се поставуваат под грбот на корисникот, а четвртата се поставува под главата. Две се ставаат под рацете, поставени по должина. Една мека перница се става и под колената. Под петите се ставаат ѓевречиња од вата.

Менингеалната положба заземаат корисници кои боледуваат од менингитис. Тие се завртени на страна, спротивно од светлината, со силно зафрлена глава нанзад и вкочанет врат, а нозете се свиткани во колената и колковите.

Опистотонус положбата заземаат корисници заболени од тетанус. Тоа е положба во форма на лак, при што корисниците се потпираат на петите и тилот, а нозете и трупот се извиткани нагоре.

Тренделенбурговата положба е положба за автотрансфузија.

Во оваа положба ги местиме корисниците кои колабирале или искрвариле.

За тоа ни се потребни 6 перници. Главата и трупот се без перница. Под карлицата се поставува една перница, под натколениците - 2 перници, а под потколениците - 3 перници.

Оберхолтова положба заземаат корисници со изгореници на задниот дел од телото. Корисникот лежи на абдомен, со рацете поставени во висина на главата.

Квинкеова или дренажна положба заземаат корисници со белодробни заболувања за да се отстрани насобраниот секрет од дишните патишта. При оваа положба, старото лице се поставува во коса положба, со главата и трупот надолу со цел да се олесни дренирањето. Постојат повеќе модификации на оваа положба, кои ќе бидат детално објаснети во понатамошните предавања. Во дренажна положба корисникот се поставува двапати дневно, а за да се олесни дренирањето потребно е благо ритмичко тапкање по грбот на корисникот.

7.10. Подигање, преместување и пренесување на корисниците

Подигање од хоризонтална во седната положба и вртење на старото лице

Се вртиме со лицето кон корисникот и го фаќаме под аксилата од задната страна до рамото. Корисникот се придржува за нашата надлактица, а со другата рака свиткана во тупаница се потпира и полека го подигаме.

Вртењето во странична положба се изведува ако корисникот е во пасивна положба (неподвижен). Го вртиме со еден потег. Застануваме од спротивната страна. Му ги прекрстуваме рацете преку градите, а нозете ги виткаме во колената.

Потоа, со едната рака го фаќаме под грбот во висина на надлактиците, преку лопатките до спротивната аксила, а другата рака ја ставаме под сакрумот сè до спротивниот колк. Малку го повлекуваме кон себе, а потоа го свртуваме на спротивната страна.

Поместување на неподвижен корисник

Поместувањето на неподвижни корисници се прави од средината кон работ на креветот. Ако поместувањето го прави едно лице, тогаш се изведува во три потези.

1. Потег бр.1: Со едната рака го фаќаме корисникот под вратот и аксилата, а со другата тораксот, во висина на надлактицата и полека го поместуваме кон работ на креветот.
2. Потег бр.2: Едната рака ја ставаме под сакралниот дел, а другата рака под глутеусите (горниот дел на натколениците), и полека го поместуваме и овој дел кон работ на креветот.
3. Потег бр.3: Едната рака ја ставаме во пределот на натколениците а другата во пределот на потколениците и го преместуваме и тој дел.

Ако поместувањето го прават две лица, манипулацијата се изведува во еден потег. Првото лице, со едната рака го фаќа корисникот под вратот и аксилата, а со другата рака под лумбалниот дел. Другото лице, едната рака ја става под сакралниот дел а другата под колената, и на заеднички знак заедно го поместуваат.

Пренесување на корисник

Корисникот може да се пренесува на раце, со носило или со инвалидска количка.

На раце може да се пренесува корисник во лежечка или во седечка положба. Во лежечка положба се пренесува на истиот начин кој е објаснет погоре.

Во седечка положба, корисникот може да биде пренесен ако се направи столче со помош на четирите раце во вид на четириаголник. Тогаш корисникот седнува, а двајца го носат. За да се пренесе корисник со носила на раце, потребни се две лица. Корисникот лежи со рацете покрај телото или скрстени на градите. Носилата треба да се подигнат на знак, истовремено, и треба да зачекорат во исто време. Ако, едното лице зачекори со десната нога, тогаш другото лице треба да зачекори со левата нога. Така корисникот не се тресе при носењето. При спуштање на носилото, лицето ја пренесува тежината на телото на десното колено, а при подигање, на левото колено. При качување по скали, главата е од напред, а при симнување нозете се од напред.

Ако корисникот треба да се пренесе на поголема далечина и може да седи, се пренесува со инвалидска количка со гумени тркала.

Ако корисникот мора да лежи, а треба да се пренесе на поголема далечина, тогаш се пренесува со носило на тркала.

Станување на корисник

Кај многу заболувања, а особено после операција, корисно е корисниците порано да станат од креветот, за да се избегнат непријатните последици од долгото лежење (атрофија на мускулатурата). На станувањето му претходат пасивни, а потоа и активни вежби во креветот, а кога е доволно јак, му се дозволува да стане.

Станувањето се одвива по следниот редослед. Корисникот најпрво седнува во креветот со испружени нозе. Потоа нозете ги спушта да висат од креветот околу 5 минути, и дури

тогаш се обидува да застане придржувајќи се за креветот, а ако е во можност и да направи неколку чекори. Постепеното вертикализирање се прави за да се избегне појавата на ортостатски колапс. Денот на станувањето на корисникот го одредува лекарот.

7.11. Нега на корисници со фрактура на колк

Фрактурата на колк е еден од позначајните проблеми кај постарата популација, која во голем процент учествува во морталитетот и морбидитетот на старата популација ширум светот.

Кај многу од корисниците фрактурата на колк доведува до трајна онеспособеност, губиток на подвижноста и крај на продуктивниот дел од животот. Пресметано е дека само во САД на годишно ниво издвојуваат 7-10 милјарди долари за рехабилитација на пациенти со фрактура на колк. Многу од овие пациенти се жени со остеопороза. Повеќе од корисниците се со коегзистирачки заболувања: кардиоваскуларни, хронично респираторни, дијабетес, кои исто така влијаат врз процесот *на заздравување од скршеница*. *Потенцијалот* за целосно функционално заздравување зависи од состојбата на корисникот пред скршеницата и постоперативните компликации.

Етиологија на фрактура на колк

Наголем број на фрактури се асоцирани со паѓање, особено жените со намалена коскена густина се подложни на паѓања. Повеќето од паѓањата се случуваат како последица на небезбедна животна околина: лизгави килими, лошо осветлување, нерамен и лизгав под и др. Исто така, многу од корисниците имаат послаб вид, несвестици, вртоглавици или земаат лекаства кои директно влијаат на нивниот ѓд. Заради тоа како превенција од настанување фрактура на колк се преземаат мерки за подобрување на безбедноста во непосредно опкружување на корисниците: избор на адекватен под, отстранување на килимите, адекватно осветлување, безбедносна опрема за бањите, адекватни обувки и др.

Клинички манифестации при фрактура на колк

Клинички манифестации при фрактура на колк се: надворешна ротација и скратување на екстремитетот. Корисникот не може да згазне на ногата и се жали на силна остра болка. Може да дојде до развој на хематом и оштетување на меките ткива. Фрактурата секогаш ја потврдува рендген-снимката.

Предоперативна нега

Пред операцијата треба да се утврди постоењето на евентуални хронични заболувања кои би можеле негативно да влијаат на операцијата и на постоперативниот тек. Особено постарите луѓе имаат коегзистирачки заболувања, како: артериска коронарна болест, хипертензија, дијабетес или хронична опструктивна белодробна болест.

И корисникот и семејството треба да се запознаат со состојбата и очекувањата пред, за време и по операцијата. За намалување на болката се администрираат аналгетици и

мускулни релаксатори. Фрактурираниот колк обично се имобилизира со привремена Бакова тракција. Потребна е нега на местата на инсерцијата на клиновите и превенција на декубитус. Се охрабрува корисникот да не се воздржува од искашлување и се прави стимулативна спирометрија со цел да се превенира од пневмонија. Се препорачуваат и изометрички вежби, како превентива за тромбоемболизам.

Постоперативна нега

Постоперативната нега е фокусирана на превенција на компликации. Се набљудуваат виталните функции, внесот и губиток на течности, се даваат аналгетици и се прави инспекција на состојбата на раната. Профилактички може да се дадат и антибиотици, за да се намали ризикот од инфекции.

Понекогаш кај корисниците се случува да се превиди потребата од аналгетска терапија за контрола на болката. Тоа се случува затоа што корисниците ретко се жалат на болка и на различен начин ја искажуваат. Заради тоа треба да се познаваат невербалните индикации на корисникот кога чувствува болка, а тоа се вознемиреност, агитација и избегнување на движењата со телото.

Една од најчестите компликации по операција на фрактуриран колк е длабоката венска тромбоза. Заради тоа е потребно да се внесуваат 2500 мл на ден течности, за да се избегне дехидратација и последователна хемоконцентрација. Исто така, корисникот треба да прави вежби од типот флексија - екстензија на стапалото и кружни движења на скочниот зглоб. На секој 4 часа е потребна евалуација на васкуларниот статус. Доколку забележите оток, црвенило, топол екстремитет, треба да се рапортира истото.

Честата промена на положбата исто така ќе помогне во превенцијата на од развој на декубитус. **Најпредиспонирани делови за развој на декубитус** се: кокцигеалната регија, плешките, петиците и лактите. Кожата треба да се одржува чиста и сува. Треба да се избегнува триењето на кожата во креветот, постелнината треба секогаш да е исправена без набори. Доколку не се внимава истите би го зголемиле притисокот на одредени делови од телото и би направиле почетно црвенило кое постепено би преминало во декубитус.

Кај корисници кои боледуваат од деменција и интелектуална попреченост овој процес на рехабилитација е отежнат заради тешката контактибилност на корисниците, проблеми со координација и проблеми со одржување на вниманието.

7.12. Користење ортопедски помагала

Безбедносни принципи за движење со дубак:

- Да се охрабруваат корисниците редовно да прават вежби заради јакнење на рацете,
- Корисникот треба да носи комфорни, цврсти обувки со ниска пета,

- Треба да се носи и појас за асистенција при движење, доколку се сомневаме на нарушена стабилност на пациентот,
- Висината на дубакот треба да биде малку пониска од висината на појасот на пациентот,
- Кога корисникот станува од столче или од кревет треба да се придржува за да стане. Со едната рака која е поставена на креветот турка надолу, а со другата која е поставена на дубакот исто турка надолу и се вертикализира,
- Правилата на одење со дубак се: првин се поместува дубакот така што задните ногарки на дубакот да се на иста линија со ножните прсти на пациентот, потоа се поставува оперираната нога во средината на дубакот, тежината се пренесува на рацете и се поместува здравата нога до болната,
- Да не се поместува дубакот подалеку од оперираниот екстремитет при движење,
- Да не се поместува оперираниот екстремитет сè додека сите точки на дубакот не се спуштат на подот,
- Кога се врти во круг, дубакот треба постепено да се поместува со нозете, односно не треба да се прават големи амплитуди со него,
- Периодично да се проверуваат елементите на дубакот и неговата сигурност,
- При седнување корисникот се поместува наназад сè додека со двете нозе не го допре столчето или креветот, со едната рака го држи дубакот а со другата го допира столчето и во следниот момент седнува.

Бастун

Бастунот е најчесто помошно средство кое го користат старите при одење. Тој е едноставен и многу корисен. Може да биде направен од дрво или од алуминиум. Постојат и алуминиумски бастуни со дрвена рачка. Може да биде и на расклопување. Потребно е да се нагоди неговата висина, со скратување, доколку тоа е потребно. Кога корисникот стои исправено и ја држи рачката на бастунот, флексијата во лактот треба да биде 15-20 степени. Сепак, корисниците по мозочен удар можеби имаат потреба од нешто подолг бастун за да одржат рамнотежа без пренесување на тежината на бастунот. Пожелната висина на бастунот се определува со мерење од врвот на бастунот до висината на големиот трохантер, кога старото лице е во исправена положба.

Кога добро се користи бастунот, тој обезбедува:

- Зголемување на базата на ослоноот на телото,
- Намалување на оптоварувањето на зглобовите на долниот екстремитет,
- Дополнителна сензорна информација,
- Помага за забрзување/ забавување во текот на локомоцијата.

Тој се препишува кај различни онеспособености за да:

- Го подобри балансот,
- Ја намали болката,
- Ги редуцира силите на оптоварувањето на повредените структури,

- Компензира поради мускулна слабост,
- Скенира непосредно опкружување.

Бастунот има задача да обезбеди сигурност и стабилност во одењето и стоењето и делумно растоварување на долниот екстремитет од спротивната страна.

Бастунот е составен од рачка, стап, механизам за нагодување на висината, гумен врв. Тие можат да бидат едноставни со рачка во вид на буквата С, или, пак, со функционална рачка за држење која обезбедува природен агол на шаката.

Постари пациенти можат да преферираат во домашни услови при одење да се држат за мебелот, а бастунот да го користат како помош при одење надвор од дома.

Триножен или четириножен бастун

Триножен или четириножен бастун е модифициран бастун, со проширен ослон на три, односно на четири точки. Се применува кај пациенти со полесни нарушувања на рамнотежата или изразена мускулна слабост во едната нога, но не е многу погоден за примена по скали.

Патерици

Патериците (штаки) се помагала кои овозможуваат стабилност при стоење и одење во случај на одземеност на долните екстремитети: растоварување на долните екстремитети, а донекаде и на рбетниот столб. Се делат на потпазувни и подлакотни, дрвени и метални патерици.

Со употреба на патериците се овозможува движење на пациентот, така што дел од товарот се пренесува на патериците, а одењето се изведува со силата на мускулите на рацете, рамениот појас и трупот.

Потпазувните патерици имаат ослон во потпазувната јама, така што при нивна примена дел од тежината на телото носат дланките и потпазувниот дел.

Составни делови на потпазувните патерици се: перниче за потпазувниот дел, два стапа кои го држат, држач на штаките во средина, еден продолжен долен дел и врв од гума.

Потребно е висината на патериците да се нагоди. Мерење би требало да се направи од предната аксиларна бразда до точката 15 сантиметри латерално од петтиот прст, кога старото лице стои исправено со релаксирани рамења. Позицијата на рачката за шаката би требало да биде нагодена како и за бастун, при што флексијата во лакотот би требало да биде 15-20 степени кога патериците се држат малку на страна и се поставуваат на околу 15 см пред прстите на стапалото. Кога патериците се предолги предизвикуваат подигање на рамењата, ја ограничуваат способноста на корисникот да манипулира со нив, можат да предизвикаат притисок на нервите и крвните садови во аксиларната регија и консеквентна пареза на шаката (особено на радијалниот нерв). Доколку рачките за шаките се поставени

премногу ниско може да се појави истиот ефект, а доколку се премногу високи, патериците се лизгаат под пазувите и предизвикуваат нестабилност.

Доколку патериците се прекратки, корисникот се наведнува кон напред и постои тенденција кон развој на кифоза.

Во текот на одењето тежината на корисникот се пренесува преку рамењата, рацете и шаките на подот преку долниот дел на патериците. Тие се едноставни за употреба, но бараат добра снага и обем на движење во зглобовите на горните екстремитети, а прават и поголемо оптоварување на срцето.

Потпазувните патерици се користат кога едната нога треба да биде растоварена со или без гипс на неа, при парцијално оптоварување и при двотактен ѓд со патерици кога рацете се слаби.

Подлакотните патерици имаат ослон на задната страна на подлакотот 3-5 см под олекранон, со рачка за шаката. Притоа, дел од тежината на телото ја носат патериците со нивните дланки.

Тие можат да бидат алтернатива на потпазувните патерици, но се помалку стабилни од нив и е потребно рацете да се појаки доколку старото лице не треба да ја оптоварува едната нога. Тие се нагодени така што флексијата во лакотот треба да биде 15 степени и не можат да се користат доколку флексијата е 40 степени или повеќе или кога постои контрактура во лакотот.

Компоненти на овие патерици се: подлакотна манжетна која е отворена однапред, подлакотен дел кој се наоѓа одзади, рачка за шаката, еден алуминиумски тубуларен стап, врв од гума.

Кај овие патерици оптоварувањето на мускулот трицепс брахии е поголемо отколку при ѓд со потпазувни патерици.

Патериците се лесни, даваат слобода на активностите на рацете, но бараат повеќе мускулна сила, повеќе вежба и подобар баланс на телото.

Одалка

Одалката има 4 точки на наслон од кои двете предни ногарки можат да бидат со или без тркалца, а задните ногарки се стабилни. Постојат и одалки на кои сите 4 ногарки имаат тркалца. На горниот дел од двете страни има рачки за држење.

Одалката без тркалца се применува во сите случаи на тешко нарушување на рамнотежата и перцепција, кај пациенти кои имаат потреба од растоварување на едната нога, како по фрактура, и е посебно погодна кај постари пациенти. Одењето со одалката е бавно и не може да се користи по скали.

СОВЕТИ:

- **Следете ја здравствената состојба на корисникот.** Тој не може секогаш да Ви каже како се чувствува, но Вие можете да ги забележите промените.
- **Менувајте ја положбата на корисникот** на секои 2 часа а по можност и почесто, проверувајте дали има црвенила и користете заштитни средства. Само на тој начин ќе спречите појава на декубити.
- **Терапијата давајте ја на време и секогаш проверете дали е со сигурност**

8. Нега на лица со деменции и интелектуална попреченост

Кога станува збор за нега на корисници со деменции и интелектуална попреченост, асистентот мора да ги има на ум неодминливите човечки потреби за:

- храна,
- течности,
- облека,
- љубов,
- поддршка,
- заштита,
- заемни социјални контакти и сл.

Затоа активностите што асистентот ги презема да му помогне на корисникот се во насока на задоволување на основните човечки потреби.

- Дишење.
- Одржување на нормалната температура на телото.
- Внесување храна и течности.
- Елиминација на отпадните продукти.
- Одржување на личната хигиена.
- Движење и положба на телото.
- Одмор и спиење.
- Облекување.
- Избегнување на штетните влијанија на околината.
- Комуникација со другите луѓе.
- Работа.
- Рекреација.
- Верски потреби.
- Учење, истражување и задоволување на љубопитноста.

8.1. Тоалета

Давање помош на неподвижен корисник во спроведување на утринска, делумна и вечерна тоалета.

Утринска тоалета

При подготвување на корисникот наутро, потребно е да се знаат следните чекори за правилно извршување на утинската тоалета:

- Доколку спие, се буди, а доколку не спие и во двата случаја му се посакува добро утро и му се објаснува дека време е да се среди. Прво се мести корисникот во рамна положба и се тргаат перниците, покривачите, му се соблекува горниот дел од пиџамите, потоа се облекува чиста пиџама или соодветна облека, во зависност од тоа дали корисникот ќе биде дома или се подготвува за прошетка.
- Потоа се соблекува долниот дел од пиџамата, доколку носи **пелена** за возрасни се менува пелената на тој начин што прво се одлепуваат двата краја, внимателно горниот дел се спушта помеѓу малку раширените нозе, со влажна крпа или со влажно марамче корисникот убаво се пребришува во поредниот дел, потоа му се подигнува едната нога во зависност од тоа на која страна се врти, и се врти на страна, полека се свиткува пелената и се става до колкот каде што е завртен корисникот, му се пребришува убаво задниот дел, доколку долниот чаршаф е валкан се вади од страните, се свиткува до телото на корисникот каде што е свртен, се става нов чаршаф, потоа ставаме нова пелена, го превртуваме корисникот во лежечка положба, го вадиме горниот дел на пелената и го ставаме меѓу нозетена корисникот, потоа го вртиме на спротивната страна, се вади старата пелена, се влече останатиот крај од пелената и се средува, односно се лепи пелената. Потоа се вади останатиот крај од чаршафот и убаво се мести на преостанатиот дел од креветот. Облекување на долниот дел од облеката се врши на тој начин што прво се облекува едната па другата нога, го натегнуваме долниот дел од облеката до каде што можеме, па се врти старо лице лево и десно и убаво се облекува.
- Доколку корисникот носи **катетер**, се празни течноста (урината) од уринарната кеса во сад наменет исклучиво за оваа работа, се гледа колку течност има во уринарната кеса и се запишува диурезата во евидентен лист.

Ако корисникот е со мозочен удар и му е одземена десна или лева страна, при вршење на утринска тоалета, односно облекување, процедурата е следна: при соблекување прво се соблекува здравата рака или нога па потоа болната рака или нога, при облекување процедурата е обратна, односно прво се облекува болната рака или нога па потоа здравата рака или нога.

Кога ќе заврши постапката со облекување се мијат очите на корисникот, односно се поминува со влажна крпа лицето, доколку корисникот има секрет на очите, постојано се третираат со газа навлажнета во физиолошки раствор и убаво се бришат очите, потоа се мијат забите, доколку корисникот може сам, асистентот му ги подготвува потребните работи и му дава сам да си ги измие забите, му се подава чаша со вода да си ја исплакне

устата, со другата рака држиме пластична вангла за да може корисникот да ја отстрани течноста во неа. Доколку корисникот носи вилици, асистентот задолжително ја одржува хигиената на садот во кој се чуваат, ја менува течноста и по употреба ги чисти и ги враќа назад.

Потоа земаме течен сапун и ги миеме рацете на корисникот во вангла со млака вода, а кога ќе заврши процедурата, со бокал посипуваме убаво врз двете раце за да бидат добро исплакнати од течниот сапун.

Доколку корисникот е неподвижен, а сака своите физиолошки потреби да не ги врши во пелена, тогаш со посебна тоалетна количка се носи до тоалетот или, пак, му се дава уринатор доколку е машко за мокрење, лопата за голема нужда, кај женско само лопата. Лопата се мести на ист начин како пелената за возрасни: се врти корисникот на страна се става убаво лопатата, се превртува корисникот и се покрива со чаршав, при вадење со една рака се држи лопатата да не се преврти или истури, со другата рака се врти корисникот, се вади лопатата и се чисти, а корисникот додека е свртен убаво се пребришува, се превртува потоа во лежечка положба и на крајот се облекува.

Давање помош на неподвижен корисник при одржување на личната хигиена (капење, бричење, хигиена на коса, нокти и уши)

- Доколку корисникот е во можност капењето се врши во тоалет, односно се соблекува корисникот, се седнува на тоалетна количка или друго помагало (столица, вц шолја и сл.) и се капе.
- Доколку корисникот не е во можност да седи поради болеста, тогаш се капе болнички во кревет.

Болничкото капење се врши наследниот начин: се соблекува корисникот се врти на страна и под него се става мушама, потоа се врти во лежечка положба, се пребришува корисникот со влажни крпи (во леѓен со млака вода имаме претходно ставено ималку течен сапун или шампон), кога ќе го средиме целосно од предната страна со сува крпа се пребришува, потоа се мачка со млеко за тело, го вртиме корисникот и на двете страни и ја имаме истата процедура сè додека не се опфати целото тело.

- Главата се мие на следниот начин: со едната рака се држи главата на корисникот, под главата имаме ставено празен леѓен, а со другата со бокал посипуваме со вода додека не се намокри добро косата, потоа ставаме шампон на косата и триеме, потоа убаво се плакне косата од нанесениот шампон. Го тргеме леѓенот со нечистата вода и со сува крпа ја пребришуваме главата.
- Соблекувањето е исто како при утринска тоалета и е опишано погоре. Кога ќе се облече корисникот, се сечат ноктите доколку има потреба, се чистат ушите со чепкалки за уши, се суши косата со фен и, доколку е машко, се бричи.
- Болничкото капење може да се изведе и на тој начин што се капе постепено прво се средува горниот дел, па се облекува па потоа долниот дел и се облекува.
- Вечерната тоалета е иста како и утринската само што корисникот се облекува во пижами или ноќница и не се мие.

Напомена: Пред секое започнување на овие процедури секогаш потребните материјали треба да ви бидат однапред средени (лопата, уринатор, пелени за возрасни, катетер за неподвижно лице со попреченост, влажни марамчиња/тоалет, шампон, течен сапун, паста за заби, четка за заби, чешел, пешкир, пена за бричење, брич, жилет, грицкалка за нокти, чепкалки за уши, леѓени за чиста вода, леѓени за нечиста вода, бокал за вода, гумени ракавици, најлон за изолација, вреќа за нечисто, чиста облека т.е. чорапи, долен веш, пижами и ноќница, фен за коса).

Помош при хранење

Доколку корисникот е **во лежечка положба**, тогаш се подигнува горниот дел од телото во положба која му е пријатна, а ако креветот не е на механизам тогаш зад главата се ставаат две до три перници, се става престилка за да се заштити облеката која ја носи, да не се извалка, и се храни. Храната на овие лица е дробена или пасирана.

Во седечка положба (корисникот е седнат во количка, столица, фотелја) исто така му се става престилка, храната му е сервирана во послужавник и на масичка. Доколку може да јаде сам се остава да јаде, доколку не може тогаш се храни.

9. КОМУНИКАЦИЈА СО КОРИСНИЦИ СО ДЕМЕНЦИИ

Повеќето корисници со деменција во одреден момент имаат потешкотии да комуницираат. На пример, можеби им е тешко да ги пронајдат вистинските зборови, да се разберат и да ги разберат другите, забораваат што сакаат да кажат или што им било кажано. Концентрацијата, исто така, може да биде проблематична. Ова може да биде фрустрирачко и за некои корисници непријатно и може да доведе до конфузија, недоразбирања, па дури и чувства на изолација. Природна реакција на ваквите проблеми е корисникот да се повлече од разговорот и да избегнува контакти со луѓе. За жал, ова може да доведе до понатамошно влошување на стекнатите вештини и губење на социјалните контакти. Затоа е важно да се обидеме да комуницираме релаксирано и креативно, без да се грижime премногу за грешките и можните недоразбирања.

Корисниците со деменција развиваат комуникациски проблеми, кои имаат тенденција да стануваат сè потешки со текот на времето. Терминот „**афазија**“ понекогаш се користи за да се опише потешкотијата или загубата на способноста да се разбере говорен или пишан јазик како резултат на оштетување на соодветниот нервен центар (дел од мозокот одговорен за комуникација). Корисниците со деменција исто така комуницираат едни со други со зборови, преку говорот на телото, со знаци, слики или со симболи и во писмена форма.

Заради оваа причина, комуникацијата е поделена на следните **три дела**.

9.1. Вербална комуникација

Заради постепена прогресија на јазичното оштетување, може да се јават проблеми во комуникацијата, што понекогаш може да доведе до фрустрација, конфузија, па дури и бес. Потребите и желбите на лицето со деменција не можат да бидат исполнети, нивното однесување може да биде погрешно разбрано од другите и корисникот може да почне да се чувствува сè по изолиран. Неможноста да се комуницира правилно може да предизвика непријатност, особено ако вниманието е насочено кон грешките. Всушност, не е невообичаено корисниците со деменција да почнат да користат помалку сложен стил на говор (пократки реченици и / или ограничен речник), сè поретко да започнуваат разговор, да се повлекуваат, па дури и да престанат да зборуваат целосно.

Вие како асистенти може да бидете фрустрирани заради тоа што не можете да му помогнете на корисникот, да се чувствувате збунети од неговото однесување и да не знаете како да постапите.

Постојат неколку практични решенија кои може да ги усвоите, што би можело да ја подобри комуникацијата, но не треба да се фокусирате само на нив туку и на вашата креативност. Вашиот став и охрабрување се многу поважни.

Обидете се да негувате позитивен пристап

Доколку бидете трпеливи, имате некритичен став и не се откажувате, веројатно е дека корисникот сè повеќе ќе се обидува да комуницира и помалку ќе се чувствува засрамено и отфрлено. Најдобро е вие да ја преземете иницијативата, да разговарате со корисникот за теми кои знаете дека го интересираат. Можете, исто така, да се обидете да го вклучите лицето во разговори со други луѓе.

Обидете се да обезбедите поддршка и да го прилагодите вашиот стил на јазик

Бидејќи многу од проблемите во комуникација со кои се соочуваат корисниците со деменција се на некој начин поврзани со губењето на меморијата, можете да помогнете со повторување на она што веќе било кажано. Ако забележите дека корисникот не ве разбрал, можете да го повторите она што го кажавте на поинаков начин. Но, ако реченицата ви е едноставна и специфична, не го повторувајте на поинаков начин бидејќи може да доведе до фрустрација. Почекајте и повторете ја истата реченица повторно.

Ако изгледа дека е „заглавен“ заради еден збор, можете да дадете сугестија.

Понекогаш лицата со деменција употребуваат само еден збор несоодветно во реченицата. Суштината за она што тие се обидуваат да го кажат често може да се најде во еден збор, на пример: часовник наместо време, брод наместо палто или дожд наместо вода. Сепак, важно е да бидете сигурни дека не го ставате акцентот на грешката, туку на суштината за она за кое корисникот зборува.

Треба да бидете внимателни да не му помагате на корисникот пред да биде потребно бидејќи тоа може да го намали поттикот да се обидува да комуницира. Личноста може едноставно да има потреба од повеќе време за да го разбере она што е кажано и да одговори. Обидете се да поставувате едноставни прашања, со цел да добиете одговор со „да“ или „не“.

Бидете сигурни дека нема физички проблеми кои влијаат врз комуникацијата.

Лицето со деменција може да има проблеми во комуникацијата како резултат на оштетен вид, слух или проблем со забите. На пример, можеби нема да може да видат кој зборува или едноставно да не слушаат што зборува некој. Проблем со забните протези може да го направи зборувањето болно или да се чувствуваат непријатно ако тие се премногу лабави. Многу е важно да проверите дали има физички проблеми кои можат да влијаат на комуникацијата, за да можете да ги преземете потребните мерки.

Важно е да запомните:

Иако корисниците со деменција користат поедноставен стил на јазик и пократки реченици и не секогаш разбираат што им зборувате, **важно е** да не ги третирате како деца, да не се однесувате на понижувачки начин и да не зборувате во нивно присуство како да се отсутни.

Почитувајте го нивното достоинство!

9.2. Невербална комуникација

Оштетувањето на мозокот го менува начинот на кој корисниците со деменција слушаат, процесираат и реагираат во тек на разговорот. Неопходно да го прилагодите начинот на кој комуницирате во согласност со способностите на корисникот.

Често, невербалните пораки што ги испраќате со говорот на телото и изразот на лицето, се појасни од зборовите што ги кажувате. Понекогаш невербалните пораки не се совпаѓаат со зборовите што ги користите, а тоа предизвикува забуна. Затоа, свесноста за вашата невербална комуникација е многу важна техника за комуникација со корисници со деменција.

Користејќи го говорот на телото и изразите на лицето им помагате на корисниците јасно и лесно да ве разбираат, а со тоа им помагате да ја намалат конфузијата, агитирањето и лутината, а да ја зголемат соработката.

Постојат многу различни видови невербална комуникација, вклучувајќи:

- Израз на лицето

Вашето лице може да изрази емоции без да кажете некој збор. Многу изрази на лицето се исти во различни култури, како среќа, тага, лутина, изненадување, страв и гадење.

-Движења и држење на телото

Начинот на кој некој се движи и положбата на телото можат да кажат многу за нив, нивното расположение и нивната состојба на умот.

-Гестови

Кога зборуваме, ние користиме гестови без дури и размислување за тоа - мавтајќи, покажувајќи и користејќи ги рацете кога сме лути или возбудени.

-Контакт со очи

За луѓето кои можат да гледаат, визијата е доминантна смисла. Затоа контактот со очи е толку важен. Начинот на кој гледате некого може да каже многу. Контактот со очите ви помага да го видите нивото на ангажман и реакциите на другиот.

-Допир

Допирот е друг начин да се „зборува“ без употреба на зборови. На пример, ова значи многу различни работи: опуштено ракување, нежен допир по рамо, топла прегратка, смирувачко галење по грбот или насочување преку движење на раката.

-Простор

Секој треба да има свој физички простор, иако може да се разликува од корисник до корисник, или зависи од ситуацијата. На пример, стоејќи премногу блиску може да направите корисникот да се чувствува непријатно. Преголемата далечина може да му изгледа како несигурност или незаинтересираност.

-Глас

Тонот и обемот на вашиот глас додава многу значење на зборовите. На пример, замислете да кажете „ДОБРО“ за време на жестока расправија во споредба со тоа како го кажувате кога сте задоволни и смирени. Истиот збор звучи сосема поинаку.

9.3. Комуникација со знаци, симболи и текстови

Во секојдневниот живот голем број информации се пренесуваат преку знаци, симболи и пишани текстови, како, на пример етикети на пакуваната храна, сообраќајни знаци, ознаки на тоалети, знаци за излез и влез, весници, книги, компјутери, сметки. Корисниците со деменција може да имаат потешкотии во толкувањето на некои од овие знаци, но, од друга страна, нивната употреба може да биде многу корисна, особено во почетните стадиуми на болеста.

Како да користите читање, пишување и слики / симболи

Можеби сте откриле дека корисникот со деменција понекогаш разбира писмена порака, но има тешкотии да разбере што кажувате. Тие можат да се потпишат долго откако ќе ја изгубат можноста да пишуваат. Многу луѓе разбираат слики и симболи, иако истиот симбол можеби нема да биде толку ефективен за секој од корисниците бидејќи секој е случај за себе. Овие различни форми на комуникација ги вклучуваат различните вештини и

способности, кои со текот на времето можат да се променат и се различни за различни луѓе. Важно е да се искористат различните форми на комуникација сè додека се ефективни.

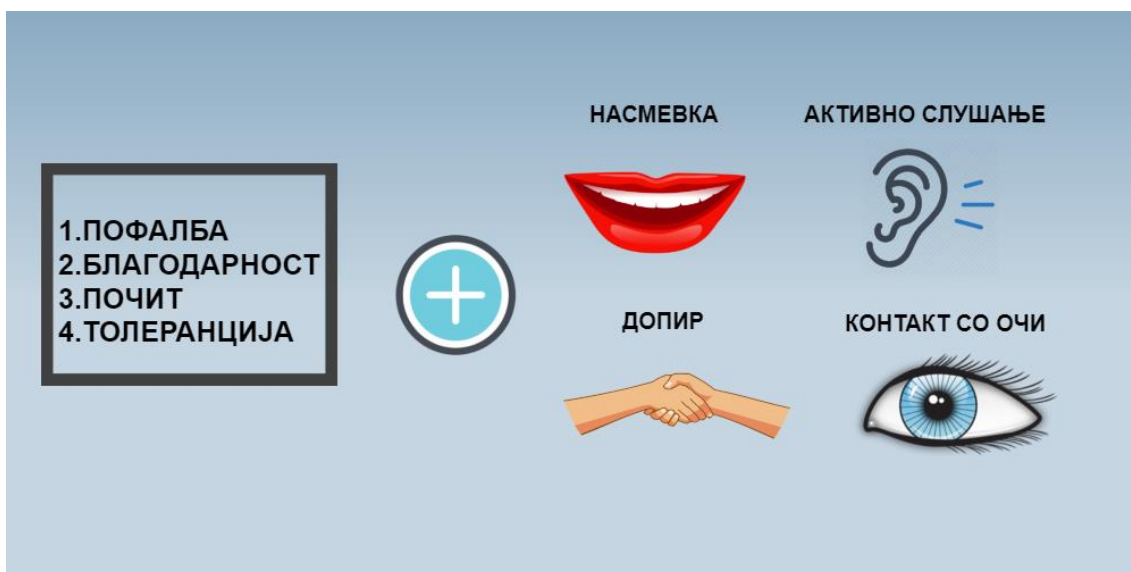
Како да извлечете максимум од читање, пишување и слики / симболи

Плански поставени самолепливи налепници, листови хартија, таблички за пишување, се корисни средства за да ги оставите пораките, на пример, „Не заборавајте да ја заклучите вратата“. Со цел да се избегне забуна, најдобро е да оставите повеќе ливчиња отколку сите пораки да ги напишете на еден лист.

Способностите на лицето веројатно ќе се променат со текот на времето, па затоа би било добро повремено да проверите дали корисникот сè уште може да чита и дали го разбира значењето на зборовите.

Исто така, може да ги означите фиоките, шкафовите и вратите за да покажете што има внатре - на пример, чорапи, шкаф за храна или во која просторија водат - тоалет или кујна. Таквите етикети може да се комбинираат со слики (симболи, фотографии или цртежи итн.). На пример, на тоалетот може да имате слика или симболична претстава на тоалет со зборот „тоалет“ напишан подолу. Ова може да биде особено корисно во ситуации каде што има неколку лица со деменција кои живеат заедно. Сепак, важно е да се запамети дека некои симболи може да бидат премногу апстрактни за да бидат корисни. Затоа е најдобро да се избегнат апстрактни симболи или симболи со современ изглед, бидејќи луѓето со деменција може да имаат потешкотии да ги толкуваат.

Вие како асистенти за нега на корисници со деменција можете да помогнете во комуникацијата, едноставно обрнувајќи внимание на неколку основни правила:



Слика 10

9.4. Пристап во комуникација со корисници со деменции

- Овозможете му на корисникот подобро да гледа, слуша и зборува (очила, апаратче за слушање, вилица и сл.),
- Привлечете го вниманието на корисникот пред да му кажете нешто (на пример, нежно допрете го за рака),
- Отстранете го од околината сè она што би ви пречело во разговорот (на пример, Кажете: „Ќе го исклучам телевизорот или радиото за да може подобро да разговараме“),
- Кога му се обраќате на корисникот, вашата глава нека биде на исто ниво со неговата,
- Придружете ги вашите зборови со гестови и допир кога е соодветно,
- Зборувајте полека и јасно додека одржувате контакт со очите,
- Зборувајте со кратки реченици, само за една тема,
- Дајте му на корисникот доволно време за одговор,
- Помогнете му да го пронајде точниот збор кога е потребно,
- Обидете се да ја завршите реченицата ако лицето има тешкотии во тоа,
- Не го прекинувајте корисникот непотребно,
- Слушајте внимателно,
- Обидете се да дознаете што навистина корисникот се обидува да каже, а не се концентрирајте на буквалното значење на зборовите што ги користи,
- Некои од работите за кои разговарате запишете ги на хартија ако видите дека тоа му помага на корисникот,
- Следете и обидете се да го разберете говорот на телото на корисникот,
- Секогаш користете невербална комуникација (насмевка, прегратка),
- Користете пофалби и уважувајте го корисникот,
- Користете имиња кога зборувате за други луѓе (не тој или таа).

9.5. Што значи добар однос со корисникот?

Добриот однос со корисникот највеќе зависи од начинот на комуникација, емпатијата на асистентот и степенот на доверба.

Како личен асистент со секој корисник ќе имате посебен однос бидејќи секој корисник е различен, на моменти може да се чувствувате како пријатели, но, за да изградите добар однос, важно е да ја задржите професионалноста. Тоа ќе го постигнете преку: емпатија, поставување јасни граници, градење доверба и почит и одржување добра комуникација. Во принцип, потребно е корисниците да ја почувствуваат грижата на својот ПА. Но тој однос треба да има одредени ограничувања, затоа што во секој случај станува збор за деловен, односно работен однос, корисникот за услугата плаќа, а како надомест за тоа ПА ја вложува својата енергија, знаење и искуство потребно за исполнување на барањата на корисникот. Тоа е односот кој резултира со успех.

- Разлика помеѓу емпатија и сочувство

Најголемата заблуда е тоа што луѓето ја поистоветуваат емпатијата со сочувството. **Сочувството е карактеристика на човекот**, особено добрите луѓе додека, пак, емпатијата е вештина (една од најелементарните). Сочувство е кога сочувствуваме со туѓите емоции (кои и не мора да сме ги препознале самите). Кога некој е тажен и ние преземаме дел од таа тага и ја носиме таа тежина со себе. Она што најмногу може да направите во тие ситуации, е да помогнете максимално доколку сте во можност. Тежината не мора да ја носите со себе.

Од друга страна, пак, **емпатијата е вештина** која ја поседуваме (заради полесна комуникација) и која може да ги препознае чувствата кај другите и ни помага да „влеземе во туѓата кожа“, а притоа да не ја преземеме тежината на емотивната состојба. Емпатијата се поврзува со умешност во читање на сигналите што ги праќа лицето (говор на телото). Користа од оваа вештина е кога ќе ја согледаме емотивната состојба на корисникот, да преземеме акција која нема дополнително да ја влоши ситуацијата. **Важно е секогаш да знаеме навреме да излеземе од „туѓата кожа“.**

9.6. Практични совети за работа со корисници со деменција

9.6.1. Како да се справиме со агесијата?

Да ја утврдите причината за агресивното однесување

- Да се обраќате на смирен начин или вниманието да го пренасочиме на друга тема. Да им го отстапиме просторот што им е потребен да се движат, не треба да се туркаат, држат и носат со сила затоа што така ќе изреагираат со уште поголем отпор и агесија.

Во пристапот со корисници со деменција задолжително треба да го тргнеме зборот НЕ од речникот, да не се расправаме и да не се прави со присила нешто сè додека нема некоја алтернативна опција;

Примена на антипсихотици (но тие често предизвикуваат повраќање, лошење, го скратуваат животот и се штетни).

9.6.2. Пристап при справување со агесија кај лица со деменција

- Одбележување, знаци, имиња на предмети; на пример, запишување.
- Пристап чекор по чекор (на пример, ако ги вознемирува облекувањето тогаш малку разговараме со нив да се опуштат, па дел облекуваме, па пак малку разговор...
- Обрнување внимание на логика. Да не се обвинува корисникот (на пример, ако вели дека саатот е во шеќерот: „Мамо зошто има саат во шеќерот?“ Таа вели: „Не знам.“ Па се вели: „Што мислиш, како дошол саатот во шеќерот?“),

- Одобрување на нивните чувства (на пример, се вели: „ВО РЕД е да си тажна или да се чувствуваш осамено.“),
- Користете нежен тон (Студиите покажале дека е пожелно да си насмеан, љубезен и нежен. Изразот на вВашето лице е важен сигнал дека сè е во ред),
- Држете се до рутината (таа ќе го намали бројот на неочекувани и стресни настани),
- Игнорирајте, ако е корисникот лут (Внимавајте да не се повреди сè додека не се смири),
- Задржете ја смисла за хумор (Помага да се справите со поспецифични однесувања),
- Музика (Некогаш пеењето на омилената песна може веднаш да делува смирувачки. Најефикасна е музиката за време на оброк или бањање),
- Константно евалуирајте (Откако ќе заврши ситуацијата, секогаш запрашајте се „Што да направам следниот пат за да избегнам агресивна реакција?“ Научете да ја разрешите својата емоционална реакција што ви се јавила и тогаш можете да напредувате ефикасно. Грижете се за себеси,
- Барајте поддршка.

9.6.3. Пристап во справување со конфузност околу време и простор

Пример: „Сакам дома“, „Ова не е моја куќа“, „Зошто сме овде?“, „Кога ќе си одиме?“

САКААТ ДА СЕ ВРАТАТ НА МЕСТОТО КАДЕ ИМАЛЕ ПОГОЛЕМА КОНТРОЛА ВО ЖИВОТОТ. ИЛИ БАРААТ НЕКАКВА УДОБНОСТ.

Што можете да направите во вакви ситуации?

А. УПОТРЕБА НА ТЕРАПЕВТСКИ ЛАГИ (Пример: „Кога ќе си одиме?“.- „Подоцна, сега сообраќајот е хаос, има протести низ град“),

Б. ПРЕНАСОЧУВАЊЕ (Водење на прошетка, работно ангажирање, грицкање, пиење кафе.),

Размислете на кој начин корисникот ќе се чувствува најбезбедно, па дури тоа да е терапевтска лага.

Она што не е ефикасно да правиме во вакви ситуации:

Да не се објаснува долго и широко и со помош на логика бидејќи не секогаш можеме да се разберме.

Пристап во справување со осиромашена когниција

Пример: Неосновани обвинувања: „Ти ми го украде ланчето“.

Кога имаат потешкотии со финансии и математика: „Грешно ми вратиле кусур“.

Ваквото расудување настанува заради изумирањето на нервните клетки во мозокот. Така настануваат делузии, конфабулации и неvistинити уверувања. На пример, кога некој собира покуќнина или обвинува друг член од семејството дека го краде.

Асоцијацијата за Алцхајмер вели да делуваме охрабрувачки и да влеваме сигурност. Така ќе ги намалиме фрустрацијата и срамот преку нудење помош околу организирање пресметки, кусури, сортирање работи.

Она што не е од помош во вакви ситуации е:

- да ја доведеме под знак прашање способноста на клиентот да се справува со вакви ситуации или
- да се расправаме со корисникот.
- Секој обид да го обвиниме корисникот или да се сомневаме во неговите способности, може кај него да иницира лутина и да почне да пружа отпор.

9.6.4. Облекување на корисници со деменции

Корисниците со деменција:

- Носат иста облека одново и одново, валкана или не,
- Опседнати се да носат една иста облека (Роза ќе носи само црни панталони),
- Имаат проблеми при правилно поставување облека (градник врз кошулата, гаќи преку панталоните и сл.),
- Одбиваат да ги промените или да ги соблечат алиштата,
- Соработуваат во целост.
- Како да им помогнете
- Дајте му на корисникот можност да ја избере омилената облека или боја. Понудете му само два избора за да не се збунува, бидете сигурни дека изборите се соодветни за времето.
- Дајте му да облекува само едно парче облека, а Вие давајте кратки и едноставни инструкции.
- Изберете удобна и лесна облека која лесно се соблекува и облекува.
- Оставете го корисникот сам да ги закопчува копчињата и патентите и бидете трпеливи бидејќи ќе му треба повеќе време. Помагајте му само кога не може сам.

9.6.5 Капење на лица со деменција

Корисниците со деменција:

- Со текот на времето ќе треба да се зголеми помошта за капење, но тоа е индивидуален процес кој се одвива постепено.
- Можат да одбиваат да се капат или да велат дека веќе се капеле иако не го направиле тоа.
- Може да се плашат или да се борат за време на капењето.

- Може целосно да соработуваат.

Како да им помогнете

- Запознајте ги навиките на корисникот, така ќе бидете поблиску до неговата рутина.
- Дајте му да избере дали сака да се капе или да се тушира.
- Оставете го самиот да се капе, внимавајте дали соодветно ги користи средствата, давајте му кратки инструкции и помагајте само ако е неопходно.
- Никогаш не го оставајте корисникот сам во тоалетот.
- Бидете свесни дека за некои корисници капењето е страшно. Доколку се противи, обидете се да го пренасочите, а ако нема ефект обидете се подоцна повторно. Смирувачка музика или неговата омилена песна може да ја олеснат ситуацијата.
- Пофалете го корисникот за неговиот ангажман и за соработката.
- Почитувајте ги достоинството, приватноста и удобноста на корисникот.

При дефинирањето на попреченоста од особено значење е да се земе предвид сложената структура на лицето со попреченост, со целиот негов сплет од биолошки, социјални, психолошки, едукативни и етички фактори.

Во досегашната пишана литература, како во светот така и во Република Македонија, за лицата со попреченост сè уште се употребуваат повеќе термилошки определувања. Најчест пристап во определувањето на терминот **попреченост** е согласно моделите на попреченост кои во себе ја содржат еволуцијата на самиот термин и положбата на лицата во општеството.

Со **моделот на милосрдие**, на лицата со попреченост се гледа како на жртви, односно тие не можат да одат, зборат, гледаат, учат или да работат. Попреченоста се смета како недостаток, а лицата со попреченост не се во можност да си помогнат и имаат потреба од постојана помош, емпатија, љубов, милосрдие, посебни услуги и институции.

Согласно **медицинскиот модел**, попреченоста се дефинира како проблем на лицето, директно предизвикан од болест, траума или друга медицинска состојба, која бара постојана медицинска грижа во форма на индивидуален третман од страна на професионалци.

Медицинскиот модел се фокусира на „проблемот“ или што „не може“ лицето, а не на неговите потреби. Ова води до пониски очекувања, губење на самодовербата, изборот и контролата над сопствениот живот кај лицата со попреченост.

Врз основа на медицинскиот модел е формулирана дефиницијата на попреченоста од Светската здравствена организација во 1980 година, која гласи: „состојба на организмот на едно лице која како резултат на болест, повреда или вродени мани има трајно, делумно или потполно намалување на способностите на организмот за нормално функционирање, односно кога настанува намалување на способностите на човекот за нормален социјален живот, работа и придонесување“.

Од друга страна, со **социјалниот модел** се препознаваат потребите на поединците за да можат да ја преземат контролата над своите животи и потреби и да се вклучат во заедницата. Социјалниот модел бара од општеството да преземе одговорност за задоволување на потребите на лицата со инвалидност во смисла на давање поддршка и совладување на бројните пречки. Според овој модел, оштетувањето не треба да се негира, туку да се прифати на начин дека лицето не е помалку вредно поради својата состојба.

Социјалниот модел подразбира дека проблемот на поединците не се индивидуалните ограничувања, туку неуспехот на општеството кое би требало да обезбеди соодветни мерки за да се вклучат лицата со попреченост во средината. Според овој модел попреченоста не е карактеристика на лицето со попреченост, туку комплексен состав на состојби, создадени од социјалната средина.

Следните примери укажуваат како срединските фактори можат да влијаат на целосната вклученост и задоволување на потребите на лицата со попреченост:

- Лице во инвалидска количка може да има потешкотии при вработување, не заради неговата состојба, туку заради постоењето на срединските бариери, како што се непристапен јавен превоз или скапила на работното место кои го спречуваат неговиот или нејзиниот пристап.
- Дете/младинец со интелектуална попреченост може да има потешкотии да се вклучи во редовно образование заради ставовите на наставниците, учениците и родители кои не можат да се прилагодат и да ги прифатат учениците со различни потреби во процесот на учење.

Моделот на човекови права е насочен кон достоинството на човечкото битие, при што во контекст на попреченоста особено се важни 4 вредности: достоинство, автономија, еднаквост и солидарност. Препознавањето на вредностите на човечкото достоинство укажуваат на тоа дека лицата со попреченост ги имаат истите права како и останатите лица и дека претставуваат важен дел од општеството.

Табела 4. Приказ на четирите модели на пристап кон попреченоста

Ситуација	Модел на милосрдие	Медицински модел	Социјален модел	Модел на човекови права
Лице со интелектуална попреченост	„Погледнете го овој кутар, збунет човек. Тој изгледа како да е ментално ретардиран, подобро би му било да живее во некоја установа каде што некој ќе се грижи за него.“	„Можеби постои некој лек или третман кој ќе ја подобри неговата состојба. Тој треба да оди на психијатар.“	„Тоа е добро решение да живее со брат му, така ќе биде опкружен со лица кои немаат попреченост.“	„Каде тој сака да живее? Одиме да го прашаеме.“

Извор: Handicap International, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (2010)

Попреченоста како термин се дефинира и преку различни меѓународни и национални законски одредби, документи, конвенции, стратегии и останати релевантни документи. Меѓу најчестите кои се користат, се следните:

Во **Конвенцијата за правата на лицата со попреченост** лица со инвалидитет се оние кои имаат долготрајни физички, ментални, интелектуални или сетилни оштетувања, кои во интеракција со различни бариери можат да го попречат нивното целосно и ефективно учество во општеството, на еднакви основи со другите.

Согласно **Стандардните правила за изедначување на можностите на лицата со попреченост**, попреченоста е заеднички израз за голем број различни функционални ограничувања кои се појавуваат во секоја популација во сите земји во светот. Се наведува дека лицата можат да бидат со инвалидитет заради разни физички, интелектуални и сетилни оштетувања, здравствена состојба или ментална болест.

Во Република Македонија генералната термилошка определба е согласно **Уставот**, каде што во член 35 е: лица со инвалидност. Меѓутоа, во повеќе закони и подзаконски акти среќаваме и други термини: лица со попреченост, лица со пречки во развојот, лица со пречки во физичкиот или во психичкиот развој, деца со посебни образовни потреби и сл.

Во **Законот за социјална заштита** (член 17), за инвалидно лице се смета лице со ментална или телесна попреченост.

Во рамките на **Законот за вработување на инвалидни лица** (член 2 став 1), инвалидно лице е лице со оштетен вид, оштетен слух, со пречки во гласот, говорот и јазикот, телесно

инвалидно лице, лице со пречки во интелектуалниот развој и лице со комбинирани пречки кое поради степенот на инвалидност има специфични потреби во работењето.

Според **Правилникот за видот и степенот на попреченост на лицата во менталниот или телесниот развој** (Службен весник на Р Македонија бр. 172), лица со попреченост во менталниот или во телесниот развој, кои имаат посебни потреби, се следните:

- Лица со оштетен вид (слепи и слабовидни);
- Лица со оштетен слух (глуви и наглуви);
- Лица со пречки во гласот, говорот и јазикот;
- Лица со пречки во телесниот развој;
- Лица со пречки во менталниот развој;
- Лица со аутизам и друго первазивно развојно растројство;
- Хронично болни лица;
- Лица со повеќе видови попреченост (лица со комбинирани пречки во развојот);

Согласно наведеното, а говорејќи за поимот попреченост и неговата дефиниција, важно е да се напомене дека не постои единствена и општо прифатена дефиниција, но она што е важно да се забележи е дека при дефинирањето често се истакнува ограничувањето, што претставува негативен контекст за лицата со инвалидност.

10. ПОИМ, МОДЕЛИ И ВИДОВИ НА ПОПРЕЧЕНОСТ

При дефинирањето на попреченоста од особено значење е да се земе предвид сложената структура на лицето со попреченост, со целиот негов сплет од биолошки, социјални, психолошки, едукативни и етички фактори.

Во досегашната пишана литература, како во светот така и во Република Македонија, за лицата со попреченост сè уште се употребуваат повеќе термилошки определувања. Најчест пристап во определувањето на терминот **попреченост** е согласно моделите на попреченост кои во себе ја содржат еволуцијата на самиот термин и положбата на лицата во општеството.

Со **моделот на милосрдие**, на лицата со попреченост се гледа како на жртви, односно тие не можат да одат, зборат, гледаат, учат или работат. Попреченоста се смета како недостаток, а лицата со попреченост не се во можност да си помогнат и имаат потреба од постојана помош, емпатија, љубов, милосрдие, посебни услуги и институции.

Согласно **медицинскиот модел**, попреченоста се дефинира како проблем на лицето, директно предизвикан од болест, траума или друга медицинска состојба, која бара постојана медицинска грижа во форма на индивидуален третман од страна на професионалци.

Медицинскиот модел се фокусира на „проблемот“ или што „не може“ лицето, а не на неговите потреби. Ова води до пониски очекувања, губење на самодовербата, изборот и контролата над сопствениот живот кај лицата со попреченост.

Врз основа на медицинскиот модел е формулирана дефиницијата на попреченоста од Светската здравствена организација во 1980 година, која гласи: „состојба на организмот на едно лице која како резултат на болест, повреда или вродени мани има трајно, делумно или потполно намалување на способностите на организмот за нормално функционирање, односно кога настанува намалување на способностите на човекот за нормален социјален живот, работа и придонесување.

Од друга страна, со **социјалниот модел** се препознаваат потребите на поединците за да можат тие да преземат контрола над своите животи и потреби и да се вклучат во заедницата. Социјалниот модел бара од општеството да преземе одговорност за задоволување на потребите на лицата со инвалидност во смисла на давање поддршка и совладување на бројните пречки. Според овој модел оштетувањето не треба да се негира, туку да се прифати на начин дека лицето не е помалку вредно поради својата состојба.

Социјалниот модел подразбира дека проблемот на поединците не се индивидуалните ограничувања, туку неуспехот на општеството кое би требало да обезбеди соодветни мерки за да се вклучат лицата со попреченост во средината. Според овој модел попреченоста не е карактеристика на лицето со попреченост, туку комплексен состав на состојби, создадени од социјалната средина.

Следните примери укажуваат како срединските фактори можат да влијаат на целосната вклученост и задоволување на потребите на лицата со попреченост:

- Лице во инвалидска количка може да има потешкотии при вработување, не заради неговата состојба, туку заради постоењето на срединските бариери, како што се непристапен јавен превоз или скапила на работното место кои го спречуваат неговиот или нејзиниот пристап.
- Дете/младинец со интелектуална попреченост може да има потешкотии да се вклучи во редовно образование заради ставовите на наставниците, учениците и родители кои не можат да се прилагодат и да ги прифатат учениците со различни потреби во процесот на учење.

Моделот на човекови права е насочен кон достоинството на човечкото битие, при што во контекст на попреченоста особено се важни 4 вредности: достоинство, автономија, еднаквост и солидарност. Препознавањето на вредностите на човечкото достоинство укажуваат на тоа дека лицата со попреченост ги имаат истите права како и остатантите лица и дека претставуваат важен дел од општеството.

Ситуација	Модел на милосрдие	Медицински модел	Социјален модел	Модел на човекови права
Лице со интелектуална попреченост	„Погледнете го овој кутар, збунет човек. Тој изгледа како да е ментално ретардиран, подобро би му било да живее во некоја установа каде што некој ќе се грижи за него.“	„Можеби постои некој лек или третман кој ќе ја подобри неговата состојба. Тој треба да оди на психијатар.“	„Тоа е добро решение да живее со брат му, така ќе биде опкружен со лица кои немаат попреченост“	„Каде тој сака да живее? Одиме да го прашаеме.“

Извор: Handicap International, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (2010)

Попреченоста како термин се дефинира и преку различни меѓународни и национални законски одредби, документи, конвенции, стратегии и останати релевантни документи. Меѓу најчестите кои се користат, се следните:

Во **Конвенцијата за правата на лицата со попреченост** лица со инвалидитет се оние кои имаат долготрајни физички, ментални, интелектуални или сетилни оштетувања, кои во интеракција со различни бариери можат да го попречат нивното целосно и ефективно учество во општеството, на еднакви основи со другите.

Согласно **Стандардните правила за изедначување на можностите на лицата со попреченост**, попреченоста е заеднички израз за голем број различни функционални ограничувања кои се појавуваат во секоја популација во сите земји во светот. Се наведува дека лицата можат да бидат со инвалидитет заради разни физички, интелектуални и сетилни оштетувања, здравствена состојба или ментална болест.

Во Република Македонија генералната терминолошка определба е согласно **Уставот**, каде што во член 35 е: лица со инвалидност. Меѓутоа во повеќе закони и подзаконски акти среќаваме и други термини: лица со попреченост, лица со пречки во развојот, лица со пречки во физичкиот или во психичкиот развој, деца со посебни образовни потреби и сл. Во **Законот за социјална заштита** (член 17), за инвалидно лице се смета лице со ментална или со телесна попреченост.

Во рамките на **Законот за вработување на инвалидни лица** (член 2 став 1), инвалидно лице е лице со оштетен вид, оштетен слух, со пречки во гласот, говорот и јазикот, телесно инвалидно лице, лице со пречки во интелектуалниот развојот и лице со комбинирани пречки кое заради степенот на инвалидност има специфични потреби во работењето.

Според **Правилникот за видот и степенот на попреченост на лицата во менталниот или телесниот развој** (Службен весник на Р. Македонија бр. 172), лица со попреченост во менталниот или во телесниот развој, кои имаат посебни потреби, се следните:

- Лица со оштетен вид (слепи и слабовидни);
- Лица со оштетен слух (глуви и наглуви);
- Лица со пречки во гласот, говорот и јазикот;
- Лица со пречки во телесниот развој;
- Лица со пречки во менталниот развој;
- Лица со аутизам и друго первазивно развојно растројство;
- Хронично болни лица;
- Лица со повеќе видови попреченост (лица со комбинирани пречки во развојот);
- Согласно наведеното, а говорејќи за поимот попреченост и неговата дефиниција важно е да се напомене дека не постои единствена и општо прифатена дефиниција, но она што е важно да се забележи е дека при дефинирањето често се истакнува ограничувањето, што претставува негативен контекст за лицата со инвалидност.

10.1. Дефинирање на интелектуалната попреченост

Интелектуалната попреченост не е болест, туку административно одреден термин за различна генетска, социјална и медицинска состојба, чија заедничка карактеристика е потпросечно интелектуално функционирање.

Лицата со интелектуална попреченост не се хомогена група, тие претставуваат широк спектар на низа способности, клинички состојби и однесување.

Постојат пет основни критериуми кои се користат за утврдување на дефиницијата на интелектуалната попреченост. Три од петте критериуми се опфатени скоро во сите дефиниции, додека другите две се присутни во повеќето дефиниции, но не во сите.

Првиот и основниот критериум кој е присутен во сите дефиниции е оној кој вели дека интелектуалната попреченост води потекло од развојниот период. Многу автори го лимитираат развојниот период на осумнаесет години, но ги има и оние кои се на мислење дека тој се завршува во шеснаесеттата година.

Интелектуалната попреченост и психичката болест се сосема различни. Психичките болести се болест на емоции и психата, а интелектот функционира на нормално ниво. Интелектуалната попреченост не е болест туку состојба, а примарниот дефицит е интелект, иако кај таква личност може да бидат нарушени многу психички функции и емоции.

Како што лицата со интелектуална попреченост може да имаат многу емоционални нарушувања, така и душевните болни лица после одредено времетраење на болеста доаѓаат во фаза на интелектуална детериорација.

Почетокот на интелектуалната попреченост е секогаш во развојниот период, додека психијатриското нарушување има подоцнежен почеток и дијагноза.

Вториот критериум, кој е значаен за дијагностицирање, е интелектуалниот дефицит, односно потпросечно интелектуално функционирање (IQ под 70).

Третиот критериум е социјалната нееднаквост и е присутен во сите дефиниции за интелектуална попреченост. Според овој критериум лицето не е способно да ги исполни барањата на средината. Тука треба да се истакне дека извесен број лица со намален коефициент на интелигенција можат соодветно да одговорат на барањата на средината како и некој што има повисок коефициент. Исто така, социјалната неадаптираност не зависи само од поединецот, на неа влијаат и цела низа други фактори, а првенствено околината која го опкружува. Мора да се напомене дека потполно здрава личност во смисла на социјално прифаќање е онаа која може да се прилагоди на прифатените стандарди на однесување на групата во која егзистира.

Четвртиот критериум, кој се наоѓа во многу дефиниции, е органската основа на оваа состојба.

Петтиот критериум се однесува на неизлечивоста на состојбата.

Една од најраспростанетите дефиниции за интелектуалната попреченост е онаа која ја дава Светската здравствена организација – СЗО (ICD-10, 1992): *Менталната ретардација е состојба на сопрен и нецелосен психички развој кој особено се карактеризира со нарушување на оние способности кои се јавуваат во текот на развојниот период и кои влијаат на општото ниво на интелигенција, како што се когнитивните, говорните, моторните и социјалните способности.*

Постојат уште многу дефиниции кои ја објаснуваат и анализираат интелектуалната попреченост и секоја од нив има значење за утврдувањето на оваа состојба и за начините за нејзино понатамошно менаџирање и справување со истата.

10.2. Класификација на интелектуалната попреченост

Според класификацијата која ја предлага Светската здравствена организација, интелектуалната попреченост се дели на следните подкатегории:

- **лесна интелектуална попреченост 50-69 IQ**
- **умерена интелектуална попреченост 35-49 IQ**
- **тешка интелектуална попреченост 21-34 IQ**
- **длабока интелектуална попреченост под 21 IQ**

Во оваа класификација се вбројуваат и:

Друга интелектуална попреченост. Оваа категорија се употребува тогаш кога е тешко да се процени степенот на интелектуалната попреченост со вообичаени процедури, поради дополнителните сензорни или телесни оштетувања (на пример, слепило, глувонемост, телесен инвалидитет),

Неспецифична интелектуална попреченост. Присуство на интелектуална попреченост со недоволни информации кои се неопходни за да се распореди лицето во горенаведените категории.

Во Р. Македонија најмногу е користена класификацијата според **Правилникот за оцена на видот и степенот на попреченост на лицата во менталниот или телесниот развој** (Службен весник на РМ бр.172/2016) која се повикува на класификацијата дадена од СЗО, при што лицата со интелектуална попреченост се распоредуваат во четири категории:

1. Лице со лесна попреченост во менталниот развој,
1. Лице со умерена попреченост во менталниот развој,
2. Лице со тешка попреченост во менталниот развој,
3. Лице со длабока попреченост во менталниот развој.

Оваа класификација на лицата со интелектуална попреченост, или на лицата со пречки во менталниот развој, е најприфатлива бидејќи правата од областа на детската заштита, социјалната заштита, образованието, вработувањето и осигурувањето во случај на невработеност, лицата со попреченост ги остваруваат врз основа на оваа класификација од споменатиот правилник.

Препорачаната класификација од страна на ААИДД е во однос на интензитетот на поддршката која им е потребна на лицата со интелектуална попреченост, и која е сосема спротивна на класификацијата со коефициентот на интелигенција IQ (традиционален пристап), е следната:

- Повремена поддршка,
- Ограничена поддршка,
- Обемна поддршка,
- Силна поддршка.

10.3. Причини за настанување на интелектуалната попреченост

Најчесто, никој не може да определи што ја предизвикало интелектуалната попреченост. Ова се случува од 1/3 до 1/2 од сите случаи на интелектуална попреченост. Причините за настанување на интелектуалната попреченост се доста сложени.

Утврдувањето на причините за појава (етиологијата) на интелектуална попреченост е важно заради тоа што може да укаже на други здравствени проблеми кои можат да влијаат на целокупното функционирање на лицето, па доколку навремено се започне со третман и минимизирање на последиците, ќе има можности за генетско советување на родителите ако се утврди дека е генетска основата за настанување на интелектуалната

попреченост, како и за размена на искуства помеѓу индивидуи со иста етиологија и нивните семејства.

За сеопфатно разбирање што сè може да придонесе до појава на интелектуална попреченост, во прилог е дадена табела каде што причините (медицински, социјални, бихејвиорални, едукативни) се дадени според времето на јавување (пренатални, перинатални, постнатални).

Табела 5. Табеларен приказ на етиолошките фактори за појава на интелектуална попреченост

Фактори Период на настанување	Биомедицински	Социјални	Бихејвиорални	Едукативни
Пренатални (во текот на бременоста)	Генетски проблеми Метаболни проблеми Синдроми Болести на мајката Возраста на родителите	Сиромаштија Недоволна исхрана на мајката Семејно насилство	Зависност од дрога Алкохолизам Пушење цигари Незрелост кај родителите	Когнитивна попреченост кај родителите без поддршка Недостаток на подготовка за родителство
Перинатални (во текот на породувањето)	Предвремено родено дете Повреди за време на раѓањето Неонатални пореметувања	Недостаток на родителска грижа	Грижата на родителите кон детето Напуштање на детето од страна на родителите	Недостаток на знаење за медицинските процедури
Постнатални (по породувањето)	Трауматски повреди на мозокот Недоволна исхрана на детето Воспаленија на мозокот	Проблеми во интеракција дете - родител Недостаток на адекватна стимулација Понизок социоекономски статус Хронична болест во семејството Институционализација	Занемарување и злоупотреба на детето Семејно насилство Несоодветни мерки за безбедност Проблеми во однесувањето на детето	Несоодветна родителска грижа Задоцнета дијагноза Несоодветен сервис за рана интервенција Несоодветна семејна поддршка

Етиолошката процена се состои од следните елементи:

- медицинска историја (податоци за пренаталниот, перинаталниот и постнаталниот период),
- психосоцијална евалуација (информации за индивидуата, семејството, училиште или работа, заедницата, социо-културната средина),
- физичко испитување (податоци за телесниот раст и телесните структури и функции),
- лабораториски испитувања.

Она што треба да го имаме предвид е дека, и кога е можно, но и кога не е можно да се откријат и утврдат точните причини за настанување на интелектуалната попреченост, на детето и неговото семејство треба да им се обезбеди навремена и соодветна помош и поддршка. Ова е важно бидејќи родителите многу сакаат да ја дознаат причината, што е и разбирливо, но тие треба да бидат советувани дека не секогаш може да се открие, особено кај лесната интелектуална попреченост.

10.4. Превенција на интелектуална попреченост

За успешна превентивна дејност на подрачјето на лицата со интелектуална попреченост од пресудно значење е постоењето на координирани активности на сите професионални и општествени системи. Превенцијата се класифицира во **3** категории:

1. Примарна превенција, која се однесува на активности кои превенираат развој на одредена болест, состојба или попреченост. На пример, примарната превенција може да помогне кај мајка – алкохоличар, односно обезбедување соодветна помош на мајката за време на бременоста може да го заштити детето од развивање фетален алкохол синдром, кој понатаму дава состојба на интелектуална попреченост кај детето.

2. Секундарната превенција се однесува на примена на стратегии кои превенираат појава на симптоми или попреченост кај лица кај кои веќе постои одредена болест или состојба. Овие лица имаат некоја болест која не може да се превенира директно, но може да се намалат нејзините последици. На пример, лицето родено со фенилкетонурија, има мутација на ген кој е присутен во секоја клетка на телото. Ова нарушување ќе биде присутно во текот на целиот живот на лицето, но секундарната превенција би се состоела од примена на специјална диета од самото раѓање што ќе превенира да се таложат токсични (отровни) метаболити кои би предизвикале интелектуална попреченост.

3. Терцијалната превенција има за цел да ги редуцира, намали но не и отстрани последиците од попреченоста или намаленото функционирање. Активностите од овој степен на превенција ги минимизираат ефектите или компликациите од болеста или состојбата. На пример, лицата со Down-ов синдром имаат ризик од појава на тироидна болест, која може да предизвика низа симптоми во растењето на лицето. Периодично тестирање на функцијата на тироидната жлезда кај овие лица може да превенира појава на физичка попреченост.

Овие категории на превенција опфаќаат голем број стратегии и активности кои имаат цел да го подобрат секојдневното функционирање на лицата со попреченост.

10.5. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост

Пред да дадеме осврт на основните карактеристики на секоја категорија на лица со интелектуална попреченост, накратко ќе бидат дадени општи карактеристики за децата и лицата со интелектуална попреченост.

Децата и лицата со интелектуална попреченост имаат исти основни физиолошки, социјални и емоционални потреби како и останатите деца и лица. Нивниот развој ги следи истите законитости на развојот кои важат и за децата и лицата од општата популација, но темпото е забавено, а според степенот на попреченост ограничено т.е. лимитирано.

Пречките во развојот се манифестираат со различен степен и зачестеност во сите сегменти на развојот:

- Когнитивни функции,
- Сензорни функции,
- Говор и јазик,
- Моторика,
- Социо-емоционален развој.

Општа карактеристика е дека кај децата и лицата со интелектуална попреченост постојат истите потреби како и кај општата популација, но начинот на нивно препознавање, изразување и начин на задоволување е различно од останатите. Разликата е во потребата од помош и поддршка од друго лице кое ќе му помогне во овој процес, пред сè да стекне вештини самостојно да го прави тоа доколку е можно.

Сознаен развој (Когнитивни функции)

Лицата со интелектуална попреченост не можат да остварат прогресивен напредок кон следниот стадиум во развојот на сознајните способности, бидејќи не се во состојба да изградат нови облици и системи на мислење, односно остануваат поврзани за инфантилните системи кои потекнуваат од претходниот стадиум на развој.

Сознајниот развој е ниво на предоперационално мислење, со изразена ригидност, егоцентризам, отсуство на реверзибилни шеми.

Просторно – временските рамки се разградени и се доживуваат парцијално. Кај лицата со попреченост ориентацијата е отежната во времето и во просторната организираност. Постои тешкотија да се наброи сè што не се гледа во рамките на видното поле, на претставно ниво и обично познавањето е многу лимитирано. Овие лица имаат тешкотии во познавањето на деловите на телото, субјективниот простор и околината.

Вниманието е краткотрајно, флукуирачко и непостојано. Овие лица имаат слаба концентрација и брзо се заморуваат. Многу брзо покажуваат замор во вниманието и незаинтересираност. Кај нив постои недоволна развиеност на механизмот на волебото внимание, додека базичните форми на внимание се зачувани. Од оваа причина се планираат активности во времетраење од 20 до 30 минути.

Претставите се сиромашни и фрагментирани, многу тешко формираат претстави за предметите и различните предмети ги гледаат и доживуваат како идентични.

Помнењето е слабо, емотивно, селективно и секогаш насочено само кон реалноста. Лицето со попреченост запаметува мошне бавно, со повеќе повторувања а и брзо ги заборава усвоеното. Полесно ги паметат силните емотивни доживувања и возбудувања што поттикнуваат непосреден интерес. Тешко ги фиксираат и задржуваат дадени во усмен облик. Овие лица најлесно може да запаметат доколку со нив се работи индивидуално преку користење нагледни средства и разновиден додактички материјал.

Мислењето е сведено на конкретност и површност. Овие лица не се во состојба да ја откријат заемноста меѓу предметите и причините за нивната заемна поврзаност. Не располагаат со неопходни претпоставки потребни за изградба на логично мислење. Апстрактното размислување е сведено на минимално ниво (контури), со многу големи тешкотии во објаснувањето. Многу тешко го исполнуваат преминот од конкретно кон апстрактно – логично согледување на суштинските својства на предметите. Разни дразби од околината може да им го отргнат вниманието во различна насока.

Волјата е недоволно развиена и тоа е резултат на несозреана психичка структура на личноста. Волјата слабее со намерата за извршување на волебото дејство. Лицата со интелектуална попреченост покажуваат волеви активности кога се работи за активност што го поттикнува нивниот интерес. Дадените задачи и обврски можат да ги извршат во согласност со нивните можности и способности.

Тешко се снаоѓаат во нова ситуација и имаат силно изразена потреба од постојано укажување на сè она што треба да направат во тие ситуации, заради потешкотиите при за усвојување на знаењата и нивен трансфер.

Сензорни функции

Кај лицата со интелектуална попреченост често пати како придружна состојба се јавува сензорната дисфункција, односно потешкотии во процесирањето и интеграцијата на сензорни стимулации од надворешниот свет. За нив се карактеристични следните видови однесувања:

- Избегнува допир или преградка,
- Одбива да јаде одредена храна,
- Хиперсензитивен на миризби,
- Хиперсензитивен на одредени материјали и да носи само облека која е мека и која му е пријатна,
- Не му се допаѓа кога рацете се валкани,

- Се чувствува непријатно при некои движења, како клацкање, лулање, качување,
- Сака да скока, да се клати или врти,
- Делува несмасно, се сопнува лесно, или има слаба рамнотежа,
- Хиперсензитивен на звуци. Звук од машина за перење, фен, сирена,
- Фиксација за иста играчка/предмет и начин на игра со истата (на пример, само да го врти тркалото од количката).

Говор и јазик

Говорот е често недоволно развиен, а некогаш е сосема неразвиен или се јавува многу подоцна. Квалитетот на развој на говорот и јазикот е различен, и се движи од ниво на разбирање на говор и гестовна комуникација до ниво на говорна продукција.

Со истражувањето на говорот кај овие лица е заклучено дека најчесто основниот глас, модулацијата, ритмот и темпото на говорот малку се под очекуваното во однос на календарската возраст и менталната возраст.

Овие лица првите зборови почнуваат да ги изговараат дури во третата, четвртата, па и петтата година од животот. Забавениот развој не е присутен само во активниот говор. Тие потешко го разбираат говорот кој им е наменет: прашања, барања, објаснувања и инструкции од возрасните. Абнормалностите во анатомијата на говорниот апарат влијаат врз квалитетот на говорот.

Постојат недостатоци во експресивниот говор (изразувањето/зборувањето). Тука се вклучени пречките во артикулацијата. А со тоа се распространети различните видови дислалии (сигматизам, ротацизам), ринологии, пелтечење итн. Постојат недостатоци и во импресивниот говор (разбирањето на говорот) кој е сиромашен и неразбирлив заради штој се јавуваат различните видови алалии, афазии, дизартрии и др. Значи неправилно изговараат гласови, имаат развлечен, испрекинат и тешко разбирлив говор.

Моторика

Ниското ниво на организираност на психомоториката во однос на интелигенцијата значајно ја загрозува сознајна ефикасност и можност за социјализација на лицата со попреченост. Кај овие лица развојот е успорен, почнуваат самостојно да седат и лазат на 2 години, проодуваат на 3 - 4 години, а се качуваат по скали дури на 5 години. Имаат тешкотии во психомоторната организираност на ниво на манипулативната спретност на рацете и фината моторика, координацијата и имитацијата на едноставни движења. При изведување на движењата се забележува несоодветна употреба на сила, брзина и прецизност.

Социо - емоционален развој

Однесувањето кај лицата со попреченост е условено од степенот на развојните способности, но и од карактеристиките на емоционалниот живот, кој поради честите

неуспеси е исполнет со бројни фрустрации, што дополнително влијае на мотивацијата и подготвеноста за интеграција во социјалната средина.

Тие покажуваат неиздиференцирани и неадекватни емоции во однос на дразбата, емотивна лабилност и долготрајни инертни чувства. Имаат потешкотии за контрола врз имплусите и нагоните, ниско ниво на толеранција на фрустрација, хиперактивно, агресивно однесување, како и самоповредување.

Покажуваат искрени позитивни емоции и многу љубов кон лицата кои им даваат помош и поддршка, преку насмевка и прегратка.

Емоциите се издефинирани на значително пониско ниво од нивната возраст. Тешко ги одложуваат задоволувањата, лесно минуваат од едно во друго расположение и делуваат „детинесто и несмасно“. Емоциите имаат зголемен влез на чувствителност и недоволна диференцираност кон промена на дразбите. Доживувањето на околината е нехомогено и крутоста на емотивните доживувања се главно обележје на нивниот емоционален живот. Овие лица не можат да ги потиснат емоциите, желбите и својата импулсивност. Многу отворено ги покажуваат своите позитивни чувства и емоции, зборуваат за тоа, се умилкуваат. Им треба многу љубов, внимание, почитување и голема трпеливост додека се работи со нив. Тие знаат да почувствуваат кога се сакани и прифатени воопшто. Исто така знаат да бидат одбивни, невнимателни и едноставно да кажат за некого дека е лош и дека не го сакаат. Овие лица може многу лесно да се мотивират доколку активноста во која ќе бидат вклучени е едноставна, интересна, не бара психолошки напор за нив (на пример, настава во природа, спорт и сл.). Им недостасува чувство на одговорност.

Играта е еднолична и без креативност на фантазијата. Колку се посложени правилата на играта и бараат поголеми интелектуални способности, толку побрзо ќе дојде до нејзино прекинување. Обично не ги исполнуваат барањата на играта во една интеракција со нивните врсници кои не се во иста состојба како нив и ги избегнуваат. Тие обично си наоѓаат заеднички интереси со помали деца кои не се во иста состојба како нив.

Во понатамошниот текст ќе бидат дадени карактеристики на лицата со различен степен на интелектуална попреченост (лесна, умерена, тешка и длабока) со цел запознавање на опсегот на нивните можности и понамошно планирање на активности согласно нивниот степен на функционирање според:

- Правилникот за видот и степенот на попреченост на лицата во менталниот или во телесниот развој,
- Водич за ментална ретардација ICD-10 од Светска здравствена организација.

Во **Правилникот за видот и степенот на попреченост на лицата во менталниот или во телесниот развој**, лицата со интелектуална попреченост се распоредуваат во неколку подгрупи, и тоа:

1. **Лице со лесна попреченост во менталниот развој** е лице кое се карактеризира со благо намалување на нивото на интелектуалните, говорните, јазичните, моторните

и социјалните способности. Зборуваат со извесно задоцнување, но сепак најголем број од нив можат да го користат говорот во секојдневниот живот.

На правилно стандардизираниите тестови за интелигенција, за лицата со лесни пречки во психичкиот развој е карактеристичен ориентационен коефициент на интелигенција од 50 до 69.

2. Лице со умерена попреченост во менталниот развој покажува забавен развој и ограничени достигнувања во доменот на развојот и употребата на говорот и јазикот, моторните способности и грижата за себе.

На правилно стандардизираниите тестови за интелигенција, за лицата со умерени пречки во психичкиот развој е карактеристичен ориентационен коефициент на интелигенција во рамките од 35 до 49.

3. Лице со тешка попреченост во менталниот развој е слично на лице со умерената попреченост менталниот развој по клиничката слика, присуството на органска етиологија и придружни оштетувања. Постои значително ограничување на достигнувањето во областа на говорот и јазикот, моторните способности и грижата за себе. Поголем број од лицата имаат изразени моторни и / или други придружни пречки кои укажуваат на присуство на значајно оштетување или нарушување на централниот нервен систем.

На правилно стандардизираниите тестови за интелигенција, за лицата со тешки пречки во психичкиот развој е карактеристичен ориентационен коефициент на интелигенција во рамките од 20 до 34.

4. Лице со длабока попреченост во менталниот развој се карактеризира по изразито ограничени способности за разбирање и прифаќање на барањата или упатствата, имаат зачувана способност за многу рудиментирани форми на невербална комуникација. Голем дел од нив се полуподвижни или неподвижни, неспособни за волева контрола на сфинктерите. Поседуваат мали или скоро никакви способности да се грижат за себе, заради што им е потребна постојана помош и надзор.

Согласно **Водичот за ментална ретардација** на Светската здравствена организација, карактеристиките на лицата со различен степен на интелектуална попреченост се дадени по различни области од развојот: когнитивен, социјален, емоционален развој, развој на личноста и емоции.

Табела 6. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост според СЗО

Лесна интелектуална попреченост IQ 50-69	Умерена интелектуална попреченост IQ 35-49	Тешка интелектуална попреченост IQ 20-34	Длабока интелектуална попреченост IQ под 20
---	---	---	--

	Ментална возраст 9-12 години	Ментална возраст 6-9 години	Ментална возраст 3-6 години	Ментална возраст 0-3 години
Когнитивен развој	<ul style="list-style-type: none"> - логично размислување - размислува на конкретно ниво - чита, пишува, смета 	<ul style="list-style-type: none"> - егоцентрично мислење - конкретен говор - учи преку примери и конкретни искуства 	<ul style="list-style-type: none"> - мислењето е без поврзувања - сеќавање – актуелни настани - учи преку конкретни искуства - доживување на „овде и сега“ 	<ul style="list-style-type: none"> - учи рефлексно и со тренинг - примарни реакции и секундарно мислење
Социјален развој	<ul style="list-style-type: none"> - зависен од мислењето од друг - сака да припаѓа на групата - прифаќа социјални правила 	<ul style="list-style-type: none"> - има интерес за врсници - идентификација со „важна личност“ 	<ul style="list-style-type: none"> - зафатен со личност од семејство - интересот за врсници е мал - зависност од емоционалната состојба на негователот - презема иницијатива спрема неживата околина 	<ul style="list-style-type: none"> - нема интерес за околината
Емоционален развој	<ul style="list-style-type: none"> - развиено чувство за сопствена вредност - се грижи за блиските - размислува за својата иднина 	<ul style="list-style-type: none"> - чувство на семоќ - слаба контрола на импулси - емоции: радост, жалост, срам, страв од грешки, почеток на емпатија, чувство на вина и совест 	<ul style="list-style-type: none"> - принцип на угодност-неугодност - не поднесува одложување на угодноста - сопственото тело е центар на светот - емоции: страв, лутина, радост, гордост - агресивност насочена спрема надвор 	<ul style="list-style-type: none"> - не ги поднесува добро промените - претежно насочен кон делови од своето тело - автоагресија
Развој на личноста	<ul style="list-style-type: none"> - проблеми со автономија и интернализација 	<ul style="list-style-type: none"> - проблеми на сепарација - незрело „self“ - примитивно его 	<ul style="list-style-type: none"> - проблем на индивидуализација - незрело „self“ - почеток на 	<ul style="list-style-type: none"> - врзани за родител/лице кое се грижи за нив - формирање психофизиолошка

			формирање его	хомеостаза
Емоции	- тага, радост, љубов, врсничка љубов, доверба, недоверба	- тага, радост, срам, чувтсво на вина, почетна емпатија, совест	- радост, страв, љутење	- страв, релаксација, љутење

Комбинирани пречки

Во голем број случаи кај лицата со интелектуална попреченост, покрај намалената когнитивна функција (потпросечно функционирање), се јавуваат и други проблеми и потешкотии во други сфери од нивното функционирање, како, на пример, некое нарушување во моториката, пречки во говорот, оштетување на видот или слухот.



Слика 11

Во тој случај тие лица се лица со комбинирани пречки и бараат третирање и давање поддршка во однос на сите нарушувања, односно потреби. На пример, лице со Даунов синдром, има умерена интелектуална попреченост, намалена видна функција – слабовидно лице и има засегнување на моториката на долните екстремитети - неподвижно.

Исто така, и за лицата со комбинирани пречки се користат различни термини: лица со мултипли оштетувања, мултипно хендикепирани, лица со дополнителни оштетувања, полидефектни лица итн. Разгледувајќи го човекот како биопсихосоцијално единство, комбинираните пречки можеме да ги наречеме такво оштетување кое со својата комбинација доведува до големи отстапувања во социјалното поле на личноста и тие како такви имаат потреба од квалитативно прилагодена поддршка пред сè во однос на примарното оштетување.

Според чл. 12 од Правилникот за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или во психичкиот развој, „лица со повеќе видови на пречки (со комбинирани

пречки) во развојот се сметаат лицата кај кои се присутни две или повеќе видови на пречки во развојот наведени во овој правилник“.

Американската федерална влада ги дефинира комбинираниите пречки на следниов начин: Комбинирани пречки значи истовремени нарушувања (како ментална ретардација-слепило или ментална ретардација - ортопедски оштетувања), чија комбинација предизвикува такви образовни потреби коишто не можат да се задоволат во посебни образовни програми исклучиво за едно оштетување.

Лицата со комбинирани пречки во развојот имаат потреба од поддршка во речиси секој сегмент од нивниот живот. Нивното ниско ниво на функционирање, нивните комплексни и специфични потреби, како и високото ниво на зависност, го прави нивниот живот различен од оној на лицата со други пречки во развојот. И покрај севкупноста на развојните и здравствени проблеми кај лицата со комбинирани пречки, тие не треба да се доживуваат како збир на инвалидитети, туку да се искористат преостанатите потенцијали, со цел подобро вклучување во општествените текови.

11. ПОДДРШКА НА ДЕЦА И ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Интелектуалната попреченост предизвикува голем број промени во човековото функционирање во корелација со барањата на средината, па заради тоа е потребно да се обезбеди основен систем на поддршка за лицата со интелектуална попреченост.

Под поимот поддршка може да ги сфатиме:

- ресурсите и стратегиите кои имаат за цел да овозможат развој, едукација, интерес и лична благосостојба во насока на подобрување на индивидуалното функционирање,
- психолошка поставеност која укажува на потребата и на интензитетот на поддршката за да учествува личноста во секојдневни активности.

Лицата со интелектуална попреченост имаат потреба од подолго време и поддршка за да научат и да развијат нови вештини, да разберат сложени информации и да комуницираат со другите луѓе.

Нивото на поддршка на потребите ќе зависи од самото лице со интелектуална попреченост. На пример, некој што има лесна интелектуална попреченост може да има потреба од поддршка за тоа како да се вработи, или како да се грижи за своето дете. Сепак, некој со тешка или со длабока интелектуална попреченост може да има потреба од постојана нега, грижа и поддршка во секој аспект од неговиот живот.

Важно е да се запамети дека со вистинската поддршка, повеќето лица со интелектуална попреченост можат да водат независен живот и да научат да прават многу работи.



Слика 12

11.1. Области на потреби на лицата со попреченост

1. Чувство на базична сигурност

Чувството на сигурност како најзначајна потреба се јавува кај секое живо суштество. Лицата со интелектуална попреченост се многу осетливи на nelaгодност и немир, и заради тоа за нив е многу важно да се обезбедат услови каде ќе се чувствуваат безбедно и сигурно. Најважно за чувството на сигурност е да се задоволат најсуштинските потреби на животот: глад, студ, физичка опасност и предвидливост на настаните. Лицето со интелектуална попреченост може успешно да развие осет за сигурност преку три услови:

- Стабилна грижа,
- Конзистентност,
- Чувство на припадност кон група.

2. Да бидат разбрани и сфатени

Лицата со интелектуална попреченост почнуваат да зборуват неколку години подоцна и потешко учествуваат во комуникацијата. Недоразбирањето со околината им создава голема фрустрација бидејќи им покажува дека, без разлика колку и да се трудат правилно да се изразуваат, нема да бидат разбрани. Во такви случаи невербалната комуникација е од големо значење и голем број од лицата со интелектуални потешкотии се чувствуваат подобро при невербална комуникација. Исто така, поради специфичноста на состојбата на лицата со интелектуална попреченост, комуникацијата со нив вклучува многу широк спектар на облици на комуникација: вербална, невербална, мимикрија, гримаси итн. Многу е важно луѓето со интелектуална попреченост да се охрабруваат да имаат каква било форма на комуникација која им одговара и се развива со нив.

3. Да бидат забележани

Факт е дека лицето кое има чувство дека „неговиот глас се слуша“ има високо ниво на самоверба. Ако се постигне самоверба, лицето со интелектуална попреченост нема да има потреба да го привлече вниманието кон себе со провокации и разни облици на

однесување (со испуштање звуци, агресивни зборови и дејствување). Затоа на овие лица им е потребно да знаат дека тука е некој кој може да ги разбере.

4. Да бидат меѓу другите

Потребата за контакт со други луѓе кај лицата со интелектуална попреченост се јавува нешто подоцна отколку што е вообичаено. Чувството на припадност и саканост е една од најсилните потреби. Вклучување на лицето со интелектуална попреченост во заедницата е процес кој не треба да се забрзува. Треба да се допушти лицето со интелектуална попреченост да се чувствува подготвено да оствари контакт со одредена група, а притоа правилно да се дозира поддршката која ќе му се даде во остварувањето контакти со различни групи на луѓе.

5. Чувство на сопствена вредност

„Без оглед на степенот на развој, социјалниот идентитет може да се формира само кога постои рамнотежа меѓу чувството на тежината на задачата и чувството дека таа може да се реши“.

Преку созревањето на социјалната личност е забележано дека самопочитта во голема мера е заснована на објективни критериуми, а сè повеќе во преден план се јавува потребата да се извршуваат корисни задачи и осетот на припадност во одредена група. Лицата со интелектуална попреченост се спремни да пробаат нешто да остварат само кога ќе видат реална можност за успех. За таа цел, семејството, лицата кои се грижат за нив и заедницата треба заедно со лицето со интелектуална попреченост да постават одредени и едноставни цели и заедно да ги исполнат.

6. Потреба за храна

Потребата за храна би требала да задоволува четири психо-биолошки одредници:

- Снабдување на желудникот со храна и намалување на гладта.
- Јадење, џвакање и цицање како задоволство.
- Осет на мирис и вкус исто така како извор на задоволство.
- Пријатен социјален контакт.

Доколку се задоволува исклучиво само првиот елемент, тоа доведува до погрешен едукативен пристап. Самиот чин на јадење треба да содржи когнитивни (вкус, мирис, изглед на храна) и социјални елементи (сервирање, делење на храната со други и заедничко јадење низ разговор со семејството). Социјализацијата и интелектуализацијата преку чинот на јадење е посебно важна при воспитување на дете со умерена или тешка интелектуална попреченост. Во многу случаи ова може да биде прва ситуација во која детето ќе започне со социјално буђење.

7. Потреба за одбрамбено однесување

Еден од најважните елементи на чувството на сигурност и независност е способноста за самоодбрана (одбрамбено однесување) која лицата со интелектуална попреченост тешко може да ја изразат. Од друга страна, екстремната агресија најчесто е предизвикана од заканата и чувството на помала вредност, додека слепата агресија е, всушност, несакан ефект од отсуството на други социјални контакти.

8. Потреба за учење и истражување

Во животот на секоја личност, факторот што првенствено ѝ овозможува да преживее е познавање на сопствената околина. Потребата за стекнување нови знаења е една од најистакнатите човечки особини, особено во детството, а оваа потреба се исполнува со спонтано истражување и истакната желба за учење

9. Сексуалност

Лицата со интелектуална попреченост не се асексуални ниту исклучиво изразуваат несоодветно сексуално однесување на јавни места, како што повеќето луѓе мислат. Напротив, тие ги имаат истите сексуални и љубовни потреби како и сите останати, но имаат потреба од помош и поддршка како да научат соодветно да ги изразуваат и задоволуваат овие потреби.

За таа цел на лицата со интелектуална попреченост им е неопходна едукација, за да научат кое е соодветното сексуално однесување, да научат како да ги задоволат своите потреби за да се намалат негативните облици на однесување и чувства кои ги манифестираат како резултат на тоа што овие потреби не се задоволени (на пример, постојана мастурбација, или агресија и автоагесија), како да се заштитат себеси и да препознаат ситуации кои може да ги доведат до сексуална злоупотреба.

11.2. Области на поддршка за лицата со интелектуална попреченост

Најважно е да се процени точното ниво на поддршка која му е потребна лицето со интелектуална попреченост. Премногу поддршка може да доведе до зависност од асистентит и демотивираност кај самиот корисник. Премалку поддршка може да придонесе лицето да се соочи со неуспех при извршување одредени задачи и да се намали неговата самодоверба, да се повлече во себе, да има одбивност кон некоја активност или да се обесхрабри за некоја нова активност.

Прашајте го или сами откријте како сака лицето со интелектуална попреченост да биде поддржано и потпомогнато од страна на персоналниот асистент!

Добар начин да откриете колку поддршка му е потребна на лицето е да го прашате нешто да направи (на пример, - Дали може да свариш кафе?). Доколку лицето не може да одговори на ова барање, покажете му како се прави тоа. Исто така, доколку не ја разбере целосно задачата или е несигурно во постапките, водете го низ задачата.

Кога се уморни, анксиозни или вознемирени, имаат потреба од повеќе помош и поддршка за донесување одлука или за извршување некоја активност.

Насоки за персоналните асистенти при давањето помош и поддршка на дете или лице со интелектуална попреченост:

- Потребно е да создадете стимулативна, пријатна, сигурна и релаксирачка средина!
- Потребни се позитивни чувства, упорност, трпеливост и истрајност во давањето помош и поддршка!
- Секогаш треба да бидете фокусирани кон личноста на детето или на возрасното лице со интелектуална попреченост, а не кон неговите потешкотии или пречки. Да откриеме што тие можат да направат!
- Не постои универзален начин да им се помогне на децата и на лицата со интелектуална попреченост!
- Секое дете и лице со интелектуална попреченост е способно да научи нешто!
- Децата и лицата со попреченост да бидат со Вас, не покрај Вас!
- Персоналните асистенти не се терапевти!

Вклучување (ангажирање) на лицето

За лицето да биде вистински вклучено во својот живот треба да се спроведуваат активности кои ќе се прават заедно со асистентот.

Ако лицето е доста независно тоа ќе значи дека поголемиот дел од активностата ќе ја спроведе самостојно. Доколку е помалку способно, ќе биде вклучено на друго ниво со тоа што ќе набљудува како нешто се прави, ќе покажува интерес или ќе биде среќно што се спроведува таа активност.



Слика 13

Важно е да се разбере нивото на вклученост за различни активности. Во некои активности нема да биде вклучено од самиот почеток до крајот на активностa. Тоа е во ред и ќе зависи од потребите на лицето. Персоналниот асистент ќе му помага на лицето во делови од активностa или ќе ги прави деловите од активностa кои нему му се тешки или фрустрирачки за изведување.

Организирање

Како што беше споменато претходно, лицата со интелектуална попреченост имаат потешкотии при ориентација во простор и време. Во секојдневното функционирање тоа значи дека имаат потешкотии да го разберат времето, да направат планови, да ги сфатат зборовите денес, утре или наредна недела, да предвидат што следно треба да се случи или да се направи. Тоа често ги прави анксиозни и ги вознемирува.

Да се има избор и контрола врз она што и кога се случува е важно за секој човек. На лицата со интелектуална попреченост им треба поддршка за да знаат што следува и за таа цел е потребно да им се објасни што е можно поедноставно времето и деловите од денот, како и да се користат распореди на активности и планери со слики за да знаат што следува и кога.



Слика 14

Сликовит распоред на активности во текот на еден ден или цела седмица.

Помнење работи

Една од главните карактеристики за лицата со интелектуална попреченост е помнењето. На пример, особено потешко им е да запомнат информации кои им се кажани усно. Потребно е да се има трпеливост и да бидете подготвени да ги повторувате и да ги објаснувате нештата или работите. Ќе постојат некои работи за кои секогаш ќе треба да го потсетувате лицето. Може да ви биде корисно:

- Разделете ги информациите на мали делови и давајте ги постепено,
- Дајте насока за да се потсети лицето што треба да направи. На пример, „По појадокот кажа дека сакаш...“.
- Календари и распореди на активности со слики,

- Помогнете му на лицето да направи листа на задачи кои треба да ги заврши,
- Работите кои фреквентно се користат нека бидат видливи за да не може лицето да ги промаши,
- Создавајте добри навики (на пример, секогаш ставајте ги клучевите на исто место),
- Проверувајте што запомнило/разбрало лицето со попреченост.

Поддршка при учење

За да научат нешто ново или да се стекнат со некоја вештина, лицата со интелектуална попреченост имаат потреба од повеќе време, повторувања, покажувања, затоа што имаат потешкотии да се концентрираат, особено кога нешто што треба да направат им е тешко или збунувачки, или се уморни, здодевно им е, или многу лесно може да им се одвлече вниманието.

Како да им помогнете:

- Намалете ги сите можни ситуации кога им се одвлекува вниманието,
- Помогнете му на лицето да се организира и да ги има потребните работи за одредна задача,
- Поделете ја активноста на делови или на пократки задачи,
- Покажете го крајот и целта на активноста за да знае лицето што треба да направи,
- Покажувајте и објаснувајте усно како некоја работа се прави,
- Дајте му доволно време на лицето да ја заврши задачата на негов начин,
- Правете паузи или бидете подготвени некоја активност да се прекине доколку лицето се замори или почнува да се фрустрира и да се вознемирува,
- Кога спроведувате активност внимавајте секој пат да ја правите на ист начин (на пример, приготвување на јадење - спанаќ), бидејќи на тој начин ќе биде помалку збунувачки за лицето и полесно ќе може да ја научи. Пожелно би било да го увежбувате редоследот на некоја активност, вклучувајќи и зборови и задачи кои се користат и запишете ги за да можете двајцата да ги следите.

Помош при создавање врски во животот

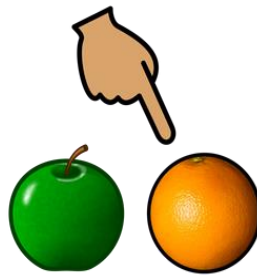
Важно е за лицата со интелектуална попреченост во нивните животи да имаат лица кои ќе се грижат за нив и со кои ќе можат да прават различни работи. Можеби ќе треба да им помогнете да создадат добри релации и врски, да најдат нови пријатели и да ги задржат врските со постечките пријатели. Можеби ќе треба да го научите лицето на нови социјални вештини преку поставување на лицето во конкретна ситуација (на пример, купувањето билет за автобус ќе се вежба во билетарница) со објаснување и повторување. Може ќе му помогнете на лицето да развие „мрежа на поддршка“ составена од луѓе кои лицето ќе сака да му помагаат во животот.



Слика 15

Право на избор и донесување одлуки

Лицата со интелектуална попреченост имаат право на избор и одлуки и да имаат контрола врз нивниот живот и она што им се случува.



Слика 16

Ако лицето е способно да донесе одлуки за самото себе, треба да се почитува неговото право, иако не се согласувате со одлуката која ја прави, или мислите дека одлуката не е паметна.

Не претпоставувајте дека ако лицето има интелектуална попреченост дека нема способност да донесе некои одлуки за себе.

Поддршката која треба да му се даде на лицето за да направи што е можно повеќе одлуки за себе вклучува:

- Дајте му време на лицето да размисли пред донесување на одлуката,
- Презентирајте му ги потребните информации на јасен и едноставен начин,
- Објаснете ги можните опции и последиците од различните одлуки повеќе пати и/или на различни начини,
- Користете различни средства за комуникација (на пример, слики, симболи, филм, видеа и сл.),

- Користете различни поставености за да зборувате за одлуки, на пример, различен дел од денот или различно место,
- Проверувајте дали лицето добро разбрало со поставување на прашања и да побарајте од него да ви каже што разбрало.

Доколку лицето не е способно да донесе самостојно одлука (доста ограничени интелектуални способности, неразвиен говор и неможност за воспоставување меѓусебна комуникација и разбирање) тогаш можеби ќе треба да донесете некоја одлука или да го застапите во одреден момент или ситуација. Сè што ќе биде направено во име на лицето со интелектуална попреченост треба да биде во негов најдобар интерес и да биде опција/одлука која е најмалку рестриктивна во однос на неговите човекови права. Размислувајте што ќе донесе како одлука лицето со попреченост, доколку е во можност да ја донесе, имајќи ги предвид неговите желби, интереси и потреби, кои се претходно проценети и утврдени од страна на тимот задолжен за испорачување на овој вид сервисна услуга - персонална асистенција.

Помош и поддршка при безбедно преземање ризици

Ние сите учиме и се развиваме со преземање ризици. И лицата со интелектуална попреченост сакаат да пробаат нови работи. Некои од изборите што ќе ги направи лицето може ќе вклучуваат ризици. Правењето грешки е често начин на кој се учи работите да се направат подобро наредниот пат. На лицето со интелектуална попреченост му е потребна поддршка да преземе одговорни ризици без притоа себеси или некој друг да изложи на ризик или на повреда. Самото лице или лицата кои се грижат за него ќе ви кажат дали има посебни ситуации каде што на лицето му треба поддршка за да остане безбедно (на пример, при преминување преку улица, во кујна, во бања). Можно е лицето да има изготвен план за поддршка кој ќе ви даде детали за потребаната поддршка.

Самозастапување и застапување

Асистентот секогаш го поддржува лицето да се застапува себеси, односно да зборува во свое име, но кај некои лица ќе има потреба да зборува во нивно име. Тоа е важно ако правата, изборите и желбите на лицата со интелектуална попреченост не се почитувани или тие се дискриминирани во однос на нив.

Секогаш, во согласност со луѓето кои се грижат за лицето, ќе ги знаете точните домени во кои лицето ќе има потреба од ваше застапување. Кога тоа го правите, задржете ги добрите врски и релации со човекот/луѓето пред кои го застапувате вашиот корисник.



Слика 17

Безбедност

Познато е дека лицата со интелектуална попреченост многу полесно стануваат предмет на различен вид злоупотреба или малтретирање. Тоа најчесто се случува заради тоа што се позависни и имаат потреба од помош од други лица, потешко комуницираат и не можат да објаснат што точно им се случило, не умеат да препознаат небезбедна ситуација, што е добро а што лошо или како може да го спречат тоа однесување. Како персонални асистенти треба да ги знаете основните показатели за постоење на можна злоупотреба, како, на пример: промени во однесувањето, избегнување на комуникација, манифестирање различни емоции, видливи физилки знаци на повреди - модрици во разни предели на телото, избегнување контакт или допир, јавување на стравови и сл., како би можело понатаму да му се помогне на лицето. За сето она што ќе го забележите треба да ги известите луѓето кои се грижат за лицето со интелектуална попреченост.

При давањето помош и поддршка во која било област или активност за која лицето со интелектуална попреченост има потреба, имајте ги предвид начините на кои лицата со интелектуална попреченост учат и стекнуваат знаења и вештини:

- Преку различни активности и стимулирање на животни ситуации на ненаметлив, интересен и прифатлив начин кај лицата со интелектуална попреченост се јакне нивната личност, толеранција и самодоверба и на тој начин се стимулира развојот на преостанатите способности и функции. Преку учество во конкретни животни ситуации, тие усвојуваат шема на активности за секојдневно функционирање, учат да ги препознаат своите чувства, да ги израт потребите.
- Најдобро учат преку конкретни примери, директна манипулација со предмети, односно преку поставување во природна средина, бидејќи разбирањето преку вербален пат за нив претставува потешкотија.
- Претставување на информациите преку слики или видео (метод на визуелизација).
- На почеток се набљудуваат реакциите на детето (што го прави среќно, кон што покажува интерес, што го вознемирува).
- Од особено значење е размена на информации (родители, стручни лица).
- Децата/лицата со интелектуална попреченост совладуваат вештини доколку истите се расчленат на едноставни целосни елементи. На пример, облекување панталони се учи преку следните чекори: дигање на ногата и протнување во ногавица,

подигнување на горниот дел, повлекување до појасот, закопчување, патент, ставање каиш.

- За секоја активност е потребно постојано вежбање, потсетување и стимулирање, сè додека не се постигне независност во извршувањето на истата.
- За секој постигнат успех треба да следи пофалба, награда.
- Преку секојдневни и планирани активности се работи на развивање на вештини за подобрување на грижата за себе – самопослужување, стекнување културно-хигиенски навики, развој на моторика, на социо-емоционални вештини и социјализација, на говор и когнитивни способности. Како, на пример:

Одржување на личната хигиена

Долготраен и сложен процес

Опфаќа: миење раце, лице, заби, чешлање, бањање, обавување на физиолошките потреби

Бара ситуационо учење: во тоалет, во точно утвредено време и по потреба

Детето/лицето треба да има свој прибор за лична хигиена

Прилагодување и уредување на просторот во тоалетот

Цел: Правилно користење на приборот и средствата за лична хигиена, редоследот на

Хранење

Ситуационо учење - детето/лицето кога е гладно и со храна која ја сака, утвредено со режимот на денот

Детето/лицето треба да има свое место (скут, столче) и свој прибор (за деца со тил специјален прибор)

Вид на храна (течна, густа)

Постепеност: пиење од шише, цваќање

Вербални поттикнувања/потетувања што да направи

Цел: Детето треба да научи правилно да го користи приборот, да се храни, пристојно да се однесува за време на оброкот и навики за миење на рацете и лицето пред и по оброкот.

Облекување и соблекување

Ситуационо учење: за пред бањање, спиење, излегување од дома и сл

Учеството од пасивно до активно

Не треба да се брза, туку да се користи ситуацијата и да се поигра и да се учат деловите на телото

Важно е да има редослед и со кратки реченици да објасниме што правиме

Облеката да е едноставна (патентет, што помалку копчиња, лепенки на патиките)

Вежбање преку облекување кукли

12. КАРАКТЕРИСТИКИ И НАЧИН НА КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Комуникацијата му е неопходна на општеството. Од самото раѓање е природно да комуницираме со луѓето околу нас и да праќаме пораки за нашите интелектуални, емоционални и социјални карактеристики. Комуникацијата е од особена важност бидејќи преку неа меѓусебно учиме, сфаќаме и се спознаваме самите себе и другите.

Недостатокот на комуникација со лицата со интелектуална попреченост претставува голем проблем во денешното општество и најчесто резултира со изостанување на помош која едни на други можат да ја пружат. За жал, сè уште се присутни ситуации во кои се избегнува директен контакт со лицата со интелектуална попреченост, не размислувајќи какви последици тоа остава на нив. Најчесто тоа се случува заради страв или немање доволно информации за начинот на воспоставување комуникација со лицата.

Во директната комуникација со лицата со интелектуална попреченост е неопходно почитувањето на личноста и нејзините основни човекови права, без присуство на дискриминација, со исклучителна почит, љубезност и учтивост, имајќи предвид дека се работи за посебна и чувствителна категорија на лица.

Лицата со интелектуална попреченост, во зависност од видот и степенот, имаат потешкотии во областа на учење, грижа за себе, социјализација, односно во секојдневното функционирање. Исто така, кај нив се забележуваат проблеми во говорот, односно, имаат потешкотии да ги разберат барањата и прашањата, и соодветно да ги одговорат, со што се отежнува комуникацијата.

Секое лице со интелектуална попреченост ќе има различни јазични вештини и начини на комуникација во зависност од неговите способности, искуства и ситуација. Лицата ќе комуницираат на различни начини во зависност од тоа каде се, со кого се наоѓаат и како се чувствуваат во тоа време.

Од овие причини во продолжение се дадени **насоки** за воспоставување комуникација и одржување на интеракција со лицата со инвалидност во секојдневието.

12.1. Како да комуницирате со лицата со интелектуална попреченост

- Не претпоставувајте што лицето може а што не може да прави.
- Обезбедете услови во кои лицето ќе се чувствува сигурно и пријатно, особено при првиот контакт.
- Разберете ги и сфатете ги лицата со интелектуална попреченост сериозно во она што имаат да кажат и како го кажуваат тоа.

- Овозможете им на лицата со интелектуална попреченост сами да ги завршат своите реченици, дури и ако тоа трае долго време или ако е тешко да се разберат. Не ги завршувајте зборовите за нив.
- Употребувајте едноставен фонд на зборови и кратки реченици.
- Доколку има можност за објаснување на некој процес или постапка со употреба на визуелни стимулации (видео, слики).
- Осигурете се дека лицето ве разбрало што сте кажале.
- Ако не разбирате што кажало лицето, повторно прашајте го.
- Давајте по една информација и говорете со лесно разбирлив јазик.
- Зборувајте му директно на лицето, не на неговиот придружник.
- Доколку лицето е возрасно, имајте предвид дека зборувате со возрасно лице а не со дете.
- Имајте предвид дека лицата со интелектуална попреченост имаат потешкотии да се концентрираат подолго време, да се ориентираат во време и простор, што може да се одрази на комуникацијата.
- Доколку имаат потреба од пауза, овозможете им го тоа.
- Намалете ги визуелните или аудиторните одвлекувања на вниманието во собата, на пример, исклучете го телевизорот, исклучете го радиото, закажете средба на место кое не е прометно доколку треба да зборувате за нешто важно.
- Користете точни информации за да го уверите лицето дека информациите нема да бидат споделени со други лица, на пример, „Она што ми го кажуваш е приватно“, „нема да кажам (име на родител/старател/давател на услуга) што ми кажуваш“.
- Бидете трпеливи и овозможете им соодветна поддршка при комуникацијата.



Слика 18

Може да се заклучи дека лицата со интелектуална попреченост имаат потешкотии во секојдневниот живот и во комуникацијата, но тоа не ги чини помалку вредни. Стравот и збунетоста која може да се почувствува во комуникација со нив, често пати е производ на размислувањата „нешто да не кажам или направам погрешно“. Погрешно не постои, кога постои желба за блискост и да се помогне.

Користена литература:

1. Законот за социјална заштита
2. Закон за заштита на децата
3. Алцхајемрова деменција - Мајса М
4. Ненасилна трансформација на конфликти, Олга Шкориќ
5. World Health Organization. ICD-10 Guide for mental retardation
6. Ајдински Г, Кескинова А, Мемеди Б. Интелектуална попреченост. Тетово, 2017 година
7. Southdown Housing Association. Supporting me. A guide for personal assistants employed by or someone with a learning disability. 2009
8. Brkic D. Osposobljavanje odraslih osoba s intelektualnim poteskocama za samostalni zivot u poludnevnom boravku „Bilogora“ u Bjelovaru. Bjelovar, 2016
9. Конвенција за правата на лицата со инвалидност. Достапно на <http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/Konvencija%20za%20pravata%20na%20licata%20so%20invalidnost.pdf>
10. Правилник за оцена на видот и степеност на попреченост на лицата во менталниот или телесниот развој. Службен весник на РМ бр. 171/2016
11. ООН. Стандардни правила за обезбедување на еднакви можности на инвалидните лица. Хелсиншки комитет за човекови права на Р.Македонија, Скопје, 2000
12. Noyman,R.N.&Kiyak,A.H., (2008), Social Gerontology, a multidisciplinary perspective, Pearson Education, Inc, New York
13. <http://pfpdev.ethz.ch/SCORMcontent/137856/scos/24/index.htm>
14. Шкариќ, М.О., (2010), Психологија на возрасните и на стареењето (развојна психологија 2), Филозофски факултет, Скопје

„Оваа публикација е подготвена со поддршка на Европската унија преку Сектор за централно финансирање и склучување договори (ЦФЦД) при Министерството за финансии на Република Македонија.

Содржината на истата е единствена одговорност на Здружението Хуманост, Скопје и на никој начин не може да се смета дека ги претставува ставовите на Европската унија. “



Овој проект е финансиран од страна на Европска Унија
This project is funded by the European Union

