

# Нови методи за общуване с дементно болни - опита от проекти в Казанлък

издадена от

**проф. др. Фред Карл**  
**др. Радка Арнолд**

със сътрудничеството на  
соц. пед. Стефан Кунделов

Преводи:

др. Никола Атанасов, Елена Духнева,  
Стефан Кунделов

Снимки: Петър Мерчев

**Касел / Казанлък 2008**

**Каселски геронтологични трудове Том 46**  
[www.soziale-gerontologie.de](http://www.soziale-gerontologie.de)

*Под редакцията на  
проф .др. Фред Карл*

# Neue Methoden im Umgang mit Demenz – Erfahrungen aus Projekten in Kazanlak

herausgegeben von  
**Prof. Dr. Fred Karl,  
Dr. Radka Arnold**

unter Mitarbeit von  
Diplom-Sozialarbeiter Stefan Koundelov

Übersetzungen von  
Dr. Nikola Atanassov, Elena Duchneva, Stefan Koundelov

Fotos: Petar Merchev

**Kassel / Kazanlak 2008**

**Kasseler Gerontologische Schriften Band 48**

*Redaktion und Layout dieses Bandes:  
Fred Karl*

**U N I K A S S E L  
V E R S I T Ä T**



Kooperationsprojekt zwischen der Universität Kassel und der Arbeiterwohlfahrt Hessen-Nord

Dieser Band wurde gedruckt mit finanzieller Unterstützung der **Robert Bosch Stiftung** im Rahmen der Zuwendung an das Projekt „Arbeit mit dementiell Erkrankten in Kazanlak / Bulgarien“ (Bewilligungsnummer 32.5.1355.0036.0)

## Съдържание

<b>Предговор на министърката на труда и социалната политика на Република България</b> Vorwort der Ministerin für Arbeit und soziale Politik der Republik Bulgarien.....	4
<b>Предистория на проект „Деменция”</b> Vorgeschichte des Demenz-Projekts.....	5
<b>Проект „Работа с дементно болни“</b> Das Projekt „Arbeit mit Demenzkranken“ in Kazanlak.....	9
<b>Специализираща квалификация в АВО Северен Хесен</b> Vertiefungsqualifikation bei der AWO Hessen-Nord.....	12
<b>Методи за индивидуална работа с дементно болни в ДСХОЛ №1 – работа с биографията</b> Methoden für die individuelle Arbeit mit dementiell Kranken – Arbeit mit der Biographie.....	13
<b>Методи за работа с дементно болни в дом за възрастни с деменция – гр. Казанлък</b> Neue Methoden in der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen im Heim für Menschen mit Demenz in Kazanlak.....	17
<b>Приложение на CLIPPER-документацията при работа с дементно болни в Дом за стари хора с отделение за лежащи №3 гр. Казанлък</b> Durchführung der CLIPPER-Dokumentation in der Arbeit mit dementiell Erkrankten.....	21
<b>Концепции за работата с деменция</b> Konzepte des Umgangs mit Demenz.....	25
<b>Инструмента CLIPPER – Резултати от евалуацията</b> Das CLIPPER-Instrument – Ergebnisse der Auswertung.....	31
<b>Връзка на проекта CLIPPER с работата с близки и доброволци: „Тандем“ - Доброволен ангажимент в домовете за възрастни хора</b> Verbindung mit Angehörigen- und Freiwilligenarbeit: „Tandem“-Projekt: Freiwilligenengagement in Altenheimen.....	62
<b>Деменция и социална педагогика</b> Demenz und Sozialpädagogik.....	67

## **Предговор на министърката на труда и социалната политика на Република България**

Емилия Масларова

Проектът „Структуриращи деня дейности за дементно болни в домовете на градовете Казанлък и Стара Загора” е първото по рода си начинание, което цели осъществяването на добро обгрижване на страдащите от деменция.

Апробирането на добри практики при предоставяне на грижи в специализирани институции е хуманна инициатива, а разпространяването на резултатите сред работещите в тази област ще допринесе за повишаване качеството на предоставените услуги.

Привествам идеята Ви за популяризиране на натрупаният опит при работа с деменция в гр. Казанлък. Работата с дементно болните не е лека. Тя изисква уважение, подкрепа, съчувствие, достойнство, и грижа.

Деменция преди години се смяташе за почти неизбежен белег на нормалното стареене, но днес сенилната деменция се признава за коварен болестен процес, засягащ най-вече способността за себеобгрижване. Не бива да забравяме, че нормалното стареене не води задължително до сенилност. За лицата навършили 65 години и тези в по-напреднала възраст е доказано, че около 5-10 % от общата популация показват необратимите симптоми на това първично дегенеративно заболяване на мозъка. Често като начало се наблюдават забележими поведенчески изменения, които обаче продължават в по-нататъшни прояви на паметова и интелектуална детериозация. Развитието на заболяването може да бъде бързо или стъпалообразно, а проявленията му са разнородни и неспецифични. Лицата са податливи на депресивни реакции с дисфорично, мрачно настроение и доминантни мисли с хипохондрична насоченост, както и страх от внезапна смърт. Всичко това, изисква изключително голямо търпение и загриженост, за да се осигури спокойствие и добър начин на живот на лицата с деменция.

По отношение обгрижването на дементно болните е изключително важно сътрудничеството на правителството с чуждестранните партньори, неправителствените организации и местните власти. То е необходимо условие за постигане на положителни резултати в решаването на проблемите и подобряване живота на възрастните хора.

Уверявам Ви, че един от приоритетите в политиката на правителството е подобряване качеството на живот на хората в напреднала възраст в България. Основните цели на провежданата политика в сферата на социалната защита и социалната интеграция на лицата с деменция и на старите хора в България са приоритетното развитие на социалните услуги, предоставяни в общността, непрекъснатото подобряване условията и стандарта на живот на всички.

## Предистория на проект „Деменция”

Документираният в настоящата книга проект „Деменция” се базира на предоставени помощи и различни квалификационни проекти.

Сътрудничеството между Касел и Казанлък, което се осъществи по инициатива на д-р Радка Арнолд, стартира през 1997 година с транспорт на помощи до Казанлък, след като чрез лични контакти вече ни бяха станали известни нечовешките условия в домовете за стари хора. До пролетта на 2000 година бяха организирани общо 13 отделни доставки помощи за оборудването на домове за стари хора и на една болница. За разпределението на помощите до Казанлък многократно пътуваха представители на АВО Северен Хесен. Те успяха да получат точна представа за условията на живот в домовете и качеството на полагащите грижи.

### *Обмен на специалисти между АВО Северен Хесен и Казанлък*

Тези контакти бяха базата на сключения през октомври 1998 година договор за партньорство между община Казанлък и АВО Северен Хесен. Финансираният от фондация „Роберт Бош” първи проект за обучение в Касел на български персонал и ръководни кадри от домовете, беше проведен в периода ноември 1999 и април 2000 година. При задълбочената оценка на този проект възникна идеята чрез повишаване на квалификацията в България да се създадат условия и възможности за нови програми за грижи за стари хора.

Така се разработи проекта „Обучение - грижи за стари хора в България: трансфер на програми и повишаване на квалификацията Германия/България” (ръководител: Клаус Матес), който също беше финансиран от Фондация „Роберт Бош”. Като се основаваше на натрупания практически опит и ниво на квалификация беше съставена концепцията за 18-месечен квалификационен курс за български „гериатрични сестри”, който се проведе еднократно в периода 2001 – 2003. Чрез обмен на специалисти се целеше подобряване на медицинското обслужване и грижите в подпомогнатите домове. Основните познания, които сестрите получиха в обучението, както и запознаването с грижите за стари хора и характера на обучението в Германия целяха, да се дадат нови импулси в сферата на грижите за стари хора в България.

Две групи с общо 16 специалиста от домовете за стари хора в Казанлък гостуваха по две седмици в домове за стари и болни хора на АВО Касел и по две седмици в училището за подготовка на обгрижващ персонал за стари хора. Подготовката на участниците продължи в Казанлък в три отделни 14-дневни модула на езиков курс.

В практическите и теоретичните часове обучението протече по следните теми:

- основни грижи и грижи при лечение;

- грижи при рехабилитация, например при пациенти с мозъчен удар, Паркинсон и Алцхаймер;
- контакт с дементни и псевдодементни домуващи в психиатрични и психогериатрични заведения.

През октомври 2003 беше положена основата на регионален дискуссионен форум „Грижи за стари хора“, където на дискусия се поставиха проблеми и въпроси на помощта за старите хора, както и необходимостта от повишаване на квалификацията. Форумът беше създаден, за да служи за обмяна на опит, но се ограничи в рамките на това еднократно мероприятие и не се утвърди в редовна среща.

#### *Практическият проект „Деменция“ на Университет Касел/АВО Касел*

Като ползвахме опита от предходните проекти и отново с финансовата подкрепа на фондация „Роберт Бош“, в периода 2005 – 2007 се проведе специализирана подготовка и практическо приложение на грижите за дементно болни.

В домовете бяха приложени CLIPPER-инструмент (инструкция за работа с дементни домуващи и документация) и изготвените от университета в Касел въпросници. Инструкцията, документацията, анализът и изводите бяха изготвени в университета в Касел от проф. Карл. Проектът беше съпътстван от анализи и оценки. Първата обществена презентация на резултатите беше проведена по време на националната конференция „Работа с деменция в Казанлък“ през септември 2007.

В оценката за проекта, дадена от независима външна комисия, се казва:

„Новите методи намериха своето място в грижите и вече е немислимо да се работи без тях. Като пример може да се посочи използването на CLIPPER-инструмента сред голям кръг от пациенти по време на проекта и продължаване на работата с него, като кръгът на пациентите се разширява. Чрез биографичната работа сътрудниците научават повече за живота на домуващите, но и за техните желаниа и способности. Така те целенасочено могат да предлагат нови занимания и да създават нови групи. Прилагането на методът CLIPPER има своето непосредствено въздействие, дава виталност на дементноболните, стимулира мисловната им дейност, по-успешно може „да се прекрачи прага на техния свят“ и да се общува с тях.

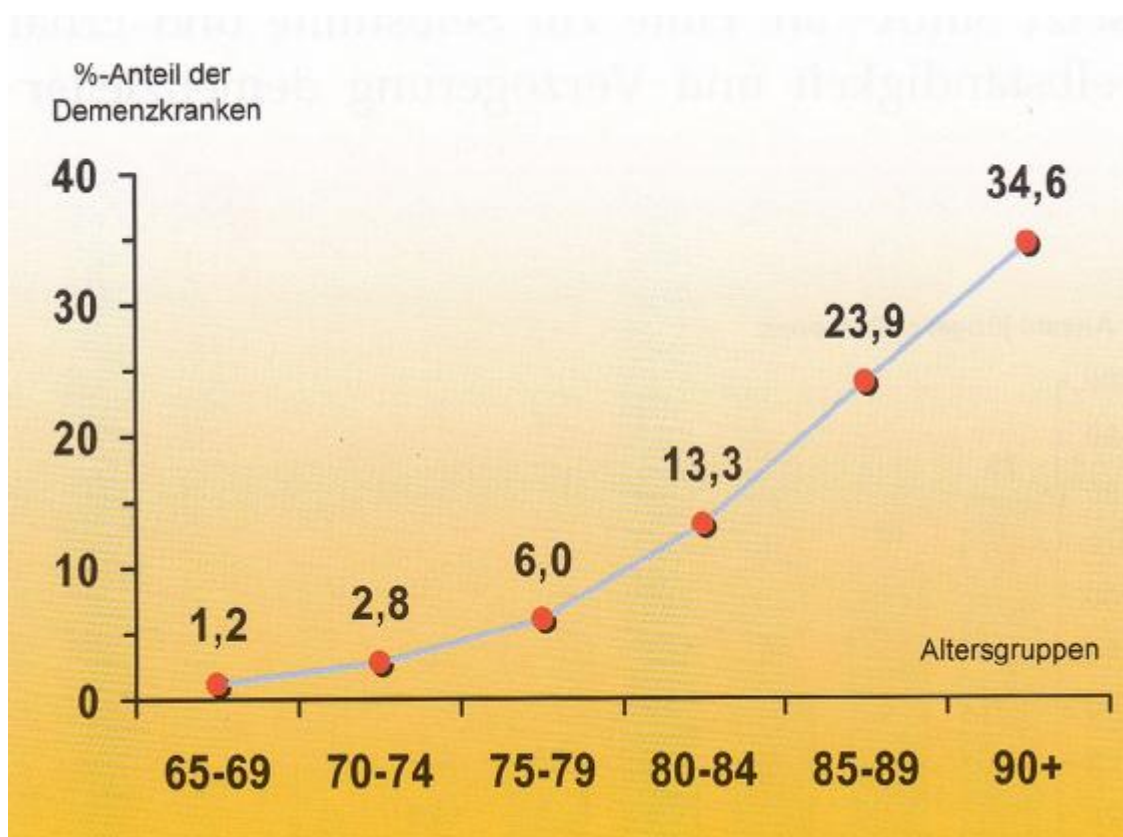
Ръководителите и сътрудниците на посетените домове за стари хора съобщават за големите промени, които са настъпили в общуването с домуващите: предишната „болнична“ атмосфера в домовете и обгрижването, редуцирано единствено до медицинско обслужване, принципно се променили, има повече цвят, повече живот и оттам и по-малко конфликти и агресия сред домуващите. Сътрудниците, на които се налагало да работят повече и по-комплексно, сега били по-мотивирани и работата им била по-приятна. Работата в екип също допринасяла за това.

Разбирането за грижи бавно се променя в посока цялостни грижи. Все още надделява определено разделение на труда. Медицинските сестри се

посвещават на биографичната работа с близките, а санитарките отговарят за грижите, но в екипа съществува заменяемост.

Двете страни подчертаха, че чрез партньорството е постигнато много – не само по отношение на квалификацията на българския персонал от обгрижващи и породените от това нови импулси за работа, а и от немска страна се е постигнал добър учебен ефект: сърдечното общуване един с друг и със старите хора, постигането на добър успех със доста скромни средства.”

Партньорството между АВО Касел и община Казанлък с различните си носители (местната управа, домовете за стари хора, Медицинския колеж към Тракийския университет в Стара Загора) както и фондация АВО в София се активира от неуморната дейност на д-р Радка Арнолд за благо на родния ѝ град. Десетгодишното партньорство в доставка на помощи и отделни проекти успя да привлече много хора от двете страни за тясно и непрекъснато сътрудничество.



дементноболни (%) в Германия



Пауъл, Дж.: "Да помогнем на старите хора с деменция", Касел / Казанлък 2006. Каселски геронтологични трудове Том 36.

Тази книга може да получите срещу заплащане на пощенските такси при: **Българска фондация Алцхаймер, др. Радка Арнолд;** с/о Йовка Топалска, Дом за възрастни хора с деменция, ул. "М.Стайнов" N11, гр. Казанлък п.к. 6100

Университет Касел, AWO Северен Хесен, AWO Фондация България, Домове за стари хора при гр. Казанлък (Издатели): Работа с дементно болни - Опит от Германия и България. Практическо помагало за националната конференция на финансираната от Фондация „Роберт Бош“ проект „Работа с дементно болни“ 14 септември 2007г., Казанлък. Касел / Казанлък 2007: Каселски геронтологични трудове Том 42



## Проект „Работа с дементно болни“

В България живеят 90.000 дементно болни, които са обгрижвани предимно в домашни условия. В домовете за възрастни хора значително расте процента на заболяващите от деменция.

Причините за деменцията, особено в най-често срещаната ѝ форма - деменция от тип Алцхаймер, са обект на интензивно изследване в научните среди. Досега не е намерено цялостно обяснение на това заболяване и не е възможно то да бъде излекувано.

Едно деменциално заболяване поставя началото на една изпълнена със страх одисея, която е почти необяснима за странични лица. Хората, които се грижат за болелите, достигат често своите граници, независимо от това дали те се грижат професионално за дементно болните или са в ролята на близки, приятели или доброволци. Все още преобладават предимно песимистични или „нихилистични“ обяснения за деменцията, които демотивират участващите в процеса на обгрижване.

Въпреки факта, че деменцията от тип Алцхаймер до този момент не може да бъде излекувана, е възможно да бъде постигнато „забавяне“ на нейното протичане и съпътващите болеста симптоми могат да бъдат облекчени. Съществуват многобройни възможности,

- да се намери достъп до един дементен човек, да се „открехнат вратите“ към неговия свят.
- и по този начин да се осъществи комуникация с него/нея с цел изграждане на една поддържаща връзка

Високият потенциал на стрес и натоварване за всички страни, който съпътства заболяването от деменция, може да бъде значително намален чрез разпространяване на нови познания от областта на общуването с дементно болелите. Основна предпоставка за това е познаването на биографията на страдащият от деменция и неговите предпочитания и антипатии. По този начин държанието на дементно болелите може да бъде успешно интерпретирано, което съответно води и до адекватни реакции.

За деменцията съществува медицинска литература. Липсват лесно разбираеми практически наръчници, които да дават кураж в ежедневната работа с дементно болните.

На български език беше преведена книгата на Джени Пауъл „Да помогнем на старите хора с деменция“. С нейна помощ служителите на домовете за възрастни хора в Казанлък и Стара Загора трупяха практически опит от 2005 до края на 2007-а година в проект, финансиран от фондация Роберт Бош. На националната конференция на тема „Работа с деменция в Казанлък“ през месец септември 2007 г. беше направена равностметка на успеха на този проект. Събраният опит е публикуван в книгата „Работа с дементно болни - опит от Германия и България“.



Някои от участниците в специализиращата преквалификация в института за образование и квалификация на АВО Северен Хесен



Др. Радка Арнолд;  
проф. др. Фред Карл;  
вицегубернаторката  
Румяна Друмева



Др. Радка Арнолд

Наръчните информации от книгата на Джени Пауъл и събраният опит в Казанлък предлагат стимули не само за специалистите. Хората, които без особена квалификация – като близки, познати или сътрудници на доброволчески начала – са поели ангажимент в обгрижването на болните от деменция, могат да ползват опита на участниците в проекта.

Спечелените от опита в Казанлък и Стара Загора практически съвети могат да бъдат резюмирани по следният начин:

- Опознай личността на клиента/пациента
- Погрижи се за една уютна обстановка в заведенията за възрастни хора
- Свържи твоите знания със знанията на други професии и се стреми към сътрудничество с тях
- Постави личността в основата на твоите действия
- Търси постоянно информация относно деменцията и общуването с дементно болни
- продължавай целево и съзнателно да обогатяваш твоите познания

Особени благодарности изказваме на всички, които взеха активно участие временно или в течение на целият проект, осъществен от университета в Касел със сътрудничеството на АВО Северен Хесен:

*от домовете в Казанлък и Стара Загора:*

Ана Кърпачева, Сийка Христова, Йовка Топалска, Милка Мишева, Пепа Брайкова, Радка Дервишева, Пенка Ганарева, Мариана Коева, Мария Чакарова, Диана Влашка, Василка Танева;

*в координацията на проекта:* Стефан Кунделов, Мария Димова

*при преводите:* Др. Никола Атанасов, Елена Духнева,

...и на много други служители в домовете, близки и доброволци, които се запознаха с метода CLIPPER и съществено допринесоха той да стане естествена съставна част от работата с деменция в Казанлък.

Касел/Казанлък, пролетта на 2008

За университета в Касел: проф. др.Фред Карл

За АВО Касел: др. Радка Арнолд





## **Специализираща квалификация в института за образование и квалификация на АВО Северен Хесен**

Керстин Мюлер-Бюкен

Специализацията беше проведена от 19 октомври до 2 ноември 2005 г. в института за образование и квалификация на АВО Северен Хесен.

През тези две седмици в рамките на 97 часа бяха разгледани темите комуникация, структуриращи деня и обстановката дейности както и професионално придружаване и обгрижване на дементно болни.

За основна литература служеше наръчника на Джени Пауъл “Да помогнем на старите хора с деменция”, преведен от английският оригинал „Care To Communicate - Helping the Older Person with Dementia - A Practical Guide for Careworkers“.

С цел задълбочаване и онагледяване на дадените знания беше посетен един уъркшоп на тема валидация с Наоми Файл, бяха направени наблюдения на групи със структуриращи деня дейности в домовете на АВО в Касел както и бяха посетени обгрижваните кооперации<sup>1</sup> в АВО-центъра в Зонтра.

Преди всичко предадените знания относно стратегиите на вербална и невербална комуникация с дементно болни, проблемите в комуникацията и методите за тяхното отстраняване бяха приети с голям интерес от страна на единадесетте силно мотивирани и високо квалифицирани участнички. Стигна се до извода, че с помощта на валидиращи техники на провеждане разговори при клиентите могат да бъдат предизвикани чувства на разбиране, близост и закрила.

Работата с албуми, с чиято помощ „стари“ спомени и универсални преживявания на дементните клиенти се използват с цел да се осъществи индивидуален подход към тях, който се основава и ориентира на личността на домуващия, беше оценена като много ефективно помощно средство. Участничките се стремяха да приложат на практика представените възможности за стимулация и за формиране на дейности, които отговарят на нуждите на дементно болните. Етапите 1-4 на CLIPPER бяха оценени като лесно разбираеми и приложими.

С особено признание трябва да бъде споменато приятелското и изпълнено с уважение общуване и приятната атмосфера по време на заниманията.

---

<sup>1</sup> Заб. на преводача: В тези нови форми на обгрижване, клиентите съжителствуват в групи (кооперации) от 10-12 лица с едно съвместно домакинство.

## Методи за индивидуална работа с дементно болни в ДСХОЛ №1 – работа с биографията

Ани Кърпачева



В живота си хората натрупват опит от работата, която извършват, от средата която ги заобикаля, от ежедневието. Това определя техния начин на живот, на труд, на общуване с близки, роднини, колеги. Човек, забързан в ежедневието, в работа, в отглеждане на децата не забелязва как годините се изнизват една след друга. Изведнъж се озовават в есента на своя живот.

Те напущат работните си места, тоест пенсионират се. В зависимост от тяхното психическо състояние, от тяхната нагласа за живот, едни хора приемат спокойно пенсионирането, приспособяват е към новия начин на живот в семейството с близките си. Други от тях, които нямат близки хора до себе си, заболели, с намалени физически възможности, търсят помощта на социалните домове за обгрижване и живеене.

Хората с деменция съставляват значителна част от старите хора със заболявания. Деменцията е особено състояние, което изисква специфичен подход и грижи за лицата с това заболяване. За да се помогне на хората с деменция са нужни търпение, разбиране и желание от страна на обгрижващите.

Необходимо е хората, които работим с тях, да познаваме техните потребности, промените в здравословното и психичното им състояние, рисковите фактори свързани с тях. Добре да се грижим за тях и да се стараем да подобрим качеството им на живот. Да изградим чувството им на значимост. Всичко това придоби по –добри измирения след обучението на наши специалисти в гр.Касел, проведения курс – обучение за гериатрични сестри към Тракийския университет гр. Стара Загора и работата им с CLIPPER-ите. Знанията, професионалния опит и впечатленията, който придобиха, споделиха с всички нас – техните колеги и ги приложихме на практика в дома.

В дома работим с всеки потребител на социални услуги индивидуално, като се запознаваме с психическото, физическото и здравословно му

състояние, с неговата биография. Това е ценен метод при общуването със стари хора и лица с деменция.

Биографията, това е документиране на данните от живота на човека. Тя е ценно средство да се информираме за основните моменти от неговия живот. Биографията разкрива личността на човека, неговите реализирани и нереализирани цели и стремежи. За да опознаем даден човек, ние първо се интересуваме от неговата биография.

При работа с биографията е необходимо да следваме няколко основни принципа:

- трябва да сме наясно със собствената си биография, за да можем да работим и с биографията на домуващите, защото за да разбираме другите, трябва да разбираме себе си;
- да можем да накараме потребителя да сподели спомените си и преживяванията си, но и да можем да го приемем;
- в биографията да търсим човека, а не самите данни;
- това е метод за опознаване на ценностите;
- да се срещнат, а не да се разминават заболяването и данните от биографията.

Чрез биографията на стария човек ние разбираме настоящето чрез неговото минало. Добиваме представа за ценностната му система, разбираме за неговите предпочитания, хоби. Докосваме се до неговия вътрешен мир, добиваме представа за неговия начин на живот, за житеейския му опит, травмиращи изживявания и щастливи периоди. Разбираме за сегашните му предпочитания, характерни особености, мислите и чувствата които го вълнуват, щастие, гняв, тъга, изненада. Много често хората с деменция – със затруднени умствени възможности, не си спомнят важни моменти от своята биография и се затрудняват да запомнят нова информация – например имената на внуците си. Затова ние работим с биографията на отделните домуващи и с помощта на техните близки. Те ни предоставят ценна информация и снимков материал.

Необходимо е повече време за общуване и занимания с такива лица. Необходимо е да се води умела комуникация, не само да се осъществи контакт, но и да се въздейства върху този, с когото разговаряме, да задаваме и уточняващи въпроси – къде, кога, как и по този начин да гарантираме разбиране. Голямо предизвикателство за специалистите в дома е деликатно да придружават човека с деменция и така незабележимо да го подпомагат, че неговата самостоятелност да не е под въпрос. Ние действаме така – прилагаме основните принципи при комуникация описани в сборникът на Джени Пауъл „Да помогнем на старите хора с деменция” и постигаме голям ефект. Те са следните:

#### А) Избягвай конфронтацията

Ако човек с деменция бъде изправен пред грешките си, в повечето случаи това изобщо не помага. Създава се неприятна атмосфера, която не помага на никого.

Избира се „необвързваща“ стратегия т.е. използваме необвързващи фрази, за да се избегнат дълги дискусии или да не се налага да коригираме.

#### В) Постъпвай целесъобразно

Понякога може да се предвидят, и по този начин да се избегнат, критични ситуации.

Когато пък проблемът вече е възникнал, сигурно съществува подходяща за такива ситуации реакция, която ще облекчи ситуацията.

#### С) Изясни неговите чувства и го успокой (ако е уплашен или разстроен)

Ако човек с деменция е уплашен или разстроен, се опитваме да му обясним какво мислим, че той чувства. Така се опитваме да му изясним неговите чувства. Това помага на лицето да се успокои.

При индивидуалната си работа с тях се стараем да ги валидираме според чувствата, които ги съпътстват и ситуацията, в която са попаднали.

Валидизацията е теория, която по-добре обяснява чувствата и поведението на дезориентирания човек. Метод, който оценява и по-добре разбира техните чувства и поведение. Техника, която възтановява отново достойнството на дезориентирания хора. Затова ние се стараем да я владеем и прилагаме. Целите на валидацията са:

- да се повиши чувството за собствено достойнство;
- да се акцентира върху преживяния живот (миналото) - чувствал се е много значим;
- да се предотврати оттеглянето във „вътрешния свят“;
- да се подобри вербална и невербална комуникация;
- да се създаде атмосфера, в която да се чувства добре.

Приемаме болния такъв, какъвто е, с неговите чувства и поведение. Дори в своята дезориентираност, всеки човек е уникален и ценен за себе си, ценен със своя опит и тесни познания в своята област.

Важен момент в индивидуалната работа с дементно болния човек е да владеем техниките и на невербалната комуникация, тъй като основната част от информацията се съдържа в нея. Тя обогатява общуването – следим мимиките, жестовете, езика на тялото. Това ни помага да ги разбираме по-добре и да изграждаме правилно поведение към тях. Винаги комуникираме очи в очи и никога от горе на долу. Когато има разминаване на словестния изказ с невербални сигнали (потропване с крак, мимики) по-достоверен е невербалния изказ. Затова е необходимо да следим за вербалния и невербален език на стария човек с начална форма на деменция.



Съществена роля за по-добра комуникация играе изготвянето на албум със спомени. Както бастунът помага при ходене, така този албум помага на дементно болния човек да си спомни „кой е и от къде е“. Възможно е хората с деменция да се затрудняват да си спомнят отделни подробности от своята биография, а тя ни дава нашата идентичност. Тя ни казва, кои сме ние и ни показва, какви са връзките ни с околните. Загубата на способността за припомняне на ключови преживявания от собствения живот може да бъде дезориентираща и разстройваща. Това от своя страна сериозно затруднява комуникацията.

Албумът със спомени съдържа думи и снимков материал, доставен от техните близки, от важни моменти в живота на един човек, от раждането до настоящия момент. Ако нови преживявания се окажат важни, те също могат да попаднат в този албум.

Понякога членовете на семейството не могат да разберат, какво става с техния близък. И за това не схващат веднага смисъла от такъв албум. За нас – специалистите обаче е много важно близките на страдащия да помогнат по този въпрос. За това ние им разясняваме ползата от него. Ако един човек има проблеми с очите – той носи очила, ако трудно върви – взема бастун, а ако има проблеми с паметта, използва подходяща помощ – например албум със спомени. Важно е също да се разясни на човека с деменция идеята за изготвянето на албум със спомени и да я направим приемлива за него, още когато се намира в ранен стадий от болестта.

Целта е докосване до чувствата на дементно болния, връщане в миналото, в спомените му. Това е начин на поддържане на тяхното самочувствие и достойнство. Албумът със спомени има много предимства – дава повод за разговор, да си спомни за щастливите мигове от изминалия му живот, създава доверие и самоуважение, помага му да запази своята идентичност, помага на персонала да го възприеме като личност и възможността да се води разговор.

Какво е нужно за албум със спомени?

Малък фотоалбум, например 10 на 15 см с място за около 36 снимки. За хора в напреднал стадий на деменция по-полезен е голям албум, защото в него ще се използват снимки и надписи, които ще могат по-лесно да се разпознават и четат.

Албума се съставя хронологично, започваме с датата на раждане и месторождението, завършваме с настоящи събития. За всяка снимка трябва да има достатъчно информация, така че човек, който не е виждал снимката до сега да разбере кой е на нея, къде и кога е направена.

Когато изготвихме албуми ги разглеждахме заедно с болния човек, задавахме въпроси – кои са тези хора, как се казват, къде са направени снимките, като участвахме и ние активно в отговора на въпросите. Окуражавахме ги да го правят по-често, за да запазят спомените си. В последствие една част от тях разглеждаха албума сами, а други с наша помощ.



От биографията на дементния човек и изготвения албум оформяме жизненото му пространство. В стаята, в която живее, има любими вещи и предмети – касети с любими песни, табакера, часовник, вази с цветя, пердета с любим цвят т.е. създаваме удобна и приятна за обитателя обстановка.

Чрез работата с биографията на потребителите на социални услуги, се осъществява и постига атмосфера на доверие, ефективно общуване и подобряване качеството им на живот.

## **Методи за работа с дементно болни в дом за възрастни с деменция – гр. Казанлък**

Йовка Топалска



Уважаеми гости, уважаеми колеги,

Изключително ми е приятно да Ви приветствам с добре дошли на настоящата конференция. Искрено се надявам, споделяйки нашият опит при работа с дементно болни, този опит да послужи и да бъде приложен и във Вашата работа.

Подготвяйки презентацията, аз си дадох точната равносметка, че ако трябваше да говоря по тези въпроси преди години, това щеше да ми е изключително трудно, поради факта, че липсваше методика и методология за работа с болни от деменция. Благодарение на реализираният проект между университета – гр. Касел и Община Казанлък, нашата работа се постави на нова коренно различна основа. На практика ние вече боравим с обоснована методика, адаптирана към спецификата на българските условия.

Когато говорим за деменция, трябва да подчертая, че нито един болен от деменция не прилича на друг болен от същата болест. В зависимост от степента на увреждания, проявленията на болестта могат да бъдат

принципно различни, съответно и индивидуалната реакция при работа с тях да бъде различна. От тук следва и извода: “Няма разписани рецепти за работа с дементно болни. Работи се индивидуално в зависимост от степента на увреждане на личността, според неговите интереси, реакции и възможности.”

Изхождайки от горното, искам да споделя с Вас за някои от подходите, методите в нашата работа, които практиката наложи като много ефективни.

### **1. Комуникация с помощта на албуми със спомени.**

Албумите със спомени помагат за запазване в паметта на важни хора, места и събития. Тези спомени позволяват на лицето да знае: “Кой съм аз и откъде съм?”

Как изготвяме албум със спомени? Това става чрез пълното съдействие на близките на домуващите. При първият контакт с тях, социалните работници подробно разясняват какво представлява албума със спомени и ползата от него. Изискват се снимки от близките, от важни моменти в живота на болния от раждането до настоящия момент. Снимките се подреждат по хронологичен ред в албума, като под всяка снимка има съответния пояснителен текст (важна информация).

Албумът на спомените подпомага запазването в паметта на важни ключови събития, личности и дати. Дава чувство за сигурност на болния, че познава себе си. Позволява му сам да води разговор. Освен това албумът на спомените помага и на персонала да възприемат болния като личност и дава възможност за водене на разговори от живота на лицето.

### **2. Подпомагане на комуникацията с помощта на стари спомени и универсални преживявания.**

Известно ни е, че дементно болния трудно може да съхрани в паметта си нови спомени. Но спомени от миналото, могат много по-лесно да бъдат възпроизведени. Така ако попитме “Какво закуси сутринта?” или “Колко внуци имаш?”, едва ли ще получим правилен отговор. Но ако с нашия въпрос го върнем в миналото, вероятно той с охота дълго ще ни разказва. При избора на теми за разговор се стремим да бъдат такива, които не затрудняват интелектуално лицето и които не предизвикват отрицателни емоции. Много е важно да избираме теми предизвикващи чувства и спомени, такива които са универсални. Спомени и чувства от детството, от училищните години, от младежките години, от работата.

Разговорите се провеждат в дневната, при приятна обстановка на чаша чай и сладки. С най-голям интерес се приемат разговори на тема: “Моята професия”. С насочващи и подпомагащи въпроси, социалните работници подтикваат всеки от групата да разкаже за своята професия, за важни събития и преживявания свързани с нея. Обикновено градусът на настроението нараства и срещите приключват с много песни и танци. Така постигаме и другият много важен ефект – емоционалния – доставяне настроение и радост на домуващите.

### **3. Комуникация с помощта на телевизия и видео (видеотерапия)**

Гледането на телевизия е най-популярния и разтоварващ начин за прекарване на свободното време. В стремежът си да осигурим на домащите среда близка до домашната, закупихме телевизори за всяка стая. Но от тук възникна и проблема. Оказа се, че за една част от домащите гледането на телевизия има обезпокояващ ефект – изнервя ги, стават неспокойни, създават се конфликти между настанените в стаята. Това преодоляваме, чрез подходящо съвместяване на домащи, които обичат да гледат телевизия и такива които не обичат.

Практиката показва, че по-добрия метод за работа с дементни е гледане на видео (видеотерапия). За разлика от гледането на телевизия, където не могат да се подбират програми, то чрез видеото можем да предлагаме само това, което представлява интерес и създава удоволствие и наслада. По този начин постигаме и нужния терапевтичен ефект. С най-голямо желание се гледат фолклорни програми (народни танци и песни), детски изпълнения и филми с библейски сюжет.

### **4. Метод “Тандем”– групи**

Отскоро прилаган метод при работа с домащите е така наречения метод “Тандем”–групи, заложен в реализирания българо-немски проект. Към момента сме сформирали пет групи, като тенденцията е техния брой да се увеличи.

Какво представляват “Тандем”-групите и какво се цели чрез тях?

Тандем-групата се състои от един член от персонала (мед. сестра или санитарка) и близък на домащия. Обикновено това е близкият, който най-често го посещава и е в най-тесни контакти с него.

Чрез тандем групите се постигат следните цели:

- Повишава се личната ангажираност на персонала към проблемите на домащия.
- От друга страна, близките се чувстват съпричастни и отговорни в общата грижа към техния близък.
- Значително се намаляват конфликтите между персонала и близките.

Като крайна цел - подобрява се качеството на живот на домащите.

Можем още да говорим и за други подходи при работа с дементно болни – като вербална и невербална комуникация, приспособяване на жилищната и околна среда към нуждите на дементно болния, обзавеждане на помещенията, интериор и не на последно място работа чрез така наречения “CLIPPER–въпросник”

Поради ограниченото време, няма да разглеждам тези въпроси, но искам да предствавя пред Вас един много важен проблем:

### **5. Обучение и квалификация на персонала работещ в заведенията за дементно болни.**

Ако разгледаме специализираната институция като една система, то съответните неразривно свързани елементи са:

- материална база
- финансова обезпеченост
- външна нормативна база
- вътрешни правила и наредби
- връзка с външни институции и организации
- персонал.

За да функционира правилно тази система, е необходимо всички елементи в нея да са на необходимото равнище. Добре обучен и квалифициран персонал е един от основните фактори за осигуряване на качествени социални грижи. Ето защо повишаване квалификацията на персонала е една от основните насоки в нашата работа.

Какво постигнахме?

Част от медицинските сестри участваха в българо-немския проект “Трансфер на концепции за следдипломно обучение на гериатрични сестри”. Проектът включваше: обучение по немски език, работа в сродни заведения в Германия, шест месечен курс за следдипломна квалификация в Тракийски университет гр.Стара Загора и придобиване квалификация “гериатрична сестра”.

Санитарския състав премина през двумодулен курс – обучение за придобиване квалификация “болногледач”. Обучението се проведе без откъсване от работа, с преподаватели от Тракийски университет гр. Стара Загора.

Провеждат се и регулярни вътрешни обучения – запознаване с нормативната база, инструкции, правилници и др.

Обмяната на опит и запознаване с добрите практики в страната и чужбина също е един от начините за повишаване на знанията и уменията на персонала.

Участието на медицинските сестри в българо-немския проект и работата в сродни социални заведения в Германия, бе от изключителна полза за нас. Освен това, по покана на Международна организация на християни – бизнесмени немско говорещи имахме удоволствието да посетим и да се запознаем с организацията на работа в специализирани институции в гр. Понтресина – Швейцария.

Уважаеми гости, уважаеми колеги,

Навярно тази презентация ще предизвика много въпроси. За някои споделените методи за работа с дементно болни ще се сторят трудни и дори невъзможни. Но аз Ви уверявам, че си струва усилията. А понякога е необходимо само да поседнем до тях, да им дадем част от нашето сърце, част от нашата любов. Те се нуждаят точно от това и ние призваните да даваме любов и грижа, сме длъжни да им я дадем.

Благодаря Ви за вниманието.

## Приложение на CLIPPER-документацията при работа с дементно болни в Дом за стари хора с отделение за лежащи №3 гр. Казанлък

Пенка Донева Ганарева



Много от колегите ще попитат : Каква работа с хора с деменция в дом за стари хора? На тях ще отговорим : Да, има какво да се прави и в домовете за стари хора и персоналет трябва да бъде обучен за такъв вид работа. В това вече сме абсолютно убедени, след като преминахме обучението в гр. Касел и приложихме знанията при нас.

Деменцията е събирателно понятие, обозначаващо комплекс от симптоми, които могат да бъдат предизвикани от различни болести и нарушаващи когнитивните функции на мозъка. Деменцията почти винаги е болест на старостта. Установено е, че над 65 години засегнатите са около 1 на 20 души, а на възраст над 80 години – 1 на 5 души. Като се има предвид, че хората които постъпват в домове за стари хора са над 60 години и остават там до края на живота си, а деменцията се развива относително продължително във времето, съвсем логично е да се смята, че част от нашите клиенти развиват деменция по време на престоя. Много често поради различни причини се настаняват хора, които вече са с деменция в лека, че дори и в умерена степен. Първо технически е невъзможно тези хора да бъдат преместени веднага в Дом за възрастни с деменция. След това знаем, че всяка промяна, макар и малка, стресира и води до объркване на дементния. След сериозна промяна следва много труден период на адаптация и всеки индивидуално преживява този стресов момент. Дори от наблюдения сме установили, че всяка по-сериозна промяна води до ускоряване развитието на болестта. Така, че персоналет е убеден, че е по-добре за дементния да остане възможно по-дълго в тази обстановка, в която е свикнал и която му е позната. Макар, че имаме проблем с ресурсното осигуряване, обгрижващите полагат усилия и правят всичко възможно хората при нас да се чувстват добре. Задачата на всички, които работят в дома е да се създаде максимално спокойна обстановка и да се сведат до минимум промените, за да се намали напрежението у дементния.

Посещението в гр. Касел включваше обучение с теоретични занимания и наблюдения на практически занятия, свързани с работата с дементно болни. При обучението ни беше изградена цялостна представа за особеностите на болните с деменция и предложените методи за подпомагане на обгрижващите с цел подобряване на работата. Много от нещата, които научихме и видяхме при това обучение бяха напълно непознати за нас. Други бяхме установили интуитивно в практиката, но те не бяха научно обосновани. В България няма почти никаква информация за работата с дементно болни. Ние сме щастливи с това, че благодарение на този проект сме едни от първите, които въвеждаме тези нови методи на работа. Тези новости ни помагат да се справяме по-добре с работата си и повишават качеството на обслужване. От това съответно расте и нашето самочувствие. Обучението ни даде много нови знания и най-вече ни показва практическото им приложение. Помогна ни да разбираме по-добре един човек с деменция и да намираме пътища за да направим неговото ежедневие възможно най-качествено. Едно от постиженията на този проект е това, че ни зареди с много нови идеи, които се постарахме да реализираме в нашата работа.

Изключително полезен за нашата практика е сборникът на Джени Пауъл „Да помогнем на старите хора с деменция“, който беше преведен на български език и отпечатан пак благодарение на този проект. Материалът е представен достъпно и с много чисто практически съвети за работа с дементни. Това излизане от рамките на сухата теория улеснява усвояването му от различните нива на обслужващ персонал. Използването му в нашата практика осезателно подобри качеството на работа с домакущите и ни помогна да ги разбираме по-добре. Сборникът разяснява някакво метода на работа с дементни като един от тях е т.н. CLIPPER. CLIPPER-ът служи за изготвянето на индивидуален профил за предпочитанията и липсата на склонност към нещата от живота на човек с деменция. Чрез CLIPPER-документацията се изработва цялостен профил на това, какво харесва и не харесва клиента. Попълването на CLIPPER-документацията включва няколко етапа:

#### 1-ви етап: CLIPPER-въпросник

Този въпросник включва 8 групи с общо 41 дейности: Докосване и движение; Гледане и слушане; Вкус и мирис; Хора и животни; Дейности – самостоятелно или съвместно; Дейности в група; Дейности навън; Дейности – излети, гостувания.

Чрез въпросите в раздел „Докосване и движение“ например получаваме представа за хигиенните навици – баня, хигиена на косата, устна хигиена и всичко свързано с личния тоалет на клиента. Можем да преценим дали обича да бъде докосван, да докосва предмети. От другите раздели можем да разберем дали обича да говори или да бъде слушател, каква музика предпочита, обича ли да разглежда лични вещи – снимки или предмети, обича ли цветя и животни и т.н. Отговаряйки на въпросите можем по-лесно да се насочим към предпочитанията и интересите на всеки и съответно да избягваме дейности, които не харесва или така да ги променим, че да

станат желани. Това много подпомага индивидуалната работа. Дава насоки и за груповите занимания. По този начин бяха обособени и групите по интереси - „Плетиво“, „Градинарство“, „TV-маниаци“, „Занимателни игри със състезателен характер“, „Изобразителни техники“, „Утринна дихателна гимнастика“ и др.

За попълването на въпросника трябва да се вземе под внимание, кои от тези дейности се извършват, колко често се извършват и как съответното лице реагира на тях, като има 4 вероятни отговора за това - да, това му харесва; да, но не му харесва; да, но не мога да кажа дали му харесва; не, не го прави никога. Когато отговорите са дадени, трябва да е ясно дали пациента се чувства добре или не, когато извършва определената дейност. За да даде верен отговор на въпросите, обгрижващия трябва да се научи да наблюдава реакциите на обгрижвания. Това е основния път да получи информация, имайки предвид затрудненията с комуникацията при дементно болните. Освен това е известно, че 90% от информацията се предава чрез невербални канали. От помощ за попълването на документацията може да бъде информация и от колегите, семейството и приятелите. В края на въпросника има място за да се допълнят други дейности, които биха се харесали на пациента в сегашния момент и други дейности, които не биха се харесали на пациента в сегашния момент. Много е важно отговорите във въпросника да се дават на база сегашните желания на клиента, а не какво е обичал или не в миналото.

#### 2-ри етап: CLIPPER-работен лист

Щом се даде отговор за всичките 41 дейности, отговорите се пренасят на работния лист. Имайки пред себе си попълненият работен лист, специалистът си оформя една цялостна представа за ежедневието на човека. Като използва този профил той може да прецени на какво да наблегне в своята работа или какво да промени, така че да направи живота на дементния по-приятен. Промените се отразяват в CLIPPER-плана

#### 3-ти етап: CLIPPER-план

В CLIPPER-план се отразяват предложенията за промени във всяка една от дейностите, където се прецени, че има нужда. Като в плана могат да залегнат и дейности съвместно с близки на дементния. Поставя се и дата за проверка на резултатите от извършените промени.

#### 4-ти етап: Оценка на CLIPPER-а

В този етап се прави оценка на извършените промени. Целта е да се види, кои от предложените промени са направени и какъв е ефекта върху качеството на живот на съответния човек. Много е важно да се постигне качество на живот на дементния. Това е преживяването на сума от много, малки, позитивни моменти. Пример: Ако един дементен сутрин му се прави тоалет, закусва и след това остава обездвижен чак до обяд, след обяда отново остане на едно място, то качеството на живот на този човек е влошено. Атмосферата за дементния става поносима чрез много позитивни емоции. Стремежа на персонала трябва да бъде осигуряването

тези емоции на клиента чрез стимулиране и дейности. Но обгрижващите трябва да се научат да наблюдават реакциите на клиента за да установят кое му харесва и кое не. Дейностите трябва да се избират според индивидуалните потребности и интереси. За някои е достатъчно да стоят и да наблюдават, а за други е важно да участват в действието. Важното е да се намери точната мярка. Недостатъчното стимулиране може да доведе до апатия и затваряне в себе си, а прекомерното да предизвика страх и паника. Най-важното за всеки дементен е да чувства, че е заобиколен от хора които го обичат, разбират, карат го да се чувства добре и да се чувства ценен. Имайки информацията събрана за попълването на CLIPPER-а и включвайки и това, което знаем от биографията, ние вече можем да разберем защо даден дементен реагира точно по този начин в определена ситуация. Имаме възможност да си обясним много негови постъпки и съответно да променим нещо в работата, така че дементния да се чувства по-добре.

Смятаме, че работата с въпросниците е полезна не само за хора с деменция. При екипните обсъждания решихме, че CLIPPER-документацията, която е в сборника може да бъде въведена за всички домуващи. Би могло, а при нас и вече се използва и за всички останали домуващи. Забелязват се две насоки на ефекта. Първо върху домуващите, а след това и върху самия персонал. Въпросниците в синтезиран вид обхващат основните дейности свързани с обгрижването на един домуващ. Попълването им ангажира персонала да се запознае подробно с общото психическо и физическо състояние на всяко лице. Да отчете желанията му. Да планира промени с които да се подобри качеството му на живот. Това стимулира неформалните взаимоотношения между обслужвани и обслужващи. Води до по-силно професионално ангажиране. Другото предимство на въпросниците е това, че обединяват в себе си информация за дейности, които се извършват от различни специалисти. Това предполага съвместната работа на няколко човека, а самото обсъждане развива екипната работа. Нормативите, които регламентират работата в социалните институции изискват изготвянето на индивидуални планове на всеки клиент. CLIPPER-документацията според нас изцяло покрива изискванията в това отношение и е от голяма полза в нашата работа.

Работата с хора с деменция може да бъде доста натоварваща както за обгрижващите, така и за дементния. Различните методи на работа като CLIPPER-документацията, работа с биографията, метода на валидация, албум със спомени, структуриране на деня с помощта на график и др. са незаменими помощници на обгрижващия, чрез които да се разбере по-добре дементния. Тяхното прилагане в работата повишава качеството на живот на обгрижвания, а това е нашата основна задача. Те помагат и на нас да се справим с предизвикателствата на работата, да разбираме по-добре хората с деменция за да направим последните години от живота им възможно по-спокойни и изживяни с достойнство.



## Концепции за работата с деменция

### Преживяването на деменция

В началото на заболяването от деменция повечето хора не възприемат съзнателно, че страдат от болест или че техните психични способности и паметта им отслабват.

На преден план при започващото заболяване от деменция е отслабването на когнитивните способности. Нови информации се забравят бързо, предмети се загубват някъде, затруднения в концентрацията пречат във всекидневието. При много от засегнатите загубата на памет предизвиква страх, безпомощност и отчаяние.

Чувствата на отчуждение преобладават особено в средния стадий на болестта; преживяваната реалност става все по-неразбираема и обърквана. Способностите за словесно изразяване намаляват. Много от болелите имат проблеми да се изразяват разбираемо за другите. Думите и действията на другите хора престават да се възприемат и интерпретират правилно. Това често води до отдръпване на засегнатите и на социалното обкръжение.

В средния и в последния стадий на болестта много от болните възприемат засилващата се инконтиненция на пикочния мехур и дебелото черво като голямо психично натоварване. Те вече не могат да намират тоалетната, забравили са как да я използват, не затварят вратите или забравят да се съблекат. Много от тях реагират със срам. Някои болни реагират защитно и понякога агресивно на действията на обгрижващите.

Въпреки гореописаните загуби има данни за това, че много от болните дори и в напредналите стадии продължават да притежават редица способности, които са решаващи за отключването на приятни чувства. Способността за емоционални контакти се запазва до смъртта.

Задача на тези, които придружават хората с деменция, е да влязат в чуждия свят на болния и да не му натрапват нашите реалности.

По-долу ще представим различни начини за работа със заболяването. Концепциите се различават по претенциите, които предявяват, и по обхвата си. В крайна сметка протичането на болестта е строго индивидуално и се влияе силно от личността на болния.

### Работа с биографията

Работата с биографията представлява решаваща основа за други концепции. Когато редица непрекъснато повтарящи се постъпки на хората с деменция изглеждат неразбираеми за придружителя, работата с биографията може да осигури важен достъп. Поради обусловените от заболяването ограничения на краткосрочната памет спомените от миналото представляват важен ресурс, защото съхраняваните в дългосрочната памет информации се запазват относително дълго въпреки напредъка на болестта.

Познаването на житейската история на дементния помага на участващите в придружаването му да възприемат адекватно някои негови постъпки и ранимостта му. Житейските теми, които карат болния да се чувства добре, могат да се разработят и да се използват при всекидневното обгрижване или при целенасочената работа с паметта.

При работата с биографията на болни от деменция хора е полезно да се използват така наречените „ключове към спомените“ (тригър-и), за да се стимулират всички сетива. Като ключове могат да се използват предмети, снимки, храни, напитки, миризми, музика и филми, за да може да се достига по различни начини до съдържанията на дългосрочната памет.

Работата с биографията проличава в непрекъснатото внимание, любопитство и интерес към множеството спомени и към жизнения опит, които носят със себе си старите хора и които определят спецификата им.

### **Валидация**

Различните форми на валидация („обявяване за валиден“) съдържат едно емпатично, оценяващо достойнството отношение, с което, посредством използването на различни форми на комуникация, се общува със заболялия от деменция човек. Валидацията се концентрира върху неговите чувства.

При валидиращото общуване се правят опити да се използват различни техники като напр. „експлориращи въпроси“, повторение, докосване, „огледално отразяване“, и да се общува чрез една топла, разбираща нагласа. Като репродуцират казаното от болния с думи, жестове и поставяне на ударение така, че да проличи, че го вземат насериозно, като потвърждават неговите чувства (напр. тъга, гняв) и като приемат и използват биографично вкоренените пориви (напр. чувството за ред, съзнанието за дълг, загрижеността), обгрижващите и придружаващите могат да придадат смисъл на неговите често пъти изолирани изявления.

### **Подходът на терапията чрез обкръжението**

Дотук бяха описани индивидуални подходи. В допълнение към тях подходът на терапията чрез обкръжението се опитва да отговори на потребностите на страдащите от деменция чрез съзнателното оформяне на обкръжението, в което те живеят.

Оптималното обкръжение трябва:

- да бъде прегледно, т.е. големината на помещението трябва да бъде съобразена с броя на домуващите и да осигурява защитна рамка;
- да предоставя максимални възможности за движение: напр. чрез оформянето на помещението, чрез свободен достъп до всички помещения, до градината или терасата, като при това се отстраняват механичните и визуални препятствия;

- да действа стимулиращо: напр. чрез приятни аромати, чрез различен релеф на „повърхностите, които се докосват“, чрез бои и приятни звуци;
- да има добро осветление;
- да няма характер на болница или институция, а да отговаря на личните желания посредством индивидуалност на мебелите;
- да е снабдено с ориентири;
- да стимулира посещенията на близки чрез атрактивно оформление на помещенията за гости и предлагането на стая за гости;
- да предлага помещения за почивка и възможности за усамотяване.

Концепцията на терапията чрез обкръжението включва структуриране на деня, при което се сменят фази на активност и почивка. Повтарящите се дейности придават чувство на сигурност. Структурирането на деня може също така да бъде обогатено от групова работа по различни теми. При това трябва да се избягват свръхнатоварванията.

### **Личностноцентрираният подход по Китууд**

В центъра на личностноцентрираният подход на британският социален психолог Том Китууд стои уникалността на личността. Той говори за една нова култура на срещата със заболялите от деменция. Старата култура на работата с деменция е редуцирана до медицинската картина на болестта, при която диагнозите деменция и Алцхаймер се превръщат в етикет и пречат на диференцираното, индивидуално възприемане на хората с болестта деменция.

Китууд критикува редукиционисткия обяснителен модел, който разглежда деменциалните заболявания изключително като дегенеративни, необратими процеси на мозъчно-органичен разпад и пренебрегва човека в неговата индивидуална и социална жизнена среда. „Решаващо е, ако искаме да разбираме деменцията, да виждаме личността в нейното отношение. Дори при много тежко когнитивно увреждане често пъти е възможна срещата „аз-ти“ и установяването на отношение“<sup>2</sup>.

Относително доброто самочувствие означава при обгрижването да се разпознават и удовлетворяват желанията и потребностите на човека. Биещото на очи или пречещото поведение често пъти представлява опит на дементния да комуницира с другия и да изрази как се чувства. Ето защо при личностноцентрираното обгрижване не се говори за пречещо, а за предизвикващо поведение.

Новата култура на придружаването на хора с деменция разглежда заболяванията от деменция като форма на човешки живот, която има нужда от приемане и оценяване. Затова е необходимо придружителят да използва себerefлексия, т.е. да се конфронтира със собствените

---

<sup>2</sup> Kitwood, Tom: Dementia reconsidered. Buckinham: Open University Press 1997

емоционални натоварвания, схващания за живота, предразсъдъци и проекции.

Друга елементарна съставна част на личностноцентрирания подход е създаденият от Китууд метод Dementia Care Mapping (DCM), един метод за възприемане на състоянието на хора с деменция<sup>3</sup>.

### **Помощ при общуването с деменция (CLIPPER )**

Книгата „Да помогнем на старите хора с деменция“ е написана от английската невропсихоложка и логопедка Джени Пауъл, член на екипа на Том Китууд. Тя бе преведена на български<sup>4</sup> в рамките на проекта на Университета в Касел със средства на Фондация „Роберт Бош“. Книгата предлага конкретна помощ за общуването при всекидневното обгрижване и подкрепя придружителя при подпомагането на хората с деменция да съхранят личността и самостоятелността си и по този начин да постигнат възможно най-високото качество на живота.

Пауъл поставя следните въпроси:

- Как процесите на деменция могат да нанесат вреда и да променят комуникацията?
- Какви полезни указания и стратегии за смекчаване на проблемите в комуникацията и на резултиращите от тях стресови ситуации съществуват?
- Какви възможности съществуват във всекидневието да се поддържа различни начини на комуникация с болния, напр. чрез албуми на спомените?
- Как може чрез допитване и наблюдение да се облекчи планирането на грижите и да се подобри самочувствието и качеството на живота на хората?

Тази книга е написана за практиката; чрез лесно разбираеми обяснения и напътствия тя предлага конкретна помощ за професионалните и частните обгрижвачи. В първите три глави Пауъл описва „нормалния“ процес на комуникация и неговите промени при старите хора или в процеса на едно заболяване от деменция. Подчертава се значението на невербалната комуникация чрез мимика, жестове, тон на гласа, докосване и очен контакт.

В четвърта глава се описват обстоятелства, които често предизвикват проблеми в комуникацията. Нека онагледим това със следната рисунка:

---

<sup>3</sup> ABO Северен Хесен: DEMENTIA CARE MAPPING (DCM) – НАБЛЮДЕНИЕ НА ОБГРИЖВАНЕТО ПРИ ДЕМЕНЦИЯ. По-добро качество на живота за дементните стари хора. Каселски геронтологични трудове Том 42, Стр. 85-89

<sup>4</sup> Пауъл Дж., „Да помогнем на старите хора с деменция“, Касел / Казанлък 2006: Каселски геронтологични трудове Том 36



Придружаващата критикува външния вид на заболялия. В своите спомени обаче той се вижда като млад и атрактивен мъж и се сърди на това твърдение.

Една възможност за подходящо справяне с подобни ситуации е така нареченият метод ABC, при който се изразява висока оценка за чувствата на другия. Методът на валидацията предполага същата форма на общуване.

При метода ABC

A: означава „Избягвай конфронтация“

B: „Постъпвай целесъобразно“ и

C: „Изясни неговите чувства и го успокой /ако е уплашен или разстроен“.

Един пример:

Една дама седи на масата за закуска в клиниката и на всеки пет минути вдига глава и вика: „Бабо!“, „Мамо!“.



## Защо?

- Стари спомени и представата за време са объркани в мозъка. Миналото изглежда като настояще.
- Проблемът да се съхранят нови спомени и представи довежда до това, че дамата не знае къде е и защо е там.
- Тя се чувства напълно изгубена, дезориентирана, сама, уплашена и объркана от своеобразната и непозната околна среда.



Безполезен отговор.

Изясни й нейните чувства и я успокой

В пета глава е показано как може да се бори със спомени за събития от биографията. Придружаващите се насърчават да изготвят албум на спомените за пациента, домащия или близките. Подробно се описват устройството и възможностите за приложение на един такъв албум.

В шеста глава се описва как може да изглежда помощта за планиране на всекидневието и кои стимулации и дейности са възможни в зависимост от протичането на болестта. Липсата на структуриране на деня може да доведе до неспокойствие.

По-нататък Пауъл показва колко решаващо в разговорите със заболялите от деменция е позоваването на *положителния* жизнен опит. Започването на разговора чрез позоваване на универсални преживявания от училище или от детските игри може да подобри комуникацията и да открие нови подстъпи към личността.

Използването на телевизия и видео също може да доведе до подобряване на комуникацията. Тук придружаващите трябва да наблюдават и изпробват кои програми предизвикват реакции на успокояване и релаксация. Често пъти това са предавания с музика или пейзажи, както и филми за животни.

В следващите глави Пауъл обяснява подходите към увредения слух, изключването на странични шумове и подобряването на начина на говорене на обгрижващите и близките.

В рамките на нейната работа със заболяли от деменция Джени Пауъл създава „Кардифския профил за подобряване на живота” (CLIPPER); неговата употреба тя описва в последните две глави.

В центъра на тази интервенция стои наблюдаването и оценката на самочувствието на болния от придружаващите; валидността на инструмента зависи в голяма степен от ангажираността и способността за емпатия от страна на придружаващия, както и от грижливото попълване на въпросника. Този инструмент не бива да се използва за еднократна интервенция, необходими са повторения във връзка с изпробването на нови дейности. И тук се вижда, че прилагането на инструмента има характер на процес.

Положителните промени, станали очевидни за всички чрез оценката на методиката, повишават мотивацията на придружаващите. Този процес може да се подсили от обсъжданията в екипа, в работната група или с близките.

# Инструмента CLIPPER – Резултати от евалуацията

Фред Карл, Стефан Кунделов

Настоящата статия представя накратко в първата си глава тезите на Джени Пауъл относно документацията с CLIPPER (извадки от нейната книга „Да помогнем на старите хора с деменция“). Най-важните емпирични резултати от изпитателната фаза с 60 домуващи в четирите дома в Казанлък и Стара Загора са включени в описанието на CLIPPER-инструментите във втората глава. В трета глава следват три конкретни случая, които предсравят нагледно биографични данни на домуващите, планирани и осъществени дейности с помощта на CLIPPER както и преценката на краткосрочния и дългосрочния ефект.

## 1 CLIPPER: СТИМУЛИРАНЕ И ДЕЙНОСТИ

При определени обстоятелства човекът с тежка деменция среща трудности да започне различни дейности или да контактува с други хора. Вероятно няма да е в състояние да си достави малките радости на живота, като например да се разхожда в градината или да изпие любимото си питие.

При тежка форма на деменция качеството на живота на засегнатия зависи значително от лицето, което го придружава и се грижи за него. Ако като обгрижващ не се опитате да разберете какви са желанията на всеки отделен човек, то състоянието на този човек може допълнително да се влоши.

Човекът с деменция има право да води пълноценен и активен живот, доколкото това му позволява болестта. Поради това е необходимо да му се предлагат подходящи по качество и количество стимули.

- Важно е да се намери точната мярка при стимулирането и различните дейности: недостатъчното стимулиране може да доведе до апатия и затваряне в себе си, а прекомерното да предизвика страх и паника.
- Проста стимулация по време на ежедневните дейности.
- Използване на CLIPPER.

### 1.1 Защо е важно стимулирането и дейностите да са подходящи за отделният пациент?

Липсата на достатъчно стимулиране може да влоши общото здраве и душевното състояние на човека с деменция и да доведе до апатия и затваряне в себе си. От друга страна прекомерното или неподходящо стимулиране може също да доведе до страх и паника.

Не забравяйте, че някои пациенти са доволни, ако просто гледат телевизия или си седят в креслото и могат да наблюдават, какво става около тях. Някои хора го предпочитат, вместо да вземат активно участие в случващото се. Истинско предизвикателство за служителите е да се



научат да разбират желанията на отделния пациент в конкретна ситуация: да седи и да наблюдава, да гледа телевизия или активно да участва в действието.

## **1.2 Как преценявам, че стимулирането в определен случай е подходящо?**

Обгрижващият трябва да развие способността си да тълкува невербалните послания на един пациент. Ако наблюдаваме израза на лицето, езика на тялото, имаме зрителен контакт и чуем мелодията на речта на определен човек, за нас е възможно да установим, кое му доставя удоволствие и кое не.

Естествено винаги трябва да имате предвид какво е обичал да прави пациентът по-рано и какво не. От друга страна може да се окаже, че тези интереси са се променили. Дейностите трябва винаги да са избрани съгласно индивидуалните потребности и интереси в определена ситуация.

Добро стимулиране може да се окаже и най-обикновено нещо, например да държите ръката на един човек. Успокояващият глас или милата усмивка лесно могат да станат част от ежедневните грижи за пациента.

Може би ще сметнете, че е полезно да документирате впечатленията си за нещата, което пациентът обича и това, което не харесва особено. Във връзка с това в Англия беше разработен така нареченият CLIPPER (Cardiff Lifestyle Improvement Profile for People in Extended Residential Care) – Кардифски профил за подобряване на качеството на живота на дългосрочно обгрижвани хора. Целта на CLIPPER е да се помогне на обгрижващите да получат представа за това, какъв живот са имали пациентите им. Той е разработен за продължителни грижи, но може да се окаже полезен и при домашни условия.

CLIPPER-ът съдържа 41 ежедневни дейности. За попълването му обгрижващите вземат под внимание, кои от тези дейности се извършват, колко често се вършат и как съответното лице реагира на тях. С помощта на тези бележки трябва да се изготви индивидуален план за гледане на болния, който да отговаря в най-висока степен на качеството на живота на отделния домуващ.

Ако разгледате списъка с дейностите ще установите колко зависим може да стане един човек от друг, ако иска да запази или подобри своето качество на живот.

Може би някои от дейностите да Ви изглеждат доста прости. Но и най-простите неща могат да се окажат трудни за човека с деменция. Някои пациенти може би развиват специален интерес към нещата от ежедневието, т.е. нещата, които вече не ни правят никакво впечатление, например цветята, облаците, небето и т.н.

Струва си за кратко да се потопите изцяло в света на човека с деменция и да помислите как с подобни средства може да се промени и подобри неговия живот.

## **2 CLIPPER: ПРИМЕР ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ИНДИВИДУАЛЕН ЖИЗНЕН ПРОФИЛ**

- Как CLIPPER-ът служи за изготвянето на индивидуален профил за предпочитанията и липсата на склонност към нещата от живота на човек с деменция
- Използване на въпросника и работния формуляр
- планиране на грижите и оценка.

С помощта на CLIPPER обгрижващите могат да изготвят индивидуален профил, какво харесва или не харесва един човек. Това помага на болногледачите да се концентрират върху факта, какво би могло да представлява действителна промяна в живота на този човек.

Някои от тези дейности са пасивни, докато други насърчават пациента активно да се включи в предприетите занимания.

### **2.1 Използване на CLIPPER**

#### **2.1.1 Етап 1 – CLIPPER-въпросник (съкратено C1)**

Обгрижващият отбелязва в петте страници на въпросника коя от тези 41 дейности се извършва, както и неговата преценка за реакцията на пациента през това време. На въпроса, дали дейността се извършва, обгрижващият трябва да избере един от следните отговори: Да, и това му харесва; Да, но не му харесва; Да, но не мога да кажа, дали му харесва; Не, това никога не се случва.

За да се даде верен отговор на тези въпроси, обгрижващият трябва да е в състояние да тълкува вербалните и невербални реакции на пациента. Ако е възможно, трябва да се вземат под внимание и мненията на другите колеги, на семейството и приятелите. Когато информацията е събрана, трябва да стане ясно дали пациентът се чувства добре при дадената дейност или не.

#### **Оценка на 60-те CLIPPER-въпросника в българските домове**

В домовете в Казанлък и Стара Загора са попълнени въпросници за над 100 домуващи (със и без деменция). 60 от тях на възраст между 61 и 90 години (8 мъже, 52 жени) са минали през всичките четири CLIPPER-етапи.

Списъка на 41-те дейности е намален с една, понеже „Вземане на вана” в английския оригинал не отговаря на българските условия.

Таблица 1 съдържа данни от CLIPPER-въпросника – съкратен C1 – за 40 дейности с 60 домуващи от четирите дома. Числата в колонките показват при колко от пациентите дадената дейност е била проведена, *преди* да е била предприета задълбочена работа по единични от тези дейности. На някои формуляри не бяха отбелязани всички дейности. Така възникнаха някои „липсващи стойности” (Missing Values).

**Таблица 1: Оценка на въпросника CLIPPER в Казанлък и Стара Загора  
n (брой) = 60**

<b>ДЕЙНОСТ</b>	(1) ДА, и това му харесва	(2) ДА, но не му харесва	(3) ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	(4) НЕ, това никога не се случва	Mis sing
Вземане на душ	55	-	1	4	
Помощ при миене на косата	35	5	2	18	
Помощ при ресане на косата	35	3	-	22	
Помощ при подстригване	52	6	1	1	
Помощ при зъбната хигиена	31	2	-	27	
Помощ при маникюра	39	2	-	19	
Да поседим при пациента и да му подържим ръката	54	2	-	4	
Да го прегърнем	54	2	-	4	
Масажиране (ръце, врат, ходила, рамене, тяло)	52	1	-	7	
Докосване и усещане на различни обекти, повърхности и тъкани	47	9	1	3	
Слушане на музика	49	2	1	8	
Слушане на успокояващи звуци	52	2	-	6	
Гледка към цветя и растения	44	4	2	10	
Разглеждане на лични вещи	47	2	2	9	
Гледка към специални предмети	28	11	3	18	
Хапване на сладки, шоколад и др.	52	2	2	4	
Специални напитки	30	-	-	30	
Специални аромати	51	1	-	8	
Да има с кого да си побъбри	57	-	-	3	
Приемане на посетители	51	-	-	8	1
Контакт с животни	36	2	5	17	
Гледане на телевизия	48	4	2	6	
Пеене на песни	32	2	1	25	
Избиране на подходящо облекло	49	6	1	4	
Разглеждане на собствени снимки и снимки на приятелите и семейството	50	1	-	9	
Разглеждане на избрани книги	35	2	2	21	
Четене или разглеждане на книги, списания или вестници	38	4	1	17	
Нареждане на прост пъзел	17	5	3	35	
Бродиране, плетене, дърворезба	29	-	-	31	
Помощ при прости домакински дейности като бърсане на прах, оправяне на легла и др.	33	2	7	18	
Посещение на група по гимнастика	32	6	2	20	
Кръжоци (например дискуссионен кръг, група по готварство, градинарство)	30	1	1	28	
Игри или спорт в група	16	1	2	41	

Занимателни игри на маса	24	1	3	30	
Религиозна група или богослужение	32	1	-	27	
Излизане навън, разходка	59	-	-	1	
При хубаво време да се сядат на чист въздух	60	-	-	-	
Автомобилно или автобусно пътуване	40	2	2	15	1
У дома при семейството и приятелите	40	-	-	20	
На обществено място (театър, магазини, паркове, музеи и др.)	31	2	-	26	1

Сравнението на честотата на всяка една от проведените дейности със съвкупността от 60 домуващи ни извежда до следните заключения:

### **Често провеждани дейности**

35 от 40-те описани дейности са осъществени при най-малко от половината на клиентите. 18 дейности са документирани при минимално 75 % от 60-те домуващи.

### **Дейности, които никога не са били проведени**

В колонка 4 са отбелязани някои дейности, които в сравнение с други не са били проведени често.

#### *Грижи за тялото*

Тук трябва да се отбележи, че съществуват различни степени на физическите ограничения при домуващите. Значителна част от клиентите в българските домове поемат самостоятелно грижите за тялото си. В дома за дементно болни в Казанлък процента на пациентите, които имат нужда от физическо обгрижване, е значително по-висок.

#### *Дейности в група*

Една част от клиентите не вземат участие в груповите дейности. Причините за това могат да бъдат различни: малък брой на предлагани групови дейности, липсата на интерес от страна на домуващите, както и наличието на психически или физически утежнения, които не допускат вземане на активно участие.

#### *Дейности извън дома*

Тук също трябва да бъде изяснено, дали клиентите получават недостатъчно съдействие, например при посещение на обществени места, или те не разполагат с нужните за тези дейности ресурси.

Честотата на дадените отговори в категориите „Да, но не му харесва“ и „Да, но не мога да кажа дали му харесва“ от таблица 1 показват също така допълнителни възможности за промени в практическата работа.

## От CLIPPER-въпросник към CLIPPER-работен лист

При плануването и реализацията на допълнителни или задълбочаващи дейности от CLIPPER-въпросника или други подобни, трябва да се обърне внимание на възможностите на клиентите и на тяхното желание за участие в тях. Това засяга също така дейностите, които са проведени, но за които не е ясно дали се приемат от домакущият. Колонките (2) и (3) от таблица 1 дават информация за това. Това може да се каже за оценката на 60-те въпросника.

Във вторият етап събраните информации за всеки клиент се обобщават под формата на кратък преглед в рамките на една страница. Там се отбелязват и първите идеи, кои дейности подлежат на промени с цел подобрене на общото състояние на домакущия.

### 2.1.2 Етап 2 - CLIPPER-работен лист (съкратено С2)

Използвайки този работен лист, обгрижващият може да размисли как една възможна промяна на дейностите може да направи по-приятен живота на клиента. Другите сътрудници или семейството и приятелите, които се включват в грижите за болния, също трябва да дадат своето мнение по тези въпроси.

Информацията от CLIPPER-въпросника се отбелязва в квадратчетата  на работния формуляр.

CLIPPER-въпросник Дейности	Съгласен съм да участвам в тази дейност	Не съм сигурен дали искам да участвам в тази дейност	Не искам да участвам в тази дейност	Не съм сигурен дали искам да участвам в тази дейност
<b>Донесаване и движение</b>				
Чени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сун	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Печалба или рибче на кофачи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Корач при поствитание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Корач при бавно на сесати	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Корач при устата южно а	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Корач при ван-шере	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да седнем в креслото или на дивана	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да се приканим	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да се разговаряме (чрез ч., видео, телефон, радио и др.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да посетим различни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бавно, бавно или тавани	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Говорене и слушане</b>				
Да споделим мисли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да споделим впечатления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да споделим чувства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да споделим съвети и решения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да разговаряме за нещо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да споделим впечатления, чувства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да споделим съвети и решения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Висок и нисък</b>				
Ако не се сподели, поговорка и др.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Споделени самотни (АРКАСР, видео, аудио)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Споделени термини, ани-персона, ани-термини	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Хора и животни</b>				

Отговорите на въпросите

- Дейности, които клиентът харесва: „Могат ли тези дейности да се провеждат по-приятно или по-често?“
- Дейности, които клиентът не харесва: „Могат ли тези дейности да се променят, да се провеждат по-приятно или по-рядко?“

- Дейности, за които не се знае дали клиентът ги харесва или не: „Могат ли те да бъдат така променени, че клиентът да ги харесва?“
- Неизпробвани дейности: „Трябва ли тези дейности да бъдат изпробвани?“

се отбелязват в работния лист CLIPPER.

Поради малкото налично място във формуляра нови идеи се записват в кратка форма. По-подробно тези взети мерки се формулират в CLIPPER-планът (Етап 3).

### 2.1.3 Етап 3 – CLIPPER-план (съкратено С3)

Според Джени Пауъл в етап 3 в така нареченият CLIPPER-план се отразяват промените, които трябва да се направят. Определя се и дата, на която трябва да се проверят резултатите от извършените промени. Обгрижващите и членовете на семейството трябва да изпробват възможно най-много предварително планирани нови дейности. Оценката трябва да се направи в интервала от един до три месеца след началото на дейностите.

Джени Пауъл показва предложения за промените в живота на господин Х:

От CLIPPER-а обгрижващите научиха, че г-н Х. обича цветя и растения. Планът изглеждаше така:

- Ежедневно да се помага на г-н Х. да проверява как вървят неговите растения.
- Да се съдейства на г-н Х. редовно да се грижи за своите растения.
- С г-н Х. да се отива всеки две седмици до разсадник, за да се избират и купуват нови растения.

Чрез CLIPPER-а се установи също, че г-н Х. не обича да се къпе. От разговор със съпругата му станало ясно, че той вероятно се срамува. Планът изглеждаше така:

- Да се попита съпругата му дали не може да помага един-два пъти седмично при къпането.

Това решение би трябвало да помогне и на госпожа Х., която наскоро престанала да се грижи за болния си съпруг.

Господин Х. не показваше, че харесва музика. Няколко от сътрудниците знаеха, че по-рано е бил страстен почитател на това изкуство. Планът изглеждаше по следния начин:

- От семейството да се узнае каква музика харесва той.
- Да се помоли семейството му да донесе плочи, CD или касети.
- Да се насърчи да използва уокмен.

Господин Х. никога не разглеждаше свои снимки или на семейството и приятелите си, а и не носеше със себе си. Планът изглеждаше по следния начин:

- Да се помогне на г-н Х. да си направи свой албум със спомени.

- Този албум да се разглежда заедно с него няколко пъти седмично.
- Да помолим г-жа Х. да донесе снимки, които могат да се окачат в стаята.

Г-н Х. е диабетик и никога не яде десерт. Жена му обаче сподели, че по-рано той е обичал да си похапва. Планът изглеждаше по следния начин:

- Да се изясни с диетолога дали в диета му не може всеки ден да присъства десерт и ако това е възможно, да се помоли жена му да носи нещо подходящо.

Това също би било от полза за г-жа Х.

**Таблица 2: CLIPPER-план**

Дейности	Етап 3: ПЛАН Желани промени
Гледка към растения и цветя (пациентът харесва това)	а) ежедневно да подпомагаме господин Х. при "инспектирането" на стайните му растения; б) да подпомагаме господин Х. при редовното поливане на цветята му; в) пътуване до градинския център на всеки 2 седмици за купуване на нови цветя и други принадлежности.
Къпане (пациентът го прави с нежелание), дали не го притеснява?	а) да попитаме съпругата на господин Х. дали ще му помага един-два пъти седмично при къпането.
Слушане на музика (не може да се прецени)	а) да се научи от семейството му каква музика е обичал да слуша по-рано; б) да помолим семейството му да донесе музикални записи; в) да насърчим господин Х. ежедневно да използва уокмен.
Разглеждане на семейни снимки и на приятели (никога не го прави)	а) да му помогнем да състави албума със спомени; б) да разглеждаме с господин Х. няколко пъти седмично албума му със спомени; в) да поставим и закачим снимки около неговото легло.
Ядене на сладки десерти (никога не яде)	а) да изясним с диетолога дали г-н Х. може да получава всеки ден десерт; б) да помолим съпругата му да му носи десерт.

Предложенията за промени в живота на г-н Х. се нанасят в плана. Определя се дата за тяхната оценка.

В този пример от книгата на Джени Пауъл има следната забележителност

- Плануваните промени засягат всички четири категории (Да, и това му харесва; Да, но не му харесва; Да, но не мога да кажа дали му харесва; Не, това никога не се случва) на CLIPPER-въпросника.
- Плануваните промени представляват индивидуални грижи. Групови дейности тук не са предвидени.
- Близките участват в дейностите.

Проектът в Казанлък и Стара Загора целеше структуриращи деня грижи и групови дейности. Емпиричната документация в глава 2.5 ще покаже доколко е постигнат успех.

С помощта на втори проект<sup>5</sup> бе развита систематичната работа с близките и доброволците. В домовете това бе осъществено чрез стартирането на т.н. проект Тандем, в който един служител и една близка до домуващия личност работят заедно за провеждането на специални дейности. Затова беше нужно да се проведе предварителна анкета, с цел събиране на информация, кои от 60-те домуващи имат близки хора в региона.

По този начин концепцията на CLIPPER-те на Джени Пауъл беше развита в проекта на университета в Касел и ABO.

#### **2.1.4 Етап 4 – Оценка на CLIPPER (съкратено С4)**

Тук вниманието се насочва върху това, дали предложените промени и проведени мероприятия са довели до подобрения в качеството на живота на съответния пациент.

За всяка от дейностите болногледачите и други лица, включени в гледането на болния, отговарят на следните въпроси:

- Изпробвани ли са промените във връзка с тези дейности? да/не
- Промените във връзка с тези дейности доведоха ли в определен момент до подобряване на качеството на живота на болния? да/не/не зная/не е изпробвано
- Като цяло: подобряват ли промените на тази дейност качеството на живота в дадения момент? да/не/не зная/не е изпробвано.

За да се даде отговор на този въпрос, обгрижващите трябва да са наблюдавали как клиентът реагира – вербално и невербално - на промените и да разглеждат цялостните прояви на разположение или неразположение като резултат от промените. Този цикъл С1 – С4 може да се повтори.

## **2.2 Оценка на задълбочения опит с CLIPPER-те в четирите дома**

Промените в областта на терапията и социалните грижи в четирите дома в Стара Загора и Казанлък, които взеха участие в проекта, са отбелязани в докладите на директорите (виж отделните глави в тази книга) и в данните от събраните документи по CLIPPER.

Може да обобщим: *групови дейности* са предложени отчасти като нови дейности, множество *единични дейности* са извършени по-интензивно.

### **Групови дейности**

В половината от CLIPPER-случаите са използвани форми на занимания кръжоци (при 30 от 60-те домуващи). По-специални цели предследваха

---

<sup>5</sup> Фондацията “Минало, отговорност и бъдеще” (Германия) подпомага проект „Доброволческа работа с дементно болни“ на университета в Касел, който се провежда в Казанлък. Виж статията в настоящата книга, Стр. 62-66



„видеотерапията“ (21 от 60), гимнастическата група (18), нареждането на пъзели (17) и „пеене на песни“ при 14 от всичките домуващи. Докладите на директорите на домовете и описаните случаи в глава 2.6 показват детайлно, какви дейности са провеждани в кръжоците.

### **Работа с единични клиенти**

От дейностите, които домуващите с удоволствие вършат, най-често са проведени „разходка“ и „разходка в инвалидна количка“. Тази дейност, спомената 27 пъти, заема второ място по честота във фазата на интервенция. Резултатът винаги е бил подобрение на общото състояние на клиента.

Трето място при проведените действия заема „Докосване и усещане на различни обекти, повърхности и тъкани“. То е проведено с 25 от 60-те участници. Различните обекти са съобразени с индивидуалните желания на клиента.

Интензивни занимания с отделни домуващи са отразени в следващите дейности, на които е обърнато значително внимание във фазата на интервенция. Такива са „Да поседим при пациента и да му подържим ръката“ (14 от 60), която е свързана с разбиране и емпатия към клиента, както и „Слушане на музика“ (13 от 60), където често са били нужни разговори с близките каква музика е обичал да слуша преди домуващият или сам е свирил на инструмент.

### **Дейности извън дома**

Докато описаните единични дейности са провеждани в стаите, дневните зали, в двора или градината (при подходящо време) на дома, четвъртата по честота извършена дейност „У дома при семейството и приятелите“, която е проведена с 23 от 60-те домуващи, представлява сложна за организиране екскурзия извън дома. Дейностите „На обществено място“ или дори посещение на театър са проведени с 16 души. Служителите разглеждат резултатите по-скоро скептично поради факта, че много от домуващите не се чувстват добре в тази непозната за тях обстановка.

В следващата таблица 3 са представени най-често нанесените дейности в CLIPPER-работен лист (C2) и CLIPPER-плана (C3) от списъка на 40-те такива от CLIPPER-въпросника (C1). При това не се наблюдават почти никакви различия между C3 и C4, което означава, че почти всички запланувани дейности са били повторно или по-интензивно проведени допълнително към ежедневната работа с клиентите.

Служителките определено са имали трудности при документацията на фаза 4 да оценят свързаният с дейностите ефект върху общото състояние на клиента (поради това има отчасти квоти от 25 % „Без преценка“) или да открият разлика в подобренията между качеството на живот „като цяло“ и „в един определен стадий“. За съжаление дефиницията на тези категории не е достатъчно ясна във формулярите за документация на Джени Пауъл.

**Таблица 3: Ефекта на интервенцията при най-често проведените дейности в рамките на CLIPPER -плана**

	Подобрение на цялостното качество на живот	Без подобрение или частично	Без преценка	Брой на случаите с интервенция = 100 %
Да го прегърнем	100, 0 %			9
Масажиране	100, 0 %			10
Слушане на музика	100, 0 %			13
Пеене на песни	100, 0 %			14
Четене или разглеждане на книги, списания или вестници	100, 0 %			10
Излизане навън, разходка	88,9 %	3,7 %	7,4 %	27
Докосване и усещане на различни обекти, повърхности и тъкани	88,0 %	4,0 %	8,0 %	25
Кръжоци (например дискуссионен кръг, група по готварство, градинарство)	86,7 %	6,7 %	6,7 %	30
Да поседим при пациента и да му подържим ръката	85,7 %		14,3 %	14
Автомобилно или автобусно пътуване	83,3 %		16,7 %	12
Посещение на група по гимнастика	77,8 %	11,1 %	11,1 %	18
Нареждане на прост пъзел	76,5 %		23,5 %	17
У дома при семейството и приятелите	73,9 %	4,3 %	21,7 %	23
Гледане на телевизия	71,4 %	9,5 %	19,0 %	21
На обществено място (театър, магазини, паркове, музеи и др)	62,5 %	12,5 %	25,0 %	16

Служителите на домовете в Стара Загора и Казанлък дават много успешна оценка (в етап С4) на работата с CLIPPER-те. Този факт не е за подценяване, като се вземе под внимание влошаващото се физическо и психическо състояние на клиентите, особено при появата на деменция, което въпреки усилията на персонала най-често прогресивно се усложнява,

Шансовете за успех зависят от това, доколко обитателят на дома е ограничен в ориентацията и социалното си поведение.

Джени Пауъл не обръща в своята книга внимание на факта, че оценката на резултатите е обективна само тогава, когато е съобразена със степента на физическо и психическо ограничение на клиента.

Поради този факт трябваше да бъде създаден нов инструмент за документиране на работата с CLIPPER-ите в Стара Загора и Казанлък, който събира данни за преценката на физическите и психически ограничения преди и след интервенцията чрез CLIPPER.

На базата на съществуващи подробни инструменти (Mini-Mental State Examination MMSE, гериатрически асесмънт, скала Депресивни заболявания) бе създадена скала, която дава данни за състоянието на

пациента в пет измерения. При всеки един от 60-те домащащи този диагностичен лист (виж фиг. 1) бе попълнен преди (t1) и след (t2) CLIPPER-интервенцията както и една година след това (t3). Всяко едно от измеренията може да се разглежда и единично. С цел да се получи един по-общ поглед индексите могат да се съберат.

**Фиг.1: Допълнителен диагностичен лист**

Цялостното оценяване трябва да се съпостави с констатациите (t1 и t2).

1. Ориентация (Orientierung)					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
t1	----- ----- ----- ----- -----				
t2	----- ----- ----- ----- -----				
	не огранич.	леко	отчасти	силно	екстремно

2. Памет (Gedächtnis)					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
t1	----- ----- ----- ----- -----				
t2	----- ----- ----- ----- -----				

### 3 Документация на отделните случаи

За да има един общ поглед върху всички събрани информации, в края на проекта те бяха представени на един отделен лист. Този профил съдържа всички нужни данни.

За да се тълкува правилно този профил е нужно да се знае, че там не са отбелязани честотите на проведените дейности, а са закодирани индивидуалните стойности от диагностичния лист и от инструментите на CLIPPER.

**Кодове диагностичен лист :**

t1 = Колко ограничен беше клиентът преди интервенцията?

t2 = След интервенцията?

t3 = една година след това?

Кодове: 1=неограничен, 2=леко ограничен, 3= отчасти, 4= силно органичен, 5=екстремно ограничен

**С1-кодове:** 1=да, и това му харесва, 2=да, но не мога да кажа, дали му харесва, 3=да, но не му харесва, 4=не, това никога не се случва

**С4-кодове:**

0 = без интервенция

1 = запланувано, но неизпробвано

2 = запланувано и изпробвано

3 = запланувано и изпробвано, временни подобрения

4 = запланувано и изпробвано, без временни подобрения

5 = запланувано и изпробвано, не мога да преценя дали има временни подобрения

6 = запланувано и изпробвано, временни и цялостни подобрения

7 = запланувано и изпробвано, временни подобрения, цялостни не

8 = запланувано и изпробвано, временни подобрения, цялостни не мога да преценя

9 = запланувано и изпробвано, без временни и цялостни подобрения

10 = запланувано и изпробвано, временни не мога да преценя, цялостни подобрения да

12 = запланувано и изпробвано, временни подобрения не мога да преценя, без цялостни подобрения

12 = запланувано и изпробвано, не мога да преценя, дали има временни и цялостни подобрения

19 = липсващи стойности

Следните описания на отделни случаи ни дават поглед върху биографията на клиента, дейностите по CLIPPER и оценката на успеха на работата на фона на влошаващото се в течение на времето здравно състояние на домащият.

В първият случай „Петър” (с лека деменция) в CLIPPER-планът С3 са засегнати дейности, които домащият е вършил и преди с удоволствие (виж колонка С1)

Във вторият случай „Христина” (лека деменция с апатично състояние) са представени преценките и усилията на служителките за дейности по CLIPPER-плана, които засягат нови, неизвършвани досега от клиентката дейности (код 4 във въпросника) както и други практикувани ежедневни дейности.

Третият случай „Пена” (агресивно държание) ни показва, че тук не е било възможно да бъдат планирани много дейности, както и че успеха на интервенцията е труден за оценка.

### 3.1 Случаят „Петър”: лека деменция

Случай 4-2 „Петър”
--------------------

година на раждане: 1944
-------------------------

#### Физическа и психическа констатация

	t1	t2	t3
Ориентация	2	2	2
Памет	2	2	2
Говор/слух	4	4	4
Подвижност/моторика	3	2	2
Поведение	4	3	3
<b>Индекс</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

### Обобщение на етапите 1-4 на „CLIPPER“

Дейност	С1	С3/С4: Кои дейности бяха избрани между t1 и t2?	С4
Душ	1		
Помощ при миене на косата	3		
Помощ при подстригване	3		
Помощ при ресане на косата	1		
Помощ при зъбната хигиена	3		
Помощ при маникюра	4		
Да поседим при пациента и да му подържим ръката	1	Санитар, соц. работник или физиотерапевт: дневно; син и приятелка: 2 пъти седмично	6
Да го прегърнем	1	Мед. работник: 2 пъти седмично	6
Масажиране	3		
Докосване и усещане на различни обекти, повърхности и тъкани	1	Да пълни торбички с пясък, зърно и да отгатва съдържанието им	12
Слушане на музика	1	Да получи касетка с любимата музика: 3 x седмично	8
Слушане на успокояваща музика	1		
Гледка към цветя и растения	3	Да полива със санитарката два пъти седмично цветята на етаж	8
Разглеждане на лични вещи	4		
Гледка към специални предмети	4		
Хапване на сладки, шоколад и др.	1	Да помолим сина му да му носи сладки	8
Специални напитки	1	Да помолим приятелката му да му донесе неговата любима напитка, без да превишаваме позволената норма	8
Специални аромати	4		
Да има с кого да си побъбри	1		
Приемане на посетители	1		
Контакт с животни	4		
Гледане на телевизия	3	Да гледа спортни и музикални предавания по телевизията – 3 пъти седмично под отговорността на мед. сестра	12
Пеене на песни	1	Да се включи в певческа група. Музикална терапия и седящ танц: два пъти седмично	6
Избиране на подходящо облекло	1		
Разглеждане на собствени снимки и снимки на приятелите и семейството	1		
Разглеждане на избрани книги	4		
Четене или разглеждане на книги, списания или вестници	3		
Нареждане на прост пъзел	4		
Бродиране, плетене, дърворезба	4		
Помощ при прости домакински дейности като бърсане на прах, оправяне на легла и др.	2		
Посещение на група по гимнастика	3		
Кръжоци (например дискуссионен кръг, група по готварство, градинарство)	4		
Игри или спорт в група	4		
Занимателни игри на маса	1		
Религиозна група или богослужение.	4		
Излизане навън, разходка	1	С подкрепата на соц. работник, мед. сестра, физиотерапевт	6
При хубаво време да се сядат на чист въздух	1	С подкрепата на соц. работник, мед. сестра, физиотерапевт	6
Автомобилно или автобусно пътуване	1		
У дома при семейството и приятелите	1	Да помолим сина му един път седмично да го води на разходка с колата	6
На обществено място	1	С помощта на персонала да го водим на кино, театър, по магазините: един път седмично	1

### 3.1.1 Биографични данни

Петър<sup>6</sup> е роден в обикновено работническо семейство от село, разположено в региона на град Сливен. След като прекарва детството си в родното си село, той се премества по-късно в града, където завършва образование си в техникум за строителна дейност. След това работи като строителен работник. Той е много ценен и уважаван от колегите и подчинените си и принадлежи към квалифицираните работни кадри. Работи пет години, придружен от жена си, в автономната Съветска Република Коми като строителен работник. С нея се запознава в Казанлък. Двамата винаги са се разбирали добре и са били неразделни. Тя е описвана като изключително грижовна и топлосърдечна личност. Двамата имат двама сина.

Големият удар за Петър идва с разболяването на жена му от рак и нейната смърт в следствие на болестта. Загубата ѝ представлява тежък съдбоносен удар за Петър. Останал самичък, бащата се грижи за децата си, които по време на смъртта на майка им са още подрастващи тинейджъри. Той поема пълната отговорност за тях, успява да ги мотивира в обучението им и организира с огромна радост техните сватби. Синовете му разказват по-късно, че за него трябва да е било много тежко да присъства сам на техните сватби. В най-значителните и важни моменти в живота му липсва особено много възможността да споделя всички радости и мъки с жена си.

Година след смъртта на жена си и след пенсионирането си Петър живее в семейството на най-малкия си син. Малкият апартамент принадлежи на снаха му. Поради тази причина Петър не желае да пречи на младото семейство, освен това самият той е още млад. По собствено желание си наема сам квартира. Същевременно се запознава с една жена, която става и негова приятелка. Не живеят заедно, но се виждат често. Тя приготвя любимите му ястия, двамата ходят често на ресторант, при което Петър винаги е добре облечен и носи, подобаващо за случая, костюм и вратовръзка.

По-големият му син живее със семейството си в чужбина. Според доклада на социалната работничка съществуват особено топлосърдечни взаимоотношения между Петър и живеещия в Казанлък по-малък син. Със своята загриженост синът като че ли иска да се отблагодари на баща си за всички жертви и лишения, които той е понесъл по време на отглеждането на двамата си сина. Изглежда, че през детството децата особено осезателно са почувствали с каква преданост се е грижел баща им за тях и сега му връщат любовта. Синът разказва, че за него е дълг, но и голяма радост да може да върне на баща си това, което е получил от него. Често го посещава и двамата се разхождат ръка за ръка.

Петър постъпва в дома след инсулт. Той страда от хипертония, която впоследствие довежда до инсулта. Апоплексията се изразява в обездвижване на едната страна на тялото и проблеми с придвижването.

---

<sup>6</sup> Името е променено

Въпреки това Петър успява сам да се придвижва. Тъй като в следствие на мозъчния удър говорните способности са силно засегнати, всички автобиографични данни предоставя неговият син. Контактът с Петър се осъществява с помощта на жестове, мимики и снимки, които той показва, когато желае нещо.

При постъпването му в дома той е в тежко състояние с нарушена способност за ориентация и частично депресивно поведение, следвано от състояния на агресия. В началото възникват конфликти с обитателите на стаята. Тези конфликти правят необходимо прехвърлянето му в отделението за интензивни и тежки санитарни грижи. По-късно, месец след неговото постъпване в дома, състоянието му се подобрява осезателно. Паралелно с добрите постижения на персонала в областта на обгрижването се изтъква връзката със сина му и бързата аклиматизация като причини за подобрението на неговото състояние.

Синът посещава баща си почти всеки ден. Ако е възпрепятстван поради работата си, той идва поне веднъж седмично. Помага му дори при неговото обгрижване.

Петър е бил винаги весел и мил човек, отворен и приятелски настроен, поради което е имал много приятели. Описват го като „душата на компанията”. Може много добре да свири на кавал. Бил е много талантлив и сам се е учил на всичко. Празнувал е много често и е обичал живота в компания. Още с първия поглед човек открива в него едно излъчването на благородство. Синът му го описва като „един много добър човек”. Децата го наричат „добрия татко”. Когато децата са били малки, всяка година Петър е правил излети с тях.

Приятелката му го посещава най-малкото два пъти в седмицата, разхожда се и разговаря с него. В началото се представила за негова сестра. Понеже се срамува от ситуацията, тя избягва близък контакт със служителите. Изглежда фактът, че двама възрастни хора са заедно, а същевременно не са сключвали брак, до известна степен я притеснява и тя се опасява „какво ще кажат хората”. Служителите искат контакта ѝ с Петър в никакъв случай да не прекъсва, понеже тя е голяма опора за него. В началото имало трудности с една жителка на дома, която също търсела близостта на Петър. Имало моменти на ревнивост и леки конфликти, но след разговори със служителите положението било овладяно без трудност.

### 3.1.2 Дейностите по CLIPPER

След постъпването си в дома Петър е бил сравнително пасивен. След адаптацията си показва засилени интереси, например да се разхожда. Понеже музиката е играла голяма роля в неговият живот, с удоволствие слуша радио.

Служителите оценяват дейностите на CLIPPER-плана по следният начин (колонка С4):

- „Да подържим ръка и да го прегърнем“: биват редовно практикувани. Служителите разказват, че не е никак трудно да прегърнат този мил човек. Петър обича и се наслаждава на това внимание. При него също съществува необходимостта да се грижи за другите. Социалната служителка наблюдава как Петър често ходи при кучето, което принадлежи на дома, и го гали.
- Заради неговите кратки моменти на проблематична концентрация, „Поливането на цветята“ осигурява само едно моментно и временно подобрене на неговото добро настроение. Както вече бе споменато, жителят на дома има добра нагласа към изпълнението на активни дейности, но успехи за дълъг период от време са трудни за планиране, тъй като неговите способности за възприемане и обработка на информация са ограничени.
- „Сладки храни и специални напитки“: Понеже за тези дейности отговорността пада върху близките и роднините, трудно е да се прецени как да се тълкуват дълготрайните ефекти в тази насока. Факт е, че Петър пие и се храни с удоволствие, и то често с ръце.
- „Телевизия – гледане на спортни и музикални предавания“: Като млад, синът му е бил атлет и Петър е обичал да гледа спортни предавания. Причината за несигурната преценка на влиянието на това занимание върху Петър се дължи на неговите намалени способности за концентрация. От начало той започва с удоволствие да гледа телевизия, но след кратко време концентрацията му намалява и той напуска стаята. Служителите са на мнение, че причините за лошата концентрация са мозъчните увреждания в резултат от инсулта.
- „Пеене на песни“: Човек би допуснал, че заради любовта си към музиката, Петър с удоволствие ще практикува тази дейност. Но и тук е различно. Има дни, в които домуващият с наслада се отдава на музиката, но и такива, в които не проявява никакъв интерес и не е активен. Понякога е завладян тотално от груповите игри и прави шеги, като например неочаквано да подаде топката на участник в играта, който не я очаква и не е подготвен за това. В „добри дни“ той е движещата сила в игрите. Понякога, когато забележи, че служителите са сериозни, започва да се смее. Така се опитва да разсмее и другите.
- „Разходки“: Дейностите „При хубаво време да се сяде на чист въздух“ и „посещение на приятели и роднини“ са редовно предприемани. Движението е добра терапия за Петър. След ежедневните разходки се



прибира видимо успокоен и релаксирал. Често се разхожда бос. Изглежда това много му помага и действа като истински масаж.

- „Посещение на обществени места” – Планът не е осъществен.

Петър е доказан индивидуалист, той взима самостоятелно решенията си. Понякога става рано сутрин, за да може да се разхожда. Междувременно излиза по собствена инициатива в града, където социалната служителка го е срещала. Трябва да е бил на павилион за закуски, понеже е имал следи от храна на лицето си. Това показва, че той е все още в състояние да взима участие в обществения живот.

Въпреки това за него е трудно да запази и развие в дългосрочни перспективи интересите си към различни дейности. Изключително трудно се осъществяват дейности в група. Понякога напуска неочаквано стаята. Има случаи, когато се връща при групата. Не е трудно да бъде поощрен за определена дейност, но концентрацията му не трае дълго.

По думите на служителите Петър е едновременно „труден” и „лесен”. Петър може да бъде и агресивен, ако човек се приближи много близко до него. Тогава може и да посегне с ръка. Той обаче е в състояние да прецени добре с кого може да се държи така и с кого не. Служителите наблюдават, че когато се намира в ситуации, в които не може да изрази нуждите си, става нервен и недоволен. Това може да е причина за променливите настроения при него. Заради неговата добронамерена и по принцип спокойна натура в повечето проблематични ситуации рядко се стига до тежки конфликти. Главните проблеми идват от неговите увреждания и свързаните с това усложнения в придружаването и обгрижването.

### 3.2 Случаят „Христина“: Лека деменция с апатия

Случай номер: 4-5 („Христина”)	година на раждане: 1928
--------------------------------	-------------------------

#### Физическа и психическа констатация

	t1	t2	t3
Ориентация	2	2	4
Памет	3	3	4
Говор/слух	2	2	3
Подвижност/моторика	4	4	4
Поведение	2	2	4
<b>Индекс</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>19</b>

### Обобщение на етапите 1-4 на „CLIPPER“

	C1	C3 и C4: Кои дейности бяха избрани между t1 и t2?	C4
Душ	1		
Помощ при миене на косата	3		
Помощ при подстригване	3		
Помощ при ресане на косата	3		
Помощ при зъбната хигиена	1		
Помощ при маникюра	4		
Да поседим при пациента и да му подържим ръката	1	От сина ѝ или от служителите	8
Да го прегърнем	1	От социалния работник	8
Масажиране	1	Рехабилитичен масаж: един път в седмицата	6
Докосване и усещане на различни обекти, повърхности и тъкани	1	Игри с топка, с помощта на персонала	9
Слушане на музика	2		
Слушане на успокояваща музика	1		
Гледка към цветя и растения	4		
Разглеждане на лични вещи	4		
Гледка към специални предмети	4		
Хапване на сладки, шоколад и др.	1	Един път седмично синът ѝ да ѝ носи сладки	6
Специални напитки	4	Да получи любимия си чай	6
Специални аромати	1	Да вдъхва мириса на хубав парфюм	1
Да има с кого да си побъбри	1	Един път седмично да разговаря със соц. работник спомени от живота си	7
Приемане на посетители	1		
Контакт с животни	4		
Гледане на телевизия	1		
Пеене на песни	1		
Избиране на подходящо облекло	3		
Разглеждане на собствени снимки снимки на приятелите и семейството	4	Синът ѝ трябва да ѝ донесе нейните картини и снимки	1
Разглеждане на избрани книги	4		
Четене или разглеждане на книги, списания или вестници	4		
Нареждане на прост пъзел	4		
Бродирание, плетене, дърворезба	4		
Помощ при прости домакински дейности като бърсане на прах, оправяне на легла и др.	3		
Посещение на група по гимнастика	4		
Кръжоци (например дискуссионен кръг, група по готварство, градинарство)	4	Да взема участие в групови дейности	8
Игри или спорт в група	4		
Занимателни игри на маса	4		
Религиозна група или богослужение.	4		
Излизане навън, разходка	1		
При хубаво време да се сядат на чист въздух	1	При хубаво време да стои на балкона	6
Автомобилно или автобусно пътуване	1		
У дома при семейството и приятелите	1		
На обществено място	3		

### 3.2.1 Биографични данни

При постъпването си в дома на възраст от 65 години Христина<sup>7</sup> е още съвсем самостоятелна и не се нуждае от помощ или подкрепа. Първоначално живее сама в единична стая, в момента е настанена в отделение за лежачи.

Христина е родена в малко село, намиращо се в близост до Чирпан, в семейство на работници. По-късно родителите ѝ се преместват да живеят в Казанлък, понеже бащата намира там работа. Христина тръгва на училище и завършва обучението си в техникума по текстил в Казанлък. Шиенето за нея не представлява работа, а хоби. Христина е човек, който бързо учи. Така тя успява сама да се научи на много дейности. В Казанлък се запознава с мъжа си, който работи в големия оръжеен завод на града. Христина също си намира работа във фабриката.

Тя има двама сина, една дъщеря и много внуци. След трудова злополука, в която мъжът ѝ загива, Христина се премества в семейството на живеещия в Казанлък неин син. Използва възможността да се пенсионира по-рано.<sup>8</sup> Понеже жилището на сина ѝ е много малко, Христина решава да постъпи в дом за възрастни хора, за да не пречи на младото семейство. Така тя постъпва в старческият дом в едно стабилно за годините ѝ здравословно състояние. Служителите я описват в началото като една доволна и щастлива жена, която винаги е с усмивка на лицето. Христина търси връзка с другите и е много контактна. Също така има интереси и хобита като четене и шиене. Така в началото не са ѝ липсвали занимания.

В резултат на моменталното бързо влошаващо се здравословно състояние, почти нищо не се е запазило от това. Много често е падала и се е наложило да бъде преместена в стая с повече обитатели, за да ѝ се осигури по-добър надзор. Тя е с диагноза артериосклероза, също така съществуват и съмнения за лека деменция. Служителите са на мнение, че бързото влошаване не се дължи на склерозата. Според тях силните психически натоварвания са виновни за това. Бракът на живеещия в Казанлък неин син се проваля и той започва да пие. Често посещава майка си в дома и я моли за пари, за да може да си набави алкохол. Понеже Христина е била грижовна майка и е обичала децата си, не може да отхвърли молбите му и му дава част от малка си пенсия. Така самата може да си позволи по-малко неща. Синът ѝ идва дори в деня, в който се изплащат пенсиите и моли майка си да му дава пари. Служителите се опитват да опазват Христина от него, понеже тя не може да се противопостави на това „ограбване“. По мнение на служителите кооперативни отношения с него са невъзможни, понякога той идва дори пиян в дома. Служителите го описват като „изпаднал човек“, който не показва никакви задръжки и е готов да влезе в конфликт с тях.

Другите ѝ деца почти не я посещават. Вторият ѝ син, междувременно успял бизнесмен от Варна и също разведен, идвал по-рано с приятелката

---

<sup>7</sup> Името е променено

<sup>8</sup> Работещите в завода за оръжия са ползували по-рано много привилегии, едно от която е възможността за по-ранно пенсиониране.

си в Казанлък и извеждал майка си навън. Те излизали с Христина и една друга жителка на дома навън. Служителите разказват, че те са посещавали много ресторанти, заведения и мероприятия и са празнували във „весели компании“. Постепенно тези посещения престанали. Дъщерята на Христина, която има студено отношение към майка си, почти не се появява. Само снахата (бившата жена на живеещият в Казанлък син) я посещава от време на време. Ако Христина се нуждае от нещо, може да се обърне към нея.

Докато била още самостоятелна, Христина е имала редовен контакт с жител на дома. Затова имало проблеми с друга жителка на дома, която била с малко по-тежък характер. Друго не е известно, но това изразява, че Христина е била активна и доволна от живота. Контактът и дейностите с другата домуваща, с която са излизали заедно при посещенията на сина й от Варна, също така са прекъснати.

### **3.2.2 Дейностите по CLIPPER**

Първо са представени мненията на служителите за дейностите от CLIPPER-плана. Тези до този момент непроведени занимания (код 4 от CLIPPER-въпросника) са били подложени на усилените действия за тяхното развитие.

- „Специални напитки“ и „Хапване на сладки“: По думите на служителката, естествените физически нужди са налице. Христина се храни с удоволствие. Покупките не се извършват от сина й, както е било планирано. Служителката и снахата на Христина (нередовно) се грижат за това.
- „Разглеждане на лични снимки и вещи“: В дома Христина няма снимки или други материали със спомени. Било планирано синът й да донесе такива. Поради некооперативното отношение на сина, това не е осъществено.
- „Кръжоци“: Служителите се опитват да я подтикнат към повече групови дейности и компания с цел да възбудят желанието й за живот. Христина взема нередовно участие в груповите занимания. Една служителка казва: „Тя се примири с това, че някой я води там.“ Не показва никакви емоции, приема предложенията, без да показва дали заниманието й харесва или не. Поради тази причина е трудно работата в група да се степенува като успех или неуспех.

Какъв ефект имаха другите CLIPPER-дейности?

- „Държене за ръка и прегръдка“: Несигурната преценка на дългосрочния успех в колонката С4, се обосновава на факта, че нарастващата нужда от грижи и физическото разграждане на тялото води до засилване на депресивните настроения и до апатично държание на пациентката. За служителката не е било ясно, дали проведените дейности ще доведат до дълготрайни позитивни промени. Въпреки това трябва да се отбележи, че при клиентката са наблюдавани краткотрайни подобрения на настроението й.

- „Масажирането“: показва успех и продължава да бъде провеждано. Христина се чувства след тази процедура релаксирала и се наслаждава на масажите.
- „Докосване и усещане на различни обекти, повърхности и тъкани“: Домуващата понася това и не създава проблеми, но остава пасивна. Явно по този начин човек не може да я заинтригува. За нея всичко е безразлично. Преди е било съвсем различно.
- „Специални аромати (парфюм)“: тази дейност не е изпълнена.
- „Да си побъбри с някого за спомените си“: Показва значителен интерес да говори за спомените си и дава чувството, че това занимание много ѝ харесва. Жените в нейната стая имат силно изразени физически и душевни усложнения и може би затова тя търси контакт и разговори с някого. Говори с удоволствие за живота си, въпреки че той не е изпълнен с особени преживявания. Животът ѝ преминава покрай грижи за мъжа и децата ѝ, без отпуски и пътувания.
- „При хубаво време да се сяда на чист въздух на балкона“: Христина седи с удоволствие на терасата или се разхожда в двора. Така няма чувството, че е прекъснала връзката си с живота навън. Служителите се стараят да запазят у нея това „нормално и елементарно“ чувство.

Междувременно почти не става от леглото и е силно зависима от грижи. От интересите ѝ към четене и към напитки, които са били налице с постъпването в дома, почти нищо не е останало. Христина е изгубила желание за живот. Човек може да разговаря с нея, контакт може да се осъществи. Въпреки това, тя все едно не присъства и показва апатия. Влошеното ѝ душевно и физическо състояние не позволява участието ѝ в много дейности. Харесва ѝ да се придвижва с инвалидния стол, да седи на терасата и да наслаждава на свежия въздух.

По мнение на служителите, с настъпването на неспособността ѝ да се грижи сама за себе си и да бъде самостоятелна, тя е загубила желание за по-нататъшен живот. Явно не може да приеме факта, че други трябва да се грижат за нея и че тя е зависима от тях. Формулирано по друг начин, служителите мислят, че ако тя приеме „съдбата“ си и факта, че е зависима от грижи, тогава би било възможно да реагира положително към провеждащите се занимания. Недостатъчно честите контакти с нейните деца също не ѝ се отразяват добре. По мнение на служителите, те са един допълнителен фактор, водещ до влошаване на състоянието ѝ.

### 3.3 Случаят „Пена“: средно развита деменция

Случай номер: 6-4 („Пена“)

година на раждане: 1936

#### Физическа и психическа констатация

	t1	t2	t3
Ориентация	3	3	5
Памет	4	2	4
Говор/слух	3	2	3
Подвижност/моторика	1	1	5
Поведение	3	3	4
<b>Индекс</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>21</b>

#### Обобщение на етапите 1-4 на „CLIPPER“

Aktivität	C1	C3 и C4: Кои дейности бяха избрани между t1 и t2?	C4
Да поседим при пациента и да му подържим ръката	1	Два пъти седмично да стоим при нея, да ѝ държим ръката и да я прегърнем	8
Да го прегърнем	1	Два пъти седмично да стоим при нея, да ѝ държим ръката и да я прегърнем	8
Кръжоци (например дискуссионен кръг, група по готварство, градинарство)	1	Да комуникира с повече хора при игри и разходки, да се разшири кръга ѝ от приятели	8
Излизане навън, разходка	1	Да се разхожда в градината на парка, разходки също и при посещение у дома	8

#### 3.3.1 Биографични данни.

За семейството ѝ се знае много малко, известно е, че Пена<sup>9</sup> има две дъщери. Роднините ѝ почти не я посещават. Тъй като грижите за нея в къщи стават почти невъзможни (Пена е в състояние на агресия и е способна да напада) търсят дом, в който тя да постъпи. Така тя е приета в дома за възрастни хора с деменция. Служителите докладват, че тя всеки ден си приготвя куфарите и иска да напусне дома.

На пръв поглед дементното ѝ заболяване не се забелязва. Описват я като спретнато облечена и добре изглеждаща жена. Когато е била още мобилна са съществували известни успехи в работата с нея. Разговорите и контактите с нея са се осъществявали без значими трудности. Може да се каже, че ѝ липсва цялостна мотивация да взема участия в различни дейности. Инициативата никога не е идвала от нейна страна, това споделят служителите.

При постъпването си в дома не показва никакви интереси към дейности и занимания. По думи на служителката Пена има възможностите да взема участие във всичките предлагани дейности в свободното време. Постигнато е нейно участие в различни мероприятия, макар и не толкова редовно. Но по-късно Пена се „усамотява“ и става много трудно да се

<sup>9</sup> Името е променено

продължи участието ѝ. След едно нежелано падане и свързаните с него усложнения, тенденцията към засилване на неактивността ѝ се увеличава. Като цяло служителите полагат всякакви усилия, за да влязат в нейния „свят“, но това се оказва трудно начинание.

При нея става въпрос за дементно заболяване със симптоми на агресивност. Преди падането е била много подвижна и се е наблюдавало типичното за дементно болните пациенти неспокойствие. При падането се счупва бедрената кост. Този случай носи тежки последици за жителката на дома, които довеждат не само до влошаването на телестното, а и на психичното ѝ състояние.<sup>10</sup> Некооперативното ѝ поведение усложнява допълнително ситуацията и въздейства негативно на плановете за рехабилитация. Служителите са на мнение, че липсващият контакт на Пена с нейните роднини изиграва голяма роля в развитието на дементното заболяване. Често е стимулирана от социалните работници да взема участие в групови или културни мероприятия. Понякога отказва веднага, друг път се съгласява. Понякога тя става неочаквано и напуска провеждащите се занимания.

При другите жители на дома съществуват контакти с роднините, които са различни по форма и интензивност. Домуващите биват посещавани от близките си в дома или те ги взимат при тях за посещение в къщи. При Пена това е съвсем различно. Прави впечатление, че тя никога не говори за дъщерите си и същевременно не е посещавана от тях. Често е запитвана за това, но тя избягва тези разговори. Също така не я посещават по-далечни роднини или съседи. Не моли и персонала за телефонен разговор с близките си. Попитат ли я за семейството ѝ, Пена не издава никакви чувства – нито на тъга, нито на радост. Тази емоционална апатия е много странна. Единственият факт, който може да доведе до заключението, че семейството ѝ ѝ липсва, е нейната изразена нужда (и типичното за дементно болни поведение) да излиза навън, да пътува или да се прибере в къщи.

Служителите наблюдават, че дементно болни и силно дезориентирани жители на дома, които често не разпознават роднините си или показват неспокойно и неадекватно поведение, при посещения или телесни контакти (държане на ръце, прегръдки) с близките си, често могат да си „спомнят“ кой е този човек. Те стават спокойни и неадекватното поведение изчезва. По този начин малкото налични ресурси се запазват и жителите показват видимо, макар и краткотрайно, стабилизиране.

Не само контактът с близките и роднините е труден. Пена не успява да създаде социални връзки и с жителите на дома. Описват я като определено трудна индивидуалистка. Тя не може да намери подходяща

---

<sup>10</sup> Промените при Пена идват много бързо. След падането и счупването на бедрото ѝ много бързо настъпва спад на физически и психически способности. Рехабилитация и възстановяване на телесни и когнитивни способности на предишно ниво не могат да бъде постигнати. При други жители, пострадали от подобно падане, не се е наблюдавало толкова силно разграждане на телесно-душевните функции, както при Пена, или те бавно са придибвали старите способности.

личност, с която да създаде приятелство или запознанство. Търси преди всичко самотата и не допуска никого в близост до себе си.

На това място служителката обръща внимание на границите на работа с дементно болни жители. Планирани и изпробвани са различни дейности, представят се различни предложения за занимания и човек се старее да постигне подобрения, но в крайна сметка желаните успехи са тясно зависими от стадия на болестта, от готовността на клиента да взема участие и други фактори, като един от най-значителният е подкрепата от страна на близките.

### 3.3.2 Дейностите по CLIPPER

При съблюдаване на дейностите прави впечатление, че тези са много малко, но с удоволствие са изпълнявани от жителката на дома (Код 1 в колонка С1). Работено е с малкото налични ресурси с цел те да бъдат доразвити. Като се вземат в предвид гореописаните трудности в общуването с пациентката, изглежда избраната стратегия се оказва логична.

Служителите дават към действията на CLIPPER-плана следните оценки в полето С4:

- „Държене за ръка и прегръщане“: Въпреки агресивното поведение, което жителката показва към персонала, при провеждане на дейностите прави впечатление, че реагира позитивно, когато някой седи до нея, държи ръката ѝ или я прегръща. Тя приема това с желание. Упражняването на тази дейност показва преди всичко краткотрайни позитивни резултати: тя става по-отпусната и спокойна, човек може да разговаря с нея, до известна степен се отпуска и показва чувства и емоции. Телесният контакт с нея е единствената ефективна стратегия за дистанциране от агресивното ѝ поведение. Служителите докладват, че често „приготвя куфарите си“ и иска да напусне дома. При опит да я задържат тя става агресивна и напада с ръце. Ако служителите я заговорят спокойно, вземат я под ръка или дори излезнат за кратко с нея извън заведението, Пена става по-спокойна и се връща обратно в дома.
- „Кръжоци“: В началото заниманията са проведени и Пена взема участие в часовете с игри. Дори и междувременно да става и да напуска заниманието или да показва агресия, служителите приемат тези дейности като успех за нея (успокоение, занимание, разсейване). От наблюдението на поведението ѝ в група е събиран опит и познания за подходящо общуване с нея. За съжаление този процес не е траел дълго и не е завършен, поради бързо влошаващото се здравословно състояние на пациентката.
- „Излизане навън, разходка (в инвалиден стол)“: В началото персоналет изпробва упражняването на тези дейности. Провеждат се редовни разходки в инвалиден стол, дори след като е счупила бедрото си. Целта е била да се разшири кръга ѝ от запознанства и да се мотивира клиентката за други подобни дейности. Желаната цел е била да се



подсили собствената инициатива на жителката на дома, да се развие нейната активност и способността ѝ, сама да предприема подобни акции в ежедневието си. Желанието е било да се достигне състояние, като например да се разхожда с други жители на дома, да ги кани на кафе в стаята си и др. По-късно целите са коригирани. Става ясно, че поставените цели са твърде високи.

По-скоро е нужно да се открие път към нейният свят и да се използват наличните ресурси. Намирането на достъп до света на клиентката служителите описват като главния успех при Пена. Това дава възможности за по-нататъшна работа с нея. За тази цел предложените занимания и дейности представляват правилно избраният инструмент и със своята функционалност те допринасят за задържане на ресурсите. На това място служителите припомнят, че работата с CLIPPER - плана има успех само когато се прилага дългосрочно. С една дву- или тримесечна фаза не може да се постигне поставената цел, понеже времето е недостатъчно, а влошавания при дементно болни могат да настъпят бързо. Тук също прави впечатление, че служителите имат реалистични представи за болеста. Да се формулира успехът в намиране на достъп до „вътрешният“ свят на пациентката е със сигурност една правилно избрана стратегия в работата с дементноболни в напреднал стадий. Важно е да се работи с наличните ресурси.

#### **4 Обща оценка на интервенцията с CLIPPER**

Най-значимият успех на работата с CLIPPER-въпросника служителите виждат в съдържащите се в него възможности за целенасочена интервенция. Чрез работата с CLIPPER вниманието на служителите се концентрира върху ресурсите на домуващия. Стреми се развитие на неговия потенциал в незасегнатите от деменцията физически и когнитивни области и се поставят определени цели, които след известно време се евалуират. Така се постига един процес на постоянно подобрене на качеството на социалния живот на домуващия.

Трябва да бъде споменато също така, че чрез работата с въпросника се засяга на първо място комуникацията с домуващия. Работещите с CLIPPER са „принудени“ да наблюдават клиента, да се занимават с неговата биография и по този начин да изградят една представа за неговите предпочитания и нужди. Те са принудени да търсят достъп до света на дементния. Работата с CLIPPER се осъществява в един затворен кръговрат. Неговите елементи са наблюдение, поставяне на цели и тяхното оформяне в план, изпълнение на плана и следваща оценка на постигнатите успехи/неуспехи чрез повторно наблюдение и евалуация. Първоначално поставени нереални цели, които не отговарят на възможностите на клиента, могат да бъдат по този начин идентифицирани и коригирани. Така кръгът се затваря и чрез поставяне на нови цели и нов план (следващ кръг) се подобрява процеса на социално обгрижване на домуващия.

От проведените интервюта с взелите участие в работата с CLIPPER служители става ясно, че те я оценяват като много прогресивна. Този успех не се може да бъде формулиран в цел лекуване на болестта или в „рехабилитация“ на деменцията, а в намирането на достъп до вътрешния свят на дементно болния. Това говори за добри научни и социологични познания на персонала относно особеностите на деменцията. Освен това една такава професионална нагласа „защитава“ персонала от разочарования и от синдрома на професионално изчерпване „бърн аут“. По този начин те могат да постигнат повече успехи. Те виждат своята роля в изпълнението на своя професионален дълг. Същевременно са наясно, че и други фактори играят роля за успеха или неуспеха на тяхната дейност.

Служителите дават много добър баланс на работата с CLIPPER по следните причини, които описват успеха на тази работа:

1. CLIPPER фокусира вниманието на персонала върху много важни области за дементноболните – контакт, комуникация, активност.
2. Така създалото се комуникиране под формата на дейности (а) между служители и дементни домакущи, (б) между самите домакущи и в най-добрият случай (в) между клиентите и техните близки има положително въздействие върху всички участници в процеса.
3. Чрез работата с CLIPPER е постигнато разширение на професионалния кръгзор на служителите.
4. Работата с CLIPPER води до задълбочаващо занимание с биографията на всеки един отделен клиент и така до индивидуално обгрижване.
5. Наблюдението и заниманията с дементно болните домакущи води до по-добро разбиране на техните нужди и по-лесен достъп до тях.
6. Дейностите в CLIPPER дават повече теми и възможности за работа и социални грижи със засегнатите от болестта, което води до улесняване на обгрижването.
7. CLIPPER интегрира успешно близките на клиентите в процеса на обгрижване.

Като примери за практическото ползване на CLIPPER бяха описани ситуации, в които дементни домакущи са били агресивни и са посягали на персонала. Преди работата с CLIPPER не се е знаело как са се реагира в такава ситуация и често са възниквали конфликти с персонала. CLIPPER-ите и методът на валидация са направили персонала по-уверен и по-разбран за мотивите на клиентите. Разработените нови начини за реагиране водят до успокоение на клиентите. Служителите споменават, че е разработен нов „стил на работа“ и „държание“, които са усвоени успешно от тях и автоматично се употребяват. Това развитие в работата с дементно болните може да се определи като едно голямо постижение.

## 5 Резюме

Представеното по-долу обобщение е резултат от едно допитване<sup>11</sup> до служителки на домовете в Казанлък в края на проекта.

### 5.1 Резюме по темата „Работа с CLIPPER“

*Колко време отнема работата с CLIPPER?*

Най-много време отнема наблюдението на пациентите, но то може да се извършва наред с „нормалната“ работа. За попълването на С1, мисловната работа при планирането на дейностите по С3 и систематичното оценяване на С4, разговорите с домакущите, близките и колегите също е необходим голям времеви ресурс. Тъй като обаче служителките имат чувството, че работата с CLIPPER е успешна, те не обръщат голямо внимание на времеви аспект.

*Посочват ли се достатъчно дейности за изготвянето на индивидуален жизнен профил?*

Да, дейностите покриват всички жизнени сфери. Списъкът в CLIPPER може да остане както е, но някои от дейностите трябва да се адаптират към българските условия.

Да се допълнят дейности, които са по-близки до народностния менталитет на българите – напр. народни танци, плетене и „разплитане“, домакински дейности, напр. метене, бърсане на прах, готвене и др.

Да се извадят игри, които не познават. „Да вземем вана“ не беше подходяща дейност, тъй като много от домакущите идват от селата и не познават ваните в съвременния им вид. Маникюр и педикюр: за много от домакущите тези дейности означаваха просто изрязване на ноктите, а не цялостни грижи за ноктите, ръцете и краката. Пъзелите също бяха нещо необичайно за много от тях. Да се играе гимнастика често пъти беше възможно само при наличието на топка.

*Работата с CLIPPER имаше ли ефект?*

Да, работата с CLIPPER „принуждава“ да се работи по-интензивно с биографията на домакущия. В резултат се стига до по-различен подход към човека и до по-индивидуално обгрижване. Общуването с домакущия започва да се основава повече на висока оценка, внимание, респект, фина чувствителност и разбиране.

### 5.2 Заключение към темата „Работа със стари хора в България“

#### Разбирането за старостта в България

В България все още липсва изявена култура по отношение на старостта, която да оценява и използва положително нейните потенциали. Новото, положително и ориентирано към ресурсите разбиране за старостта по европейски образец на практика не съществува. Саморазбирането на

---

<sup>11</sup> Интервютата бяха проведени от Стефан Кунделов.

старите хора в България е ориентирано към дефицита. Това затруднява работата с тях. Този проблем може да се поясни с един пример. На въпроса на една служителка защо носи черно, домуващата отговаря: „Аз съм стара, старите хора носят тъмни дрехи“.

Общо взето липсва и култура на диалог и комуникация за остаряването. Този диалог трябва да започва по-рано, още в семействата. Старите хора постъпват в домовете най-често с тежки увреждания, претоварени от бързото нанасяне, в напреднал стадий на болестта им. Някои от близките не са честни към тях, казват им, че само ще постъпят в болница и след това пак ще се приберат в къщи. Домуващите се нуждаят от много време, за да се възстановят след този шок. За служителите е трудно да работят добре по обгрижването и активирането в такава екстремна ситуация.

### **Късно установяване на деменцията**

Причините за особената тежест на работата с болни от деменция се крият и в по правило късното установяване на диагнозата, както и в липсата на информация за заболяването сред широката общественост. Деменцията трудно се открива в началния стадий. В много от семействата, които са предимно от скромни произход, липсват всякакви познания за деменцията и преди всичко за подхода към това заболяване. Често в семейството възникват конфликти, близките не могат „да разберат“ дементния. Често болните реагират на това със затваряне в себе си и „капсулиране“. Поради късното настаняване в дома, в един напреднал стадий на деменцията, често пъти е много трудно да се установи интензивен контакт с домуващия. От това силно страда терапевтичната работа.

Освен това липсва информация в широката общественост. Домашните лекари също трябва да бъдат сензибилизирани на тема „деменция“. Особено голяма е липсата на предлагане на обгрижване и заетост в началния стадий на болестта. Когато се стигне до постъпване в дом, само малцина от близките и клиентите са добре подготвени за такъв преход. Повечето клиенти постъпват в дома със силни психически и физически увреждания. Тогава новата среда действа като „шок“.

### **Загубата на физическо здраве като фактор на разграждането**

Много често влошаването на физическото здраве се отразява върху психическото и душевното здраве. Паданията често довеждат до прикованост към леглото, от която болният не може повече да се възстанови. Наистина паданията не винаги могат да се избегнат, добрата им превенция обаче може да има подкрепящо действие.

### **Значението на биографията**

При тази група домуващи в домовете служителите наблюдават едно общо взето негативно отношение към живота, което се проявява отчасти в агресивност или депресивност. Такива хора често са „огорчени“ от факта, че трябва да живеят в дом. Те съжаляват за съдбата и за живота си, поради което отхвърлят новите предложения и обгрижването. Една от причините за това се крие в произхода и менталитета на домуващите. Рядко в своя живот те са си позволявали нещо хубаво, почти никога не са

били в отпуск, никога не са посещавали театър или други културни мероприятия. Ако им се предлагат групови игри, театър или обикновени упражнения за рехабилитация, това им е чуждо. Някои реагират с любопитство и участвуват, други са скептични и отхвърлят предложените дейности.

### **Значението на близките**

Служителите различават няколко групи близки. Към първата спадат такива близки, които идват редовно и показват стабилен, траен интерес. Другата голяма на брой група са децата на домакущи, които нямат интерес да контактуват с родителите си или със служителите. Трета група са децата на много от домакущите, които живеят в чужбина или в друг град на България и не могат да посещават често родителите си. Много от тях се обаждат редовно по телефона, за да получат сведения. Други, които нямат възможност да посещават родителите си, наемат посетители, т.е. заплащат на хора, които да посещават родителите им един или два пъти в седмицата. По този начин те помагат на родителите си да не са сами.

Страдащите от деменция се нуждаят от по-чести посещения на близките и контакти с тях. Служителите наблюдават често, че дементноболни домакущи, които дори са силно дезориентирани и често пъти не познават близките си, или пък само крещят или се държат неадекватно, показват при посещенията или при установяване на телесен контакт с близките (държане на ръката, прегръдки), че могат да си „спомнят” кой е това. Те се успокояват, пречещото поведение намалява. По този начин малкото останали ресурси се запазват, домакущите се стабилизират поне за кратко време.

## Връзка на проекта CLIPPER с работата с близки и доброволци

Фиг. 2:

Имат ли домуващите роднини, които живеят в Казанлък или област Стара Загора?

Ако имат, моля отбележете с кръстче в съответната колонка!

	Съп-руг/а	Дъще-ря	син	Сна-ха	зет	внук	друг род-нина	При-ятел/поз-нат	Съсе-ди	други лица
Дом No. 1										
Дому-ващи с CLIPPER										
Дом No. 2										
Дому-ващи с CLIPPER										
Дом No. 3										
Дому-ващи с CLIPPER										

## **Доброволен ангажимент в домовете за възрастни хора**

### **1. Тандем: Функцията на отговорниците за доброволците**

Най-важната предпоставка за работа със социално ангажирани доброволци се състои в това, ръководството на старчески дом да стои зад начинанието, да иска да инвестира в него и да предостави необходимите персонални и финансови ресурси. Съставянето на групата по проекта е от голямо значение - задачите се разпределят между повече хора, като целта е да се привлекат и социалните работници в самите домове. Важно е да се отбележи, че те не трябва да виждат в останалите конкуренция за работните си места, а партньори по пътя към по-добри условия и социално подпомагане. Това може да се постигне, като се образуват отделни групи, в които да вземат участие служители от всички сфери - администрация, социални услуги, поддръжка и др. както и представители на обитателите и техните близки.

Следните въпроси стоят на дневен ред:

- Какви рамкови условия ще срещнат социално ангажираните доброволци?
- Какво съдействие им се оказва?
- Къде има нужда от ангажирането на доброволци?
- С кои целеви групи трябва да се работи и как?

За един старчески дом е от голямо значение е да познава нуждите на домуващите и техните близки, за да може по-лесно да се ориентира в това, какво е нужно да се постигне.

### **2. Определяне на типа задачи и изисквания**

Социално ангажираните доброволци трябва малко или много да получат определен тип задачи, които биха могли да изпълняват самостоятелно, да позволяват контакти с хора и да може да се прекратяват по всяко време. Трябва много да се внимава да не съвпадат полетата на действие на доброволците и редовните служители. Може да се различават персонални и неперсонални дейности. Персоналните се срещат при индивидуалното обгрижване: социално ангажираният доброволец се грижи постоянно за отношенията си с един или двама домуващи. Под неперсонални дейности се разбират такива, при които доброволецът отговаря не за обгрижването на определени домуващи, а при нужда контактува с различни такива: например ги придружава до лекар или при покупки.

#### *Вербуване на доброволци*

Едва след като групата по проекта е определила рамковите условия за назначаването на доброволци и ръководството на дома ги е приело, може да започна фазата на набиране на доброволци. Групата по проекта би трябвало да си дава сметка за потенциала за ангажиране. Набелязаните от нея типове задачи и изисквания, които могат да се използват активно и в рекламата на проекта, определят и целевата група, към която трябва да

се насочи вербуването. Възможни групи са например младежи в процес на търсене на работа, работещи, занимаващи се със семейства и възпитание, безработни или пенсионери. Последната група е от особено значение поради възрастовата близост с домакущите и поради значителните ѝ времеви ресурси. Тук е важно да се създаде концепция за работа с обществеността, която е предназначена за отделни целеви групи и им предоставя необходимата информация, с която да се привлече вниманието на интересувачи се от доброволен социален ангажимент към съответния дом. Вербуването трябва да се извършва чрез различни канали за комуникация като например статии във вестниците, дигитални, табла, обяви в църковните общности, интернет, пропаганда от уста на уста, дни на отворени врати, контакт с центрове за доброволци и др. При това трябва да се представя не само работата на доброволците, но и дома.

Само един позитивен имидж в обществеността може да мотивира заинтересованите да се включат в доброволния социален ангажимент. Важно е да се покажат ползата и смисъла както за ангажираните доброволци, така и за дома и домакущите в него.

#### *Установяване на първи контакти с домовете*

Целта на този разговор е да се изясни дали и доколко взаимните очаквания съвпадат. Представят се типовете задачи, необходимите личностови предпоставки и това, което домакущите ще предоставят на доброволците.

- Какво подтиква доброволците да се включат в програмата?
- С какво точно този дом е интересен и по какъв начин доброволците са получили информация за него? (медии, познати и т.н.)
- Какви лични интереси и способности притежава заинтересуваният?
- Бил ли е преди или в момента социално ангажиран доброволец и ако да, какъв опит е събрал?
- Какви представи има заинтересуваният относно предстоящата му задача?
- С колко свободно време разполага?

Разговорите се протоколират. Трябва да се изясни кои от интервюираните са подходящи, според времето, което са готови да отделят и според личните ресурси. В етапа на навлизане в работата е много важно доброволците да имат постоянен партньор, с когото да могат да изясняват възникващите въпроси и да обсъждат несигурностите си.

Не само социално ангажираните доброволци трябва да инвестират в заведението, което са си избрали. То също е задължено да ги подпомага финансово и персонално. Не може да се очаква от доброволците, които работят безплатно, да влагат освен това свои средства. Ето защо е необходимо групата по проекта, консултирайки се с ръководството на дома, да изработи правила за осигурителната защита и евентуално обезщетение за положените усилия.



### *Група от доброволци*

Социално ангажираните доброволци са заинтересувани да водят разговори с други като тях, които отчасти се занимават с други видове задачи. Координирането и модерацията на тези разговори е задача на лицето за контакти със социално ангажираните доброволци.

Цели на разговорите са:

- запазване и повишаване на мотивацията на доброволците
- обмисляне на доброволната работа
- размяна на опит между доброволците
- получаване на информация, специализирана литература свързана с правните, социални и чисто практически въпроси, възникнали по време на работа
- насърчаване на създаването на работни места в домашните грижи
- въвеждане в общуването с и обгрижването на възрастни психично болни.

### *Признание*

Възможностите за признание са много. Това са например излети, покана за банкет заедно с редовните служители или специален само за доброволци, благодарствени писма, малки подаръци за Коледа, саморъчно направена картичка за рожден ден, възможности за по-нататъшно обучение.

### *Оценка*

Трябва да се оцени броя на доброволците, времето, което са отделили и успехите им в тяхната работа. Трябва да се направи качествена оценка на това, дали очакванията на доброволците и тези на дома могат да се реализират или как конкретно се изживява участието във всекидневния живот. За домовете за стари хора е важно да установят причините за отпадането на доброволците. Ако тези причини се крият в организацията, е възможно и други да се откажат от ангажимента си по сходни причини.



Др. Радка Арнолд и др. Денчо Бойчев, бивш главен лекар на градската болница в Казанлък и основател на гериатрията в региона. Др. Бойчев е член на групата доброволци.

## „Тандем“-проект

Основният замисъл на този проект е, че всеки един от служителите в дома образува тандем с по един от близките или доброволците, които участват в програмата.

### Задачи на служителите:

1. Служителят се свързва с близкия/доброволеца, който показва интерес или е възможно да бъде включен.
2. Служителят се осведомява за потребностите и интересите на близките/доброволците, които се ангажират в дома.
3. Уговарят се определени дейности на близките/доброволците, които те самостоятелно провеждат.
4. В рамките на проекта служителите описват подробно кои са тези дейности като описват позитивни и негативни ефекти.

### Задачи на близките/доброволците:

1. Заинтересованият посещава редовно дома за да изпълнява договорените леки дейности (например наглеждане на дементно болните)
2. Той/тя получава редовно подкрепа и възможности за разговори
3. При продължителни (постоянни) дейности доброволно активната личност получава нематериално признание (грамота, обявление в пресата)
4. Възможно е изграждането на „група на близките/група на доброволците“. В тях се разменят опит и идеи.

Условие за получаването и е **подробна** документация на всеки тандем (1-2 стр. на месец):

Тандем		Подробно описание на дейностите на близкия/доброволеца за месец
Име на служителката в дома: ..... .....	Име на близкия/доброволе ца: ..... .....	
Влизане в контакт на ..... Други разговори в тандема свързани с грижата за обитателите: ..... Съдържание на разговорите: .....	Тя/той е дъщеря/син или ..... Тя/той беше в дома на следните дати: ..... ..... .....	..... например влизане в контакт, разговори, интереси, дейности пряко свързани с определена личност, както и общи дейности ..... Уговорка за извършване на следните дейности ..... ..... Прилагане: ..... позитивни ефекти..... Трудности : .....

# Деменция и социална педагогика

Фред Карл

Както във всички страни, така преди всичко и в Европа очакваната продължителност на живота на старите хора се увеличава. В нашите общества на дългия живот хората живеят често със заболяли от деменция членове на семейството или съседи. Броят на заболялите от деменция продължава да нараства; за някои деменцията е болестта на 21 век.

## 1. Социална педагогика и възраст

В Германия, както и в други европейски страни, социалната педагогика създава концепциите си все още с оглед предизвикателствата на израстването на *младите хора*, на тяхната интеграция и развитие в зрялата възраст. Доколкото се взема отношение към напредналата възраст, това става в контекста) на вече създадени теории, чрез тяхното възприемане и прилагане.

В нашето съвремие външният свят се променя непрекъснато. Както и принадлежащите към други възрастови групи, старите хора също трябва постоянно да се преориентират. Социалната педагогика иска да даде своя принос за „създаването на способност за биографично свързване с промените в заобикалящия ни свят”, за „справяне с амбивалентните и парадоксални изисквания на модерния начин на живот” и при старите хора.

Все пак увеличената продължителност на живота ни конфронтира с това, че не само външната реалност не е сигурна, но че в напреднала възраст се променят решително и *вътрешните светове*, че те дори може да бъдат изгубени. Това се случва, когато се откриват все повече празноти в съзнанието, във вниманието и способността за ориентация.

Поради това възможността една трета<sup>12</sup> от хората над 80 години да развият деменция не трябва да остава явление, пренебрегнато от социалната педагогика – чиито концепции за социалната работа със стари хора поставят за цел *придружаването в живота*.

## 2. Живот в света на деменцията: застрашена идентичност

„Деменция” се нарича необратимият в крайна сметка процес, при който психичните способности на един човек, особено паметта, биват все повече и повече увредени. Засегнатият преживява прогресивно разграждане на психиката, което при едно времетраене на болестния процес от пет до десет години ограничава както разбирането, така и способността да се

---

<sup>12</sup> Понастоящем броят на заболялите от деменция в Германия се покачва почти експоненциално от около 1% при 65-69-годишните до между 28 und 40% при 90-годишните. Абсолютният брой на засегнатите е около 1 милион, вкл. около 20.000 във възрастовата група от 45 до 65 години. Почти 60% от домаващите в старческите домове страдат от деменция.

правят преценки и планове; последствията обаче са твърде различни при различните индивиди. Всички директно засегнати могат все по-малко да се справят самостоятелно във всекидневието си; при деменцията това е следствие не от телесни увреждания, а от загубата на способността за психическа регулация.

В ранния стадий на болестта засегнатите преживяват все още съзнавано как започващото отслабване на психичните им функции заплашва тяхната идентичност. В тази фаза болните изтласкват възприятията, представляващи указания за загубите. От страх, за да защитят себе си и да спасят себеуважението си, те се опитват

- да запазят фасадата си чрез използването на изтъркани фрази,
- да отричат и замазват направените грешки и
- да ги изтласкват.

Загубата на психичния контрол и произтичащата от нея екстремна заплаха за собствената идентичност изглежда се преживяват още по-трудно, отколкото една тежка телесна болест. В литературата засегнатите от този преживелищен процес се наричат „дементиращи“: това динамично понятие цели да освободи статичната категория „заболели от деменция“ от обектния ѝ характер.

Потенциалната възможност да се изгуби психичния контрол застрашава способността на съвременния човек да се справи с едно от основните изисквания на „рефлексивната модерност“ - с нуждата от себерефлексивност, т.е. в необходимостта постоянно да подлага на преоценка начина си на живот. В непрегледността на постмодерния свят и съзнавано действащият индивид преживява различните сфери на реалността (работа, политика и медии, обществен и личен живот) като отдалечаващи се една от друга и трябва да ги интегрира чрез собствената интелектуална дейност. Само чрез себерефлексивност се създава тази сигурност, която се нарича също така „идентичност на аза“.

При деменцията е различно. Силата на заболялите от нея да намират компромиси и да се справят с амбивалентни чувства е намалена. Тежестта на балансирането пада върху партньорите им в общуването, особено болезнено и непосредствено са засегнати брачните партньори и близките. Брачните партньори, дъщерите и синовете се озовават като пленници в свиващия се свят на болния. При голяма част от близките това поражда голяма потребност да говорят за трудностите на обгрижването с други хора, намиращи се в подобно положение. Точно в тази област близките представляват важна целева група за социалната педагогика.

### **3. Развитие и необратимост**

Понастоящем няма връщане от поетия път на деменцията. Казано на медицински език, деменцията е „прогредиентна“; тя като че ли се надсмива над положителната представа за старостта, създадена в последните години от науката и обществото в редица западни страни.

В психогеронтологията „пластичността на старостта“ се описва в рамките на дадени по принцип потенциали на възрастта; благодарение на тях, въпреки неоспоримото отслабване на физическите способности в процеса на стареене психичното развитие може да продължава напред. Докато „физиологичната крива на растежа“ спада, „кривата на психологичното съзряване“ може да се покачва (Kruse 1995).

Необратимото протичане на деменцията се противопоставя на очакванията за ненакърнено протичане на по-нататъшното развитие и на формулираното от социалната педагогика доверие в потенциалите и възможностите за развитие. Специфичната за деменцията прогноза за стесняване на възможностите обаче не изключва по принцип намирането на подходи към света на възприятията на дементиращите възрастни хора.

#### 4. Време и пространство

Характерно за деменцията е, че възприятията за време и място на дементиращия човек са променени. Засегнатият обаче не е луд съгласно диагностичните категории за психотичните и шизофренни заболявания. Един „дементиращ“ се намира просто в едно друго, вече преживяно, т.е. познато минало време. „Тук и сега“ става почни неразбираемо за него, той все повече се затруднява да намира обща перспектива с други лица, „да играе социалната игра“. Освен това дементиращият се дразни, когато другите хора се опитват постоянно да коригират държането му.

Явлението „бягство“ е свързано с погрешното преживяване за място. Дементиращите стари мъже искат да ходят на работа, те повтарят действия, свързани с професията им. Голяма част от живота на много от старите жени е била посветена на грижите за домакинството и поддържането на къщата. Породената от деменцията двигателна възбуда ги кара да искат да отидат „в къщи“, за да свършат най-последната работа, тъй като децата им скоро ще се върнат от училище и ще искат да обядват. „Точно както и в миналото тези жени имат чувството, че трябва да си бъдат в къщи. Те копнеят за старото и познатото; търсят своя дом, намират се на път за в къщи; страхуват се, че нямат да се приберат навреме и не разбират, че не могат повече да се върнат“ (Bosch 1998).

Промененото чувство за време и място затруднява дементиращите също така да разбират технологичните изменения във външната „реалност“ и да могат да боравят с тях. Така прогресиращата загуба на способности за справяне води до постоянно възникващи ситуации на социално и сетивно пренатоварване, на които се реагира със страх, ажитираност и паническо поведение. Това има последствия за общуването с околните, с другите домуващи, с персонала и с посещаващите близки.

„Тъй като не можем да смятаме, че обърканият човек споделя мнението на околните - а именно, че е объркан, е необходимо да се изследват интерпретативните процедури (*interpretative procedures*) на всички участващи и да се създаде социологическа дефиниция на понятието „обърканост“. Обърканият човек едва ли вижда себе си като объркан човек в един логично обкръжение, а по-скоро като един – в много случаи все по-

отчайващ се - човек в едно абсолютно непознато и в никакъв случай не смислено обкръжение. И така светът на нормалните отчасти ще му изглежда може би също така непонятен, както неговият на тях“ (Wilhelm 1998).

## 5. Смяна на перспективите и реципрочност

По този начин постигнатото по правило чрез взаимно разбирателство във всекидневното общуване рефлексивно вникване на участващите в „нормалните“ очаквания на обкръжението става трудно или невъзможно в интеракцията с дементирация. Способността за смяна на перспективата става едностранна и без изгледи за реципрочност между партньорите във взаимодействието. Макар и чрез пренапрягане на собственото търпение трябва да се спазва един от най-важните принципи на общуването с болни от деменция: да се избягват, доколкото е възможно, наставления, когато способността за вникване и смяна на перспективата вече не е налице. Често пъти болните от деменция не се поддават на повлияване чрез логически аргументи. Когато се правят такива опити – под формата на натякване или критика – това само влошава конфликтите още повече. Създават се вторични симптоми (като реакции на болните от деменция на неразбирането на собствената ситуация, на несигурността и безпомощността и на свръхизискванията).

Едва ли е възможно да се върнат дементните в „нашата реалност“. Упражняването на паметта (мозъчният джогинг) или обичайният тренинг за ориентирание в реалността по-скоро причиняват вреда, защото изтръгването на дементния от неговия свят и вкарването му в реалността, която за него е изпълнена с неудачи, често пъти предизвикват още по-голяма несигурност и силни емоционални съпротиви.

Според Китууд (Kitwood, 2000) индивидуалната изразеност на деменцията, която е много различна при различните хора, е следствие от диалектичното взаимодействие между невропатологичните изменения в мозъка и условията на обкръжението. Една „злокачествена социална психология“<sup>13</sup> допринася за възникването на тежки вторични симптоми. Обратно, подкрепящото и разбиращо обкръжение може да има благотворно влияние върху самочувствието на дементирация. Методът Dementia Care Mapping позволява на обгрижващия персонал да документира процесите на интеракция и да ги оценява критично за себе си.

Именно близките, като социално обкръжение, биват изправени от често неразбираемостта за тях поведение на дементния пред въпроса: „Какво чувства и мисли човек, когато прави това, което прави точно сега?“ От тях се изисква да си задават този въпрос, без самите да могат да очакват, че и

---

<sup>13</sup> Според Китууд „злокачествената социална психология“ налага влиянието си чрез съществуващите различия във властовите позиции в интеракциите и обкръжението. Той описва като „злокачествени действия“ инфантилизирането, етикетирването, стигматизирането, обявяването за обект, обезценяването и други форми на поведение на партньорите в интеракцията (Kitwood 2000, S. 73-84).

събеседникът им е способен „да се вживее в другия” („Taking the role of the other“ – M. Mead). Остатъчните когнитивни способности затрудняват болния от деменция да може да се върне към нещо току-що обсъдено и уговорено. По този начин реципрочността придобива съвсем различен характер, тъй като обгрижващото лице трябва да открие за себе си смисъл в трудно разбираемите послания на дементирация и да извлече от тях полза, за да не преживява общуването като едностранно.

С голям разход на енергия дементиращите търсят сигурност, за да отблъснат появяващата се вътрешна паника. Те сортират различни неща, трупат, броят прането, изпразват и пълнят чекмеджета. Тези многобройни повтарящи се малки опити за подреждане представляват действия, противодействащи на възприемането на вътрешното и външно безредие. Действително познатото и прегледно обкръжение помага на дементиращите хора. Обичайните ритуали също служат на това, да намериш отново себе си в нещо познато.

Нуждата от прегледност е базисна потребност за хората. При дементиращите тази потребност е засилена; те потъват в съответната дейност, за да сложат отново в ред нещата, които за тях са изпаднали в безредие.

## **6. Обгрижване и работа с биографията**

На фона на своята професионална социализация обгрижващите интерпретират и оценяват поведението на дементните домуващи все още в медицинско-диагностични категории. Тези специалисти трябва да разширят способността си за възприемане на комуникация (ср. Powell 2006) и също така да придобият компетентност за психосоциални дейности, напр. за работа с биографията и спомените и с метода на валидацията.

Не само професионалистите обаче, а и колкото се може повече други потенциални партньори в общуването би трябвало да могат да се обърнат към света и житейската история на дементиращите, преди всичко за да могат да създават едно човешко отношение с тях. Тъй като възприятията на болния от деменция се направляват от биографията, е важно да се научи колкото се може повече за житейския път и за историята на старите хора, за да могат да се разбират поне приблизително мотивите им за определени „дезориентирани” действия.

Цел на провежданата от специалистите работа със спомените е също така да се помогне на близките да подреждат случващото се с болния и да се освободят от бремето на вината. Един вид облекчение би могло да бъде приемането по принцип, че изглеждащите безсмислени словесни изявления, жестове и действия имат смисъл, дори когато не е възможно такъв смисъл да бъде открит по „рационален” път. Общуването в групи от близи би могло да допринесе за успеха на такива усилия за разбиране.

## 7. Заключение

Като цяло разискваната в тази статия тематика подчертава ясно интегративното съдържание на социалната работа. В края на краищата става дума за това как по-млади хора от всички възрасти да общуват с хора в много напреднала възраст. Социалната среда (възрастните членове на семейството, професионалистите и доброволците, както и съседите от всички възрастови групи) търси ориентация към подходящи нагласи и отношения към напредналата възраст; това е един количествено и качествено нов исторически феномен.

Така новите поколения гледат към възможни аспекти на собственото бъдеще в нашите общества на дългия живот.

## Литература

- Пауъл Дж., "Да помогнем на старите хора с деменция" , Касел / Казанлък 2006: Каселски геронтологични трудове Том 36  
Университет Касел, AWO Северен Хесен, AWO Фондация България, Домове за стари хора при гр. Казанлък (Издатели): Работа с дементно болни - Опит от Германия и България. Касел / Казанлък 2007: Каселски геронтологични трудове Том 42
- Bosch, C.: Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden 1998
- Kitwood, T.: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2000
- Kruse, A.: Entwicklungspotentialität im Alter. Eine lebenslauf- und situationsorientierte Sicht psychischer Entwicklung. In: Borscheid, P. (Hrsg.): Alter und Gesellschaft. Stuttgart 1995, S. 63-86
- Universität Kassel, AWO Hessen-Nord, AWO Stiftung Bulgarien, Altenheime der Stadt Kazanlak (Hrg.): Arbeit mit dementiell Erkrankten - Erfahrungen aus Deutschland und Bulgarien. Kassel / Kazanlak 2007: Kasseler Gerontologische Schriften Band 42
- Wilhelm, H.-J.: Gefangene ihrer Wahrheit. Wahrheit, Wirklichkeit und Normalität in der stationären Altenpflege. Oberhausen 1998