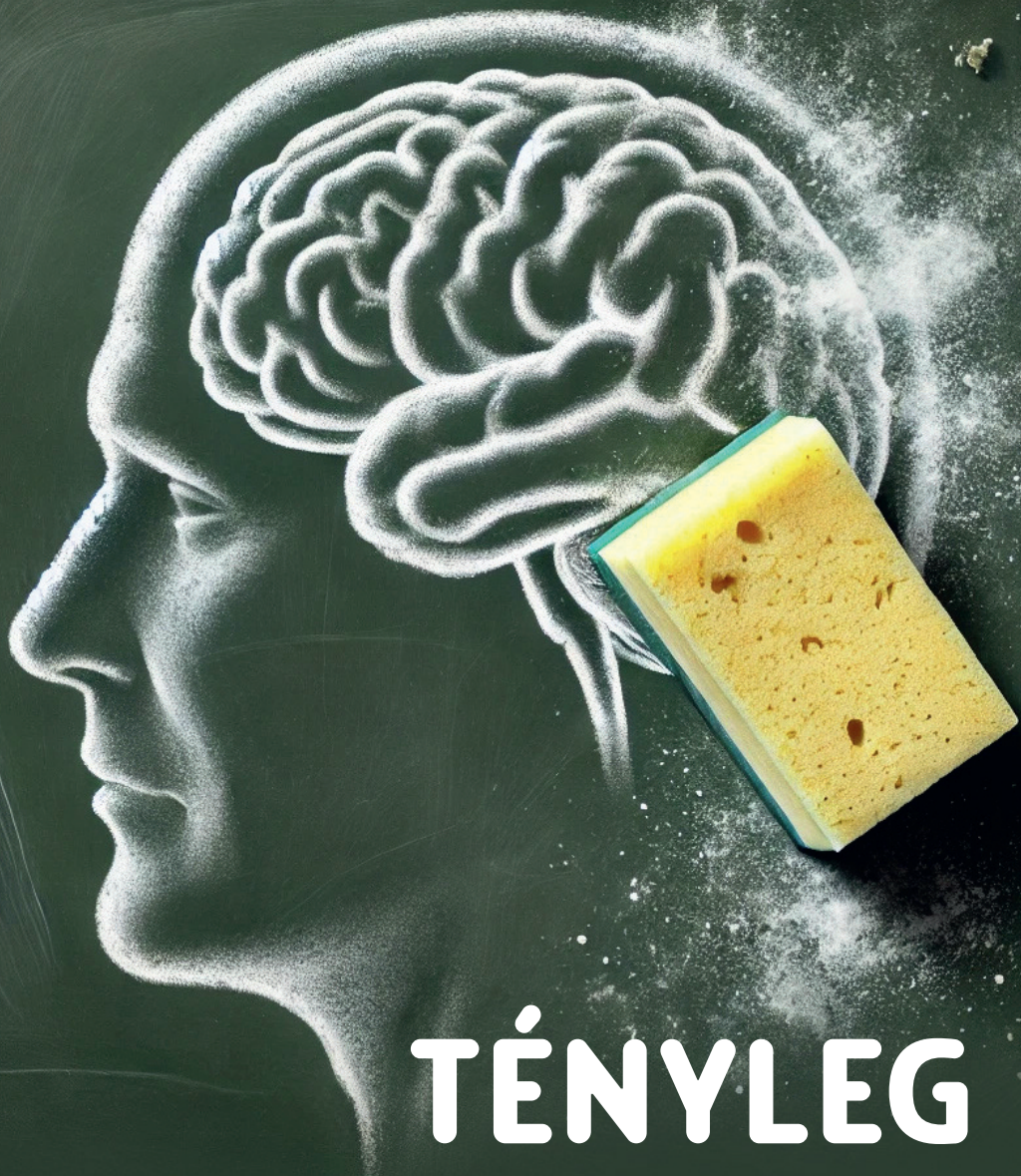




TÉNYLEG DEMENCIA?

Mit tegyünk, kihez fordulhatunk?

TÉNYLEG DEMENCIA?

Mit tegyünk, kihez fordulhatunk?



KÉTKER
KÖZÖSSÉGI ALAPÍTVÁNY

A kiadványt gondozta és összeállította: Kétker Közösségi Alapítvány

<https://ketker.hu>

<https://www.facebook.com/ketker.kozossegi.alapitvany>

A kiadvány orvosi-szakmai tartalma a Nyírő Gyula

Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Neurokognitív Kutatási

Központjának szakértői közreműködésével készült.

Külön köszönettel tartozunk Dr. Horváth András Attilának

értékes szakmai és tudományos hozzájárulásáért.

A hozzátartozóknak és gondozóknak szóló gyakorlati tanácsokat

a Demencia kibeszélő résztvevőinek kérdései és tapasztalatai alapján

Hunyadi Zsuzsanna, a Kétker Közösségi Alapítvány kuratóriumi elnöke

állította össze.

A kiadvány közösségi adománygyűjtés segítségével jött létre.

Köszönjük a hetven támogatónak, hogy lehetővé tették a megjelenését.

Kiadó: CREO Reklámszervező és Szolgáltató Kft.,

Grafikai terv, nyomdai előkészítés: Czeizel Balázs

ISBN 978-963-87861-9-7

A kiadvány bárki számára ingyen letölthető:

<https://ketker.hu/demencia>

Közreműködők:



Neurokognitív
Kutatási
Központ



KÉTKER
KÖZÖSSÉGI ALAPÍTVÁNY



NYÍRŐ GYULA ORSZÁGOS
PSZICHIÁTRIAI ÉS ADDIKTOLÓGIAI INTÉZET

A projekt a NIOK Alapítvány Stronger Roots programjának keretében valósul meg, az Európai Unió Polgárok, Esélyegyenlőség, Jogok és Értékek (CERV) programjának finanszírozásával. Az itt szereplő vélemények és állítások a szerző(k) álláspontját tükrözik, és nem feltétlenül egyeznek meg az Európai Unió vagy az Európai Oktatási és Kulturális Végrehajtó Ügynökség (EACEA) hivatalos álláspontjával. Sem az Európai Unió, sem az EACEA nem vonható felelősségre miattuk.

STRONGER
ROOTS

| Nadace OSF



| glópolis



Az Európai Unió
támogatásával

Nézz szembe vele – Téged is érinthet!

Tudtad, hogy a 65 évesek körében minden huszadik ember érintett, 85 év felett pedig már minden második-harmadik ember demenciával él? Szinte nincs olyan család, akit valamilyen formában ne érintene ez a betegség. Sokan rettegünk tőle, és sokan hiszik azt is, hogy mivel a demencia nem gyógyítható, talán jobb, ha nem is kapunk diagnózist. Pedig jobb, ha nem halogatjuk a szembenézést, mert minél tovább várunk, annál kevesebb lehetőségünk marad változtatni. Ez a kiadvány abban segít, hogy ne maradjunk tétlenek, akár magunkról, akár egy családtagunkról van szó.

Az anyag két fő részből áll:

- A betegség orvosi háttere, megelőzés, diagnózis és kezelési lehetőségek (4–12 oldal)
- Gyakorlati tanácsok a hozzátartozóknak és a gondozóknak, az élhetőbb hétköznapiakért (12–32 oldal)

Legfontosabb üzenetünk: A korai felismerés és a megfelelő kezelés lassíthatja a tünetek romlását, csökkentheti a viselkedési zavarokat, és javíthatja a beteg és a család életminőségét. Odafigyeléssel akár értékes éveket is nyerhetünk: jobb, élhetőbb mindennapokat a betegnek és a hozzátartozóknak egyaránt.

A betegség orvosi háttere, megelőzés, diagnózis és kezelési lehetőségek

A demencia és a szellemi hanyatlással járó betegségek

A demencia a gondolkodási funkciók olyan fokozatosan romló hanyatlása, amely elég súlyos ahhoz, hogy a napi életvitelben, az önellátásban és a társas kapcsolatokban károsodást okozzon. Az egészséges öregedéstől élesen különbözik, orvosi diagnosztikai módszerekkel jól elkülöníthető betegségek okozzák. A természetes öregedés lassú, viszonylag egyenletes folyamat, míg a demenciát az idegsejtek felgyorsult pusztulása okozza és fokozatosan súlyosbodik. Ha a tüneteket pusztán „öregedésként” fogjuk fel, akkor későn ismerjük fel, hogy valójában demenciáról van szó. A folyamatban kiemelten fontos, hogy fokozatosan romlik, tehát az idő előrehaladtával, még alkalmazott terápia mellett is, az állapot súlyosbodik.

A demenciát az esetek közel 80 százalékában az ún. major neurokognitív betegségek okozzák, amelyek hátterében az agy fehérjéinek károsodása áll. Az ilyen betegségek már évtizedek óta tarthatnak, mire tüneteket okozhatnak. A súlyos tünetek együttesét nevezzük demenciának. Fontos tisztázni azonban, hogy az ismertetett betegségek nem szükségszerűen vezetnek demenciához, a demencia csak az adott betegségek esetlegesen bekövetkező végállapota. Fontos hangsúlyozni, hogy a maradék 20 százalékba visszafordítható betegségek tartoznak (pl. hiányállapotok, anyagcsere- és hormonbeteg-

ségek), amelyeket időben felismerve és kezelve a tünetek jelentős mértékben javulhatnak.

A nem visszafordítható, neurokognitív betegségek közé kb. 100 idegrendszeri betegség tartozik, amelyek egymástól biológiai okaikban, tüneteikben, kilátásaikban és terápiás válaszaikban is jelentősen eltérhetnek. Legismertebb képviselőjük az Alzheimer-kór (AK), amely a demenciaesetek közel 50–70 százalékában kimutatható. A második leggyakoribb forma az érrendszeri (vaszkuláris) demencia, amely az esetek körülbelül 15–20 százalékát teszi ki, és agyi érkárosodás, például sztrók következtében alakul ki. Gyakran társul más típusú demenciához is (pl. Alzheimer-kórhoz), ekkor kevert demenciáról beszélünk. Szintén gyakori forma (mintegy 15–30 százalék) a diffúz Lewy-testes betegség (DLTB). Ritkább formák a Parkinson-kór (PK) kapcsán megjelenő demencia, illetve az Alzheimer-kórral könnyen összetéveszthető frontotemporális degeneráció (FTD), amely a demenciaesetek 10–15 százalékát teszi ki. Az említett betegségek genetikai meghatározottsága eltérő mértékű: az AK esetében kisebb mértékű (kb. 1–3%) és a környezeti hatások jobban érvényesülnek, míg az FTD esetében jelentős (kb. 15–20%) a genetikai hajlam szerepe.

Korai jelek, mire figyeljünk, hogyan ismerjük fel?

A gondolkodási funkciók zavarát az agyban zajló biológiai elváltozások akár évtizedekkel is megelőzhetik, ezt a szakaszt nevezzük preklinikai stádiumnak. E változások sok esetben kevésbé markáns tünetek formájában is megjelenhetnek középkorú érintetteknel. Figyelmeztető jel lehet a szaglás romlása, illetve az alvásban megjelenő ún. REM magatartászavarok. A betegek sok esetben nagyon színes, nyugtalanító

álmokról számolnak be, amelyeket hangadás, kiáltás, erőteljes végtagmozgások kísérhetnek. További jel lehet a testsúlytartás zavara (hirtelen fogyás, majd hízás váltakozása), illetve az előzmények nélkül megjelenő hirtelen hangulati változások (pl. visszatérő rövid depressziós epizódok).

Ezek mellett gyakran megjelennek olyan panaszok is, amelyeket az érintett maga is észlel (szubjektív kognitív panaszok), például: beszédértési és képzési zavar, olvasási nehézségek, figyelmi és koncentrációs zavar, mozgási ügyetlenség, egyensúlytartási zavar, memóriapanaszok. Fontos hangsúlyozni, hogy az ilyen panaszok teljesen ártalmatlan módon, élethelyzetből adódóan is megjelenhetnek (pl. intenzívebb családi vagy munkahelyi stressz mellett) és az esetek többségében nem jeleznek súlyos betegséget. Mégis, ha ezek a tünetek gyakran visszatérnek vagy zavaróvá válnak, érdemes megelőző lépéseket tenni, például szűrővizsgálatot kérni vagy változtatni az életmódon.

A kognitív hanyatlás tünetei

A kognitívzavar-hanyatlás a következő stádiumában már egyértelműen, orvosdiagnosztikai módszerekkel kimutatható károsodás formájában jelentkezik, tehát a tüneteket nemcsak az érintett tapasztalja, hanem orvosilag is igazolható károsodásként jelentkeznek. Kezdetben a tünetek nem befolyásolják a napi életvitelt, de a beteg és környezete is tapasztalhatja a gondolkodási funkciókban bekövetkező romlást. Ezt az állapotot nevezzük enyhe kognitív zavarnak, amely a demencia előszobája. Leggyakrabban a memória, különösen az aktuális, saját életesemények megjegyzési zavara alakul ki (ún. amnesztikus típus, pl. az érintett elfelejti, hogy találkozója van, hogy hol tartja az okmányait). Sok esetben párhuzamosan egyéb képességek (pl. tájékozódás, be-

szédképzés és -értés, olvasásértés) hanyatlása is kimutatható (ún. multidomén típus). Általánosságban elmondható, hogy minél több funkció zavarát tapasztaljuk és minél jelentősebb a memóriaromlás, a panaszok annál inkább komolyan veendőek.

Az egyes betegségek korai tüneteikben is jelentősen eltérnek egymástól. Az Alzheimer-kór memóriazavarokkal és térbeli tájékozódási problémákkal indul, általában 60-70 éves életkor között. A FTD esetében hirtelen viselkedésváltozások (pl. befelé fordulás, veszélyeztető magatartásminták) vagy beszédzavarok (szótálalási nehézség, beszédértési problémák) jelentkeznek, jellegzetesen az 50-es évek végén. A PK és DLTB betegségek gyakran végtagi merevséggel, nehezített mozgásindítással jelentkeznek a 60-70-es életkor között. A betegségek későbbi szakaszában kialakulhat az önálló napi életvezetés zavara is, ezt a stádiumot nevezzük demenciának.

A demencia enyhe stádiumában egyre több kognitív funkció válik érintetté, így a beteg nem tudja ellátni öngondoskodási feladatait. A közepesen súlyos demencia stádiumában jellegzetesen romlanak a kifejező és kommunikációs képességek, így az érintett a szükségleteit egyre kevésbé tudja megértetni környezetével. A súlyos stádiumban az ön-ellátási képesség teljesen elveszik és a beteg 24 órás gondozásra szorul. A stádiumok besorolása orvosdiagnosztikai tesztek alapján történik.

Általánosságban elmondható, hogy sajnos a betegek csak a demencia állapotában fordulnak orvoshoz, amikor már hozzátartozó gondoskodására szorulnak. Ugyanakkor az azt megelőző állapotokban a terápiás és a demenciát megelőző lehetőségek sokkal szélesebbek. Kulcsfontosságú lenne a kezdődő betegség azonosítása a demenciát megelőző állapotokban, így a szubjektív kognitív hanyatlás és az enyhe kognitív zavar állapotában.

Miért fontos a korai diagnózis?

Amennyiben a korai tüneteket időben felismerjük, vagy a betegséget még a tünetek kialakulása előtt észleljük, úgy a kimenetel sokkal kedvezőbb. Egyrészt lehetőség kínálkozik a visszafordítható kórfolyamatok felismerésére. Másrészt, ha neurokognitív betegséget azonosítunk, akkor jelentősen lassítható vagy akár el is kerülhető a demencia kialakulása. Egyrészt azért, mert az életmódprevenációs programok hatása ekkor sokkal erőteljesebb, másrészt a már elérhető és a közeljövőben piacra kerülő gyógyszerek hatása is kedvezőbb. Nem utolsósorban, a betegség korai azonosításával számos fontos döntést együtt hozhat meg az orvos és a beteg, úgymint az öröklődés és genetikai hajlam feltárása, a tudatos pénzügyi és munkahelyi tervezés, a gyógyszervizsgálatokban való részvétel. Ezért fontos a betegséget a tünetek megjelenése előtt, vagy amikor azok nagyon enyhe formában jelentkeznek, tehát még a demencia megjelenése előtt felismerni.

A megelőzés vagy késleltetés módszerei, prevenció

A megelőzés kapcsán 14 kiemelt tényezőt fontos figyelembe vennünk, amelyek az egyes életkorokban eltérő mértékű hatást fejtenek ki. Tudományos egyetértés van abban, hogy a demencia kialakulása az összes eset közel felében elkerülhető, ha ezekre odafigyelünk. A megelőzés akkor is kulcsfontosságú, ha már kialakult az agyban a neurokognitív betegségekre jellegzetes biológiai rendellenesség, ugyanis ilyen esetekben is csökkenthető a demencia kialakulási esélye. Tehát a korán felfedezett Alzheimer-kór esetében nem szükségszerűen alakul ki demencia. Továbbá, ha demenciát diagnosztizálnak, a részletezett tényezők korrekciójával a betegség előrehaladási sebessége lassítható:

A DEMENCIA KOCKÁZATI TÉNYEZŐI ÉLETKORONKÉNT

KORAI ÉLETKOR



KÖZÉPKOR



IDŐSKOR



Ha minden ember odafigyelne a 14 kockázati tényezőre, akár **45%-kal** kevesebb demenciás eset fordulna elő társadalmi szinten.

Forrás: Alzheimer's Research UK,
a The Lancet 2024-es demenciáról szóló jelentése alapján

Fiatalkorban tetőző, de élethosszig tartó védő tényező:

- oktatás és kognitív képességfejlesztés, élethosszig tartó tanulás

Középkorban ható tényezők:

- hallásvesztés, halláscsökkenés
- nem kezelt hangulatzavar, depresszió
- eszméletvesztéssel járó ismételt fejsérülések
- dohányzás
- túlzott mértékű alkoholfogyasztás
- elhízás
- fizikai inaktivitás
- kezeletlen magas vérnyomás
- kezeletlen cukorbetegség és inzulinrezisztencia
- magas LDL („rossz”) koleszterinszint

Időskorban ható tényezők:

- társas elszigetelődés és inaktivitás
- látásvesztés, látásélesség-csökkenés
- légszennyezett munka- és lakókörnyezet

Diagnosztika, orvosi kivizsgálás

Az elsődleges diagnosztikai állomás az áttekintő kognitív vizsgálat és a demencia irányú kockázatértékelés, amely mind háziorvosi, mind otthoni környezetben kivitelezhető (pl. Mini-Mentál Teszt, Mini-Cog Teszt, CANTAB Teszt, digitalizált MoCA Teszt). Fontos, hogy a teszt eredményéről minden esetben konzultáljunk háziorvosunkkal is. E beszélgetés célja az enyhe fokú kognitív károsodás kimutatása és a magas rizikójú egyének azonosítása a családi előzmények és az egyéni hajlam felméréseivel. Fokozott kockázat észlelése esetén a kivizsgálást neurológiai vagy pszichiátriai szakorvosi vizsgálat követi. A cél az egyéb neurológiai és pszichiátriai betegségek kizárása (pl. depresszió, szorongásos zavarok, fertőzések, agyvízkeringési zavarok, agyi érellátási zavarok). Neurokognitív betegség gyanúja esetén a demencia kivizsgálására specializált centrumok végzik a végső kivizsgálást (ún. memóriaambulanciák, egyetemi klinikák, neurokognitív centrumok, magánellátók, Brain Health centrumok). Ennek során neuropszichológiai vizsgálatokkal (pl. Montreal Kognitív Vizsgálat, Mini-Mentál Státusz Teszt) méri fel a kognitív funkciókat.

Vérvizsgálattal kizárható a visszafordítható kórformák jelentős része (pl. B9-vitamin-hiány, B6-vitamin-hiány, B12-vitamin-hiány, pajzsmirigy-alulműködés, vérszegénység, ionháztartás-zavarok) és számos kockázati tényező (pl. a cukorháztartás zavara, emelkedett koleszterin- és vérzsírsav-szintek, veseműködési zavar). Képalkotó vizsgálat

szükséges az agyállományi fogyás és mintázat igazolására, amelyek közül az FDG-PET és a szerkezeti koponya MR-képalkotás az elsődleges lehetőségek. Végezetül szükség lehet biológiai diagnosztikára, ami a kóros fehérjék kimutatása agyvízből (ún. lumbálpunkció) vagy vérből. Genetikai vizsgálat akkor jön szóba, ha a betegség korai életkorban indul vagy erős családi halmozódás észlelhető. Genetikai vizsgálatot különböző ellátóhelyeken (pl. egyetemi klinikák, magánellátók, Brain Health centrumok) lehet végezni, de fontos a vizsgálat előtt genetikus szakemberrel konzultálni. A társbetegségek azonosítása egyéb szakterületek bevonását is szükségessé teheti (pl. belgyógyászat, alvásdiagnosztika, szemészet, fül-orr-gégészet).

Szűrés vérből

Bizonyos neurokognitív betegségek esetében elérhető vérvizsgálat-alapú diagnosztika (jelenleg magánellátók szolgáltatásaként), amely alkalmas a betegségeket okozó kóros fehérjemintázatok kimutatására. Jelenleg az Alzheimer-kór véralapú tesztelése áll a legmagasabb fejlettségi szinten, ugyanakkor jelentős előrelépés várható a következő években a többi neurokognitív betegség kimutatásában is. Ha a teszt pozitív és a betegnek jellegzetes tünetei vannak, a klinikailag feltételezett diagnózis megerősíthető. Tünetmentes személyek szűrésére a véralapú tesztek jelenleg korlátozottan használhatóak, ugyanakkor elvégzésükkel a fokozott rizikó kimutatható. A vértesztek eredményeit nem szabad önmagukban értelmeznünk, mivel számos tényező hathat rájuk, úgymint társuló egyéb betegségek, táplálkozási szokások és a mintavétel módja is. Fontos, hogy a tesztek eredményét mindig a területen jártas szakember segítségével értelmezzük. A teszt elvégzése előtt és utána is javasolt szakemberrel konzultálni.

Terápiás lehetőségek

A terápiának több pilléren kell állnia: egyrészt a demenciát okozó kórfolyamat lassításán, másrészt a tüneti kezelésén, amelyben az antide-mencia-gyógyszerek segíthetnek. Ilyenek az ún. kolinészteráz-gátló készítmények (pl. Rivastigmin, Donepezil) és az NMDA-antagonisták (pl. Memantin). Az ilyen készítmények a demencia stádiumától alkalmazhatóak. A kognitív tünetek kezelése mellett fontos a viselkedési és hangulati panaszok kezelése is, amelyben bizonyos antidepresszáns (ún. SSRI-k) és antipszichotikum gyógyszerek (pl. Quetiapine) alkalmazhatók. Ezen felül kiemelten fontos az agyi vérkeringés épségének megőrzése, így a magas vérnyomás kezelése (javasolt a kalciumantagonisták és az angiotenzin receptor 2 blokkolók használata), a koleszterinszint mérséklése (statinterápia) és a vércukorháztartás rendezése (elsődleges javasolt hatóanyag: Metformin). Fontos hangsúlyozni, hogy a gyógyszeres terápia mellett a korábban részletezett megelőzési stratégiák a demencia állapotában is segíthetnek a folyamat lassításában.

A terápia tekintetében jelentős változás várható, mivel a közeljövőben elérhetővé válnak az ún. monoklonális, antitest-terápiák, amelyek oki terápiát kínálnak a kóros fehérjék eltüntetésével. Ezek feltehetően először az Alzheimer-kór korai stádiumaiban, enyhe kognitív zavar esetén lesznek bevezethetők.

Gyakorlati tanácsok a hozzátartozóknak és gondozóknak, az élhetőbb hétköznapiakért

A demencia három fő szakasza; mi várható,
mire kell felkészülni a gondozónak?

ENYHE STÁDIUM – „VALAMI NEM A RÉGI”

Tünetek: Feledékenység, ismétlődő kérdések, nehezebb tájékozódás új helyeken, apró hibák a pénzkezelésben vagy ügyintézésben.

Gondozói feladatok: Türelem, finom emlékeztetés, strukturált napi-rend kialakítása, biztonságos környezet megteremtése.

Fontos: A beteg még önálló sok mindenben, de elkezd igényelni segítséget – ekkor érdemes minél több jövőbeli döntést közösen megbeszélni (jogi ügyek, otthoni átalakítások stb.).

KÖZÉPSÚLYOS STÁDIUM – „A MINDENNAPOKHOZ MÁR SEGÍTSÉG KELL”

Tünetek: Romló memória, tévesztések, idő- és térbeli tájékozódási zavarok, személyiségváltozás, hangulatingadozások, öltözködés/étkezés/gyógyszerbevétel elmaradása, nem bontja fel a leveleket, nem fizeti be a csekkeket, a pénzt nem jól kezeli.

Gondozói feladatok: Rendszeres felügyelet, napi rutin (étkezés, higiénia) segítése, nyugtató kommunikáció, téveszmék és nyugtalanság kezelése, balesetmegelőzés (pl. tűzhely lezárása, könnyen

elbotlanak, csoszognak, szőnyegetek mellőzni és ha lehet, a kűszőbőket megsűntetni).

Fontos: A gondozó terhelése megnő, a kűlső segítség (család, szakemberek, nappali ellátás) igénybevétele ilyenkor már erősen ajánlott.

SÚLYOS STÁDIUM – „TELJES GONDOZÁS SZÜKSÉGES”

Tűnetek: A beszédkészség csökken vagy elvész, a mozgás nehézkes, a beteg nem ismeri fel a hozzátartozókat, nyelési nehézségek, ágyhoz kötöttség, inkontinencia.

Gondozói feladatok: Teljes testi gondozás (fürdetés, etetés, feketetés), fájdalomcsillapítás, méltóság megőrzése, szeretetteljes jelenlét.

Fontos: A gondozás fizikailag és érzelmileg is megterhelő, ezért különösen fontos a gondozó támogatása, pihenése, a fizikai mellett a lelki segítség biztosítása.

A szakaszok közötti átmenet nem egyértelmű, nem éles határokkal válnak el egymástól. A beteg állapotromlása általában nem folyamatos, nem egyenlő ütemű, hanem egy hosszabb stagnáló, „nyugalmi” periódus után hirtelen történik a romlás. (A romlást kűlső tényezők is előidézhetik, pl. esés, vagy nem kellő mennyiségű folyadékbevitel miatti kiszáradás, esetleg más okok miatti kórházi kezelés.) Az is jellemző, hogy egyik nap jobban teljesíthet, mint máskor. Általában a középsúlyos stádium a leghosszabb, akár 10 évig is eltarthat.

A betegnek „periódusai” vannak, amikor valami jellemző dolgot gyakran csinál, aztán ez elműlik és jön egy másik (pl. valaki jár a lakásban, utálom, majd szeretem a szalámit stb.). Ezeket a periódusokat a családnak, a gondozónak könnyebb türelemmel kezelni, ha tisztában van vele, hogy

elmúlnak, és majd jön helyettük más, mindig lesz valami a fókuszban. A betegség lefolyása egyéni, személyenként változó. Ezt nagyban befolyásolja, hogy az agy mely területein következik be először a romlás, a funkciócsökkenés és hogyan halad előre a leépülés folyamata. Tapasztalatok szerint az egyes egyének azon képességei, melyek az életükben nagyon fontos vagy domináns szerepet játszottak, tovább megmaradnak (pl. a számolás egy könyvelőnél). Ezek a hozzátartozók számára megtévesztőek is lehetnek a betegség felismerésében, illetve később a beteg állapotának megítélésében (azt hisszük, még nem olyan súlyos a helyzet, hiszen bizonyos dolgokat még önállóan meg tud csinálni).

A kezdetek: mit tegyünk, ha demenciára gyanakszunk, de az érintett nem akar orvoshoz menni?

A demens betegeknek többnyire nincs betegségtudata, nem veszik észre vagy tagadják, hogy baj van a memóriájukkal, folyamatosan kompenzálják a hiányaikat. Félnek a diagnózistól, az orvosoktól, vagy egyszerűen csak szégyellik a helyzetet. Ilyenkor segíthet néhány trükk:

Értsük meg az okát: Nem biztos, hogy a betegség tagadása van a háttérben – lehet, hogy félelem, bizalmatlanság, vagy rossz tapasztalat.

Fogalmazzunk óvatosan: Ne „neurológiai vizsgálatról” beszéljünk, hanem kevésbé ijesztő, pl. „rutinellenőrzésről / memóriavédelemről / vitaminszintmérésről / fáradtság kivizsgálásáról.

Kezdjünk a háziorvosnál: Gyakran megbízhatóbb a beteg szemében, és finoman ő is tovább tudja küldeni a megfelelő szakrendelésre.

Vonjunk be mást: Lehet, hogy egy másik családtagra, barátira vagy orvosra jobban hallgat.

Ne erőltessük túl: Ha most nem megy, hagyjunk időt, egy későbbi rossz élmény (pl. eltévedés) meggyőzheti valamilyen orvosi vizsgálat szükségességéről.

Leggyakoribb érzelmek a demencia különböző szakaszaiban

A demens betegek érzelmei nagyon változatosak lehetnek, és gyakran függetlenek attól, hogy milyen mértékben képesek a kognitív/szellemi funkciókat használni. Az érzelmek sokszor még akkor is megmaradnak, amikor a beteg már nem tudja kifejezni magát szavakkal.

Korai szakaszban a beteg még tisztában van a változásokkal, ami sok érzelmi kihívást jelenthet:

Szorongás – A beteg érzi, hogy valami nincs rendben, de nem tudja pontosan megfogalmazni, mi történik vele.

Félelem – Attól, hogy elveszíti önállóságát, hogy mások észreveszik a változást, vagy hogy elveszíti a kontrollt saját élete felett.

Szégyenérzet – Sokan próbálják leplezni a feledékenységüket vagy a zavartságukat.

Düh – A frusztráció érzése amiatt, hogy valamit nem tudnak megjegezni vagy elvégezni.

Depresszió – A betegség tudatosulásával együtt járhat egyfajta gyászreakció az elvesztett képességek miatt.

Középső szakaszban, ahogy a kognitív/szellemi képességei romlanak és az érzelmi reakciók is intenzívebbé válhatnak:

Zavartság és frusztráció – Nem értik pontosan, mi történik körülöt-tük, vagy miért nem emlékeznek dolgokra.

Paranoia és félelem – Azt hiszik, hogy mások el akarják venni a dol-gaikat, vagy ártani akarnak nekik.

Szorongás ismeretlen helyzetekben – A megszokott környezet vál-tozása nagyon megterhelő lehet.

Szeretet és ragaszkodás – Gyakran nagyobb szükségük van a fizikai érintésre, ölelésekre, megnyugtató szavakra.

Késői szakaszban a kommunikáció képessége minimálisra csökkenhet, de az érzelmek továbbra is jelen vannak:

Nyugtalanság vagy agresszió – Ha nem értik, mi történik velük, vagy ha valami (pl. fájdalom, zaj) kellemetlenséget okoz nekik.

Érzelmi visszahúzódás – Egyes betegek egyre kevésbé reagálnak a környezetükre.

Megnyugvás egy ismerős hangtól vagy érintéstől – Az érintés, a zene vagy a nyugodt környezet még mindig képes pozitív érzelmeket kiváltani.

Boldogság és elégedettség – Egy kellemes emlék, egy kedves gesztus vagy egy finom étel még mindig örömet szerezhet nekik.

Hogyan lehet segíteni a demens betegek érzelmi állapotán?

Nyugalmat sugárzó, biztonságot adó, világos, rendezett, kiszámítható környezettel.

Képek és jelek: Segítő jelek, feliratok az ajtókra (fürdőszoba, hálószoba), amelyek megkönnyítik a tájékozódást.

Megfelelő világítás: A sötétedés utáni időszakban, hogy elkerüljük a félelem érzését.

Kerüljük a túlzott ingereket: A váratlan zajok, a túl erős hangerő, az új élmények, a túl sok emberi interakció, vagy különösen zsúfolt helyek fokozhatják a szorongást, nyugtalanságot okozhatnak, növelhetik a zavartságot. Próbáljuk minimalizálni az olyan helyzeteket, amelyek túl sok ingert vagy stresszt okoznának (pl. nagycsaládos ünnepek).

Rutinok kialakítása: Rögzített napirend, ugyanabban az időpontban (pl. étkezések, alvás és gyógyszerek szedése).

Egyszerű és világos kommunikáció: Rövid, egyszerű mondatokat használjunk. A hosszú, bonyolult mondatok csak felesleges zavart, bizonytalanságot okozhatnak. Lassan és érthetően beszéljünk, hagyjunk időt a megértésre, hogy feldolgozza a hallottakat.

Türelem és empátia: Érintés, mosoly és nyugodt hang használata. A beteg érzelmei valóságok, még ha nem is tudja pontosan elmagyarázni, mit érez.

Nem mindig kell igazat mondani: Nem a valóság vagy a pontos információ a lényeg, hanem hogy a beteg érezze, nincs egyedül. A biztonság érzése az, ami gyógyít, nem a tények!

Régi kedves emlékek felidézése: Ehhez segítségül hívhatunk fényképeket, zenéket, illatokat.

Megmaradt képességeihez illeszkedő, számára örömet okozó elfoglaltságok: Pl. séta a szabadban, zenehallgatás, éneklés, színezés (pl. mandalák), egyszerű társasjátékok, mozgásos játékok, kézimunkázás.

A DEMENS BETEG FÉLELMEI

Emlékvésztes: Az egyik legnagyobb félelem, hogy nem emlékeznek fontos dolgokra, például a szeretteik nevére vagy a saját múltjukra.

Identitásvesztés: A személyiség fokozatos változása, a saját önazonosság elvesztésének érzése ijesztő.

Tájékozódási nehézségek: Az ismerős helyszíneken való eltévedés vagy az időérék elvesztése miatt bizonytalanságot érezhetnek.

Függőség másoktól: A függetlenség elvesztése, az önállóság csökkenése komoly frusztrációt okozhat.

Társas elszigetelődés: Attól való félelem, hogy a család, a barátok elhanyagolják, vagy nem értik meg őket.

Téveszmék és paranoia: A betegség előrehaladtával gyakran megjelenhetnek félelmek, pl. hogy valaki ártani akar nekik. Hallucináció is felléphet, képzelt személyeket, tárgyakat látnak valóságosnak.

Egészségügyi beavatkozások és intézményi elhelyezés: Sok beteg fél attól, hogy elveszíti az otthonát és kórházba vagy idősotthonba kerül.

Halálfélelem: Bár sok demens beteg nem mindig van tisztában saját állapotával, a haláltól vagy az ismeretlentől való félelem előjöhet.

Sokszor párhuzamos valóságban élnek

A demencia miatt az agy nehezebben dolgozza fel az információkat, így a betegek gyakran a valóságos környezettől eltérő, saját, belső világban élnek. Ha ebből kikökökentjük őket, az zavart, félelmet vagy dühöt válthat ki. Előrehaladott stádiumban a memóriazavarok és a téveszmék felerősödnek. Gyakran előforduló „tünetek”:

Más időszakban élnek – Azt hiszik, hogy fiatalok, még élnek a szüleik, vagy azt gondolja, hogy dolgoznia kell menni, holott már évtizedek óta nyugdíjas.

Eltérő környezetet érzékel – Nem ismeri fel az otthonát, haza akar menni.

Nem létező személyekkel beszélget – Lehet, hogy egy elhunyt családtag jelenlétét érzékeli, vagy képzeletbeli emberekkel beszélget.

HOGYAN REAGÁLJUNK RÁ?

Ne vitatkozzunk – Ha azt mondja, hogy az édesanyja várja otthon, ne próbáljuk erőszakkal meggyőzni, hogy az édesanyja már nem él. Ez csak feszültséget okoz.

Próbáljuk megérteni – Ha „haza akar menni”, lehet, hogy a biztonság érzését keresi, nem egy konkrét helyet. Akár induljunk is el vele valahova, közben elfelejtheti, mit is akart, hova indult.

Tereljük el a figyelmét – Egy másik témára való áttérés vagy egy kellemes tevékenység segíthet.

Alkalmazkodjunk az ő valóságához – Ha például azt hiszi, hogy dolgozni kell mennie, mondhatjuk: „Ma szabadnapod van, pihenhetsz egy kicsit.”

Biztonságos környezet – Ha embereket „lát”, ellenőrizzük, nincs-e zavaró árnyék vagy tükröződés. Az egyszerű, átlátható berendezés segíthet csökkenteni a téves észleléseket.

Ne keressünk logikus érveket! Megnyugtatóra, biztonságra van szükségünk, nem észérvekre!

A párhuzamos valóságok számunkra ijesztőek lehetnek, de a beteg számára valóságok. A türelem és empátia kulcsfontosságú; figyeljük, mi vált ki jó vagy rossz reakciót, és ahhoz igazítsuk a saját viselkedésünket

A KOMMUNIKÁCIÓ MÓDJA DEMENS EMBEREKKEL:

A demenciával élők számára a döntéshozatal és a helyzetek átlátása egyre nehezebbé válik. A túl sok opció vagy a nyitott kérdések zavart, szorongást kelthetnek bennük. Ezért sokszor könnyebb és megnyugtatóbb, ha egyértelmű, egyszerű utasításokat kapnak, miközben a határozottságunk biztonságot jelent számukra.

Legyünk határozottak, de kedvesek: „Gyere, meggyünk sétálni. / Most reggelizünk, itt a pirítósod. / Nyújtsd ki a karod, felvesszük a pulóvert. / Kész a meleg fürdő, nagyon kellemes lesz. / Gyere, most jön a kis wellness, meleg víz, tisztaság, frissesség! / Ma is beveszszük a gyógyszert!” Fontos, hogy a hangnem semmiképp se legyen kioktató, mivel még súlyos állapotában is érzékeli a beteg, ha lekezelően szólnak hozzá.

Ha nehezen találja a szavakat, adjunk javaslatokat, de ne fejezzük be a mondatot helyette. Ha nem tudja világosan kifejezni magát, akkor figyeljünk jobban a nem verbális kommunikációjára (testbeszéd, arckifejezések). Mi is használjuk ezeket.

Igen/nem: Fontos tudni, hogy a demenciával élő személy összekeverheti az igen/nem választ. Lehet, hogy „nemet” mond, miközben

„igent” akart, és fordítva. Ezért is fontos a nem verbális kommunikációt figyelni.

Hasznos mondatok lehetnek: „Gondterheltnek/nyugtalannak látszol. / Én magam sem emlékszem. / Lehet, hogy eltűnt a... / Nehéz lehet egyes dolgokra visszagondolni. / Ezt csináljuk együtt. / Nagyon elkelve a segítséged. / Én is magányosnak érzem magam. / Nekem is jól jönne egy barát.”

Kerülendő, frusztrációt okozó mondatok: „Az előbb kérdezted. / Már nem jársz dolgozni. / Édesanyád (férjed, feleséged) már régen meghalt. / Foglald el magad valamivel. / Már megint elfelejtetted. / Már mondtam. / Várj egy pillanatot. / Hagyd abba ezt.”

Félelmek és érzelmek a hozzátartozó részéről

A betegség elfogadása: A hozzátartozók számára a demencia diagnózisa és a beteg állapotának romlása érzelmileg nagyon megterhelő. Az elfogadási folyamat gyakran hasonlít a gyász szakaszaihoz, mivel a hozzátartozók fokozatosan „elveszítik” azt a személyt, akit korábban ismertek, még akkor is, ha fizikailag jelen van. Ez az érzelmi feldolgozás több szakaszból állhat:

Sokk, tagadás: A diagnózis után a hozzátartozók gyakran nem akarják elhinni, hogy a demencia valóban jelen van. Remélik, hogy tévedés történt, vagy hogy az állapot visszafordítható. Ez egyfajta védekezés a fájdalmas valóság ellen. „Biztos csak feledékeny, ez néha mindenkivel előfordul.”

Düh, tehetetlenség: A düh sokszor nem konkrét személy ellen irányul. Haragudhatunk az orvosokra, a sorsra, vagy akár magára a betegre, amiért megváltozott, elvesztette önmagát. Ez a tehetetlenség érzésére adott természetes reakció.

Alkudozás, reménykedés: A hozzátartozó magát győzködi, hogy talán egy új kezelés, étrend, vagy több figyelem javíthat a helyzeten. „Ha jobban figyelünk rá, talán nem romlik tovább.”

Depresszió, szomorúság: A hozzátartozók szembesülnek a helyzet komolyságával, ami szomorúságot, magányt vagy akár büntudatot is okozhat. Ez gyakran a legnehezebb szakasz, különösen, ha a beteg állapota rohamosan romlik. „Már alig ismer meg... ez olyan, mintha lassan eltűnne.”

Elfogadás: A hozzátartozó megtanul együtt élni a helyzettel. Reális elvárásokat támaszt a beteg állapotával kapcsolatban, és keresi azokat a módokat, amivel még kapcsolódni tud a beteghez: mosoly, kézfogás, közös zenehallgatás, közös éneklés. „Már nem ugyanaz, de még mindig fontos számomra. Most másként kell szeretnem.”

Sokszor ezek a szakaszok nem lineárisan követik egymást – előfordulhat visszalépés egyikből a másikba, különösen, ha a beteg állapota hirtelen romlik, vagy újabb kihívások jelentkeznak. Ez a gyász-folyamat azért is különösen nehéz, mert nem tud lezárulni, hiszen a szeretett személy fizikailag továbbra is jelen van.

A HOZZÁTARTOZÓK FÉLELMEI

A beteg állapotának romlása: A családtagok félnek attól, hogy szeretettük egyre kevésbé lesz önmaga, már nem ugyanaz a személy, akit egykor ismertek.

A megfelelő ellátás biztosítása: Aggodalom, hogy tudnak-e megfelelő gondoskodást és támogatást nyújtani.

Fizikai és érzelmi megterhelés: A folyamatos ápolás kimerítő lehet, és sok családtag attól tart, hogy nem bírja hosszú távon. Nehéz érzelmileg, hogy a beteg gyakran épp arra zúdítja az indulatait,

aki a legtöbbet segít neki, de ilyenkor tudatosítani kell, hogy ez a betegség természetes velejárója, nem személyes támadás.

Pénzügyi nehézségek: A gondozás költségei (pl. otthoni ápolás, gyógyszerek, intézményi ellátás) jelentős anyagi terhet jelenthetnek.

Döntések meghozatala: A betegség előrehaladtával a hozzátartozóknak kell dönteniük a beteg helyett, ami nagy felelősséget jelent.

Bűntudat: Gyakori, hogy a családtagok bűntudatot éreznek, hogy nem tudnak eleget és elég jól tenni, vagy ha intézményben kell elhelyezniük a beteget.

Társas elszigetelődés: A demenciával élő gondozása miatt sokan kevesebb időt töltenek saját társas kapcsolataikkal.

A lelkiismeret-furdalás, a bűntudat enyhítési módjai

A demens hozzátartozó gondozása lelkileg kimerítő. Sok gondozó érez bűntudatot – úgy gondolja, nem tesz eleget, nem elég türelmes, vagy rossz döntéseket hoz. Ez természetes érzés, de érdemes átgondolni néhány dolgot, amelyek segíthetnek enyhíteni a bűntudaton.

Nem kell tökéletesnek lenni. Senki sem lehet 0–24 órában tökéletes gondozó. Nincsenek „helyes” vagy „hibás” döntések. Amit teszünk, az a lehetőségeinkhez képest a legjobb.

A betegség romlása nem a mi hibánk. Nem azért romlik a beteg állapota, mert nem teszünk eleget, hanem azért, mert a demencia gyógyíthatatlan betegség. Ne azt nézzük, hogy mit nem tudunk megoldani, hanem azt, hogy mennyit segítünk a mindennapokban!

Beszéljünk másokkal – ne maradjunk egyedül. Család, támogató csoport, szakember (pszichológus, szociális munkás) is segíthet. Nem gyengeség támogatást kérni!

Adjunk magunknak pihenőidőt. Ha mi jól vagyunk, jobban tudunk gondoskodni a szeretteinkről is. Az „énidő” nem luxus, hanem szükséglet. Engedjük meg magunknak, hogy néha kikapcsoljunk és feltöltődjünk (pl. séta, könyv, hobbi).

Értékeljük a kis sikereket. Lehet, hogy nem tudunk mindent megoldani, de vannak pillanatok, amikor sikerül megnyugtatót, megnevetetni vagy megkönnyíteni a beteg napját.

Nincs tökéletes döntés. Csak a legjobb, amit az adott helyzetben lehet hozni – és ez elég.

Örömmel is járhat a demens ember gondozása!

Bár a demenciagondozás sok fájdalommal jár, apró örömek segíthetnek megtalálni a szépséget a nehézségek között:

Az apró pillanatok szépsége. A demens betegek gondozása során újraértékelhetjük a mindennapok egyszerű örömeit: egy közösen elfogyasztott finom étel, egy kedves mosoly vagy kézfogás, egy pillanat, amikor felismer és kimondja a nevünket, egy közös nevetés egy régi emlék vagy egy vicces helyzet kapcsán.

Új szemmel látjuk a szeretetet. A demencia előrehaladtával a szavak egyre nehezebben jönnek elő, de a szeretet nem csak szavakban létezik. Az érintés, a közelség és a törődés mélyebb kapcsolódást hozhat létre, mint korábban bármikor.

A múlt emlékeinek újrafelfedezése. Megtudhatunk többet a fiatalkoráról, az érzéseiről, a régi álmairól. Olyan emlékeket oszthatnak meg, amelyeket korábban talán sosem meséltek el.

Fejlődik a türelmünk és az empátiánk. A gondozás megtanít jobban odafigyelni a másik ember érzéseire, nagyobb türelemmel és szeretettel reagálni.

Megtanulunk a jelenben élni, lelassítani és élvezni a pillanatot. A demens beteg nem a jövő miatt aggódik, ő a jelen pillanatban él. Ha velük vagyunk, rájövünk, hogy a most az, ami igazán számít.

Az új kommunikációs formák öröme. Mivel a beszéd egyre nehezebbé válik, új módokat találunk a kapcsolódásra: érintés, simogatás, közös éneklés, rajzolás, játék is kapcsolatot teremt.

Megtanulunk másképp szeretni. A demencia átalakítja a kapcsolatokat, de az érzések nem tűnnek el. Nem biztos, hogy emlékszik a nevünkre, de érzi, hogy szeretjük. Lehet, hogy nem tudja elmondani, de a jelenlétünk biztonságot ad neki.

Olyan családtag ápolása, akivel rossz volt a kapcsolat

Különösen érzékeny helyzet, rengeteg érzelmi feszültséget, büntudatot, haragot és belső konfliktust okozhat, ha valaki olyan családtag gondozására kényszerül, akivel korábban rossz volt a kapcsolata.

Ne hibáztassuk magunkat, normális, ha ambivalens érzéseink vannak.

Ha nem tudunk szeretetet érezni, az együttérzés is elég.

Próbáljuk meg újraértelmezni a kapcsolatot. Ne arra gondoljunk, hogy ő a szülőnk, a testvérünk, akivel konfliktusaink voltak, inkább arra, hogy egy idős, rászoruló, kiszolgáltatott embert segítünk.

A demencia sokszor „átírja” a személyiséget: előfordulhat, hogy az a viselkedés, ami bántott, már nincs jelen.

Pszichológus, mentálhigiénés szakember segíthet feldolgozni a múlt sérüléseit és az új helyzet lelki terheit.

Jogunk van nemet mondani, ha túl nagy tehernek gondoljuk. Kérjünk külső segítséget (család, szociális ellátórendszer).

A gondozás nem feltétlenül szeretetből fakad – lehet tisztességből, felelősségtudatból vagy emberségből is. Az egyik legfontosabb dolog, amit ilyenkor megtehetünk: megtalálni azt a formát és keretet, ami számunkra is elviselhető, és nem tesz tönkre érzelmileg vagy fizikailag.

Honnan kaphat támogatást a gondozó?

A demenciával élő személy gondozása érzelmileg és fizikailag is rendkívül megterhelő, ezért különösen fontos, hogy a hozzátartozó is kapjon támogatást. Ezek a módszerek segíthetnek a feldolgozásban, az elfogadásban és az egyensúly megtartásában:

Ismerjük meg a betegséget: olvassunk megbízható forrásokat:

- <https://felejtekek.hu> / <https://demenciaterkep.com>
- <https://alzheimer-kor.hu> / <https://demenciavalotthon.hu>
- <https://demencia.hu> / <https://feledhetetlen.com>

Vegyünk részt ismeretterjesztő előadásokon (Alzheimer Cafék / Memoria Klubok).

Keressünk hasonló helyzetben lévő, támogató közösségeket: csatlakozzunk hozzátartozói csoportokhoz, off vagy online (Facebook csoportok):

- „Demenciával otthon” –
https://www.facebook.com/groups/226335258473662/?locale=hu_HU
- „Nem vagy egyedül” – Támogatói kör –
<https://www.facebook.com/groups/587404826493620/>
- Idősek Otthona – Szociális Otthonok gyűjtő csoportja –
<https://www.facebook.com/groups/idosekotthona/>

Kérjünk házi segítségnyújtást: személyi térítési díj ellenében igényelhetünk szociális segítséget, a mindennapi teendőkhez (pl. személyi higiénié, gyógyszerbevitel, bevásárlás, ételmelegítés). Gondozási központoknál lehet kérelmezni háziorvosi igazolás kíséretében.

Idősek nappali ellátása / Demensklubok:

Napközbeni felügyeletet biztosítanak (hétköznapokon). Önkormányzati vagy egyházi fenntartásúak (étkezésért és/vagy az egyéb szolgáltatásokért személyi térítési díjat kell fizetni.) Igényléséhez neurológus, pszichiáter vagy gerontológus szakorvos által kiállított demencia-szakvélemény és háziorvosi igazolás szükséges.

Kérjünk ápolási díjat:

Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását (ehhez nem szükséges egy lakásban élni!) ellátó nagykorú hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás. Összege változó, 2025-ben

- **az alapösszegű ápolási díj** bruttó 49 960 Ft/hó (nettó 44 965 Ft/hó)
- **emelt szintű ápolási díj** (ha az ápolat súlyosan fogyatékos, legalább három, önálló életvitelt érintő tevékenységben önállótlan – étkezés, öltözködés, tisztálkodás, WC-használat, közlekedés.) összege: bruttó 74 940 Ft/hó (nettó 67 450 Ft/hó)
- **kiemelt ápolási díj** (önellátásra nem képes, és napi 24 órás felügyelet kell) összege: bruttó 89 930 Ft/hó (nettó 80 940 Ft/hó).

Az ápolási díj (legyen az alap-, emelt vagy kiemelt összegű) feltétele, hogy az ápolást végző személy legfeljebb napi 4 órát dolgozhat (munkaviszonyban, egyéni vállalkozóként stb.). A törvény nem határoz meg jövedelmi korlátot, akár jól fizető munka is lehet. Nyugdíjas is kaphatja, de csak akkor, ha a nyugdíj összege kevesebb, mint az ápolási díj összege.

Az alapösszegű ápolási díjhoz háziorvosi igazolás elegendő, a többi szintnél kirendelt szakértő(k) szükségesek. Jogszabályi háttér: 1993. évi III. törvény 40–44 §-ai határozzák meg. Ügyintézés: a kormányablaknál vagy az online ügyfélkapun keresztül.

Otthonápolási szolgálatok: Egészségügyi szakápolók jönnek házhoz, pl. injekció, sebkötözés, felfekvés kezelése. Orvos írja fel, TB által finanszírozott. Nem demenciaspecifikus, de súlyos állapotban fontos kiegészítő.

Milyen segítséget nyújt a II. kerület?

INFOPONT

- A szolgáltatás célja tájékoztatást nyújtani a II. kerületben élők részére biztosított szociális ellátásokról: szociális étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtásról, idősök nappali és (demens) ellátásáról, mentális támogatásról, gyógyászati segédeszköz kölcsönzésről, idősotthoni elhelyezésről.
- Ezenkívül információt szolgáltatnak egyéb szociális ellátással kapcsolatban a szolgáltató elérhetőségéről. Előzetes egyeztetést követően a szolgáltatásokkal kapcsolatban személyes konzultációra is van lehetőség. A szolgáltatást az I. sz. Gondozási Központ (1027 Budapest, Bem tér 2., telefon: +36 1 212-5019) térítésmentesen biztosítja, munkanapokon 8-13 óraközött a +36 1 315-0775 telefonszámon.
E-mail cím: masodikkeruletinfo@gmail.com
- II. Kerületi Önkormányzat betegápolási támogatást és egyéb szociális támogatást nyújt rendeletében (3/2015.II.27.) meghatározott feltételek fennállása esetén. (A betegápolási támogatás ápolási díj mellett nem vehető igénybe, összege annál általában alacsonyabb.) A támogatásokkal kapcsolatosan az önkormányzat Humánszolgálat

tatási Igazgatóság – Ellátási Osztályától (1024 Budapest, Káplár utca 2/c-d.) ad bővebb tájékoztatást: ellatas@masodikkerulet.hu, telefon: + 36 1 346 5700. A kerület honlapján itt lehet tájékozódni a „Betegápolási támogatás és betegápolási plusz támogatásról”: <https://masodikkerulet.hu/node/42014>

- A civil szféra szereplője a II. kerületben működő Kétker Közösségi Alapítvány, elkötelezett a demens személyeket ápolók segítségével. **Demencia kibeszélő** klubja önszorgú csoportként működik, ahol a hozzátartozók elmondhatják nehézségeiket, problémáikat, örömeiket, és olykor szakemberek is segítik a tájékozódást. A csoport nyitott minden érintett számára. Írjon nekünk, ha csatlakozni szeretne: hello@ketker.hu

Otthonápolás vagy intézményi ellátás?

Sok gondozó számára nehéz döntés, hogy meddig tartható fenn az otthonápolás és mikor válik szükségessé szociális vagy ápolási intézmény igénybevétele. A fizikai és lelki teher idővel meghaladhatja a család lehetőségeit. Magyarországon az intézményekben hosszú a várólista, ezért érdemes időben tájékozódni, és akár 1-2 évvel korábban benyújtani a kérelmet. Ez nem kötelez semmire, de esélyt ad arra, hogy amikor valóban szükség lesz rá, ne kelljen hónapokat/éveket várni a bekerülésre.

Az otthonápolás lehetséges, amíg:

- A fizikai és mentális terhek nem haladják meg a gondozó tűrőképességét.
- A beteg biztonságban van otthon.
- Van elérhető segítség (család, háziorvos, szociális ellátás, tanácsadó, idősgondozás).

- Nem alakul ki teljes önellátási képtelenség és/vagy súlyos magatartási zavarok (pl. inkontinencia, kóborlás, agresszió, alvászavarok).
- A gondozó nem szorul orvosi vagy pszichés segítségre maga is (kiégés, depresszió, fizikai túlterhelés).
- A családi kapcsolatok nem sérülnek véglegesen az állandó terhelés miatt.

Intézményi ellátás lehet szükséges, amikor:

- A beteg már folyamatos felügyeletre szorul: éjszaka kóborol, eltéved, vagy nem biztonságos a lakás (tűz, gáz, ajtónyitás).
- Ápolási igény jelentkezik: emelni, fürdetni, pelenkázni, etetni kell és ezek már meghaladják a család fizikai lehetőségeit.
- A gondozó családtag egészsége romlik: kimerült, beteg, depressziós, nem tud jól segíteni, már ő is veszélybe kerül.
- Nincs elérhető segítség: ha már a segítő háló (házi gondozó, rokon, egyházi ellátás, szomszédok) nem tud többet tenni.
- A beteg már nem ismeri meg a környezetét, vagy veszélyt jelent önmagára: nem érti, hol van, gyakran agresszív vagy nyugtalan.

Egy jól kiválasztott intézmény több nyugalmat, biztonságot, méltóságot és jobb életminőséget biztosít a betegnek és a gondozó családnak is. A kapcsolattartás továbbra is lehetséges: a rendszeres látogatás, közös élmények, sőt az ünnepekre való hazavitel is megmaradhat.

A DEMENCIA MEGELŐZÉSE ÉLETMÓDDAL

Az egészséges életmód segíthet megelőzni vagy késleltetni a demencia kialakulását. Az agy egészsége „befektetés”, amit fiatalon kezdünk építeni, és idősebb korban kamatoztatunk. Soha nem túl korán elkezdeni, de 40 év felett már nagyon fontos tudatosan odafigyelni a következőkre:

Szív- és érrendszer védelme: Magas vérnyomás, cukorbetegség, magas koleszterin kezelése. Ami jó a szívnek, jó az agynak is!

Rendszeres testmozgás: Napi séta, torna, úszás, kerékpározás, tánc. Egyszerre mozgatja meg a testet és az agyat, heti legalább 150 perc közepes intenzitású mozgás.

Táplálkozás, mediterrán diéta: Sok zöldség, gyümölcs, olívaolaj, hal, teljes kiőrlésű gabona, kevés vörös hús, a cukor, feldolgozott élelmiszer, alkoholfogyasztás kerülése.

Társas aktivitás: Találkozók barátokkal, családdal, klubok, közösségi események, önkéntesség. A magány kerülése kulcsfontosságú!

Megfelelő alvás: 7–9 óra pihentető alvás minden éjjel.

Mentális aktivitás: Rendszeres agytorna (rejtvények, sudoku, sakk, memóriagyakorlatok), új dolgok tanulása (nyelv, hangszer, kézművesség, olvasás, írás).

Dohányzás kerülése: A dohányzás károsítja az agyi ereket is, szokjunk le mihamarabb!

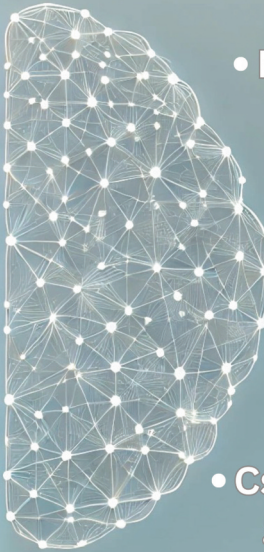
Stresszkezelés, lelki egészség: Relaxáció, jóga, meditáció, természetjárás.

További információ, szakirodalom, idősoththonok jegyzéke, videók, honlapok, filmajánlók: <https://ketker.hu/demencia>

Demencia?



Mit tehetünk?



- Megelőzés
 - Korai felismerés
- Tünetek enyhítése
- Folyamat lassítása
- Családtagok, gondozók támogatása

**A Kétker Közösségi Alapítvány kiadványa a demenciáról
szól – egy olyan betegségről, amely gyakran idős korban
jelentkezik, de nem az öregedés természetes része.**

**Röviden, közérthetően mutatja be a figyelmeztető
jeleket, a diagnózis menetét, a kezelési lehetőségeket,
valamint a hozzátartozók számára hasznos, gyakorlati
tanácsokat.**



A kiadványt készítése során több érintettnek is elküldtük
véleményezésre. Két jellegzetes reakció:

„Bárcsak korábban olvashattam volna!”

**„Hasznos, kompakt kis anyag. Sok mindent olvastam
már itt-ott, de ez gyakorlatiasabb és teljesebb.”**



A kiadvány bárki számára ingyen letölthető:

<https://ketker.hu/demencia>