

Gerontologija

Gerontologija je nauka koja se bavi starenjem i starošću, nauka o starosti i starenju (gerontos – starac, logos – nauka).

Gerontologija kao interdisciplinarna nauka proučava biološke, psihičke i socijalne promene u procesu starenja i starosti. Ona je nauka o manifestacijama, pojavama starenja i morfološkim, psihološkim i socijalnim aspektima staračke dobi. Kao nauka o starom čoveku, gerontologija nastoji da odgovori na dva pitanja: kako doživeti starost i šta učiniti da starost bude kvalitetan, integralni deo sveukupnog životnog veka pojedinca. Obuhvata sve aspekte **starenja kao procesa, starosti kao stanja** i starijih lica kao nosilaca ovih procesa, proučava značaj i uticaj svih fenomena vezanih za pojedince, porodicu i društvenu zajednicu.

Ona je u osnovi multidisciplinarna nauka i njome se bave mnoge naučne i stručne oblasti.

Kako je ličnost čoveka bio-psiho-socijalni integritet, a svaka osoba neponovljiva jedinka, gerontologija ima i više podela, a jedna od podela deli gerontologiju u odnosu na primarni fokus na:

- Biološku ili biofizičku
- Psihičko -psihološku i
- Socijalnu

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije, starije su osobe od 60 do 75 godina, stare su osobe od 76 do 90 godina, a veoma stare osobe su osobe iznad 90 godina. Često se među laicima starenje i starost smatra sinonimima. Međutim, na pojmovnom nivou neophodno je razlikovanje starenja od starosti. Starenje je proces tokom koga se događaju promene u različitim funkcijama. Razlikuju se tri osnovna vida starenja:

- biološko – usporavanje i opadanje u funkcijama organizma s vremenom
- psihološko – promene u psihičkim funkcijama i prilagođavanju ličnosti na starenje
- socijalno – promene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi.

Osnovne nauke i naučne oblasti na koje se gerontologija oslanja su:

1. sve **predkliničke (bazične) medicinske oblasti** – biologija, biohemija, histologija, fiziologija; **sve kliničke grane medicine** – interna medicina, neurologija, psihijatrija, hirurgija, rehabilitacija, onkologija, ginekologija, otorinolaringologija, gerijatrija...kao i tzv. **preventivne grane medicine** - socijalna medicina, epidemiologija, higijena, medicina rada, mikrobiologija.
2. **sociologija** kao nauka o društvu
3. **filosofija** kroz koju tražimo odgovore na večna pitanja, ko smo, odakle smo stigli i gde idemo
4. **socijalna zaštita** koja ima za cilj da zaštiti ljude od dolaženja u stanje socijalne potrebe, a ako su u to stanje već dospeli da doprinese rešavanju problema i pomogne da se stanje prevaziđe
5. **pravne nauke** koje regulišu pravo na medicinski i socijalno obezbeđenu starost
6. **demografija** koja izučava demografske karakteristike, aspekte i značaj starenja stanovništva

7. **ekonomija** koja se bavi cenama i aspektima zdrave i socijalno obezbeđene starosti i skreće pažnju na koštanje bolesne i socijalno neobebeđene starosti i starenja
8. **ekologija** koja proučava uticaje spoljašnje sredine na starija lica i obrnuto
9. **politikologija** koja usmerava društvena kretanja
10. **psihologija** koja proučava psihološke promene i probleme u toku starenja
11. **pedagogija** – andragogija koja proučava načine učenja odraslih i starih lica
12. **arhitektura** – primer stepenika koji je fizička prepreka, a može se pretvoriti u veliku socijalnu barijeru
13. **urbanizam** - kakav grad za kakve ljude - kako prilagoditi grad pravljen za mlade i radno produktivne ljude, potrebama starijih građana
14. **istorija** - bavi se događajima i procesima iz prošlosti koji su imali ključne uticaje na razvoj gerontologije kao nauke
15. **etnologija** koja proučava kako se i gde stari, kakvo je mesto i uloga starih u sredini u kojoj žive
16. **antropologija** - koja nam govori kako se nekada i negde starilo
17. **kulturologija** koja prati uticaj kulture na starenje i obratno, bavi se uticajem i doprinosom starijih lica na kulturne događaje i tokove u kulturi
18. **sve umetnosti** koje prikazuju, opisuju, objašnjavaju starenje i starost
19. **religija** koja je kroz poštovanje religioznih običaja više zastupljena kod starijih osoba
20. **univerzalni dizajn** - dizajn za sve koji se bavi osmišljavanjem predmeta koji su u svakodnevnoj upotrebi da budu laki i dostupni za korišćenje svima
21. **gerijatrija**

Gerijatrija

Gerijatrija je nauka o medicinskim karakteristikama i značaju starenja i starosti.

Ona je deo gerontologije i medicine. Naziva se još i medicinom involutivnog doba. Gerijatrija uči da je čovek skup onoga što je na svet doneo i uticaja okoline na njega, uz dodatak svega onoga što mu se u životu dešavalo.

Ontogenija - razvoj individue

Filogenija - razvoj vrste

Ontogenija se shvata nekad kao rekapitulacija ili repriza filogenije.

Gerijatrija je takođe multidisciplinarna i obuhvata sva medicinska znanja iz oblasti prevencije, dijagnostike, terapije i rehabilitacije starosti i starenja.

Počinke tamo gde završava pedijatrija – tema za razmišljanje.

Sadržaji gerijatrije obuhvataju specifičnu i nespecifičnu prevenciju ranog i patološkog starenja, kao i dijagnostiku i terapiju obolelih starih lica i njihovu rehabilitaciju.

Istorijski razvoj gerontološke i gerijatrijske misli i prakse

- **Hipokrat** (460.-370. g.pne.) smatrao je da stariji ljudi boluju od hroničnih bolesti koje traju sve do smrti i locirao ih je u pluća, bubrege, zglobove, vid i sluh....
- **Platon** (427.- 347. g.pne.) stari treba da vladaju da bi se sprečile novotarije....

- **Aristotel** (384. -322. g.pne.) razlog starenja je video u smanjenju telesne toplote,
- **Galen** (129. -199.) identifikovao smanjenje tečnosti kao uzrok smanjenja telesne toplote, ali je PRVI rekao da starost nije bolest, ali nije ni zdravlje, jednu od premisa na kojima se i zasniva današnja gerijatrija - **starost nije jednako bolest.**
- Prvi dom za stare osnovan je u 6.veku u Rimu.
- Tokom srednjeg veka širom Evrope osnivaju se azili, a pri samostanima bolnice za stare.
- Gabrielis Zerbi (1445. -1505.) italijanski lekar napisao je 1489.godine prvu monografiju o starenju pod nazivom «Gerontocomia», o uzrocima i znacima starenja sa naglaskom na ishranu starih lica.
- U Engleskoj je 1601.g. donet zakon kako je država dužna da se brine o starijim licima.
- Tokom 17. i 18. veka domovi za stare se odvajaju od bolnica.
- U 19.veku se odvijaju značajni događaji u razvoju gerontologije i gerijatrije. U bolnicama se uvodi statistički način razmišljanja i rada sa bolesnicima. Javljaju se prvi sistemi osiguranja starih lica i sistemi osiguranja za starost i osnivaju se prva udruženja za pomoć starim licima.
- Prvo se u Francuskoj preorijentišu sa shvatanja da je zaštita i briga o starima milosrđe ka stavu da je to njihovo pravo. Činjenica je da se u različitim socio – kulturnim sredinama i danas insistira na tome ali sa različitim uspehom.
- Žan Mari Šarkov francuski lekar drži predavanja o starosti i starenju tokom 1866.-1876. u jednoj pariskoj bolnici.
- Engleski lekari razvijaju sistem nege starih lica u istom periodu, a u Nemačkoj se bave patološko-anatomskim nalazima kod oboljenja starih.
- Ignac Našer je 1902.g. skovao termin gerijatrija, a 1912. u SAD je osnovao prvo gerontološko društvo u svetu i izneo ponovo Galenovo mišljenje da strost nije bolest, ali se u starosti bolesti češće javljaju.

U 20. veku razvoj gerijatrije se može podeliti na tri faze:

1. period kliničke gerijatrije čiji je osnivač Našer i koja se bavi karakteristikama oboljevanja i bolestima, dijagnostikom i terapijom starijih lica.
2. period počinje oko 1930.g. kada se u centar stavljaju bazična istraživanja u oblasti biohemije, fiziologije, patofiziologije, endokrinologije i kada se počinje sa pokušajima «terapijskog podmlađivanja» u Nemačkoj gde izlazi prvi gerijatrijski časopis 1938.g.
3. period počinje krajem 2. Svetskog rata, kada se uviđa demografski problem starenja stanovništva i kada gerijatrija postaje gerontolški, ili više «naučno» orijentisana. Tada se razvija socijalna gerontologija, raste broj stručnih časopisa, stručnih radova iz oblasti i broj stručnih skupova koji se bave starima.

U 20.veku se prvo u SAD a kasnije i širom sveta osnivaju brojna savetovaništa za stare osobe.

Na teritoriji zemalja u okruženju važne godine su :

1968.g. - Opatija - prvi seminar iz oblasti gerijatrije.

1974.g. - Nada Smolić Krković izdaje prvi udžbenik pod nazivom Gerontologija

1973.g. - osnovano gerontološko društvo Srbije

1979.g. - Neum, formiran Savez gerontoloških društava Jugoslavije, a stručni deo skupa je bio posvećen stanovanju u starosti.

1980.g. u Zagrebu pri školi narodnog zdravlja Andreja Štampar počeo prvi posle diplomski tečaj gerontologije za lekare, sociologe i ostale stručnjake sa visokom stručnom spremom.

1980.g. - pri interuniverzitetskom centru u Dubrovniku je počeo višegodišnji međunarodni posle diplomski tečaj pod nazivom « Social gerontology in International and Cross-Cultural Perspectives ».

Teorije starenja

Starenje je kao jednosmerni put. U starenju treba razdvojiti primarno i sekundarno, uzrok i posledicu. Postoji više teorija starenja, ali ni jedna nije sa dovoljno dobrim odgovorima na brojna pitanja koja čovek sebi postavlja u vezi sa protokom vremena.

Stara osoba nije samo ono što se određenog momenta vidi i percipira, ona ima sopstveno nasleđe, životni put i iskustvo i samo svoj preostali zdravstveni, socijalni, intelektualni, kulturni i drugi kapacitet i potencijal.

Kada govorimo o starenju nužno je razlikovati primarno i sekundarno starenje.

- **Primarno starenje** ponekad se poistovećuje s fiziološkim starenjem, a odnosi se na normalne, fiziološke procese koji su posledica sazrevanja i protoka vremena (npr. menopauza kod žena).

- **Sekundarno starenje** odnosi se na patološke promene koje su posledica spoljašnjih činioca, a uključuju bolest, sredinske faktore (npr. uticaj buke na slabljenje sluha) i ponašanje individue.

Starenje je jedinstven proces, a dve su vrste starenja i ova podela je ipak samo didaktička:

- **Fiziološko starenje** – postepeni proces koji se odvija sinhrono u celom organizmu, ne može se izbeći, niti zaustaviti, porede ga sa svećom koja gori, gori i dogori odnosno jednostavno se ugasi.

- **Patološko starenje** je ono koje se javlja prevremeno, odvija se brže, intenzivnije na nekim, a sporije na nekim drugim sistemima i organima u organizmu, ono je neizvesnije i bolnije. Primer je ateroskleroza koja je normalni pratilac starenja, ali je patološka ako se javi ranije, raširi brže i manifestuje u težoj formi.

Ono što je značajno je da se patološko, za razliku od fiziološkog starenja može i usporiti i prevenirati.

Ima zagovornika da ne treba odvajati patološko i fiziološko starenje i da razlike nema, da samo neko stari brže a neko sporije i da starenje počinje ne čak ni rođenjem, već još ranije procesom začeca – to bi nekako značilo da je ceo život jedan duži ili kraći patološki proces.....tema za razmišljanje.....

Veliki broj teorija o starenju se oslanja na dva u osnovi suprotna procesa - da nečega što je organizmu potrebno i neophodno brže ili sporije nestaje i nedostaje, ili da se u njemu brže ili sporije nakuplja nešto što mu ne teba ili škodi. Brzina bi mogla da pojašni ili odvoji patološko od fiziološkog starenja, gde bi pridev «**brže**» objasnio patološko starenje, a pridev «**sporije**» bi se odnosio na fiziološko starenje.

Za sada ni jedno mišljenje ili teorija ne daju adekvatno objašnjenje starenja, ali svaka teorija sadrži barem zrnice istine:

- gubljenje toplote (kod starijih ljudi je niža telesna temperatura) kao razlog starenja – ali da li je uzrok ili posledica
- gubljenje vlažnosti – okrivljavano za proces starenja, a bazirano je na činjenici da stariji organizmi sadrže procentualno manje vode
- gubitak životne snage kao uzrok starenja, bez definisanja šta se smatra životnom snagom
- povećanje razgradnje, a smanjenje izgradnje – disbalans kataboličko-anaboličkih procesa u organizmu je evidentan, ali nije objašnjeno da li se samo dešavaju u starosti ili je u stvari prouzrokuju
- trovanje bakterijama koje su u organizmu ili se nalaze u okolini, ili otrovima koji se konzumiraju, bilo da su oni primarno otrovi ili takvi postaju kada se unesu u organizam
- autoagresija koja je objasnila neke bolesti ali ne i sam proces starenja
- smanjenje aktivnosti žlezda sa unutrašnjim lučenjem (hipofiza, tiroidea, polne žlezde) dugo vremena se smatralo da uzrokom starenja
- stresovi i nagomilavanje štetnih efekata i posledica stresa u organizmu
- Kosmičko i zemaljsko zračenje
- Ribonukleinska i dezoksiribonukleinska kiselina i njihove promene
- Slabljenje metabolizma u celini i smanjeno obnavljanje ćelija je i dalje u krugu –uzrok-posledica (kokoš - jaje)
- Životni centar čije bi iscrpljivanje dovodilo do starenja, za koji se još ne zna gde je lociran, ali kada se pronađe mogao bi da se stimuliše ili dopuni (kao baterije).....
- Nasledni faktori
- Loši uslovi života, neadekvatno ponašanje, rizični faktori, nebriga o sebi, loše navike i loš način života, su ako ne direktni, onda indirektni faktori koji određuju brzinu starenja
- Teorija da je svako programiran na određen broj godina odnosno, životni vek, što skida svakome od nas pojedinačnu odgovornost za brigu o sebi...na neki način....

BIOLOŠKE TEORIJE STARENJA

Cilj bioloških teorija starenja je da objasne uzroke i proces starenja na nivou ćelija, organa i organizma kao celine. Postoji veliki broj bioloških teorija, ali ni jedna od njih nije dala potpuno zadovoljavajući odgovor na pitanje zašto i kako ljudski organizam stari i umire. Gerontolozi se razlikuju prema tome da li proučavaju starenje kao proces koji treba da se spreči i onih koji misle da treba da se samo produži, iako se većina slaže da će produženje životnog veka teći lečenjem senilnih bolesti i slabosti, mnogi misle da maksimalan životni vek ne može da se promeni i da je nepoželjno to i pokušavati.

Biogerontologija je pod-oblast gerontologije koja se bavi biološkim procesima starenja, njegovim evolutivnim poreklom i potencijalnim sredstvima kojima može da se interveniše u tom području. To uključuje interdisciplinarna istraživanja uzroka biološkog starenja, efekata i mehanizama. Postoje brojne teorije starenja od kojih ni jedna nije prihvaćena. Postoji širok spektar teorija starenja sa različitim uzrocima starenja i svaka od njih pokazuje greške drugih teorija. Bez obzira na teoriju, zajedničko je da starenje označava smanjenje funkcije tela u biološkom, fizičkom smislu.

Biološke teorije starenja mogu se svrstati u dve glavne grupe:

- programirane teorije starenja (nazivaju se još i razvojne ili genetičke) i

- stohastičke ili slučajne teorije

Programirane teorije polaze od pretpostavke da je starenje ugrađeno u genetski sastav, odnosno da je genetski određen svojevrsni plan starenja, koji se aktivira odmah nakon reproduktivne zrelosti, ali ostavlja mogućnost njegovog modifikovanja pod uticajem varijabli iz okoline. Osnovna je ideja da su specifični geni i njihove promene odgovorni za dužinu života. Promene se odražavaju u opadanju različitih funkcija organizma, u metaboličkim procesima, u endokrinom sistemu i u imunološkom sistemu.

Genetička teorija starenja podrazumeva starenje koje je upisano u gene pojedinca. Prema ovoj teoriji geni diktiraju čovekovu dugovečnost. Programirana ćelijska smrt, ili apoptoza, je odeređena „biološkim satom“ preko genetskih informacija koje se nalaze u nukleusu ćelije. Geni koji su odgovorni za apoptozu objašnjavaju ćelijsku smrt, ali ne i smrt celog organizma. Porast ćelijskih apoptoza je možda u korelaciji sa starenjem, ali nije uzrok smrti organizma. Faktori sredine u kojoj se nalazi organizam i genetska mutacija mogu ubrzati starenje. U skorije vreme istraživanja su pokazala i faktor epigenetičkog nasleđivanja. Epigenetski sat, koji meri biološku starost ćelija i tkiva, može bit dobar za testiranje različitih bioloških teorija starenja.

Teorija DNK oštećenja. Oštećenje DNK je jedan od mnogih uzroka koji dovode do bolesti u starenju. Stabilnost genoma je definisana ćelijskim mehanizmima popravke, tolerancije na oštećenja i kontrolnom puteva, kojim se sprečava oštećenje DNK. Jedna hipoteza postavljena od strane Đoakino Failea 1958. godine zastupa stanovište da akumulacijom oštećenja na DNK dolazi do starenja. Ovu hipotezu je uskoro razvio Leo Szilard. Ova teorija se menjala vremenom uporedo sa novim istraživanjima koja su pokazala da oštećenje DNK sa ili bez mutacije dovodi do starenja. Ako se mogu očuvati DNK i drugi stresori, ako se razvije antikancerski odgovor ćelije, razvije se odbrana integriteta ćelije. Ovo može poboljšati zdravlje i životni vek. Proučavanjem oštećenja na DNK i održavanjem genoma u vezi sa starenjem možda se pronađe način za lečenje nekih do sada neizlečivih bolesti.

Stohastičke teorije pretpostavljaju da je proces starenja rezultat samog života, odnosno rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani bilo unutrašnjim bilo spoljašnjim faktorima, npr. bolestima, povredama, štetnim agensima i sl. Oštećenja se zbivaju npr.: u promenama molekula proteina, u promenama DNA u telesnim ćelijama ili u spojevima slobodnih radikala s molekulama u organizmu.

Teorija trošenja ukazuje na to da dok pojedinac raste i stari jedinice kao što su ćelije i organi se troše i nisu više upotrebljivi. Naše telo je neprekidno izloženo unutrašnjim i spoljašnjim uticajima koji mu štete, i koji prevazilaze mogućnosti oporavka i „popravljanja“ tela. Zbog ovoga ćelija ne može da se regeneriše i dolazi do mehaničke i hemijske iscrpljenosti. Neki štetni uticaji uključuju hemikalije u vazduhu, hrani i dimu. Drugi štetni uticaji potiču od trauma, virusa, visoke telesne temperature i drugih bolesti.

Teorija opšteg debalansa ukazuje da funkcije telesnih sistema, kao što su nervni, endokrini i imuni, postepeno opadaju i na kraju ne funkcionišu. Razlikuju se načini i brzina opadanja od sistema do sistema, i od osobe do osobe.

Akumulaciona teorija pokazuje da je starenje telesni pad koji proizilazi iz akumulacije elemenata. Elementi mogu da budu strani telu i mogu se uneti iz okoline u telo. Ostali elementi mogu biti posledica ćelijskog metabolizma.

Jedan od primera akumulacione teorije je **Teorija slobodnih radikala** koji utiču na starenje (Free Radical Theory of Aging). Prema ovoj teoriji proizvodi redovnog ćelijskog metabolizma nazivaju se slobodni radikali i oni u interakciji sa ćelijskom membranom i DNK izazivaju nepovratnu štetu. Novija i sveobuhvatnija teorija akumulacije doktora Obri de Greja pokazuje 7 tipova oštećenja na molekularnom, ćelijskom i unutarćelijskom nivou.

Ideju da su slobodni radikali toksični je prvi put izložila Rebeka Geršman. Denham Harman je 1956. predložio teoriju slobodnih radikala, čak i pokazao da oni izazivaju degradaciju biološkog sistema. Oksidativna oštećenja kod mnogih vrsta akumuliraju se godinama, kao i oksidacioni pritisak slobodnih radikala kiseonika, jer teorija slobodnih radikala potiče od štete koju nanosi reaktivna vrsta kiseonika (RVK). RVK su mali, vrlo reaktivni, molekuli koji sadrže kiseonik i koji mogu oštetiti kompleks ćelijskih komponenti kao što su masti, proteini, DNK koji se prirodno generišu tokom reakcija metabolizma. Akumulacija oksidativnih oštećenja se povezuje sa nastankom demencije, kancera i bolesti srca. Nisu svi prihvatili ovu teoriju, jer nije utvrđeno da li prvo nastaju slobodni radikali ili do njih dolazi tek kad proces starenja počne i ako je tako zašto ljudsko telo stari. Na budućim istraživanjima je da se dokaže da li stabilizacija slobodnih radikala može da odloži starenje.

Ovo je samo jedna od klasifikacija teorija i među različitim autorima ne postoji potpuno slaganje kako o sistemu klasifikacije tako ni o razvrstavanju pojedinih teorija. No, autori se slažu da se ove teorije međusobno ne isključuju. Sam proces starenja toliko je kompleksan da je najverovatnije rezultat brojnih procesa i interakcija koje se zbivaju s vremenom naslednih i stečenih, odnosno genetski programiranih i slučajnih.

SOCIOLOŠKE TEORIJE STARENJA

Sociološke teorije starenja imaju za cilj da objasne promene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja, koje se ogledaju u promenama socijalnih aktivnosti, socijalnih interakcija i socijalnih uloga starijih osoba. Ove teorije takođe objašnjavaju uticaje društva i kulture na starenje pojedinca, te uticaje starenja pojedinaca na društvo.

Tako **socijalne makro teorije** posmatraju starenje u sklopu demografskih i socioloških promena pri čemu su pojedinci pasivno izloženi kulturnim i društvenim uticajima (npr. strukturalizam, teorija modernizacije, teorija interesnih grupa itd.).

Socijalne mikro teorije objašnjavaju starenje na nivou pojedinca, njegovog socijalnog statusa i uloga koje mu društvo dodeljuje, a on na temelju njih određuje svoju vrednost (npr. teorija uloga, teorija razmene, teorija kontinuiteta itd.).

Socijalne povezujuće teorije nastoje da povežu socijalnu strukturu s pojedincom, kroz njihove uzajamne interakcije koje u procesu starenja mogu naglasiti društvenu aktivnost starijeg čoveka ili mu je mogu uskratiti, ili mu dodeliti uloge na temelju samo njegovog uzrasta (npr. teorija aktivnosti, teorija smanjene aktivnosti, teorija uzrasne stratifikacije itd.)

Normalna teorija starenja je razvijena i razrađena od strane Kavana, Havigursta i Albrehta. Prema ovoj teoriji, lična uverenja pojedinca formiraju se

na osnovu njegovog društvenog odnosa. Da bi starije osobe zadržale moralne principe, moraju da se oslobode uloga kao što su najčešće uloge na poslu ili supružnička uloga. Aktivnost je bolja od neaktivnosti jer doprinosi blagostanju na više nivoa. Zbog poboljšanja opšteg zdravlja i prosperiteta kod starijeg dela populacije, ova teorija je verodostojnija nego pre šest decenija kad ju je Havingurst predložio. Ova teorija je primenljiva na stabilno, post-industrijsko društvo koje nudi starima brojne mogućnosti da učestvuju u društvu. Slabost je ta da neke osobe ne mogu da održavaju sredovečan način života zbog raznih ograničenja, nedostatka prihoda ili nedostatka želje da to i budu. Mnogi stari nemaju sredstava za održavanje aktivne uloge u društvu. Sa druge strane postoje stariji koji insistiraju na brojnim aktivnostima, iako nisu u stanju da ih izvode, kao što je vožnja sa oslabljenim vidom i brojne aktivnosti održavanja kuće za koje je potrebna potpuna vitalnost tela. Na taj način oni poriču svoju nestabilnost i izlažu se nesigurnim aktivnostima.

Teoriju povlačenja su razvili Kaming i Henri. Prema ovoj teoriji, starije osobe i društvo su angažovani odvojeno jedno od drugog. Primer međusobne odvojenosti je povlačenje iz posla. Ključna pretpostvka ove teorije da stari gube „ego-energiju“ i sve više postaju zaljubljeni u sebe. Osim toga, oslobađanje od drugih obaveza održava moral, a ne učešće u društvenom radu. Postepeno povlačenje iz društvenih uloga održava ravnotežu u društvu i promovise oslobađanje starih od posla. Time se sprovodi kapital, znanje i moć sa starijih generacija na mlađe. To omogućava da društvo nastavi vredno da radi i nakon što stari umru. Slabosti nedostaci ove teorije su da mnogi stari žele da ostanu okupirani i uključeni u društvo. Povlačenje na neki način može biti i štetno po društvo. I zbog toga je većina gerontologa ovu teoriju odbacila.

Teoriju kontinuiteta je nemoguće postići u realnosti. Sa jedne strane, pokušaj uspostavljanja koninuiteta predstavlja da sistem ostane homogen, ujednačen, nepromenljiv pa čak i dosadan. Ova teorija kontinuiteta nije baš primenljiva na ljudsko starenje. Sa druge strane, dinamička teorija kontinuiteta predstavlja jedan stabilan sistem koji istrajava tokom vremena, ali omogućava niz promena koji pruža osnovnu strukturu. Osnovna struktura je koherentna: ona ima uredan i logički odnos delova koji su zajedno prepoznatljivi i razlikuju se od drugih. Dinamički koncept je razvijen i primenjen na problem adaptacije normalnog starenja. Centralna premisa teorije kontinuiteta, u pravljenju izbora tokom adaptacije, da odrasli, sredovečni i stari pokušavaju da sačuvaju i održe postojeće unutrašnje i spoljašnje strukture i da žele da ostvare taj cilj pomoću kontinuiteta (primenjivanje familijarnih strategija u krugovima familije). Tokom srednjih i poznih godina, odrasle prethodno iskustvo vodi da koriste kontinuitet kao primarnu adaptivnu strategiju za suočavanje sa promenama vezanim za obično starenje.

Teorija starosne stratifikacije

Prema ovoj teoriji, starije osobe rođene u različitim vremenskim periodima formiraju kohorte koje definišu "starosne slojeve". Postoje dve razlike između slojeva: hronološka starost i istorijsko iskustvo. Ovu teoriju čini dva argumeta.

1. Starost je mehanizam za regulisanje ponašanja i kao rezultat određuje pristup pozicijama moći.
2. Generacijske kohorte igraju važnu ulogu u procesu društvenih promena.

Teorija životnog ciklusa

Prema ovoj teoriji, starenje je proces koji traje od rođenja do smrti. Starenje uključuje društvene, psihološke i biološke procese. Osim toga, iskutvo tokom starenja je oblikovano na osnovu kohorte u kojoj je individua i na osnovu efekta određenog perioda.

Kumulativna prednost

Prema ovoj teoriji, koja je razvijena tokom početkom 1960-ih od strane Dereka Prajsa i Roberta Mertona, nejednakosti imaju tendenciju da postanu izraženije tokom starenja. Paradigma ove teorije ogleda se u poslovcici „Bogati postaju bogatiji, a siromašni postaju siromašniji“. Prednosti i mane tokom ranog života imaju veliki uticaj tokom celog životnog veka. Međutim, prednosti i mane u srednjem životnom dobu imaju direktan uticaj na ekonomsko i zdravstveno stanje u kasnijem životu.

PSIHOLOŠKE TEORIJE STARENJA

Većina članaka i knjiga iz područja gerontologije i psihologije starenja započinje navodom o rastućem broju starijih osoba, koji će se i dalje povećavati u budućnosti. Šonfild (1989.), za razliku od navedenog, u svom pregledu stanja teorije u gerontologiji, duhovito primećuje da je broj istraživača, istraživanja i objavljenih rezultata sve veći, a može se očekivati da će se i dalje povećavati u budućnosti.

Međutim, ono što ne prati porast zanimanja i istraživanja starenja je teorija. Očigledno je još uvek prerano ponuditi teoriju starenja kojom bi se pokušale objasniti starosne promene, sve dok ne postoji slaganje oko starosnih promena i razlika koje bi teorija trebala objasniti.

Rezultati brojnih istraživanja u gerontologiji i psihologiji starenja često su kontradiktorni i zapravo pokazuju da ne postoje zajednička, opšta pravila starenja koja bi se jednako odnosila na sve ljude. Većina istraživača ograđuje od preteranih uopštavanja ističući da su ljudi međusobno različitiji u starosti nego u bilo kojem drugom životnom razdoblju.

Međutim, nedostatak sveobuhvatne teorije starenja predstavlja problem u primenjenim područjima gerijatrije, nastavnicima u obrazovanju iz područja gerontologije i psihologije starenja, te stručnjacima koji praktično rade sa starijim korisnicima. Ono čime se stručnjaci u primenjenim područjima najčešće koriste su načela kojima premošćuju prazninu između istraživanja i njegove primene - primena znanja koja vrede za većinu starijih osoba u datoj situaciji i određenim okolnostima, koja s obzirom na specifičnosti pojedinca, situacije ili okolnosti mogu biti i kontradiktorna.

Otkako je počelo intenzivnije istraživanje procesa starenja, unazad otprilike 50 godina, objavljen je vrlo velik broj rezultata i nalaza istraživanja. Međutim, čini se da istraživači nemaju dovoljno vremena da integrišu dobijene rezultate u prave teorije. Jedan je od razloga tome činjenica da su mnogi psiholozi koji su se počeli baviti istraživanjem procesa starenja stekli prethodna iskustva u drugim područjima psihologije pa su bili skloni protumačiti svoje nalaze u svetlu postojećih teorija u tim drugim područjima. Kako danas sve veći broj psihologa svoja prva istraživačka iskustva stiče u području psihologije starenja, može se očekivati da će biti više pokušaja integrisanja postojećih saznanja.

Pojava samo jedne integrativne teorije u psihologiji starenja usporena je zbog velike složenosti predmeta proučavanja. Temeljna pitanja koja istraživači psihologije starenja postavljaju jesu: - Kako dolazi do organizacije

ponašanja s vremenom? Rana istraživanja nastojala su da utvrde od kojih je temeljnih elemenata ponašanje sačinjeno. Sadašnja istraživanja nastoje da utvrde međusobne odnose tih temeljnih elemenata u protoku vremena. - U kojim okolnostima dolazi do dezorganizacije ponašanja s vremenom? Ovim se pitanjem bave istraživanja opadanja sposobnosti u procesu starenja. Sve više stručnog zanimanja usmerava se ka utvrđivanju uslova zdravlja odnosno bolesti u kojima dolazi do dezorganizacije ponašanja.

Teorija životnog veka

Prema ovoj teoriji, promene se pripisuju urođenim, genetskim činiocima koji upravljaju razvojem pojedinaca u različitim razdobljima životnog veka na sličan način. Promene su normativne, povezane s hronološkom starošću i predvidljive. Razvojna razdoblja se odvijaju određenim redosledom, tako da je uspešan razvoj u jednom razdoblju nužan za uspešno napredovanje u sljedećem. Danas postoji toliko različitih modela psihičkog razvoja kroz životni vek, da možemo govoriti o grupi teorija životnog veka ili životnog ciklusa. Do naglog porasta popularnosti ovog teorijskog pristupa došlo je 70-ih godina dvadesetog veka, s Danielom Levinsonom kao jednim od začetnika. Postoji nekoliko značajnih preteča teorije životnog veka.

Teorija toka ljudskog života Šarlote Buhler (C. Bühler) Tridesetih godina 20.veka, u Beču, Šarlota Buhler je na osnovu prikupljenih biografija postavila model psihičkog razvoja kroz ljudski vek, koji se odvija kroz pet osnovnih razdoblja:

1. 0-15 godina, razdoblje progresivnog rasta, detinjstvo;
2. 15-25 godina, razdoblje reprodukcije, početno samoodređivanje ciljeva;
3. 25-45 godina, razdoblje kulminacije, konačno samoodređivanje ciljeva;
4. 45-65 godina, razdoblje opadanja reprodukcije, samoprocena uspešnosti u postizanju ciljeva;
5. 65 i više godina, razdoblje opadanja, ostvarenje ciljeva ili osećaj neuspeha.

Ova teorija naglašava uporedan tok između bioloških procesa rasta, stabilnosti i opadanja i psihosocijalnih procesa razvoja, kulminacije i sažimanja aktivnosti i postignuća. Međutim, biološki i psihički razvoj ne moraju se odvijati uporedo, ni na jednak način kod različitih osoba. Osim toga, ovaj model polazi od pretpostavke da starenje mora da podrazumeva opadanje i propadanje, što danas nije prihvaćeno.

Teorija životnih razdoblja Karla Gustava Junga (C.G.Jung)

Otprilike u isto vreme kao i Buhler, 30-tih godina prošlog veka Karl Gustav Jung u početku Frojdov bliski saradnik predlaže svoju teoriju psihičkog razvoja koja se odnosi na čitav životni vek. Jung je razmatrao psihički razvoj u razdoblju mladosti, koje počinje nakon kraja puberteta i traje do srednjih godina (35-40), u kojem osoba širi horizont života.

Sledeće razdoblje, nakon 40. godine je nazvao podnevom života, smatrao je početkom tzv. procesa individuacije. To je razdoblje druge polovine života, u kome osoba počinje da se okreće sama sebi, postaje svesnija sebe i traži cilj, smisao i celovitost vlastitog života. Rešavajući unutrašnje sukobe (maskulinitet-femininitet, kreativnost-destruktivnost, mladost-starost i separacija-privrženost), osoba će otkriti smisao sopstvenog postojanja i lakše će prihvatiti sopstvenu smrtnost. Jungov naglasak na važnoj razvojnoj promeni oko 40. godine odrazio se u novijem pojmu prelaza sredine života.

Razvojni zadaci Roberta Havighursta

Robert Havighurst je 50-tih godina 20.veka predložio model razvoja kroz životni vek utemeljen na pojmu razvojnog zadatka. Razvojni zadatak je najvažnije postignuće koje se zahteva od osobe u pojedinim razdobljima života, od koga zavisi zadovoljstvo i uspešnost kako u trenutnom tako i u budućim razvojnim razdobljima. Razvojni zadaci starosti (60 godina i više) su sledeći: - prilagođavanje na smanjenu telesnu snagu; - prilagođavanje na penzionisanje i smanjeni prihod; - prilagođavanje na smrt supružnika; - uspostavljanje jasne pripadnosti sopstvenoj starosnoj grupi; - ispunjavanje socijalnih i građanskih obaveza; - uspostavljanje zadovoljavajućih uslova života. Havighurstov pojam razvojnih zadataka prisutan je i u novijim teorijama životnog veka.

Teorija psihosocijalnog razvoja E. Eriksona

Najznačajniji preteča savremenih teorija životnog veka bio je Erik Erikson sa svojom teorijom psihosocijalnog razvoja iz 1965. godine. Iako Freudov učenik, Erikson proširuje teoriju psihoseksualnog razvoja na čitav životni vek i uključuje, kao bitan činilac razvoja, socijalnu okolinu. Što je osoba starija to je socijalna okolina šira od roditelja u početku, preko šire porodice, vršnjaka, prijatelja, kolega do čovečanstva uopšte. Psihički razvoj se odvija kroz osam razdoblja. U svakom razvojnom razdoblju osoba se suočava sa određenom psihosocijalnom krizom, odnosno izazovom ili prekretnicom, čiji ishod može biti pozitivan ili negativan. Ukoliko socijalna okolina razume potrebe i težnje osobe i podržava njihovo ostvarenje, ishod krize biće pozitivan, a ukoliko te podrške nema, ishod će biti negativan. Ishod krize određuje osobine ličnosti i vrednosti osobe, koje je prate kroz sva ostala razvojna razdoblja. Što je više negativnih ishoda krize u prethodnim razdobljima, to će razvoj u kasnijim razdobljima biti teži.

Pet razvojnih razdoblja se odnosi na detinjstvo i mladost, a tri na odraslo doba i starost. U svakom razvojnom, formiraju se određene vrednosti kroz razvojne krize:

1. 0 - 1 poverenje nasuprot nepoverenju - nada;
2. 1 - 3 autonomija nasuprot sumnji - volja;
3. 3 - 6 inicijativa nasuprot krivici - cilj;
4. 6 -11 preduzimljivost nasuprot inferiornosti - kompetencija;
5. 11-18 identitet nasuprot zbrci uloga - odanost;
6. 20 - 40 intimnost nasuprot izolaciji- ljubav;
7. 40 - 60 stvaralaštvo nasuprot samozaokupljenosti - brižnost;
8. 60 - smrti integritet nasuprot očaja - mudrost;

Zavisno od ishoda svih prethodnih kriza, tek u starosti osoba može da sagleda svoj razvoj tokom života, pa ako ga proceni uspešnim, oseća će se dobro integrisanom, zadovoljnom osobom koja se ne boji starosti i smrti.

Ukoliko su, međutim, ishodi većine prethodnih kriza bili negativni, osoba će u starosti biti nezadovoljna svojim životom i očajna, jer vreme je na izmaku i više ne može ništa da učini u ispravljanju prethodnih neuspeha.

Takva osoba ne prihvata sopstveno starenje i smrt. Posebna vrednost ove teorije je što naglašava da psihički razvoj traje sve do kraja života, kada konačno možemo sagledati svoje ukupno sazrevanje. Da bi se bolje razumeli ljudi u starosti, važno ih je sagledati u kontekstu čitavog životnog veka, uključujući uspešno i neuspešno razrešene probleme iz ranijih životnih razdoblja.

Erikson je istakao da upravo primarno poverenje stečeno u najranijem detinjstvu pruža temelj za konačni mir na kraju života, kao i za obnavljanje života iz generacije u generaciju .

Tokom 70-tih godina pojavljuju se novije teorije životnog veka koje se uglavnom usmeravaju na prikazivanje razvoja u odraslom dobu i starosti, upravo zbog toga što su klasične razvojne teorije dovoljno opisale i objasnile razvoj u detinjstvu i mladosti. Najpoznatiji istraživači koji su predložili svoje razvojne modele su D. Levinson, R. Peck, G. Vaillant i R. Gould.

Teorija životnog ciklusa D. Levinsona

Daniel Levinson je 1978. godine objavio svoju teoriju utemeljenu na proučavanju biografija odraslih osoba. Prema Levinsonu, razvoj u odraslom dobu odvija se urednim redosledom kroz razdoblja stabilnosti koja se smenjuju s razdobljima prelaza. U razdobljima stabilnosti rešavaju se razvojni zadaci i ostvaruju se zacrtani životni ciljevi, a u razdobljima prelaza preispituju se životni ciljevi, istražuju se nove mogućnosti i vrše važni životni izbori.

Postoje tri velika razvojna razdoblja u odraslom dobu:

- rano (22-40 godina),
- srednje (45-60 godina) i
- kasno odraslo doba (65 i više godina).

Međutim, iako Levinson opisuje neke promene i unutar ranog, srednjeg i kasnog odraslog doba, ono što je najbitnije u ovoj teoriji razvoja, to su prelazna razdoblja (tranzicije) između tri osnovna razvojna razdoblja. To su:

- prelaz ranog odraslog doba (17-22 godine);
- prelaz tridesete godine (28-33);
- prelaz sredine života (40-45);
- prelaz pedesete godine (50-55);
- prelaz kasnog odraslog doba (60-65);

Ova prelazna razdoblja traju po nekoliko godina, iako je trajanje individualno. U svakom prelaznom razdoblju osoba procenjuje u kojoj mjeri je ostvarila ciljeve postavljene u prethodnom razvojnom razdoblju, čime je zadovoljna, a čime nije, i šta bi mogla promeniti, da bi bila zadovoljnija. Upravo ovo sređivanje računa sa samim sobom predstavlja razvoj i nužan je preduslov uspeha daljeg sazrevanja.

Levinson smatra da je starenje rezultat spremnosti suočavanja sa uspesima i neuspesima u ostvarivanju životnih ciljeva postavljenih u ranijim životnim razdobljima, i spremnosti prilagođavanja ciljeva sopstvenim potrebama i mogućnostima određenog doba. Ukoliko starija osoba proceni da je ostvarila svoje životne ciljeve onako kako je najbolje mogla, i zadovoljna je time, prihvati će vlastito starenje i smrt. Ukoliko se osoba nije spremno suočavala sama sa sobom i prilagođavala ciljeve mogućnostima, u starosti će se osećati neostvareno, nezadovoljno i biće svesna da nema više vremena da bilo šta promeni. Takve starije osobe, slično kao i Eriksonovi očajni stari ljudi, ne prihvataju sopstveno starenje i smrt.

Dijalektička analiza razvoja Klause Riegela je nešto drugačija razvojna teorija. Dok ostale razvojne teorije objašnjavaju ljudski razvoj kao napredovanje osobe kroz niz razvojnih razdoblja, Riegel se usmerio na razvojne procese promene. Prema ovoj teoriji, razvoj čine četiri temeljne dimenzije:

- unutrašnje-biološka - npr. visina, zdravlje, klimakterijum;

- individualno-psihološka - npr. zrelost, emocije, nezavisnost;
- kulturno-sociološka - npr. socijalni stavovi, socijalna očekivanja;
- spoljašnja-fizička - npr. ekonomski uslovi, rat, život u gradu ili selu.

Svaka dimenzija je u stalnoj interakciji s drugim dimenzijama i s ostalim elementima unutar dimenzije, npr. psihološka zrelost odražava biološki razvoj, socijalna očekivanja i ekonomske uslove. Ako se bilo šta od toga promeni, menja se čitav sistem. Spoljašnja katastrofa, npr. rat, može poremetiti usklađenost dimenzija pojedinca, grupe ili društva. Veća reorganizacija svih dimenzija, podstaknuta promenom u jednoj od njih, čini razvojnu promenu ili tranziciju. Dijalektička interakcija među dimenzijama suština je razvoja pojedinca u procesu odrastanja i starenja. Riegelova teorija stalne promene često se kritikuje kao previše apstraktna, te se ističe da ona bolje objašnjava procese unutar pojedinih razvojnih razdoblja, nego razvoj u celini.

Posle perioda ekstremne popularnosti teorija životnog veka, 80-tih godina dvadesetog veka, nastupio je talas kritika ovog teorijskog pristupa. Osnovne zamerke su se odnosile na to da se život retko odvija urednim i predvidljivim tokom, te da je razvojna promena u većoj meri određena specifičnim životnim događajima i promenama uloga u specifičnim društveno-istorijskim okolnostima. Takođe se zamera prevelikom naglasku na hronološkom dobu u odvijanju razvojnih razdoblja, što prikriva različitosti u individualnim životima. Hronološko doba je slab prediktor psihičkog razvoja u odraslom dobu, za razliku od dečjeg doba. Osim toga, nejasno su određene granice i prelazi iz jednog razvojnog razdoblja u drugo. Velike su i metodološke zamerke - većina podataka je prikupljena na muškarcima, biografskom metodom ili analizama slučaja, iako je kasnije svaka teorija proverena brojnim istraživanjima na reprezentativnijim uzorcima. Dakle, zamerke su usmerene na potrebu većeg isticanja raznolikosti razvoja među ljudima, umesto uniformnosti razvoja. Bromley (1990.) zagovara individualizirani pristup i analizu razvoja u odraslom dobu, koji se ne odvija kroz razvojna razdoblja, nego kroz redosled zbivanja, događaja, koja se odvijaju slično za većinu ljudi, ali omogućuju uočavanje individualne različitosti ili odstupanja od normalnog razvoja.

U teorijskim pristupima proučavanju starenja, novije teorije potekle iz devedesetih godina prošlog veka usmerene su na tumačenje prilagođavanja ličnosti na starenje.

Tako **teorija ekoloških sistema** (čiji je začetnik Kurt Levin), napominje važnost proučavanja starenja u kontekstu okoline u kojoj pojedinac živi i navodi da ljudski razvoj zavisi od uzajamnog prilagođavanja pojedinca promenljivim karakteristikama okoline u kojoj se nalazi. Okolina ima nekoliko nivoa: porodica, radna okolina, društvo u širem smislu. Na svakom nivou okoline osoba stupa u određene odnose, aktivnosti i uloge utemeljene na vrednostima. Stoga, ako želimo da razumemo razvoj pojedinca, moramo poznavati i razumeti interakciju osobe s njegovom sadašnjom i prošlom okolinom. Bronfenbrenner to naziva razvojem u kontekstu.

Kognitivna teorija starenja navodi tri postulata prilagođavanja na starenje:

- prilagođavanje je povezano sa percepcijom promene, a ne objektivnom promenom (npr. osoba svoje zdravlje procenjuje kao dobro iako boluje od neke hronične bolesti)

- promene se percipiraju i pamte u skladu sa sopstvenim očekivanjima (npr. osoba svoje zdravlje procenjuje kao dobro u poređenju sa vršnjacima)
- prilagođavanje osobe na životne izazove i probleme starosti zavisi od postignute ravnoteže između kognitivnih i motivacijskih struktura pojedinca (npr. osoba se procenjuje da je dobro sve dok se može sama brinuti o sebi). Ova teorija napominje da su zadovoljstvo životom i subjektivna dobrobit pokazatelji uspostavljene psihofizičke ravnoteže stare osobe. Kognitivna teorija prilagođavanja starenju navodi tri osnovna načina suočavanja s percipiranim ili očekivanim razvojnim gubitcima
 1. aktivno prilagođavanje - **asimilacija** (npr. starija osoba se i dalje bavi fizičkim vežbanjem koje usklađuje s telesnim ograničenjima – odlazak u teretanu zamenjuje šetnjama)
 2. prilagođavanje ciljeva i nivoa onoga čemu se teži, ograničenjima i situaciji - **akomodacija** – ima cilj da percipirani nesklad izgubi negativno ili preteće značenje
 3. na nivou kognitivne samoreprezentacije, obrađivanje informacija eufemističnom interpretacijom ili negacijom pretećih informacija o sebi kako bi se osoba odbranila od uočenog nesklada – proces **imunizacije**.

Uspešno starenje, prema ovoj teoriji podrazumeva ravnotežu između asimilativnih, akomodativnih i imunizacionih oblika suočavanja.

Stavovi i predrasude

Međunarodni dan starijih osoba je 1.oktobar i to je poseban dan za starije osobe širom sveta. Slogan ovogodišnje kampanje „**Zauzmi stav prema predrasudama vezanim za starenje i starije osobe**” izabran je sa ciljem da se skrene pažnja javnosti na postojanje predrasuda vezanim za starenje i starije osobe i promoviše pozitivna slika starenja kroz primere dobre prakse.

Udeo osoba starijih od 60 godina je u porastu u svetskoj populaciji, a procene su da će broj starijih do 2050. godine sa 605 miliona porasti na dve milijarde. U Srbiji bi tada trebalo da bude 32,3 odsto stanovnika starijih od 60 godina. Prema poslednjem popisu stanovništva Srbije, stariji čine 16,8 odsto ukupnog stanovništva. Sa prosečnom starošću stanovnika od 41,6 godina, Srbija je jedna od najstarijih zemalja i to ne samo u evropskim već i u svetskim okvirima.

Savremeno društvo karakteriše postojanje određenih klišeja za pojedina životna doba, a za starost posebno. Budući da je za moderna društva upravo karakteristično povećanje broja starijih stanovnika i intenziviranje starenja stanovništva, paradoksalno je da su upravo u tim društvima predrasude i stereotipi o starijima rasprostranjeniji nego ikada pre. Ovi stavovi su primeri predrasuda u vezi sa starijim osobama – stereotipa koji se odnose na diskriminaciju pojedinca ili grupe ljudi zbog njihovih godina. Ovakvi stavovi prikazuju starije ljude kao slabe, one „čije je vreme prošlo”, nesposobne za rad, fizički i mentalno spore, sa nekim poremećajem ili nesposobnošću ili kao bespomoćne. Predrasude usmerene ka starijim osobama služe kao socijalni zid između generacija.

Stereotipi

- *Stari ljudi su oni „čije vreme je prošlo”*
- *Stariji ljudi su bespomoćni*
- *Stari ljudi će postati senilni*
- *Starije žene su manje vredne od mlađih žena*

- **Stariji ljudi ne zaslužuju zdravstvenu negu**

Stereotipi mogu da spreče starije osobe da u potpunosti učestvuju u društvenim, političkim, ekonomskim, kulturnim, duhovnim, građanskim i drugim aktivnostima. Mlađi ljudi takođe mogu da utiču na ove odluke svojim stavovima prema starijim osobama, ili pak da stvaraju barijere u vezi sa socijalnim uključivanjem starih. Ovaj začarani krug može se izbeći razbijanjem ovakvih stereotipa i promenom sopstvenih stavova o starim ljudima. Starije osobe su aktivni članovi društva koji daju ključni doprinos porodici i društvu.

Ukoliko se starija osoba i u poznim godinama pravilno hrani, društveno i fizički je aktivna može se očekivati da će njeno psihičko i fizičko zdravstveno stanje biti očuvano. Starije životno doba je prilika da se nadoknade propuštene potrebe u obrazovanju i kulturi, te shodno ličnim afinitetima vreme se može kvalitetno ispuniti slobodnim aktivnostima. U mnogim zemljama se penzionisanjem ne završava produktivno doba osobe, već ona ima mogućnost da na različite načine nastavi svoju profesionalnu karijeru i time i dalje doprinosi ekonomskom razvoju društva. Iskustvo starijih je značajno za razvoj novih ideja, a današnje stare osobe su uveliko prihvatile dobrobiti informacione revolucije.

Govoreći o starenju i starosti, nažalost postajemo svesni činjenice da i mladi i stariji imaju pogrešnu percepciju starenja koja je povezana sa mitovima, stereotipima i predrasudama. Negativna slika o starijim osobama je put ka starosnoj diskriminaciji i često uvod u nasilje nad starijima. Podaci pokazuju da 44% građana Evropske Unije smatra da je diskriminacija na osnovu godina veoma ozbiljna, a 35% je prijavilo diskriminaciju na osnovu godina (više nego na osnovu pola ili rase), 51% je pokazalo zabrinutost da poslodavci daju prednost pri zapošljavanju dvadesetogodišnjacima.

Poražavajući je i podatak da 57% veruje da osobe starije od 70 godina ne doprinose društvu ekonomski, a 53% svih ispitanika nema prijatelje starije od 70 godina (Age UK, 2011). Svetska zdravstvena organizacija je 2008. godine suočena sa ubrzanim starenjem populacije posebno one u Evropi kreirala dokument Demistifikacija mitova o starosti, kao vodiča za starije, njihove porodice, pružaoce usluga i političare. Da bi se zadovoljile potrebe ove sve veće grupe, da bi se prilagodili servisi i usluge, da bi se radna mesta prilagodila starijima, potrebno je promeniti sliku o starijima (World Health Organization, 2008). Starije osobe se vide kao problem, teret i pretnja ekonomskom razvoju društva. Ova slika predstavlja stereotip koji je neprihvatljiv i daje nam iskrivljenu sliku o ulozi starijih u društvu. Starije osobe su aktivni članovi društva koji daju ključni doprinos porodici i društvu.

Svetska zdravstvena organizacija ističe dvanaest mitova:

Prvi mit je "ljudi treba da očekuju pogoršanje svog psihičkog i fizičkog zdravstvenog stanja". Ovaj mit je delimično tačan. Iako se starijim osobama može pogoršati zdravstveno stanje ovo se svakako može ublažiti upražnjavanjem zdravih stilova života, što podrazumeva zdravu ishranu, fizičku aktivnost i socijalnu uključenost.

Drugi mit je "većina starijih osoba ima slične potrebe", što je potpuno netačno, među ljudima postoje individualne razlike od samog rođenja. Sa starenjem te razlike se ne smanjuju. Starije osobe imaju različite potrebe posebno s obzirom na pol, nacionalnost, kulturu, obrazovanje, funkcionalnost. Ove razlike moramo prepoznati i priznati.

Treći mit je “kreativnost i doprinos su obeležja mlađih osoba“, što je takođe potpuno netačno, jer za kreativnost i talenat ne postoji granica u godinama. Ovom mitu odgovarala je politika obaveznog penzionisanja, koja je praktično podržala stanovište da stariji ljudi ne mogu ekonomski da doprinesu razvoju društva. Da godine nisu važne za kreativnost i stvaralaštvo govore nam primeri Mikelandela koji je završio oslikavanje Bazilike Svetog Petra u Rimu u 70 godini, ili Getea koji je u 82 napisao Fausta, Verdija koji je imao 74 godine kada je završio Otela, a 80 kada je završio Falsafela.

Četvrti mit je “iskustvo starijih osoba manje je relevantno u modernom društvu“. Ovaj mit je takođe potpuno netačan. Činjenica je da se današnji svet razlikuje puno od sveta u kome su stariji odrasli, ali mnogi stariji su deo digitalne inkluzije. Međutim postoje stvari koje stariji u ovom užurbanom svetu mogu da nauče svoje unuke, jer imaju više vremena, a i poseduju znanje o običajima, kulturi, starim zanatima.

Peti mit govori da “većina starijih osoba želi da se osami i da ih ostave na miru“, činjenica je da neki stariji žele da deo svog vremena provedu čitajući ono što nisu stigli ranije, ali svakako ne žele da žive u socijalnoj izolaciji i intenzitet njihove želje za slobodnim aktivnostima nije manji od ostalih uzrasnih grupa.

Šesti mit je “bolnički kreveti i zdravstveni radnici su primarna briga starijih osoba“, što se u izveštaju Evropske komisije pokazalo kao delimično tačno. Sa jedne strane treba utvrditi determinante zdravlja starije populacije, a sa druge insistirati na prevenciji i uključiti zdravlje starijih u sve politike.

Sedmi mit govori “obezbeđivanje servisa i usluga starijima oduzima resurse mladima“, što je potpuno netačno. Svedoci smo činjenice da prilagođavanjem okruženja i nekih servisa potrebama starijih ne samo da je kvalitet života starijih poboljšao, već to donosi beneficije svim uzrastima.

Osmi mit je potpuno netačan; “trošak za brigu o starijima je gubitak resursa“. Davanje više novca za negu i brigu o starijima je ušteda novca. Na primer stariji se mogu motivisati da ostanu aktivni i koriste svoju socijalnu mrežu i time se smanjuje potreba za negom.

Deveti mit je “stariji ljudi se ne uklapaju u moderna radna mesta“, činjenica da obavezni odlazak u penziju nije realno povezan sa radnim mogućnostima, sposobnostima. Godinama sticamo iskustvo i mudrost omogućavaju starim radnicima da optimizuju svoj napor tako da brže prepoznaju prioritete i gube manje vremena na suvišne aktivnosti.

Deseti mit je “ne možeš naučiti starog psa novim trikovima“. Neka od novijih istraživanja pokazuju da plastičnost mozga ostaje očuvana posebno kada se radi o učenju vizuelnih informacija (Hannan i Brodaty, 2014).

Jedanaesti mit je “od starijih se očekuje da se povuku u stranu“. Činjenica je da su stariji informisaniji nego što su to ranije bili. Imaju iskustvo i znanje iz različitih oblasti uključujući i znanja o zdravom starenju. Sa druge strane postaju značajan segment tržišta i samim tim je važna i njihova uloga kao potrošača.

Poslednji mit glasi “stvari će se desiti same od sebe“. U svetu koji stari prepuštanje stvarima da se dešavaju same je poslednje što treba da uradimo. Potrebno je prilagoditi politike, socijalne i zdravstvene usluge, radna mesta starenju populacije, ali pri tom uključiti same starije u dizajniranje usluga i donošenje odluka (World Health Organization, 2008).

Neki drugi autori ističu „mit o starosti kao bolesti” Često se starost vidi kao bolest, pojava bolesti je verovatnija u starosti, ali nisu sve starije osobe nužno bolesne. Postoje starije osobe koje dožive duboku starost u dobrom zdravlju i ostaju funkcionalno sposobne.

Mit koji je na neki način podtip prethodnog mita je da demencija predstavlja deo normalnog iskustva starenja. Sa starenjem i produžetkom života, povećava se rizik od demencije, ali demencija ne pogađa sve starije osobe, nisu sve starije osobe dementne.

Mit je i da su sve starije osobe teško pokretljive: svedoci smo da mnoge starije osobe u svojim 80-tim godinama trče maraton ili se bave nekom fizičkom aktivnošću. Mit da su sve starije osobe zavisne od drugih je potpuno netačan, jer imamo veliki broj starijih koji ne samo da su aktivni već sa jedne strane brinu o svojim unučićima, a sa druge brinu o svojim ostarelim roditeljima (Transgeneration Design Matters, 2011).

Istraživanje ejdžizma i predrasuda prema starijima ima kratku istoriju u odnosu na ostale predrasude. Međutim, do sada dostupni podaci nam govore da te predrasude postoje, da su višestruke i da ljudi često imaju kontradiktorne stavove prema starijima. Nekada su predrasude kulturološki povezane sa strahom od smrti, često povezane sa mobilnošću starijih, sa pogrešnim shvatanjem da su teret društvu, a ne da su resurs. Stereotipi o starenju su sveobuhvatni i zahvataju sve segmente društva. Da bi se eliminisali, potreban je kao sveobuhvatni i zajednički rad, počev od obrazovnog sistema od predškolskog uzrasta i tokom školovanja, kao i komuniciranje sa medijima da starenje nije nešto čega se treba bojati, čega se treba stiditi već je normalan deo života (Nelson, 2011).

Istraživanja pokazuju da su predrasude vezane za pol i rasu sve manje zastupljene dok su predrasude koje se odnose na starenje u porastu (Age International, 2015). U borbi protiv stereotipa, predrasuda prema starijima, protiv ejdžizma, potrebno je da izgradimo pozitivnu sliku o starijima. Društvo treba da shvati da oni nisu teret već resurs, da imaju mudrost i iskustvo, da ih treba poštovati, a ne žaliti. Njihova prava su zagarantovana i ona se ne menjaju sa godinama.

«Ejdžizam» se sastoji od negativnog stava ili stereotipnog ponašanja prema starenju i starima. Održava se kroz negativne stereotipe i mitove koji se tiču starijih. **Traksler** (1980.) je istakao četiri faktora koji su doprineli ovoj negativnoj slici o starenju.

Prvi faktor koji doprinosi ejdžizmu jeste strah od smrti u zapadnim društvima. Zapadna civilizacija doživljava smrt kao nešto što je van životnog ciklusa čoveka. Kao takva, smrt se doživljava i sagledava kao suprotnost sopstvu. Smrt se ne vidi kao prirodan i neizbežan deo životnog toka. Za razliku od zapadne, u istočnoj filozofiji život i smrt su deo neprekidnog ciklusa. Smrt i život su neraskidivo povezane i sopstvo se nastavlja kroz njih. Da bi neko bio smatran osobom u zapadnom društvu, on mora biti živ i sposoban da kontroliše događaje u svom životu. Zbog toga, smrt plaši. Pošto smrt plaši, plaši i starost. Smrt i starost se doživljavaju kao sinonimi u američkom društvu. Kastenbaum iznosi pretpostavku da negativni stavovi i stereotipi o starosti služe da izoluju mlade i sredovečne od ambivalentnih osećanja koje imaju prema starima. Ova ambivalencija proističe iz činjenice da se stariji vide kao personifikacija starenja i smrti. Batler navodi: „Ejdžizam odslikava duboko ukorenjenu neprijatnost koju osećaju mladi i sredovečni – lično gnušanje i

odbojnost prema starenju, bolesti, invalidnosti; kao i strah od nemoći, 'beskorisnosti' i smrti.“ Ovaj faktor se najčešće navodi kao osnova ejdžizma.

Drugi faktor koji, prema Traksleru, doprinosi ejdžizmu jeste isticanje kulture mladosti u zapadnom društvu. Mediji, od televizije do romana (rad je pisan pre 'internet doba'), ističu mladost, fizičku lepotu i seksualnost. Stariji se uglavnom ignorišu ili se negativno prikazuju. Naglašavanje mladosti ne utiče samo na sliku koju društva ima o starima, već i na sliku koju oni imaju o sebi. Osobe koje svoj identitet vezuju za fizički izgled i mladost najčešće gube samopoštovanje u starosti.

Isticanje produktivnosti u zapadnoj kulturi predstavlja treći faktor koji doprinosi ejdžizmu. Ta produktivnost usko je definisana u smislu ekonomskog potencijala. Oba kraja životnog ciklusa smatraju se neproduktivnim – i detinjstvo i starost. Sredovečni se doživljavaju kao nosioci tereta koji nameću ove dve grupe. Deca se, međutim, vide kao nosioci budućeg ekonomskog potencijala. Na neki način, na njih se gleda kao na ekonomsku investiciju. Stari ljudi se doživljavaju kao finansijska obaveza. Niko ne želi da kaže da su stari ljudi neproduktivni, ali se, ipak, nakon penzionisanja, stari ljudi tako doživljavaju. Pošto više nisu ekonomski produktivni, oni se potcenjuju.

Četvrti faktor koji doprinosi ejdžizmu u zapadnom društvu jeste način na koji se starenje u početku istraživalo. Loše kontrolisana gerontološka istraživanja učvrstila su negativnu sliku koju društvo ima o starijim osobama. Na počecima istraživanja starosti, naučnici su odlazili u ustanove za brigu o starima gde su mogli da nađu dovoljno osoba za istraživanje. Međutim, samo pet odsto starije populacije nalazilo se u ustanovama. Istraživanja su se tako zasnivala na posmatranju starijih ljudi koji uglavnom nisu bili zdravi. Traksel je pre trideset godina pisao da još uvek postoji potreba za novim istraživanjima koja bi se sprovedla sa zdravim starim ljudima koji žive u naseljima u kojima su boravili i ranije, pre starosti. Predlagano je da se utiče na smanjivanje negativnih stavova pojedinaca pomoću kontinuiranih izlaganja kontaktima sa starima, kao i pomoću rada se starijim ljudima.

Promene u sposobnostima u starenju: čula, motorika, kognitivne sposobnosti, fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, funkcionalna sposobnost

Starenje počinje na ćelijskom nivou, gde se ćelija smanji, Goldžijev aparat se deli u više delova, u citoplazmi se javlja veća količina pigmenta, masti, gubi se voda, jedro se zamuti, ćelijska membrana smanji propustljivost, povećava se količina gvožđa i kalijuma, a smanjuje količina magnezijuma i nekih enzima - ovo su procesi koji prate starenje i izumiranje ćelija, ali ovi opisi i dalje ne daju odgovor na pitanje šta je uzrok, a šta posledica.

Najvidljivije i odmah uočljive promene spoljašnjeg izgleda u starenju su na koži i kosi :

- Smanjena elastičnost i vlažnost – suvoća, mlitavost, perutanje, bore, nepravilnosti u pigmentaciji -pojava staračkih pega
- Starenjem epidermis postaje tanji, a smanjuje se potkožno masno tkivo i tako gubi svojstvo izolatora topline i dolazi i do promena distribucije potkožnog masnog tkiva
- Rane zarastaju 3 do 4 puta sporije nego u detinjstvu
- Nokti postaju tvrdi, izborani
- Gubitak kose
- Seda, krta kosa

Promene mišićno koštanog sistema i vezivnog aparata:

- U starijoj životnoj dobi se smanjuje mišićna masa (gotovo za trećinu, u poređenju sa starošću tridesetogodišnjaka), što je uglavnom posledica neaktivnosti –staračka atrofija ili hipotrofija mišića
- Smanjena elastičnost i tonus mišića
- Osteoporoza - smanjenje gustine kostiju
- Osteoartroza - degenerativne reumatske zglobne promene
- Smanjena elastičnost ligamenata, tetiva i zglobnih ovojnica
- Poznato je smanjenje visine u starijem dobu, zbog smanjivanja antigravitacionih mišića koji podupiru telo i diskusa koji se nalaze između kičmenih pršljenova, ali i kao posledica nepravilnog držanja

Starenje tkiva, organa i sistema

- Nervni sistem - u starosti se smanjuje senzorna percepcija, a povećava prag bola, mozak smanjuje težinu za oko 7% (što nije nužno povezano sa smanjenom funkcionalnom sposobnošću moždanog tkiva), oslabljena je moždana cirkulacija, slabije je pamćenje za skorije događaje, mada neka gerontološka istraživanja upućuju da se kod starijih osoba koje su psihički aktivne, umne sposobnosti mogu čak unaprediti.
 - Kardiovaskularni sistem – srce se menja u smislu atrofije, izmena na endokardu i zaliscima, smanjenoj elastičnosti perikarda; krvni sudovi postaju kruti, uži, zadebljali, krvni pritisak raste; vene nogu se šire
 - Pluća gube elastičnost, što vodi ka emfizemu, smanjenju vitalnog kapaciteta, forsiranog ekspiracionog volumena, minutnog volumena, apsorpcije kiseonika, a raste funkcionalni rezidualni kapacitet. Smanjenja elastičnost pluća i sternokostalnih zglobova, te apsorpcijske površine pluća vodi ka češćim upalama pluća, i bronhiektazijama. Zbog toga se za starije osobe preporučuju vežbe disanja u rehabilitaciji, boravak na svežem vazduhu i u okolini bogatoj zelenilom.
 - Digestivni trakt - U starijem životnom dobu smanjuje se motilitet jednjaka, povišava se pH želučanog soka (što utiče na javljanje gastritisa), a česta je hronična začepljenost (opstipacija) i divertikuloze. Takođe, atrofija sluzokože, slabije lučenje žlezda, sporije kretanje hrane i slabija resorpcija dovode do mršavosti.
 - Jetra- starenjem se smanjuje težina jetre i protok krvi, dok histološke promene neretko pokazuju propadanje hepatocita i pojavu masne infiltracije kod starijih osoba. Mikrosomalna aktivnost jetre kod starijih osoba je takođe niža te nastaje pojačana osetljivost na neke lekove (npr. barbiturate).
 - Kolecistolijaza (žučni kamenci) je češća kod starijih u odnosu na mlađe osobe.
 - Bubrezi - u starosti dolazi do organskih i funkcionalnih promena u bubrezima, poput smanjenja ukupne mase bubrega i funkcije nefrona. Perfuzija bubrega se takođe smanjuje već od četvrtog desetleća života, a glomerulska filtracija u dobu od 90 godina može biti za 50% niža u odnosu na doba od 40 godina. U starijem životnom dobu dolazi do smanjena sposobnosti održavanja vode i soli u organizmu, te je jako značajno uzimati dovoljno tečnosti.
 - Endokrini sistem - smanjuje se lučenje hormona, dolazi do promena gušterače što utiče na smanjenje tolerancije na glukozu. Nadbubrežna žlezda

se takođe smanjuje i fibrozno menja, pa je koncentracija aldosterona niža kod starijih nego kod mladih osoba.

- Imunološki odgovori su slabiji, imunitet pada, a autoimune reakcija su burnije
- Reproductivni organi - u starosti kod muškaraca prostata postaje veća usled povećane količinae vezivnog tkiva. Kod žena u starijem životnom dobu dolazi do pojave atrofičnih promena u urogenitalnom traktu. Količina androgena u urinu je smanjena kod starijih muškaraca, a kod žena količina estrogena
- Metabolizam se usporava i dolazi do smanjenja bazalnog metabolizma tako da se zbog toga preporučuje smanjenje unosa kalorija hranom za oko 15 %

Sa starenjem se postepeno smanjuje čulna osetljivost. Ova diskretna smanjenja koja se mogu registrovati mernim instrumentima okolina ne mora da primeti. Ne moraju da smetaju ni samoj osobi.osoba čiji je jedan čulni organ slabij, adaptira se tako što koristi podatke dobijene od drugih čulnih organa. Neki čulni nedostaci se mogu vrlo uspešno i u potpunosti korigovati nošenjem naočara ili slušnog aparata. Kolike će biti posledice smanjenja čulne osetljivosti zavisi više od toga koliko je određeno čulo značajno za aktivnost osobe. Čulnu osetljivost određene osobe treba procenjivati u kontekstu nje same i njene adaptiranosti, a ne samo u odnosu na stepen smanjenja određenog čula.

Čulo vida – jedan od uzroka smanjenja oštine vida u toku starenja su promene u samom čulnom organu-smanjenje pupile ili zenice, čime se smanjuje količina svetlosti koja pada na retinu. Viđenje se kod starijih osoba može znatno poboljšati jačim osvetljenjem. Stare osobe bolje vide pri dobrom jakom dnevnom svetlu. Takođe se sa starenjem smanjuje sposobnost oka za akomodaciju, očno sočivo je rigidnije, odnosno za viđenje predmeta koji su na različitim rastojanjima. Oština vida takođe zbog zamućenja očnog sočiva je oslabljena, očno sočivo je manje prozirno i jako je bitno za vid uopšte u starosti jako osvetljenje. Adaptacija na mrak, odnosno ulazak u mračnu sobu i viđenje predmeta u njoj su takođe u velikojm opadanju.

Neki istraživači su (Biren,,J,1973) utvrdili u istraživanjima da se samnjuje sposobnost za razlikovanje boja, ona neznatno opada kada su u pitanju razlikovanje zelenog i plavog i nešto manje crvenog i žutog.

Čulo sluha – počinje da stari kao da pre ostalih čula, z avisoke tonove prvo, češće je izraženo kod muškaraca nego kod žena, a po istraživačima (Biren,J, 1964) to je posledica izloženosti većoj buci u toku profesionalnog života.

Nije još objašnjeno koliko je oštećenje sluha socijalna smetnja, zato što se ljudi razlikuju u pogledu sposobnosti slušanja govora, ali je dokazano da su inteligentnije osobe obično efikasnije u slušanju. Profesionalni muzičari imaju visoku sposobnost muzičke percepcije do duboke starosti, ali u ovome ulogu igra i muzičko pamćenje i imaginacija. Neki stari ljudi čuju muziku, ali nisu u stanju da prate govor i ne mogu da učestvuju u razgovoru. Na očuvanje i gubljenje sluha veliki uticaj imaju uslovi života, odnosno zvučna radna sredina, gde rad npr. u radionici ispunjenoj radom motora može izazvati i prevremenu, ranu nagluvost. Nagluvi ljudi čuju samo zvuke jakog intenziteta.

Vestibularni aparat, koji je smešten u srednjem uhu ima receptore osetljive za promene položaja tela i orijentaciju u prostoru. Ljudi nisu obično svesni oseta iz vestibularnog aparata, ali ukolikoo dođe do pojave rotacionog nistagmusa, prilikom okretanja osobe koja sedi na stolici koja se zavrti, znači da postoji preosetljivost, a sa starenjem trajanje nistagmusa opada. U

poznejim godinama nisu retke promene poput vrtoglavica, osećaja nesigurnosti i sklonost padanju, padovima.

Čulo ukusa i čulo mirisa - Posle 50.godine zapaža se smanjenje osetljivosti za sva 4 ukusa slano, slatko, kiselo i gorko. Posle 50.godine se takođe smanjuje preferencija za slatko, a to se objašnjava atrofiji osetnih kvržica u prednjem delu jezika, koje su najosetljivije na slatko. Neki istraživači su našli primetno opadanje oseća mirisa sa starenjem, neki nisu, ali sve u svemu malo je podataka o istraživanjima čula mirisa u starosti.

Čulo bola - Isto kao i kod čula mirisa istraživanja daju kontradiktorne rezultate - što nas navodi na zaključak da je osetljivost za bol u starosti pod uticajem velikih individualnih razlika, ili su istraživanja bila neujednačenog metoda i kvaliteta.

Čulo dodira – Osetljivost zua dodir koja postoji i razvija se još intrauterino, polako opada posle 50-55 godine i to za različite delove tela različitim tempom.

Usporavanje psihomotornih funkcija

Opadanje brzine reakcije običnim posmatranjem zapaža se tendencija da se sa starenjem usporava celokupno ponašanje osobe.vreme reakcije je ono vreme koje protekne od pojave signala, neke draži zvučne ili svetlosne i otpočinjanja pokreta koji predstavlja odgovor na signal.Razlika u brzini reagovanja za mnoge svakodnevnne aktivnosti ne bi morala da bude značajna, a stare osobe se adaptiraju na svoju sporost i uglavnom izbegavaju situacije u kojima su pod vremenskim pritiskom. Za razliku od laboratorijskih uslova koji daju jedan signal i mere jedan motorni odgovor, problemi u funkcionisanju se mogu pojaviti kada su signali nejasni, kada ih je istovremeno više ili su neočekivani, a osoba treba da reaguje motornim odgovorom koji nije prost, i koji zahteva pravljenje izbora i donošenje momentalne odluke.

Ovo usporavanje istraživači su pokušali da povežu sa smanjenjem oštine čula, smanjenjem provodljivosti perifernih nerava i zaključili su, maglovito, ali nisu objasnili, da je usporavanje reakcija u toku starenja posledica starenja CNS-a (kroz propadanje nervnih ćelija i fizičko –hemijske promene u sinapsama koje ograničavaju brzinu sprovođenja impulsa).

Psihomotorne veštine – Stariji ljudi postaju sporiji i menjaju ponašanje u odnosu na okolinu da bi se adaptirali i kompenzuju smanjenje brzine povećanjem pažnje prilikom rada čime mogu duže da ostanu efikasni. Kod nekih se čak ovo povećanje aktivne voljne pažnje odražava i kroz vrlo visok nivo izvođenja neka veštine.

Sa starenjem dolazi do opadanja ličnih veština koje su jednostavne i koje su sporo sticane u detinjstvu. Biren,J. ih je podelio u 6 kategorija:

1. lokomotorne veštine –hod, skakanje, hod uz i niz stepenice, trčanje
2. lična higijena – hranjenje, oblačenje, umivanje i kupanje, brijanje i češljanje
3. veštine komunikacije- čitanje, pisanje, razgovaranje i kucanje na mašini
4. veštine održavanja kuće- čišćenje, pranje, kuvanje, kupovina, šivenje
5. muzičke veštine
6. veštine koje se upražnjavaju u slobodno vreme – sport, uređivanje bašte i ručni rad

Ova lista veština koje postaju sporije sa godinama naročito je bitna jer sa usporavanjem reakcije u opasnim situacijama dolazi do češćih padova i povređivanja. Usporeenje se može kompenzovati povećanom pažnjom, treba

znati da prvo opadaju osnovne veštine, prve stečene u detinjstvu, a sledeće opadaju veštine svakodnevnog života – samozbrinjavanje.

Individualne razlike postaju izraženije posle 70 godine, i norme i proseci su manje upotrebljivi u predviđanju, jer u periodu posle 70 godine, dolaze do izražaja individualni tempo starenja, iskustvo stečeno u toku života, posledice bolesti i povreda, defekti čula i dr. U proceni funkcionalne sposobnosti u stvari se radi procena (ne)zavisnosti osobe.

Učenje i pamćenje

Pamćenje je sposobnost zadržavanja i sećanja ranije usvojenih sadržaja.

Pamćenje ima tri stupnja:

- retencija – zadržavanje (neki dele na registraciju ili upisivanje, pa tek onda retencija)
- rekognicija - prepoznavanje
- reprodukcija – sećanje

Da bi se kod starih ljudi sposobnost pamćenja dovela do maksimuma, neophodno je obratiti pažnju na tempo prilikom učenja. Sa opažanjem i učenjem ne sme se žuriti, da bi stari imali vremena da konsoliduju doživljeno. Starije osobe imaju teškoće ako se doživljaji jedan za drugim brzo nižu u redosledu. Neophodno im je vreme za retenciju, odnosno proces zadržavanje informacije.

- **Kratkoročno pamćenje** - pamćenje sadržaja ne toliko važnih da bi ih bilo potrebno duže zadržavati, ali potrebnih za neku trenutnu aktivnost, npr. neki novi telefonski broj.

Kod promena u kratkoročnom pamćenju:

- Potreban veći broj ponavljanja.
- Potrebno duže vreme za upamćivanje, zadržavanje informacije (retenciju).
- **Dugoročno pamćenje** - trajno zapamćivanje bilo namerno naučenih bilo slučajno doživljenih sadržaja, npr. imena bliskih osoba, jezik i sl.

Promene u dugoročnom pamćenju

- Prepoznavanje (rekognicija) – nema promena.
- Dosećanje (reprodukcija) – teškoće pretraživanja, potrebno duže vreme, postoje praznine u pamćenju.

Pamćenje je i :

- **Epizodno pamćenje** je zadržavanja informacija o tome kad i gde se nešto u životu dogodilo – opada sa starenjem.
- **Semantičko pamćenje** je znanje osobe o svetu - u starosti je produženo vrijeme prisećanja, ali podaci su očuvani. Npr.: znanje šaha, značenje reči i sl.
- **Radno pamćenje** je kratkoročno pamćenje podataka – opada sa starenjem. Npr. brojevi telefona.
- **Namerno/eksplicitno pamćenje** –slabi zbog slabijeg radnog pamćenja – pomaže kontekst (npr. ime filma – s kim ga gledali).
- **Nenamjerno/implicitno/automatsko** – ne slabi – oslanja se na poznate strategije (npr. prepoznavanje filma kad ga vidimo).
- **Asocijativno pamćenje** – teškoće stvaranja i dosećanja veza među informacijama (lice-ime?)
- **Pamćenje autobiografskih davnih događaja** – najbolje kod osoba od 10-30 god, slabije za srednje životno doba. (Bolje pamćenje nedavnih ličnih iskustava – zbog interferencije sa starim iskustvima – novija sećanja jasnija).

- **Prospektivno pamćenje** - budućih aktivnosti – bolje za događaje (*sastanak*) nego za vrijeme (*za pola sata*) – mogu da olakšaju podsetnici.
- **Obrada jezika** – otežano je prisećanje odgovarajuće reči, planiranje šta da se kaže zbog ograničenja radnog pamćenja – pojednostavljaju rečenicu, gramatiku.

Među laicima je rašireno shvatanje da sposobnost za učenje počinje da opada čim se dostigne zrelo doba.

Učenje olakšava:

- Motivacija
- Ponavljanje
- Iskustvo

Učenje otežava:

- Nedostatak motivacije
- Smanjena brzina učenja
- Poteškoće pamćenja

Činioci koji deluju na učenje

- Retroaktivna inhibicija - usvajanje novih znanja briše ranije usvojene sadržaje.
- Proaktivno olakšanje - stara znanja, usvojena ranije u životu, pomažu u sticanju novih.

Učenje, kao proces, sastoji se iz unutrašnjeg procesa učenja i spoljašnjeg efekta, odnosno samog izvođenja. Mi uglavnom vidimo spoljašnji efekat, koji je merljiv i na osnovu koga najčešće izvodimo određene zaključke. Pобоljšanje u performansi može da se ispolji kao rezultat veće motivacije, povećanja samopouzdanja ili poboljšanih, promenjenih spoljašnjih uslova učenja.

Zaključak da učenja nije bilo ako nema spoljašnjih, merljivih rezultata je uvek pogrešan u istraživanju - lošija manifestacija je rezultat lošije motivacije, nedostatka vremena za izvođenje, bolesti i sl...

Ključna reč kada se govori o učenju je motivacija (ona pripada nekognitivnim faktorima) – a ona kod starih ljudi opada. Lošije postignuće koje je pokazano i koje je merljivo ne mora da bude u vezi sa opadanjem kognitivnih sposobnosti, sposobnosti za učenje, već je direktno povezana sa motivacijom.

Nasuprot tome, korišćenje i transfer prethodnih iskustava (iskustvo – nekognitivna kategorija) doprinosi da je izvođenje bolje, čak i ako sposobnost (kognitivna) za učenje opada.

U učenju kognitivni i nekognitivni faktori deluju isprepletano i jedino što je u praktičnom, a i u kliničkom smislu bitno, jeste da li je stara osoba efikasna u svakodnevnom životu ili dolazi do pada u tzv. spoljašnjem efektu učenja, a manje je bitno koji su faktori (kognitivni ili nekognitivni tome doprineli).

U terapijskom pogledu ono na šta možemo i treba da delujemo je motivacija i korišćenje prethodnog iskustva osobe.

Sposobnost za učenje uslovljavanjem opada sa starošću kao i sposobnost za verbalno učenje, a rezultati kod učenja parova reči u jednom eksperimentu su bili lošiji kada je bilo određeno fiksno vreme, a bolji kada su sami ispitanici određivali tempo učenja.

Praktično učenje koje je u vezi sa poslom koji se obavlja, dosta je teško istražiti, ali jedna velika britanska studija o mogućnostima prekvalifikacije radnika raznih uzrasta, sprovedena na njih oko 2220, pokazala

je da sam faktor uzrasta, odnosno godina, nije bio odlučujući u sticanju praktičnih veština (uzrast u istraživanju je bio od 20 do 45+).

Inteligencija i starenje

Promene u mozgu koje nastupaju u starenju:

- posle 50-te godine smanjuje se prostor koji mozak zauzima u lobanji
- posle 60-te godine povećava se volumen cerebro-spinalne tečnosti
- broj neurona se smanjuje, procena je od 15% do 57%
- mozak sa starenjem ipak zadržava znatnu plastičnost i prilagodljivost

Prema jednoj od definicija inteligencija je složena sposobnost snalaženja u novim situacijama i rešavanja problema. Najčešće postavljana pitanja na koja nema opštih odgovora su :

- Da li inteligencija opada u starosti?
- Ako opada, kada i kako to počinje?
- Da li je opadanje ravnomerno u svim oblastima inteligencije?
- Da li inteligencija može da raste sa godinama?
- Da li vežbanje može da umanjí opadanje inteligencije u starosti?

Hornova teorija inteligencije (Horn i Donaldson, 1980.):

- **Fluidna inteligencija** (sposobnost apstraktnog rezonovanja) opada od srednjih godina, kao posledica biološkog opadanja CNS-a (nasleđe, bolesti, povrede, stil života)
- **Kristalizovana inteligencija** (stečene informacije i verbalne sposobnosti) raste s godinama, kao posledica učenja i iskustva (obrazovanje, socijalizacija, mentalna aktivnost)

Nivo inteligencije u starosti zavisi od:

- Nivoa inteligencije u mladosti: viša inteligencija u mladosti – viša i u starosti;
- Stepenu obrazovanja: više obrazovanje – viša inteligencija u starosti;
- Vrste inteligencije: perceptivna brzina – opada, verbalna i numerička inteligencija – raste;
- Nivoa mentalne aktivnosti: veća aktivnost, viša inteligencija.

Utícaj vežbanja na inteligenciju u starosti:

- Mozak zadržava plastičnost u starosti - vežbanje deluje na kognitivne sposobnosti.
- Plastičnost mozga u nekoj meri opada sa starenjem – uprkos vežbanju.
- Inteligencija drastično opada kratko vreme pred smrt - tzv. «terminalni pad»

Socijalno prilagođavanje i ličnost u starenju, porodica, penzionisanje i stanovanje

Definisanje starosti preko socijalnih konstrukata se bazira na tumačenju ličnosti, promene socijalne uloge i socijalnih odnosa pojedinca.

Tako se starom osobom može smatrati ona kojoj je bitno smanjena funkcija adaptacije na promene u okruženju ili osoba čija deca su napustila njihov dom kao svoju primarnu porodicu, osamostalila se i zasnovala svoju sopstvenu porodicu. Promene na socijalnom planu koje ostarela osoba doživljava su penzionisanje, promena socijalne uloge i moguć gubitak uticaja/autoriteta u porodici i zajednici, proređeni kontakti sa prijateljima, kolegama, komšijama, osamostaljivanje dece i odlazak iz porodičnog doma (primarne porodice), gubitak bračnog partnera, dragih osoba.

Razumevanje potreba starih ljudi

Potrebe su naši razlozi (unutrašnji porivi) zbog kojih nešto želimo, tražimo, preduzimamo. Kada učinimo napor da te razloge prepoznamo i iskažemo, blizu smo cilja.

Potrebe se razlikuju od nagona jer su složenije i šire uzrokovane (fiziološki, društveno, individualno) i od želja jer su osnovnije (želje proističu iz potreba). Većina starih ljudi se uspešno prilagođava promenama koje im donosi starost. Međutim, ima starih ljudi koji se suočavaju sa dodatnim problemima – zdravstvenim, materijalnim i dr. – sa kojima ne mogu da se sami nose, ili ne mogu da prihvate uobičajene promene koje donosi starost. Takve osobe moraju da se oslone na pomoć i podršku drugih ljudi iz okoline, bilo da su to članovi porodice, ili drugih ljudi kako bi zadovoljili svoje potrebe.

Potrebe starih ljudi:

1. Socijalna sigurnost

- Da li je osoba ekonomski nezavisna i da li su zadovoljene njene osnovne egzistencijalne potrebe?

Neadekvatna materijalna obezbeđenost i ekonomska zavisnost može da prouzrokuje osećanje poniženosti, nesreće, beskorisnosti, gubitka dostojanstva..

2. Stambena obezbeđenost

- Da li uslovi stanovanja odgovaraju fiziološkim promenama stare osobe: umanjenoj sposobnosti kretanja, oslabljenom sluhu i vidu, refleksima?

Neusklađenost uslova stanovanja sa mogućnostima stare osobe može da izazove osećanje nemoći, beskorisnosti, da dovede do oslabljenih kontakata sa poznanicima i okolinom, neredovne kontrole zdravlja.

3. Potreba za pripadanjem

Da li osoba ima zadovoljenu potrebu za socijalnim kontaktima kroz kvalitetne i redovne odnose sa porodicom koja brine o njoj, prijateljima?

Nezadovoljena potreba za pripadanjem i socijalna izolacija mogu da izazovu osećanje odbačenosti, usamljenosti, tugu, bes, negativan stav prema životu.

4. Potreba za smislom

Da li je osoba prihvatila promenu napuštanja svoje profesije koju donosi penzionisanje, promenu uloge u porodici, telesne promene koje starenje podrazumeva?

Nezadovoljenje ove potrebe može da prouzrokuje potištenost, sumnjičavost, negiranje svega, ljutnju, povišen kriticizam.

Stare osobe osim ovih imaju i potrebu za poverenjem, potrebu za adekvatnom ishranom, potrebu za radom – aktivnošću, kulturno-obrazovne potrebe, religiozne potrebe, potrebu za poštovanjem, potrebu za bliskošću, potrebu za podrškom, potrebu za razvojem, potrebu za osećajem ravnopravnosti.

O većini svojih potreba i problema stara osoba će biti voljna da razgovara. Nekada će sam razgovor sa starom osobom pomoći da se ona oseća bolje i da sama dođe do ideje za rešavanje svojih problema. Kroz razgovor i pažljivo slušanje mogu da se sakupe potrebne informacije koji

će nam pomoći da razumemo staru osobu. Nekada stare osobe neće direktno iznositi probleme koji ih muče i sasvim jasno prepoznati (a kamoli reći) koje su to nezadovoljene potrebe koje ih čine nezadovoljnim. Stoga, treba se naoružati strpljenjem i razumevanjem kako bi mogli da na adekvatan način da pružimo podršku starim licima.

Stari ljudi i porodica

Porodicu najveći broj naučnika smatra za osnovnu i veoma značajnu ćeliju društva. Ona je socijalna zajednica venčanih i nevenčanih osoba oba pola i različitih životnih dobi. U našem društvu, u jednom domaćinstvu često žive tri generacije.

Porodica ima nekoliko funkcija za sve svoje članove:

- a) **biološka** funkcija, koja se sastoji od obezbeđivanja hrane, produženja vrste/loze;
- b) **vaspitna**, kroz koju se deca formiraju u ličnosti, stiču socijalne veštine, navike, pravila ponašanja;
- c) **zaštitna** funkcija, koja ima za cilj da obezbedi socijalnu sigurnost svojim članovima, i
- d) **socijalna** funkcija, koja se očituje kroz razvijanje socijalnih uloga i odgovornosti.

Kod starih osoba, u svim navedenim funkcijama dolazi do, manje-više, radikalnih promena. Stara osoba više nije ona koja ima ključnu ulogu u obezbeđivanju ispunjenja osnovnih egzistencijalnih potreba članova porodice, sve manje se pitaju pri donošenju bitnih odluka, njihov uticaj i autoritet iz dana u dan slabe. Sa druge strane, stare osobe se neminovno suočavaju sa gubitkom sebi dragih osoba – kroz smrt supružnika, prijatelja, kolega, ali, delimično, i dece kroz njihovo osamostaljivanje i formiranje sopstvene porodice.

Ako je moguće, najbolje je da deca od svojih ostarelih roditelja žive odvojeno, ali u blizini kako bi mogli redovno da ih posećuju, da dovode unuke, da jedni drugima pomažu kako i koliko mogu. Ako je udaljenost veća, odnosi i viđanja dece sa roditeljima se, najčešće, svode na slave i praznike.

Značaj porodice je za staru osobu toliko veliki da, koliko god razumeo svoju decu i potrebu za osamostaljivanjem, negde se, intimno, oseća odbačenim, a „dobro jutro“ i „laku noć“ dojučerašnjih ukućana ništa ne može u potpunosti da zameni.

Uloga osoba koje učestvuju u pružanju podrške starima je da pokušaju da na različite načine popune prazninu koja je nastala u njihovim životima (ali da ne zauzimaju mesto dojučerašnjih ukućana) i da pomognu starima da gaje koliko je moguće intenzivnije kontakte sa svojim najdražima.

Stanovanje

Istraživanja evropskih stručnjaka za gerontologiju pokazuju da najbrže raste starija populacija i to baš ona sa više od 85 godina. Broj stogodišnjaka će do 2025.g. od sadašnjih 210.000 narasti na 3,2 miliona, što je čak 15 puta više. Usled promena u strukturi porodice, porodični - tj. najprirodniji oblik zaštite starih ljudi - silom prilika postaje sve slabiji, pa je neminovno da tu zaštitnu ulogu u odnosu na ostarele preuzima društvo, posebno u pogledu popravljavanja stambenih uslova.

U organizovanom stanovanju starijih ističu se dva stava:

- stariji ljudi treba da ostanu u onoj sredini u kojoj su proveli dotdašnji život, u kojoj žive njihovi srodnici, prijatelji i susedi na koje su navikli
- stare osobe treba da žive u uslovima koji su prilagođeni njihovim potrebama, navikama i opredeljenjima, ali da budu u što češćem dodiru sa svojom decom i srodnicima.

U uslovima kada više generacija živi pod istim nefunkcionalnim krovom, češće dolazi do pojava patološkog karaktera uzrokovanih transformacijom porodice. Kad deca koja rastu u porodicama zasnuju svoje porodice i osamostale se, a pritom ne mogu da sebi obezbede životni prostor, potiskuju roditelje, dolazi do deobe stanova i stariji roditelji se povlače u neodgovarajuće prostorije. Idealno za stare ljude je da žive sa svojom decom i unucima u fleksibilnim stanovima. Takva sredina im najviše odgovara zbog smanjene sposobnosti prilagođavanja i otpora prema hospitalizaciji. Tu se najbolje snalaze i emocionalno su najstabilniji. Takvi “**trogeneracijski stanovi**” se sastoje od glavnog stana za porodicu srednje generacije i malog stana za starije roditelje. Oba su sa posebnim ulazima, ali sa vezom, tako da postoji i mogućnost povezivanja delova.

Zaštićeno stanovanje ili obezbeđeno stanovanje za starije osobe je posebna vrsta stanovanja gde su stanovi pod stalnim nadzorom. Namenjeno je starim osobama koje ne mogu da vode sami svoje domaćinstvo, ali čije stanje nije toliko narušeno da bi bili smešteni u starački dom. Ipak, pomoć im je stalno potrebna. Na raspolaganju im je u raznim oblicima u svako doba i to iz socijalno-zdravstvene centrale. Zato su ovakvi stanovi grupisani, u blizini centrale, koja je danonoćno dežurna i povezana sa hitnim slanjem pomoći. Moraju biti prilagođeni za upotrebu invalidskih kolica i pozivnim uređajem pomoću koga ostvaruju vezu sa centrom. Očekuje se da će ovaj vid stanovanja ubuduće imati veću ulogu.

Stanovanje uz povremenu pomoć pri čemu su stanovi za penzionere, uz povremenu pomoć, namenjeni vitalnim starim ljudima, koji su u stanju da se o sebi sami brinu. Oni odgovaraju svojoj nameni i korisnicima samo ako je obezbeđeno dobijanje pomoći u odgovarajuće vreme, po dogovoru i prema potrebi. U takvim stanovima, male kvadrature, data je mogućnost individualnog pripremanja hrane. U slučaju bolesti zagarantovano je najneophodnije staranje. Veća koncentracija takvih stanova odgovara usluživanju stanara. Prednost se daje manjim grupama tako da jedna sestra i jedan kućepazitelj u potpunosti mogu da ih opslužuju. Kod nas se organizovana pomoć predviđa iz centra za socijalni rad, mesne zajednice ili doma za stare. Stanovi za penzionere mogu biti zastupljeni u jednoporodičnim i višeporodičnim vrstama stambenih zgrada. S obzirom na tip stanovanja, mogu se javiti u :

- prizemnoj slobodnoj porodičnoj kući (bungalov, sa jednim stanom za dve osobe, u grupi kućica iste vrste),
- prizemnoj dvojnoj kućici (blizanci, parovi stanova za po dve osobe u grupi sa istim kućicama) i
- prizemnom nizu kućica.

Lociranje takvih grupacija u blizini domova može da pomogne u lakšem odlučivanju za kasniji premeštaj u dom.

Starački domovi su uobičajeni oblik stanovanja predviđen za starije ljude. To su ustanove za osobe koje nemaju mogućnosti da žive same,

uglavnom zbog duboke starosti i bolesti. Svojim korisnicima nude zajedničke površine za rekreaciju, jelo i druženje. Nivo usluga varira u zavisnosti od države, mesta gde se nalazi i cene boravka. U Srbiji se smeštaj u domove ostvaruje preko uputnih organa Centra za socijalni rad. Poželjno je da se nalaze u blizini trgovinskih centara, zelenila, zdravstvenih ustanova, što bliže gradskom saobraćaju. Kapacitet zavisi od mnogo faktora, uglavnom od odnosa isplativosti i broja zaposlenih. Mogućnost zadovoljenja svih potreba starijih u domu koji se sastoji od zajedničkih, stambenih, službenih i servisnih prostorija, traži i veliku površinu, pa je otuda praksa da se domovi grade na periferiji.

Centar za pruženje pomoći je najefikasniji način brige o starim licima. Mnogi stručnjaci misle da baš domovi, koji već obavljaju takvu funkciju, treba da organizuju terensku službu za pružanje usluga, a zajednica treba da im pomogne u tome. Prema podacima iz 2006. godine u Srbiji ima 45 državnih ustanova koje pružaju usluge domskog smeštaja, a legalnih privatnih ustanova ima samo šest.

Lukjanov (Lukjanov,V,S,1972), sovjetski naučnik izneo je teoriju o profilaktičkom kompleksu faktora koji su značajni za zdravlje i dugovečnost ova teorija je bazirana na proučavanju velikog broja istraživanja. Faktori su sledeći:

- Čuvanje zdravlja od ranog detinjstva i mladosti
- Bavljenje poslom koji je društveno koristan i koji je sama osoba izabrala
- Dobri uslovi života
- Ishrana postavljena na naučnoj osnovi
- Odmor - aktivan i pasivan, a koji mora doći pre iscrpljenja
- Fizička aktivnost i opterećenje
- Svež vazduh - kiseonik u izobilju, kako u stanu, tako i na radnom mestu
- Životni optimizam, visoki moral, pozitivne emocije
- Lična higijena
- Lekarski nadzor i kontrola zdravlja

Mentalno zdravlje u starosti

Mentalno zdravlje Svetska zdravstvena organizacija definisala je kao stanje blagostanja u kome pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može da se nosi sa normalnim životnim stresom, radi produktivno i sposoban je da doprinosi zajednici. Prema ovakvome pristupu mentalno zdravlje je deo opšteg zdravlja i afirmativni prostor za aktuelizaciju sopstvenog života, a ne jednostavno odsustvo bolesti.

Preko 20% odraslih osoba starosti 60 godina i više pati od mentalnih ili neuroloških poremećaja (ne uključujući glavobolje) a 6,6% svih nesposobnosti među starima se pripisuje mentalnim poremećajima .

Najčešći neurološki i psihijatrijski poremećaji u ovoj starosnoj grupi su depresija i demencija, a za njima slede anksiozni poremećaji 3,8% i poremećaji iz grupe zloupotrebe i zavisnosti 1%. Skoro 1/4 smrtnih slučajeva starijih od 60 je posledica samopovređivanja, a zloupotreba psihoaktivnih supstanci se često previdi ili pogrešno dijagnostikuje.

Faktori rizika za nastajanje mentalnih poremećaja starijih osoba su kompleksni i sastoje se iz društvenih, psiholoških i bioloških faktora, koa

uostalom i u svakom ostalom životnom dobu, ali i uz postojanje specifičnih stresora :

Gubitak sposobnosti za samostalni život, zbog ograničene pokretljivosti, hroničnog bola, slabosti ili drugih motoričkih ili kombinovanih smetnji, dovodi ih u situaciju da zavise od tuđe nege.

Takođe starije osobe su najčešće doživele gubitak bliske osobe, pad socioekonomskog statusa zbog penzionisanja ili invalidnosti.

Mentalno zdravlje utiče na fizičko zdravlje i obratno. Starije osobe sa telesnim zdravstvenim problemima, kao što su bolesti srca, npr. imaju veću stopu depresije od onih koji su zdravi. Nasuprot tome neležena depresija kod osoba sa kardiološkim oboljenjima može negativno da utiče na ishod osnovnog (srčanog) oboljenja. Opadanje fizičkih aktivnosti povezano je s lošijim mentalnim zdravljem. Mogućnost kretanja i veća telesna aktivnost uglavnom se pokazuju značajno povezanima sa zadovoljstvom životom i subjektivnom dobrobiti.

Funkcionalne sposobnosti potrebne za obavljanje svakodnevnih aktivnosti (pripremanje hrane, jedenje, oblačenje, održavanje higijene, pospremanje stana, kupovina) predstavljaju univerzalni činilac koji je značajno povezan s mentalnim stanjima. Uz fizičko zdravlje, funkcionalne sposobnosti pokazuju se najboljim prediktorima mentalnog zdravlja (Bovling, 2005;). Slabije funkcionalne sposobnosti snažan su prediktor daljeg slabljenja funkcionalnih sposobnosti. Sa većim teškoćama u fizičkim funkcionalnim sposobnostima rastu i depresivni simptomi, a smanjuje se zadovoljstvo životom. Naime, dobro je potkrepljeno da funkcionalna nesposobnost raste sa godinama. Oko 60% osoba starijih od 65 godina ne treba da ograničava svoje važnije aktivnosti zbog zdravstvenih razloga. Od otprilike 85 godina taj se procenat spušta na 50% (Papalia i Olds, 1992).

Ovi faktori mogu dovesti do izolacije, gubitka samostalnosti, usamljenosti.

Stari su, a o tome se malo i nerado govori, često izloženi fizičkom i psihičkom zanemarivanju i zlostavljanju, a posledice nisu samo fizičke povrede, nego i psihičke najčešće u vidu anksioznosti i depresije.

Gerijatrijski sindrom 4 „N“ u gerijatriji su komplikacije koje nastaju kod gerijatrijskog bolesnika: nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost, nekontrolirano mokrenje.

Gerijatrijski sindrom 4 „D“ depresija, demencija, delirijum, dekubitusi.

Gerijatrijski domino efekt Gerijatrijski domino efekt je obeležje kod gerijatrijskog bolesnika koje nastaje kada bolest utiče na pojavu funkcionalne onesposobljenosti ili kada zbog funkcionalne onesposobljenosti nastaje bolest.

Strategije lečenja i nege :

Zaštita mentalnog zdravlja starih treba da je bazirana na identifikovanim potrebama korisnika i njihove okoline, od strane stručnjaka i društva u celini i ona uključuje :

- edukaciju stručnjaka za negu starih;
- preventivne intervencije i menadžment hroničnim bolestima povezanim sa starenjem uključujući i mentalne, neurološke poremećaje i zloupotrebu

psihoaktivnih supstanci;

- kreiranje održive politike za dugoročnu i palijativnu negu, i
- razvijanje usluga u lokalnoj zajednici i kreiranje okruženja prilagođenog očuvanju zdravlja i uključivanju starih u život zajednice.

Promocija zdravlja

Mentalno zdravlje starijih osoba može biti poboljšano kroz promociju aktivnog i zdravog starenja koje podrazumeva stvaranje uslova i okoline koji podržavaju blagostanje i omogućavaju ljudima da vode zdrav i integrisan način života. Promocija mentalnog zdravlja u velikoj meri zavisi od strategija koje osiguravaju da stari imaju neophodne resurse da zadovolje svoje osnovne potrebe, kao što su:

- obezbeđivanje bezbednosti i slobode;
- adekvatno stanovanje („zaštićene kuće”, „zaštićene stanove”, „kuće na pola puta”);
- socijalna podrška za stare i njihove negovatelje;
- zdravstveni i socijalni programi usmereni na ranjive grupe starih kao što su oni koji žive sami, seosko stanovništvo ili koji pate od hroničnih bolesti;
- programi prevencije nasilja i zlostavljanja starih, i
- razvojni programi u lokalnoj zajednici.

Intervencije

Rana dijagnostika i pravovremeno lečenje mentalnih, neuroloških poremećaja kao i poremećaja usled zloupotrebe supstanci kod starijih ljudi je od suštinskog značaja. Adekvatan tretman ovih poremećaja podrazumeva primenu psihosocijalnih intervencija i medikamentoznog lečenja.

Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici

Dobro organizovan sistem zdravstvene i socijalne zaštite je važan za unapređenje zdravlja starijih osoba, sprečavanje nastanka bolesti i upravljanje hroničnim bolestima. To se može ostvariti kroz mrežu ustanova u lokalnoj zajednici, uz neophodnu kontinuiranu edukaciju stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja pre svega lekara iz primarne zdravstvene zaštite kao i društva u celini. Podjednako je važno razmišljati o efikasnoj dugotrajnoj nezi starijih osoba sa mentalnim poremećajima i obezbeđivanje programa edukacije, obuke i pružanje podrške njihovim negovateljima. Neophodno je kreirati odgovarajuće i podržavajuće okruženje u kome se poštuju međunarodno prihvaćeni standardi poštovanja ljudskih prava kako bi se obezbedio najviši kvalitet usluga za osobe sa mentalnim oboljenjima i za njihove staratelje.

Depresija kod starih i radnoterapijske intervencije

Depresija je najučestaliji mentalni problem starijih odraslih, koji se negativno reflektuje na sve aspekte života (Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2006). Prema psihosocijalnom modelu mentalnog zdravlja (Reker, 1997), depresija u starom životnom dobu proizilazi iz gubitka samopoštovanja, gubitka značajnih uloga i značajnih osoba iz života, kao i devalvacije socijalnih kontakata, uslovljene zdravstvenim i finansijskim teškoćama, kao i smanjenom funkcionalnošću.

Razlozi leže u činjenici da je depresija najčešći mentalni poremećaj u opštoj populaciji, u najvećem broju slučajeva (67%) depresije su rekurentne ili su hroničnog toka, značajno narušavaju kvalitet života i relativno često (kod 10% do 15% depresivnih osoba) završavaju se samoubistvom a neretko se javljaju udruženo s drugim mentalnim poremećajima i telesnim bolestima.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, depresija je četvrti najčešći uzrok „godina života izmenjenih zbog invalidnosti”, a procenjuje se da će do 2020. godine biti na drugom mestu.

Unipolarna depresija pogađa 7% populacije starih i čini 1,6% svih nesposobnosti (DALY) među osobama starijim od 60 godina. Depresija je najčešće neprepoznata, a samim tim i nelečena, što ima visoku socijalnu i ekonomsku cenu. Zbog svega toga, rana dijagnostika i pravovremeno, adekvatno i efikasno lečenje i zbrinjavanje depresije od ključnog su značaja za smanjenje ozbiljnih posledica do kojih ovi poremećaji mogu dovesti kod pojedinca, njihove porodice i zajednice u celini.

Poremećaji raspoloženja u starijem životnom dobu nisu retkost, a depresivni simptomi često ostaju neprepoznati. Razlozi su mnogobrojni – depresivni simptomi po pravilu koegzistiraju sa telesnim bolestima i stanjima koja proističu iz samog procesa starenja, kao i zbog tendencije pacijenata da u prvi plan istakne vegetativne i kognitivne simptome, uz zanemarivanje afektivnih. Pored toga, dešava se da se depresivni simptomi tumače kao normalna reakcija na prisutnu telesnu bolest, što sve skupa dovodi do odloženog dijagnostikovanja i započinjanja terapije uz lošiju prognozu. Više od polovine osoba s depresijom prvu stručnu pomoć zatraži od lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, što naglašava značaj ovog sektora u ranom otkrivanju i adekvatnom lečenju depresivnog poremećaja.

Depresija se često pojavljuje uz anksioznost ili somatske simptome. Česti simptomi su: depresivno ili žalosno raspoloženje, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti koje su pre predstavljale zadovoljstvo, potištenost, gubitak nade i vere u budućnost, smanjenje energije, umor, poteškoće spavanja (ranojutarnje ustajanje, isprekidan san, poteškoće usnivanja), gubitak apetita i telesne težine, osećaj bezvrednosti i krivice, pojava psihomotorne usporenosti ili agitacije, smanjenje koncentracije, suicidalne misli i dr.). Takvi simptomi se mogu javiti i kod nekih bolesti, što zovemo sekundarnom depresijom (endokrine bolesti, bolesti jetre, anemije, maligne bolesti i dr.).

Neretko članovi porodice depresiju kod starijih osoba smatraju normalnom pojavom, povezanom s procesom starenja. Porodica treba da pokaže brigu, pažnju, strpljivost, umesto da govori depresivnom bolesniku da se trgne i nešto radi jer mu nije ništa. Depresivan stariji bolesnik pati tokom bolesti, ali najčešće pati i njegova porodica, i zahteva podršku i razumevanje multidisciplinarnog gerontološkog tima tokom lečenja. Posebnu pažnju treba posvetiti pri davanju antidepressiva starijem bolesniku i objasniti bolesniku i porodici da se lek uzima dovoljno dugo i u odgovarajućoj dozi.

Vežbanje može uticati na raspoloženje i na percepciju stresa, i ima povoljne psihološke i emocionalne ishode (Baum i Posluszny, 1999) koji uključuju smanjenje anksioznosti i depresivnost kod blažih oblika. (Lampinen i sur., 2006; Saccomani, 2006).

Osobe koje se bave sportom pokazuju da su nešto srećnije nego osobe koje se ne bave sportom, i ta se razlika pojavljuje nezavisno od godina, bračnog statusa i fizičkog zdravlja. Fizička aktivnost pridonosi održavanju samostalnosti u svakodnevnom životu, a nije zanemarivo ni to da bolja fizička aktivnost može pomoći pri menjanju stereotipa o starijim osobama kao pasivnim i nekorisnim (Saccomani, 2006).

Demencija i mesto okupacione terapije

Šta je demencija?

Demencija - klinički sindrom obeležen stečenim gubitkom kognitivnih i emotivnih sposobnosti koji je prisutan u tolikoj meri da ometa svakodnevnu aktivnost bolesnika i značajno smanjuje njegov kvalitet života. Progresivna, neurodegenerativna bolest od koje uglavnom obolevaju ljudi starijeg životnog doba. Već sada preko 35 miliona ljudi u svetu živi sa demencijom, a ovim tempom, taj broj se skoro udvostruči na svakih 20 godina, tako da će 2030 biti 66,7 miliona osoba sa demencijom, pri čemu će većina obolelih živeti u nerazvijenim ili srednje razvijenim zemljama.

Faktori rizika su starenje, nasleđivanje specifičnih gena i posedovanje specifičnog genotipa.

- Pogađa oko 6% starijih od 65 godina, raste sa godinama, pa pogađa 25% starijih od 85 godina.
- Oko 2/3 svih demencija čini Alzheimerova bolest.
- Veliki socijalni i ekonomski problem društvu jer obično nisu sposobni za samostalni život.
- U ranoj fazi bolesti: bolesnik počne **zaboravljati**, pa sve više – konfabulacije, opasan, zavisn od tuđe pomoći.
- **Govor** postaje usporen, pisanje, računanje, ponavlja što čuje (eholalija).
- Slabi **orijentacija u prostoru** - gubi se, **u vremenu**.
- Poremećaji **prosudivanja i ponašanja** – neprimereno.
- Smetnje **afekta**: apatičan i nezainteresovan, ili pak agitiran i nemiran, sumnjičav ili indiferentan.
- Slabi **samozbrinjavanje**.
- Telesno propadanje – gubitak težine, slabljenje refleksa, motornih funkcija – vezan za krevet.
- Zavisi od tuđe nege 24/7 ili porodice ili institucije
- Traje 5-10 god, ali i duže
- Lekovi mogu da ublaže simptome bolesti, a stimulacija da uspori progresiju.

Demencija se opisuje kao sindrom progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti pri očuvanoj svesti koje se ispoljavaju kao promene u mentalnom statusu i ponašanju bolesnika.

Demencija dovodi do intelektualnog propadanja CNS-a kod bolesnika sa organskim bolestima, tako da su najviše oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, orijentacije, apstraktnog mišljenja i poimanja vidno-prostornih odnosa. Pojavnost demencije ometa bolesnika u njegovom profesionalnom i socijalnom funkcionisanju i može dovesti do potpune zavisnosti od drugih. Simptomi se javljaju na celokupnom psihičkom nivou ličnosti (npr. mišljenju, raspoloženju, psihomotorici, emocijama, volji), a svi se ti. deficiti manifestuju i na fizičkom nivou, što neretko dovodi do nemogućnosti obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti.

Nemački patolog Alzheimer (1906.) je povezao kognitivno propadanje s histološkim promenama u mozgu (tzv. senilnim plakovima i neurofibrilarnim vretenima), a simptomi demencije opaženi su već davno tokom istorije.

Epidemiološki podaci istraživanja sprovedenih u SAD-a, Švedskoj, Velikoj Britaniji pokazuju da prevalencija demencije iznosi 9-14% kod osoba

starijih od 65 godina, a prema nekim istraživanjima 1/3 obolelih nije sposobna za samostalan život . Najčešći oblici demencije

U kliničkoj praksi se najčešće susrećemo s demencijom Alzheimerovog tipa. Uzrok Alzheimerove demencije (AD) nije poznat. Patološko - anatomske nalaz AD je atrofija kore mozga (senilni plakovi, agregacija amiloidnih belančevina). Bolest najčešće započinje blagim promenama u kratkotrajnom pamćenju ili pri obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, a potom progresivno dolazi do smanjenja sposobnosti pamćenja, zapuštanja higijene, dezorijentisanosti, apatije, apraksije, agnozije, agitiranosti, anksioznosti, poremećaja u rasporedu spavanja i slično.

Simptomi se javljaju postupno, tako da u ranom stadijumu bolest može biti neprepoznata. Gerijatrijske bolesnike koji boluju od AD kod lekara obično dovode članovi porodice, staratelji ili bliski prijatelji. AD ima progresivan tok, u proseku 8 godina, a lečenje je za sada simptomatsko. Pri pregledu bolesnika s demencijom koristi se npr. MMS (Mini mental test) za procenu kognitivnog oštećenja. Potrebna je procena stepena kognitivnog oštećenja i praćenje bolesnika. AD deluje na svakodnevnicu bolesnika i njegove porodice, tako da je neophodna edukacija članova porodice i samog bolesnika o toku bolesti, mogućnostima nege i usporavanja bolesti .

Demencija može nastati i kao posledica cerebrovaskularnih bolesti. Najčešći tip vaskularnih demencija je multi-infarktna demencija (MID). U vaskularnim demencijama nastaju lakunarne infarkcije unutar moždane mase koje su obično posledica nelečene arterijske hipertenzije. Lečenje sindroma MID se temelji na smernicama lečenja cerebrovaskularnih bolesti i rizičnih činioca za njen nastanak. (HTA). Poznato je da se klinička slika kod vaskularnih demencija različito ispoljava, što zavisi od raspodele ishemijskih oštećenja. Međutim, tipičan je iznenadni nastanak simptoma demencije za razliku od AD. Pri dijagnostikovanju vaskularnih demencija, može se uočiti dobro očuvana ličnost bolesnika, uz pojavnost neuroloških ispada i česte depresije.

Demencije su najčešće bolesti dugog trajanja i predstavljaju ozbiljan socio-medicinski problem. Bolesnici u uznapredovalim fazama bolesti zahtevaju stalan nadzor i negu ili trajno smeštanje u ustanovi, što upućuje na značajne ekonomske izdatke.

Trenutno ne postoji adekvatan lek za lečenje demencije, ali se može mnogo učiniti na pružanju podrške i poboljšanju kvaliteta života ljudi sa demencijom, njihovim negovateljima i porodicama.

To podrazumeva:

- ranu dijagnozu, kako bi se pravovremeno započelo lečenje bolesti;
- optimizaciju fizičkog i psihičkog zdravlja, uključujući dijagnozu i lečenje, prateće somatske bolesti, povećanje kognitivne funkcije i optimizaciju blagostanja;
- otkrivanje i upravljanje bihevioralnim i psihotičnim simptomima;
- pružanje informacija i dugotrajne podrške negovateljima.

Terapijska nastojanja su usmjerena prvenstveno ublažavanju akutnih simptoma bolesti. Uklanjanje svih uzroka koji negativno utiču na mentalne sposobnosti može značajno poboljšati svakodnevno funkcionisanje i kvalitet življenja starijih dementnih osoba, kao i odgoditi ozbiljnu funkcionalnu onesposobljenost i potrebu za institucionalizacijom.

Stariji bolesnici u ranijem stadijumu bolesti se obično najbolje osećaju u poznatom okruženju. Zbog toga je za sve obolele starije osobe koje žive u sopstvenom domu potrebno proceniti sigurnost stanovanja i sprovesti odgovarajuće modifikacije u smislu smanjivanja mogućnosti samopovređivanja.

Takođe je potrebno takvim osobama osigurati pomoć u dnevnim aktivnostima kao što su dostava i priprema hrane, posete patronažnih sestara, nadzor nad uzimanjem lekova i sl.

Osobama koje boluju od demencije potrebno je omogućiti i odgovarajuću telesnu (npr. lagane šetnje 15-20 minuta dnevno) i mentalnu aktivnost (zavisno od bolesnikovih interesa pre pojave demencije – čitanje, umetnost i sl.), odgovarajuću, uravnoteženu, pravilnu ishranu kao i socijalizaciju. Važan aspekt brige o dementnim osobama je i podrška članovima porodice, odnosno osobama koje se o njima brinu.

Delirantna stanja u starijem životnom dobu

Delirijum je posledica funkcionalnog poremećaja metabolizma mozga. Simptomi delirantnog pacijenta su poremećaj svesti, inkohherentno mišljenje, poremećaj percepcije, motorna hiperaktivnost, poremećaj orijentacije, pamćenja i ciklusa spavanja, afektivno uzbuđenje, halucinacije i dr. EEG nalaz kod bolesnika u delirijumu pokazuje usporenje osnovne cerebralne aktivnosti. Delirijum može nastati kod trauma, kod pacijenata nakon anestezije, kod težih bolesnika na somatskim odeljenjima, npr. kod pulmonalne, renalne, hepatalne insuficijencije, jake anemije, infekcije, elektrolitskog disbalansa i dr.

U starijem životnom dobu delirantna stanja isto tako mogu nastati usled stresa, metaboličkih bolesti, predoziranja lekovima, srčanih i cerebrovaskularnih bolesti, trauma glave, neoplazme i dr. Potrebno je utvrditi uzrok delirantnog stanja kod starije osobe, održavati vitalne funkcije bolesnika, ublažiti psihijatrijske simptome, održavati primereno okruženje bolesnika te pružiti adekvatnu medicinsku negu. Delirantno stanje traje od nekoliko sati do nekoliko nedelja, a prognoza će za bolesnika zavisiti od uzroka bolesti i sposobnosti organizma da svlada noksu.

Radna terapija u gerijatriji

Za komunikaciju sa starijim osobama važno je:

1. **Slušanje**
 - Pokazati osobi da slušamo gledati u oči
 - dati neverbalne znakove (klimanje glavom, izraz lica),
 - sedeti opuštano ili nagnuto prema sagovorniku
 - Otkloniti spoljašnje smetnje - npr. ne razgovarati u prolazu i na bučnom hodniku, isključiti telefon
 - Otkloniti unutrašnje smetnje npr. ne gledati na sat, ne razmišljati o prethodnom ili sastanku koji tek sledi

2. Govor

- Paziti što govorimo i kako govorimo
- Govoriti glasno, jasno, polako, okrenuti licem osobi da nam vidi usta
- Koristiti razumljive rečenice i reči
- Govor prilagođavamo stanju starije osobe - npr. stanju sluha, vida, kognitivnih funkcija, ponašanja starije osobe i svih promena u ponašanju

3. Opservacija

- Svaka nagla ili neobična promena može biti znak npr. nastupa bolesti, pogoršanja bolesti ili oporavka
- Ponekad je nužno kad starija osoba privlači pažnju drugih na sebe

4. Ignorisanje neprikladnog ponašanja

- Ne ignorišemo osobu, nego ponašanje, npr. osoba u bolnici zahteva da bude prva na redu za negu - takvo ponašanje treba ignorisati, ali bez raspravljanja
- Prikladno ponašanje nagraditi pohvalom, smeškom, kratkim razgovorom
- Ignorirati ponašanje senilne osobe koje ne nanosi štetu ni njoj ni drugima

5. Podsticanje nezavisnosti

- Bolje je učiniti nešto zajedno sa starijom osobom (naravno, ako ona može da učestvuje u tome) nego učiniti to umesto nje. Ovo može biti teško negovatelju jer zahteva više vremena i strpljenja, ali je dobro za stariju osobu.

6. Strpljenje

- Sve veća sporost u starijih osoba – ne treba ju požurivati (to može biti za nju vrlo frustrirajuće)

7. Fleksibilnost

- Uvažiti velike individualne razlike među starijim osobama i ne primjenjivati istovjetna pravila i ponašanja sa svima

8. Poštovanje i prihvatanje

- Stari su ljudi odrasli i to treba uvažavati
- Ne pokušavajmo osobu koja je 70 ili 80 godina bila npr. zatvorena, sitničava i tvrdoglava pretvoriti u otvorenu, slobodnu i fleksibilnu, ma koliko nam teško bilo prihvatiti njezine osobine koje se tako razlikuju od naših
- Možemo izraziti neslaganje ali tako da ne “udarimo na osobu” nego samo na određeno ponašanje.
 - Procena senzornih sposobnosti: način komunikacije prilagoditi stanju sluha i stanju vida
 - Procena psihosocijalnih potreba: važno je čuti i videti šta se zbiva iz korisnikove perspektive, npr. nezavisnost ili potreba za pomoći
 - Procena sposobnosti suočavanja s problemima: uspešni načini suočavanja s problemima u prošlosti mogu poslužiti kao pomoć u suočavanju s trenutnim problemima, što pojačava osećaj kontrole nad sopstvenim životom, dobro je podsetiti osobu na izvore socijalne podrške
 - Procena emocionalnog stanja: važno je biti osetljiv na neizražene strahove starijih, a oni često umanjuju svoje teškoće zbog straha npr. da će biti smešteni u dom
 - Procena potrebe za pomoći: dobro je ponuditi pomoć korisniku na način kojim se naglašava održavanje što duže nezavisnosti, npr. pomoć u kući, važno je pružiti osobi mogućnost da preuzme kontrolu i sama donosi odluke (zbog osećaja samopoštovanja i samokontrole), važno je i savetovati porodicu koja brine previše ili ne brine uopšte.

Komunikacija sa starijim osobama oslabljenog sluha

- odrediti na koje uvo bolje čuje i usmeriti govor na tu stranu
- pomoći osobi da nauči da koristi slušni aparat, ako ga ima
- govoriti jasno i glasno, normalnom brzinom, dubljim tonom
- ako osoba ne razume, ponoviti poruku drugim rečima
- okrenuti se licem starijoj osobi, da bi se pomoglo izrazom lica i pokretima usana
- u razumevanju poruke dopuniti verbalnu poruku neverbalnim znacima - gestovima, pokretima, izrazom lica
- ne stavljati ruku pred usta dok govorite, ne žvakati
- smanjiti buku u pozadini dok govorite, npr. ugasiti radio ili televizor
- dobro je imati papir i olovku
- tražiti povratnu informaciju od osobe, doznati koliko je čula

Komunikacija sa starijim osobama oslabljenog vida

- savetovati osobu o korišćenju naočara, držati naočare pri ruci (ako pomažu)
- predstaviti se imenom pri ulasku u sobu i pre početka razgovora
- stajati ispred osobe i koristiti pokrete glavom
- verbalno objasniti svaku pisanu poruku: ako osoba naizgled čita, ne znači da je i videla što piše, zato pitanjima treba proveriti razumevanje poruke
- primereno osvetljenje pomaže boljem viđenju
- ukloniti sve opasnosti, npr. prepreke na putu ili bleštanje
- osobu ne treba voditi za ruku nego joj ponuditi ruku da ona vodi vas
- rečima opisati put kojim vodite osobu i gde je vodite

Komunikacija sa osobama sa govornim oštećenjem

- izbegavati dugotrajne razgovore; bolji su češći, kraći razgovori
- pomoći bolesniku kad ima teškoća u pisanom i/ili usmenom izražavanju korišćenjem drugih oblika komunikacije (npr. ponuditi slikovnicu sa slikama onog što bi osobi moglo trebati, podstaknuti neverbalnu komunikaciju) redovno podsticati psihičke sposobnosti (pamćenje, rešavanje problema i sl.)
- pomoći bolesniku da se usmeri na očuvane komunikacijske sposobnosti
- pohvaliti bolesnikove napore da komunicira i ohrabriti ga da vežba ono što je naučio kod logopeda u govornaopj terapiji
- biti strpljiv i računati s dužim vremenom zbog sporije kognitivne obrade informacija

Komunikacija sa osobama sa smanjenim kognitivnim sposobnostima

- govoriti u kratkim rečenicama, ponavljati i davati unaloge jedan po jedan, npr.: „ustanite, obujte papuče, obucite ogrtač, ... itd.“;
- komunikacija dodirom deluje umirujuće – obično se dodiruju šake, ramena, leđa i ruke –dodir pojačava verbalnu poruku, npr., dodirnemo ruku osobe i kažemo: „idemo!“;
- ako ponavlja iste priče puno puta, pokušajte da je nenametljivo usmerite da kaže nešto što daje uvid u sadržaje koji nas zanimaju ili sažeti priču.
- u slučaju agresivnih reakcija na frustracije (tzv. katastrofične reakcije) udaljiti osobu iz situacije koja je izazvala ispad ili odgoditi rešavanje situacije, npr.: „idemo da se prošetamo, a posle ćemo se dogovoriti o ručku“.

Komunikacija sa dementnim osobama

- proceniti opšte stanje i funkcionisanje osobe, ne odmah nakon prvog susreta, već kroz nekoliko susreta i u prostoru u kojem se dementna osoba oseća najugodnije - najbolji način da se korisnik i porodica/staratelj opuste je započeti neobavezan i neformalan razgovor
- stručna osoba mora da poduzme sve što može kako bi omogućila dementnoj osobi da sama izrazi svoja stajališta ili želje (dok to može) procena bi se trebala zasnivati na onome šta dementna osoba i njen staratelj mogu samostalno da urade, umesto na onome šta ne mogu – afirmativno!!
- svaki saradnik u timu treba da prikupi što više podataka o korisniku od članova porodice i od ostalih članova stručnog tima, a evidencija o svakom korisniku treba da bude dostupna svim članovima stručnog tima, porodici i samom korisniku- stoga je dobro imati spremne obrasce.
- Preporučljivo je zapisati sve podatke odmah nakon susreta, da se ne zaborave ☺

Starije osobe oboljevaju od istih bolesti kao i osobe drugih starosnih grupa (traumatsko-ortopedskih stanja, bolesti nervnog sistema, bolesti mišićno – koštanog sistema i vezivnog tkiva i duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja) ali sa izvesnim specifičnostima. Metodologija procene, tretmana, aktivnosti, tehnika i okupacija u radnoj terapiji zavisice od osnovne medicinske dijagnoze, ali uz poštovanje specifičnosti i karakteristika starog doba.

U radu sa starim osobama radni terapeut koristi iste opšte i specijalizovane tehnike, terapijske postupke i metode kao i kod ostalih pacijenata koji imaju neurološke, traumatske, ortopedske, reumatološke, kardiopulmološke, psihološke, psihijatrijske smetnje, oboljenja ili oštećenja.

Postoje naravno i neke specifičnosti gerijatrijske populacije koje se odnose na veće prisustvo hroničnih bolesti, starosne promene na tkivima i organima, multimorbidnost i kombinovanje involutivnih, patoloških i socijalnih faktora. Starenje kao fiziološki proces znači opadanje vitalnih dinamizama, slabljenje svih čula i otežano učenje, kao i gubitak motivacije.

U radu sa starijim osobama (čak i ako su u pitanju zdrave stare osobe) treba se uz kontraindikacije obavezno pridržavati i jednog jako bitnog pravila kada je doziranje u pitanju - **uvek subdoza i manje je duže** .

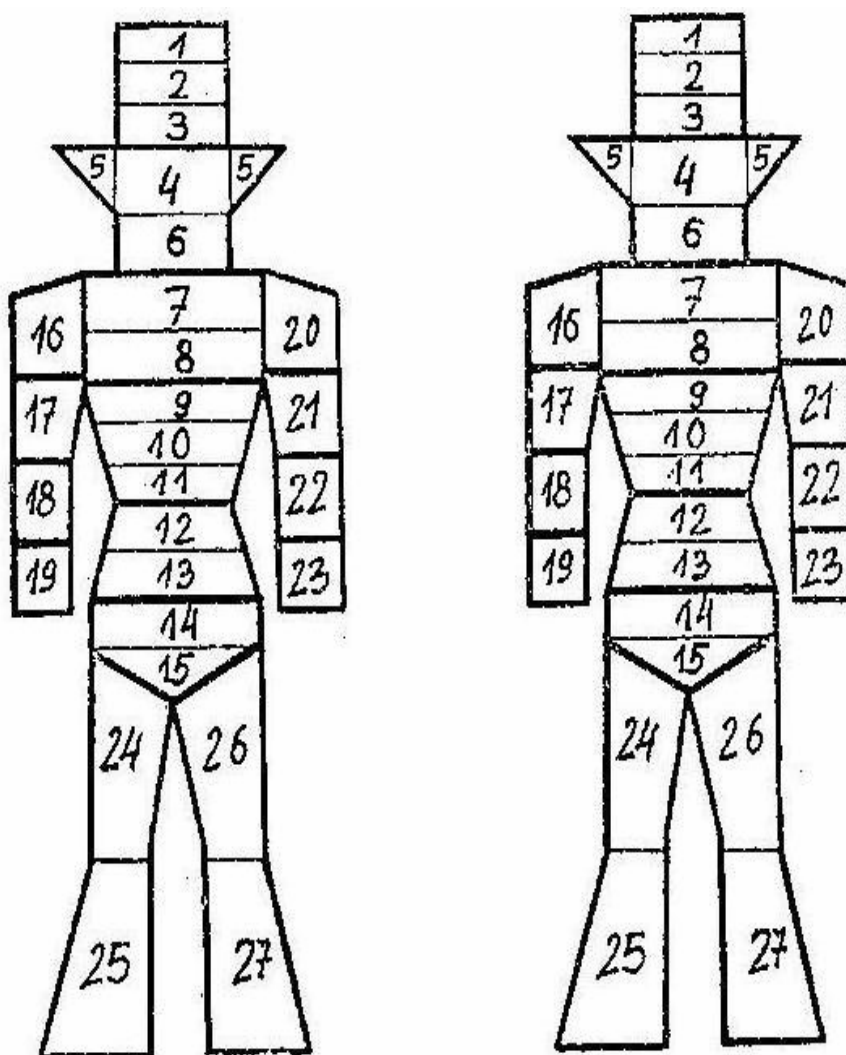
Stari ljudi mogu uspešno da uče ukoliko imaju dovoljno vremena i dobrog učitelja. Često nemaju dovoljno poverenja u sebe, treba ih hrabriti, podsticati i stimulisati da istraju i dovrše započeto. Davati im svrsishodne zadatke i aktivnosti, koji su u skladu sa njihovim životnim nazorima. Uz zadatke i aktivnosti davati jednostavna uputstva, po potrebi više puta (voditi računa o smetnjama čula sluha, dodira, ukusa, mirisa, vida). Izbegavati aktivnosti koje zahtevaju veliku brzinu, dugotrajnu pažnju, veliku preciznost, brzo prilagođavanje, vanredne telesne napore. Ne težiti po svaku cenu fizičkim parametrima, već intervencije terapije radom usmeriti prvenstveno na održavanje, a potom i na postizanje ili unapređenje funkcionalnih sposobnosti.

Geront je skala za ocenu autonomije starih osoba. Često je u upotrebi za procenu stanja zdravih starih lica koja su korisnici usluga radne terapije u dnevnom centru ili u nekom domu za zbrinjavanje starih lica. Predstavlja polazište za prikupljanje osnovnih informacija o stanju u kome se korisnik nalazi po prijemu.

Geront skalu, kao timsku ocenu autonomije i nezavisnog funkcionisanja koriste i ostali članovi rehabilitacionog tima (nije isključivo radno terapijska procena). Procenjuje globalno 27 osnovnih funkcija i aktivnosti koje se vrednuju ocenama od 1-3, gde ocena 3 predstavlja dobro postignuće. Što je viši skor, osoba je funkcionalnija i uspešnija u svakodnevnim aktivnostima. Uobičajeno je da se radi test/retest pri čemu je prva procena odmah po prijemu, a sledeća posle izvesnog vremena neophodnog za adaptaciju.

Kada su u pitanju stare osobe koje imaju akutne zdravstvene probleme, procena će zavisiti od dijagnoze i faze bolesti (npr.cerebrovaskularni insult - primenjuje se metodologija procene pacijenta sa hemiplegmom u radnoj terapiji i sl.).

GERONT



TIMSKA OCENA AUTONOMIJE :

1. SVESNOST

bez svesti

povremeno nesvestan

svestan

2. ORIJENTACIJA V/P

totalna dezorijentacija

delimična ili povremena

dobra orijentacija

3. SOCIJALIZACIJA

ima problema kod kuće, u bolnici

ima teškoća u uključivanju

bez problema u uključivanju

4. VID

slep

raspoznaje uobičajene objekte

vidi dobro

5. SLUH

gluv

čuje na 50cm

čuje dobro

6. GOVOR

ne može se razumeti

ima poteškoće u govoru

govori normalno

7. HIGIJENA GORNJE POLOVINE TELA

ne može

delimično ili uz pomoć

obavlja sam

8. HIGIJENA DONJE POLOVINE TELA

ne može

delimično ili uz pomoć

obavlja sam

9. OBLAČENJE GORNJE POLOVINE TELA

ne može

delimično ili uz pomoć

obavlja sam

10. OBLAČENJE SREDINE TELA

ne može

delimično ili uz pomoć

obavlja sam

11. OBLAČENJE DONJE POLOVINE TELA

ne može

delimično ili uz pomoć

obavlja sam

12. NAČIN ISHRANE

infuzija, sonda

tečno, miksirano

normalno

13. POMOĆ PRI UZIMANJU HRANE

puna pomoć

delimična ljudska ili mehanička

bez pomoći

14. KONTROLA MOKRENJA

stalna inkontinencija
povremena inkontinencija
potpuno kontroliše

15. KONTROLA STOLICE

stalna inkontinencija
povremena inkontinencija
potpuno kontroliše

16. RAD SA UOBIČAJENIM OBJEKTIMA

ne rukuje ni sa jednim
pojedini objekti
može sve sam

17. PRIPREMANJE OBROKA

ne može ništa da uradi
delimično ili sve uz pomoć
može sve sam

18. ODRŽAVANJE STANA

ne može ništa da uradi
delimično ili sve uz pomoć
može sve sam

19. KOMUNIKACIJA – TEL

ne komunicira
u vezi je sa svojom okolinom
komunicira i na distanci

20. PREVOZ

nikada ne koristi
uz pomoć ili pratnju
samostalno koristi prevoz

21. KUPOVINA

nikada ništa ne kupuje
nešto sam nešto uz pomoć
sve kupuje sam

22. POSETE

nikada ne ide u posete
ne ide spontano u posete
spontano ide u posete

23. SOCIJALNO RADNA AKTIVNOST

bez aktivnosti
nema spontane aktivnosti
spontana radna aktivnost

24. UKUPNA SPOSOBNOST KRETANJA

leži u krevetu
ide sa teškoćom
kreće se normalno

25. KRETANJE PO KUĆI

leži u krevetu
ne ide izvan sobe
kreće se po kući

26. POMOĆ PRI KRETANJU

ljudska pomoć
mehanička pomoć

bez pomoći

27. KRETANJE VAN STANA I KUĆE

ne ide dalje od neposredne blizine

ide po vrtu i parku

ide u grad ili naselje

Delovanje radne terapije u gerijatriji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je preventivno i usmereno ka zdravim starim osobama koje su izložene objektivnom riziku za nastanak situacije hendikepa i podrazumeva usluge iz sledećih delokruga:

- Ergonomsko uređenje stambenog prostora
- Priprema za penzionisanje (podrška, savetovanje, organizacija hobija...) Prevencija teškoća zbog odlaska u penziju može uključivati: pripremu za penziju, održavanje dobrog odnosa s okolinom u kojoj osoba živi i radi, izbor hobija i radne aktivnosti gde su žene u prednosti), dobro organizovano slobodno vreme, prihvatanje procesa starenja kao normalnog životnog toka, dobro prilagođavanje i samostalnost i u savladavanju drugih životnih problema, institucionalnu organizaciju aktivnosti (gerontološki klubovi, zdravstvene, rehabilitacione i rekreativne institucije i sl.)
- Organizacija okupacija u cilju korigovanja štetnih uticaja okruženja
- Organizacija vaninstitucionalne pomoći u lokalnoj sredini
- Edukacija osoba iz korisnikovog okruženja

Intervencije u radnoj terapiji u gerijatriji u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti su usmerene ka korisnicima koji ispoljavaju početne ili uznapredovale znake oboljenja i zasniva se na proveru sposobnosti za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života, samozbrinjavanja, rekreacije i sposobnosti socijalnog angažovanja osoba sa početnim ili uznapredovalim znacima oboljenja ili oštećenja organizma. Ukoliko se osoba smešta u gerontološku ustanovu treba joj pomoći u prevazilađenju stresa, jer preseljenje u novu sredinu (bez iluzija o povratku, zadnje utočište) samo po sebi predstavlja veliki stres.

Osnovni terapijski zadaci su:

- Davanje uputstava i savetovanje, kao i **uvežbavanje** obavljanja aktivnosti svakodnevnog života, samozbrinjavanja, rekreativnih aktivnosti i socijalnog angažovanja osoba sa početnim ili uznapredovalim znacima oboljenja ili oštećenja organizma.
- **Edukacija** pacijenata u vezi njihovog problema nastalog bolešću ili povredom kako bi mogli da se štite sami i spreče ili odlože nastajanje situacije hendikepa
- Savetovanje i projektovanje uređenja fizičke sredine osoba sa hroničnim i/ili progresivnim oboljenjima karakterističnim za starije doba
- Funkcionalni trening za sprečavanje fizičke, psihičke i socijalne dekompenzacije hronično i/ili progresivno obolelih starijih osoba **u patronažnim uslovima**
- Funkcionalni trening za sprečavanje fizičke, psihičke i socijalne dekompenzacije hronično i/ili progresivno obolelih starijih osoba **u centrima za dnevni boravak starih**
- Edukacija osoba iz pacijentovog okruženja. Iako urednost i red u gerontološkoj ustanovi mogu biti na vrlo visokom nivou, često se zanemaruju mogući tretmani za poboljšanje psihičkog stanja, naročito često podržavanje

U gerijatriji u tercijernoj zdravstvenoj zaštiti, intervencije se sprovode kada je nastao izvestan stepen onesposobljenosti zbog oštećenja organizma ili staračke iznemoglosti. Osnovni ciljevi su da se starija onesposobljena osoba, metodama radne terapije, osposobi za **samostalnu brigu o sebi** i da **uspostavi psihološku prilagođenost**.

Radno terapijske intervencije su usmerene da pomognu onesposobljenoj staroj osobi da izmenom ponašanja, adaptacijama životnog okruženja, korišćenjem funkcionalnih pomagala ili učenjem novih odgovora postigne uspešno prilagođavanje i poboljša kvalitet života. Ciljevi i metode osposobljavanja u tercijernoj zdravstvenoj zaštiti gerijatrijskih pacijenata:

- Osposobljavanje za samozbrinjavanje
- podsticati samozbrinjavanje – oslanjati se na očuvane sposobnosti
- pomoći korisnicima da održe kontrolu nad sopstvenim životom i sami donose odluke
- podsticati svaki oblik nezavisnosti kod onih kod kojih je to moguće, dok je to moguće
- Podsticanje na preduzimanje inicijative i stvaranje
- Osposobljavanje, održavanje i poboljšanje motornih, psihomotornih, perceptivnih, proprioceptivnih, čulnih, psihičkih i kognitivnih funkcionalnih sposobnosti kroz različite okupacije
- Razvijanje sposobnosti prilagođavanja
- Uspostavljanje funkcionalnih sposobnosti kompenzovanja
- Uspostavljanje funkcionalnih sposobnosti supstitucije
- Izrada funkcionalnih pomagala i obuka za korišćenje istih
- Obuka za korišćenje aparata i proteza, kako bi se stekle, povratile ili očuvale sposobnosti pacijenta da na odgovarajući način participira u društvu
- Osposobljavanje za ponovno uspostavljanje ličnog identiteta i uloge u društvu i za nastavljavanje društvenih i svakodnevnih aktivnosti
- Razvijanje i podsticanje kreativnosti
- Savetovanje, planiranje i projektovanje uređenja okruženja starih osoba koji treba da im pruži osećaj zaštite i sigurnosti
- Edukacija osoba iz pacijentovog /korisnikovog okruženja
- poštovati iskustvo starih osoba (kod nekih i mudrost) i njihovu različitost
- pružiti svaki neophodan vid socijalne i emocionalne podrške i korisniku i osobama iz njegovog okruženja

Radna terapija u psihijatriji

Posebno područje rada sa svojim specifičnostima je radna terapija u psihijatriji. U radu sa osobama koje imaju smetnje motorike, prioriteti procene su procena stanja fizičkih performansi. Kada su u pitanju pacijenti sa dijagnozama iz oblasti mentalnog zdravlja, pre primene bilo koje radno terapijske procedure neophodno je napraviti procenu psihičkih funkcija i psihičkog stanja, odnosno podobnosti pacijenta za tretman u radnoj terapiji. Radni terapeut koji radi u psihijatriji treba da poseduje osim znanja iz psihologije, neurologije i psihijatrije i veštine komunikacije i rada u velikoj grupi, kao i poseban senzibilitet i empatiju za faktore rizika koji su drugačiji nego u radu sa pacijentima sa smetnjama motorike.

Iako se radnom terapijom ne mogu izlečiti psihičke bolesti ni smetnje, može se delovati na pojedine psihičke funkcije (na neke više, a na neke manje), uticati na socijalizaciju, poboljšanje i proširenje okupacionih sektora svakog pojedinca, kao i radnu sposobnost. Izrada okupacionog profila pacijenta sa psihičkim smetnjama počinje procenom osnovnih psihičkih funkcija (opažanje, pažnja, pamćenje, učenje, mišljenje, inteligencija, emocije, nagoni, volja, moralnost i svest).

Opažanje je spoj osećaja i psihičkog iskustva - složena psihička funkcija (proces) kojom se postiže prepoznavanje informacije ili objekta, predmeta kao celine. Osećaj ili čulni doživljaj je samo etapa u procesu opažanja, on je elementarna psihička funkcija. Opažanje je subjektivno jer je uslovljeno prethodnim iskustvom i emocionalnim stavom pri opažanju - (primer - protok vremena na času). Poremećaji opažanja mogu se javiti u oblasti svih čula kao **agnozije** (nemogućnost prepoznavanja informacija uz očuvani elementarni čulni centar), **iluzije** (pogrešno prepoznavanje informacija) i **halucinacije** (opažanje bez prisustva informacija).

Pažnja je psihička funkcija uz pomoć koje usmeravamo psihičku energiju na nešto određeno - na određenu informaciju (kvaliteti pažnje su: **vigilnost** –preusmeravanje i **tenacitet** – fokus. Poremećaji pažnje se jednim imenom mogu nazvati «rasejanost» i mogu se ispoljiti kao pojačana vigilnost (kod bipolarnog poremećaje raspoloženja u maničnoj fazi), oslabljena vigilnost (kod Moždanog organskog psihosindroma ili MOPS-a), pojačan tenacitet (kod sumanute psihoze, depresije) i kao oslabljen tenacitet (loša koncentracija izazvana zamorom, odsustvom emocionalne zainteresovanosti, uslovljena niskim IQ)

Pamćenje je psihička funkcija koja se sastoji iz **upamćivanja** (stvaranja engrama), **pamćenja u užem smislu**, **sećanja** (prepoznavanja engrama) i **reprodukcije upamćenog** sadržaja. Poremećaji pamćenja mogu biti kvantitativni i kvalitativni

Učenje kao posebna forma pamćenja sastoji se od voljnog i aktivnog upamćivanja sa ciljem da se informacija trajno zadrži i pretvori u znanje. Na sposobnost učenja direktno utiču - stepen inteligencije, motivacija, svesno postavljanje cilja učenja, preslišavanje (ponavljanje je majka nauke) i izbor metode učenja i njeno slaganje sa psihofiziološkom dispozicijom za učenje - (auditivni, vizuelni, motorni i vizuomotorni tip). Istraživanja odnosa mišićnog tonusa i učenja pokazala su da je 1/8 maksimalnog tonusa idealna za učenje (to podrazumeva sedenje na stolici bez naslona). Takođe, ako se uči nešto što je manje zanimljivo potreban je veći mišićni tonus i šetnja.

Mišljenje je psihička funkcija pomoću koje čovek koristeći misaone operacije sagledava realne odnose između predmeta i pojava i na osnovu toga donosi zaključke. Misaone operacije su : analiza, sinteza, komparacija, apstrakcija, konkretizacija, generalizacija, dedukcija, indukcija, selekcija asocijacija, stvaranje hipoteza, formiranje sudova i donošenje zaključaka. Mišljenje može biti konkretno i apstraktno. Mišljenje registrujemo na osnovu govora neke osobe. Mišljenje može biti poremećeno po formi ili po sadržaju.

Inteligencija

Intelektualni deficiti se dele na dve kategorije:

- Mentalna retardacija (urođena ili nastala rano u detinjstvu)
- Demencija (oštećenja inteligencije nastala u odraslom dobu)

Emocije su psihičke funkcije koje označavaju specifičan odnos ili doživljaj čoveka prema osobama, informacijama, konkretnim predmetima i pojavama u svetu koji ga okružuje. Posebna stanja emocija su **afekti** (kratkotrajne intenzivne reakcije) i **raspoloženja** (više-manje trajna stanja emocija), a poremećaji emocija mogu biti kvantitativni i kvalitativni.

Nagoni su nasleđeni složeni nenaučeni obrasci ponašanja specifični za određenu životinjsku vrstu - oni su "memorija" vrste. Mogu biti - **vitalni** (nagon za ishranom, nagon za življenjem, seksualni nagon, roditeljski nagon) i **socijalni** (nagon čopora, nagon za igrom, nagon za takmičenjem, altruistički nagon), a njihovi poremećaji su kvalitativni i kvantitativni.

Volja je sposobnost čoveka da mobilise i upotrebi psihičku energiju za realizaciju svesno postavljenog cilja. Volja je i sposobnost čoveka da koči, odloži i odbaci neprihvatljive želje i/ili potrebe. Poremećaji volje - hipobulija, abulija, sugestibilnost, katatoni poremećaji, impulsivne i kompulzivne radnje i dr

Moralnost kao psihička funkcija je sposobnost čoveka da sam sebi izriče norme, da ih se pridržava i da sam sebe kažnjava za nepridržavanje. Moralnost se ogleda u moralnom rasuđivanju i moralnom ponašanju, a poremećaji moralnosti su u osnovi socijalno - patološke pojave.

Svest je najviša psihička funkcija koja obezbeđuje jedinstveno i istovremeno funkcionisanje ostalih psihičkih funkcija. Ona ima integrativnu ulogu i omogućuje harmonično funkcionisanje svih psihičkih funkcija, emocionalnog, nagonskog, sazajnog i motornog dela ličnosti. Poremećaji svesti dele se na - **kvantitativne** (somniaencija, sopor i koma) i **kvalitativne** (dezorijentacija, delirijum, fuge, depersonalizacija, somnambulizam, sumračno stanje...).

Procena psihijatrijskog pacijenta u radnoj terapiji

Procena se razlikuje od procene ostalih članova psihijatrijskog tima, onoliko koliko se i posao radnog terapeuta razlikuje od poslova medicinske sestre ili psihijatra. Osim upoznavanja sa pacijentom po prijemu, kroz uzimanje najosnovnijih anamnestičkih podataka, predstavlja bazu našeg rada. Procena psihičkih funkcija je ekvivalent merenja amplitude pokreta (kod pacijenata sa stanjem posle traume ekstremiteta) i daje nam opšti okvir terapijskih ciljeva na kome treba da zasnujemo izbor aktivnosti i tehnika kojima će pacijent biti angažovan. Procenjuje se :

1. **Izgled** (negovan, prosečan, zapušten, upadljiv)
2. **Opšta kondicija** (dobra, prosečna, loša)
3. **Komunikacija** (komunikativan, komunicira povremeno sa ostalim pacijentima, komunicira samo sa osobljem.izolovan)
4. **Ponašanje** (lidersko, socijalizovano, neupadljivo, povremeno ometa druge, izolovano)
5. **Odnos prema aktivnostima u radnoj terapiji**(sam traži angažman, pasivno prihvata, prihvata uz otpor, odbija)
6. **Odnos prema svom radu** (realan, precenjivački, potcenjivački, promenljiv, nema odnos prema svom radu)
7. **Stav prema kritici**(prihvata sa uvidom, prihvata sa otporom, ne prihvata kritiku, nema odnos prema kritici)
8. **Samostalnost u radu** (samostalan, povremeno potrebna pomoć terapeuta, zavistan u radu od terapeuta, potpuno nesamostalan)
9. **Manuelna spretnost** (izuzetna, prosečna, ispod proseka, loša)

10. **Koncentracija u radu** (dobra, promenljiva, loša)
11. **Upornost u radu** (dobra, promenljiva, loša)
12. **Radne navike** (izuzetne, prosečne, ispod proseka, loše)
13. **Odnos prema rekreativnim aktivnostima** (redovno aktivno učestvuje, povremeno aktivno učestvuje, redovno pasivno učestvuje, povremeno pasivno učestvuje, ne učestvuje)
14. **Dolazak u radnu terapiju** (redovan, redovan sa zakašnjenjem, neredovan, ne dolazi)
15. **Odnos prema terapeutu** (ljubazan, servilan, posesivan, nepoverljiv, agresivan, hostilan, drugo...)

Ispitivanje kognitivnog funkcionisanja pacijenta (The Mini Mental State Examination (MMSE) autora Kurlovic L. i Valas M. 1975.)

Ovo je efikasan instrument koji se koristi u sestriinstvu, da bi se razdvojili pacijenti sa kognitivnim oštećenjima, od onih koji to nisu, naročito prilikom prvog prijema. Ponavljano, može se koristiti i za praćenje kognitivnih promena stanja pacijenata na odeljenju. Ne koristi se za detaljnu kliničku dijagnostiku i procenu dubine kognitivnih promena, nego radije za blic trijažu i ne može da zameni detaljnu procenu mentalnog stanja pacijenata.

Ograničenja u korišćenju su kod osoba koje su intubirane, loše poznaju jezik, imaju izražene smetnje vida i sluha, ili druge probleme u komunikaciji, i u tim slučajevima može dati lošije rezultate od stvarnih kognitivnih sposobnosti.

Orijentacija:

1. Koja je Godina ?
 Godišnje doba ?
 Datum ?
 Dan ?
 Mesec ?

Bodovanje 0-1-2-3-4-5 Svaki tačan odgovor se boduje 1 poenom

2. gde se nalazimo..... Država ?
 Region ?
 Grad ?
 Bolnica ?
 Sprat ?

Bodovanje 0-1-2-3-4-5 Svaki tačan odgovor se boduje 1 poenom

Registrowanje :

3. Pacijent treba da ponovi nazive tri predmeta koja terapeut izgovara, po 1 poen za svaki tačan odgovor. Onda ih ponoviti dok pacijent ne upamti sva tri. Ubeležiti broj ponavljanja.

Bodovanje od 0-1-2-3

Pažnja i sposobnost računanja

4. Oduzimanje po 7 od 100. Stati posle 5 tačnih odgovora.
 Bodovanje od 0-1-2-3-4-5

Pamćenje

5. Pamćenje imena tri predmeta iz pitanja br.3
 Bodovanje od 0-1-2-3

Jezičke sposobnosti

6. Kako se ovo zove ?(pokazati olovku i sat)

Bodovanje od 0-1-2

7. Ponavljati reči koje terapeut izgovara: «NEMA ILI I ILI AKO»

Bodovanje od 0-1

8. Uzmite parče papira u desnu ruku, savite papir na dva dela, stavite papir na pod (Testiranje pacijentove sposobnosti da prati trodelni verbalni nalog)

Bodovanje od 0-1-2-3

9. Pročitajte i uradite : ZATVORI OČI

Bodovanje od 0 -1

10. Napišite rečenicu po svom izboru koja ima smisla (pravopisne greške ne igraju ulogu)

Bodovanje od 0-1

11. Nacrtajte sledeći predmet: (dva pravougaonika koji se delimično preklapaju)

Bodovanje od 0-1

Bodovi između 30 -24 ukazuju na normalno kognitivno funkcionisanje

Bodovi od 23 – 18 ukazuju na blago do umereno oštećenje

Bodovi od 17-0 ukazuju na teško kognitivno oštećenje

Delovanje radne terapije na psihičke funkcije

Posle procene određujemo prioritete našeg delovanja, vodeći računa prvenstveno o kontraindikacijama i usmeravamo se ka radno terapijskim tehnikama i aktivnostima, odnosno okupacijama, koje mogu imati efekat na psihomotorne aktivnosti, emocije, voljne aktivnosti, integrativne funkcije svesti, kočenje neprikladnih impulsa i stanja, adaptaciju na psihofizičke promene, psihosocijalne aktivnosti i adaptaciju na normalan život.

Efekat na psihomotorne aktivnosti postiže se **stimulisanjem** (buđenje interesovanja, poboljšanje sposobnosti održavanja pažnje) i **smirivanjem** (relaksacija i kontrolisanje energije, smanjenje destruktivnih tendencija kroz davanje oduška agresiji i neprijateljstvu, izazivanje normalnog zamora), čime se poboljšava san i apetit.

Efekat na emocije ogleda se u postizanju emocionalne stabilnosti kroz osećaj zadovoljstva posle dobro obavljenog posla i uticanje na raspoloženje pomoću rekreativnih aktivnosti

Efekat na voljne aktivnosti ogleda se u stimulisanju motivacije kao preduslova volje i negovanju istrajnosti i upornosti

Efekat na integrativne funkcije svesti postiže se organizacijom različitih nivoa svesti -motornog, intelektualnog i emocionalnog, poboljšanjem odnosa prema samom sebi kroz razvoj samopoštovanja, osećanja samokontrole i odgovornosti i kroz razvijanje impulsa za samoizražavanjem (kreativnost i originalnost).

Kočenje neprikladnih impulsa i stanja postizemo kroz oslobađanje od osećaja straha i krivice, oslobađanje od razočaranja i produbljivanja depresije, kontrolisanje paranoidnih tendencija, upoznavanje i kontrolisanje regresivnih tendencija (eventualno i kontrolisanje hospitalizma)

Adaptacija na psihofizičke promene ogleda se u lakšem podnošenju stresa hospitalizacije i kroz jačanje adaptacionih odbrambenih mehanizama.

Efekat na psihosocijalne aktivnosti postizemo sprečavanjem socijalne izolacije kroz razvijanje odnosa pacijenta sa pojedincem (terapeut ili drugi pacijent), razvijanje odnosa pacijenta sa grupom kao celinom

Adaptacija na normalan život ogleda se u pridržavanju dnevne rutine u obavljanju uobičajenih aktivnosti i negovanju i održavanju radnih navika.

Podela tehnika radne terapije u odnosu na delovanje na psihu

Po prosečnom načinu delovanja na pacijenta/korisnika ove okupacije u terapiji delimo na nekoliko kategorija, uz obaveznu ogradu da ono što je prosečno/očekivano, nije i individualno i ne mora uvek da se ispolji u radu sa svakim pacijentom. Delovanje neke tehnike na pacijenta zavisi isključivo od njegovog trenutnog stanja, nikad od dijagnoze i veoma je promenljiva kategorija. Vrlo mali broj aktivnosti se može definitivno i bez zadržke svrstati u neku od navedenih kategorija. Koju ćemo aktivnost dati pacijentu da bi terapijski uticali na njega u velikoj meri će zavisiti od njegovih individualnih karakteristika i dobre procene. Osnovna podela grupiše tehnike radne terapije u sledećih šest kategorija:

1. Sedativne tehnike
2. Stimulativne tehnike
3. Mehaničke tehnike
4. Dirigovane tehnike
5. Inventivne tehnike
6. Slobodne tehnike

Sedativne tehnike

Tehnike koje po svojim karakteristikama, načinu izrade i materijalu deluju umirujuće na pacijenta, relaksiraju ga i dovode do njegovog opuštanja nazivamo sedativnim. Rad sa glinom, vez, slikanje temperama ili uljanim bojama, rad sa vunom, izrada goblena, plastelin, rad sa testom, motanje vune, sve su to aktivnosti tokom kojih se pacijent relaksira. Prirodni materijali, meki ili laki za modelovanje deluju smirujuće na pacijente. Ponavljanje aktivnosti koja je u osnovi mehanička (motanje vune) može takođe da deluje sedativno, kao i rad po uputstvu terapeuta (vez, tapiserija) koji je u osnovi dirigovana metoda, neke pacijente lišava anksioznosti, jer se prepuste vođenju drugih.

Stimulativne tehnike

Stimulacija pacijenta moguća je promenom tehnike ili načina rada. Postavljanje izazova, novina u radu, korišćenje nekarakterističnog materijala ili boja, sve su to elementi koji deluju u smislu pozitivne stimulacije. Šta može i kako da deluje na nekoga stimulativno terapeut procenjuje kroz razgovor i opservaciju ponašanja pacijenta u radu i tokom boravka na odeljenju za radnu terapiju. Nekome je stimulacija učenje nove veštine za koju nikada nije mislio da će imati prilike da je savlada –makrame, glina, tapiserija, slikanje. Nekoga stimuliše grupni rad i takmičarske aktivnosti, ali ono što se pokazalo kao najbolji stimulans je pohvala terapeuta i uvažavanje pacijentovog rada.

Mehaničke tehnike

Motanje vune, šmirglanje, turpijanje, zumbanje kože, seckanje materijala za kolaž, sve su to tehnike koje se mogu raditi bez mnogo udublivanja, odnosno mehanički, a neke od njih iziskuju i nešto veći fizički napor od strane pacijenta. Veća koncentracija u radu nije neophodna (osim kod upotrebe alata), tehnike su kratkotrajne i uglavnom pomoćne. Služe najčešće kao pripremne. Njima se dobro angažuju pacijenti koji su tek stigli na odeljenje i treba ih uklopiti u grupu, kao i oni kojima je pažnja kratkotrajna i ne mogu duže da se zadrže na mestu tokom rada. Mehaničke tehnike koriste se u radu sa pacijentima koji su bez inicijative, ideje i kreativnosti, sa onima koji

su na neki način nefunkcionalni (rezidualne psihoze) i sa onima kojima treba pomoći u ostvarivanju minimalnog kontakta sa ostalima.

Dirigovane tehnike

Tehnike radne terapije koje se rade po šemi, na brojanje i razbrajanje, gde se moraju čvrsto pratiti pravila tipa nalog - izvršenje, koje su po vrsti strogo strukturirane su neke vrste veza, tapiserije, makrame, intarzija, mozaik, znači sve ono što se radi po uputstvima. Nekad je terapeut taj koji stalno kontroliše, diriguje, a nekad je sama tehnika ono što obavezuje pacijenta da se pridržava uputstva.

Inventivne tehnike

Pronalaženje novih rešenja u okviru zadatah, zahteva od pacijenta dobre integrativne funkcije i adekvatne stvaralačke potencijale. Ako pacijentu damo nalog da izmodeluje ljudsku figuru od gline, ili da napravi lutku od platna, prethodno moramo dobro proceniti da li ovaj zadatak precenjuje ili potcenjuje njegove mogućnosti. Doziranje se izvodi na osnovu prethodne procene pacijentove tolerancije na frustracije i na osnovu malo duže opservacije u različitim terapijskim situacijama. Pravi efekti inventivno primenjenih tehnika ogledaju se u tome da je zadatak koji stavljamo pred pacijenta za njega izazov kome je dorastao, a ne problem koji je nerešiv. Kada je na odeljenju kompaktna grupa, inventivne tehnike mogu se primenjivati i kao oblik grupnog tretmana u radnoj terapiji.

Slobodne tehnike

Pridev "slobodne" odnosi se na pacijentov izbor onoga što želi da radi u radnoj terapiji. Bez obzira na raznovrsnost okupacija/aktivnosti /tehnika koje se nude pacijentima, uvek postoji prostor koji se može osloboditi za primenu novog. Određen broj pacijenata nije u stanju da pronađe smisao i ispolji svoje stvaralačke potencijale kroz ponuđene okupacije, tako da im treba dozvoliti da se izraze na sopstveni način. Osim što ovakav pristup doprinosi poboljšanju u pojedinačnim slučajevima, pozitivno utiče i na opštu atmosferu na odeljenju. Kojim pacijentima ćemo prepustiti slobodu izbora i za koje tehnike će se oni odlučiti, pitanje je međusobnog poverenja i zavisi od naše procene i od kreativnosti pacijenta. Onda kada je angažovanje pacijenta u radnoj terapiji moguće isključivo slobodnim tehnikama i aktivnostima, znači da je uslovljeno njegovim karakterom i modelom ponašanja na koji je navikao. U takvim slučajevima terapeut treba da proceni da li sloboda i nezavisnost kojoj pacijent teži pripadaju širem spektru problema zbog koji je i hospitalizovan, ili su znak napretka u osposobljavanju.

Psihoterapeutsko delovanje radnog terapeuta (terapeutsko delovanje ili lekovito delovanje) ogleda se u samoj ličnosti radnog terapeuta, a neke od poželjnih osobina bile bi kreativnost, komunikativnost, razvijena tolerancija, fleksibilnost, smirenost i strpljenje, kao i staloženost. Radni terapeut u radu na psihijatriji treba da bude i dobar edukator/učitelj, da ima izraženu i razvijenu emocionalnu i socijalnu inteligenciju i da kao ličnost poseduje integritet.

Ono što je važno naglasiti kada se radi sa decom, adolescentima, starijim korisnicima i naročito psihijatrijskim pacijentima ja da treba insistirati na tome da se započeto i završi. Bez obzira da li je u pitanju literarni čas, izrada posude od gline ili vez, ako se u započetom radu istraje to predstavlja bitan element treninga volje, karaktera i upornosti, preduslov za formiranje radnih navika i jedan od načina učenja kako da se preuzme odgovornost.

Izbor tehnike

Izboru tehnike za radnu terapiju prethode logičnim redosledom sledeće aktivnosti:

- * procena u radnoj terapiji je najsloženiji terapeutski deo. Na dobro i detaljno urađenoj proceni, koja smanjuje mogućnost greške u smislu doziranja i kontraindikacija, baziraju se dalji postupci u radu
- * izrada plana i programa
- * određivanje terapijskih ciljeva
- * priprema materijala, terapije i uslova za primenu tehnike
- * primena tehnike
- * evaluacija/reevaluacija

Kolaž tehnika

Reč **collage** na francuskom znači lepljenje i označava postupak nanošenja i komponovanja različitih i raznobojnih delova materijala u cilju postizanja vizuelne i sadržajne celine. Tehnika kolaža jedna je od tehnika koje koristimo u radnoj terapiji koje pripadaju tehnikama likovne i primenjene umetnosti.

Kolaž su prvi upotreбили kao sredstvo likovnog izražavanja slikari kubisti Žorž Brak (*G. Braque*) i Pikaso (*P. Picasso*), početkom HH veka u pokušaju da "razbiju" dotadašnju iluzionalističku i tradicionalističku sliku i ponovo je sastave drugačijim, autorskim kombinovanjem njenih delova. Mnogi slikari i danas se koriste tehnikom kolaža, koja se pokazala idealnom za saopštavanje poruka sa najrazličitijim sadržajem.

Za razliku od kolaža, za koji se uglavnom koristi hartija, tehnika ansamblaža (**anssamblage**) podrazumeva korišćenje najrazličitijih materijala za postizanje efekta slike.

U radnoj terapiji obe tehnike se nazivaju kolaž tehnikom i najčešće se koriste u radu sa decom i mogu se primenjivati kroz individualni i/ili grupni rad.

Odrasli pacijenti na odeljenjima psihijatrijskih bolnica, kolaž mogu raditi kao dirigovanu tehniku, mehaničku tehniku, inventivnu i slobodnu – sve u zavisnosti šta je ono što u radnoj terapiji želimo da postignemo. Dirigovani pristup tehnici kolaža znači da uloga terapeuta raste, pacijenti rade pod stalnim nadzorom i iako im se dopušta da intervenišu tokom rada i ponešto menjaju, uglavnom su samo izvršioc. Terapeut je taj koji bira motiv, materijal, određuje vreme za bavljenje tehnikom i struktuiru proces samog rada/izrade. Pacijenti kojima je potrebno da rade nešto stereotipno, mehanički, uklapaju se u grupu i zaduženi su za seckanje, cepkanje i usitnjavanje materijala. Oni kreativniji, kojima treba pomoći da se izraze, biraju kolaž kao inventivnu varijantu i sami ga osmišljavaju, dodaju nove elemente, organizuju druge, smišljaju ideje i biraju materijal. Pacijenti koji se izražavaju slobodnim tehnikama izabraće kolaž uglavnom za izradu panoa čiji sadržaji će biti ili poruke sa opštim mestima (o ljubavi, slobodi, životu, bolesti...), ili prigodni tekstovi (Uskršnji, Božićni...).

Stari korisnici u domovima ili dnevnim boravcima za stara lica, mogu se angažovati u grupnoj izradi panoa od kolaža, za koje će pripremiti izbor fotografija, tekstova, ili pesama i citata iz literature. Oni koji pišu ili slikaju, mogu biti idejni pokretači u izradi ovih panoa. Uloga terapeuta u tom slučaju je da koordiniše ideje i prati i usmerava pacijente tokom rada.

Kada tehniku kolaža koristimo u grupnom radu, podela uloga može biti različita. Svi koji učestvuju u izradi mogu raditi sve ili svaki pacijent radi drugu

operaciju, npr. jedan pacijent seče, drugi lepi, treći priprema i bira materijale itd. **Oprema**

Za izradu kolaža nije neophodno dodatno opremanje radne terapije. Tehnika se najčešće radi u sedećem stavu za stolom standardne visine.

Materijal

Izbor materijala za tehniku kolaža u prvom redu zavisi od terapijskog cilja koji želimo da postignemo i od zainteresovanosti i motivisanosti pacijenata. Na drugom mestu je opremljenost radne terapije. Tehnika kolaža nije skupa ako govorimo o vrsti i utrošku materijala i pribora koji je neophodan.

Materijal za podlogu

Kao materijal za podlogu može se iskoristiti običan karton, karton u boji, lesonit ili šper-ploča. Ukoliko se kolaž izrađuje samo od papira podloga može biti i nešto deblja hartija.

Materijal za izradu kolaža/ansamblaža

U osnovi, najlepši kolaži koje sam videla bili su napravljeni od najskromnijeg materijala – novinske hartije. Kao i u svakom poslu (a terapija je rad pacijenta na samom sebi i na svom oporavku i osposobljavanju) važna je ideja. Osim ilustrovanih časopisa i novinske koristi se i kolačarska hartija (kolaž-papir, samolepljiv ili običan), delovi fotografija i razglednica, karton u boji, platno, čipka, vuna, kanap, koža, perlice, školjke, plodovi i semenke (pasulj, pirinač, proso, kukuruz...), osušeno lišće, furnir. Čini se da spisku nema kraja, a nabrojali smo samo materijale koji su najčešće u upotrebi.

Izbor motiva najčešće nas usmerava ka adekvatnom izboru materijala, kojim se skica može "oživeti" i pretvoriti u kolažnu sliku.

Alat i pribor

Osnovni pribor za izradu kolaža su makaze. Idealno bi bilo imati ih u različitim veličinama i redovno ih oštriti. (Snaga stiska šake naših pacijenata jača se na drugi način, a ne tako što ćemo im dati u ruke tupe alatke. To ih može samo destimulisati i učiniti da se osećaju neadekvatno i loše. "Nisam u stanju ni hartiju da isečem.") Takođe je važno imati i nekoliko "dečjih" makaza zanimljivog oblika sa zaobljenim ivicama. Za neke tvrde materijale, kao što su karton ili furnir koristimo krojačke makaze, skalpele ili posebne nožice (nož za linoleum, npr.). Kožu sečemo makazama, a ako želimo da je izbušimo koristimo zumbe (jednoručne ili u kombinaciji sa čekićem). Ako se kolaž pravi od papira možemo koristiti i prste za cepkanje. (Efekat je izvanredan !)

Način izrade kolaža/ansamblaža

Skica za kolaž pravi se na podlozi i ne mora da bude naročito precizna. Nekada je možemo obojiti ili osenčiti, ali samo da bi bila atraktivnija. To se uglavnom radi kada su deca u pitanju. Inače je skica prilično neobavezna i može se menjati u toku izrade. Izbor motiva za kolaž najčešće nije ograničen. Svaki radni terapeut treba da ima u svom "fundusu" slikovnice, ilustrovane časopise, časopise specijalizovane za vez, ručne radove, makrame ili tkanje, zatim neke lepo ilustrovane knjige i bar neku knjigu umetničkih reprodukcija. Pacijentima treba dozvoliti da donesu od kuće sliku po kojoj žele da rade ili da sami naprave ili izaberu crtež. To je uvek stimulatивно, bez obzira da li se radi o deci ili o odraslima. Ukoliko pacijenti naprave "grupu" ili "ekipu" za rad i sami raspodele uloge, treba ih ispoštovati. To se često dešava na psihijatrijskim ili dečjim odeljenjima gde pacijenti duže borave i poznaju se.

Uloga radnog terapeuta u ovoj tzv. pripremnoj fazi kolaža je da pacijentima stavi na raspolaganje postojeći materijal, da im objasni mogućnosti izražavanja tehnikom kolaža, kao i da im objasni ograničenja i domete tehnike, jer kolaž i jeste i nije slika - u stvari je slika, ali drugačija, ona koju mi pravimo.

Kada je izabran motiv, izabrana vrsta podloge i isečena u formatu za skiciranje, grafitnom olovkom urađena skica, pristupa se izboru materijala i pronalaženju onih koji najbolje mogu da ilustruju osnovnu zamisao. Počinje se sa seckanjem, cepkanjem ili usitnjavanjem izabranog materijala.

Prilikom izrade pripremljeni, usitnjeni materijal za kolaž može se staviti u kutiju, a kutija se pomera, premešta, udaljava ili podiže i spušta, sve u zavisnosti od toga da li želimo da povećamo amplitudu pokreta i u kojim zglobovima. (Rame, nadlakt, podlakt...)

Isečeni /iscepkani delići se lepe na podlogu i smatra se da je kolaž završen ili onda kada je podloga u potpunosti prekrivena ili kada je urađeno sve što je skicirano. Lepak koji se koristi je ili običan lepak za papir ili neki jači (OHO lepak, Tigar, Sintelan) u zavisnosti od materijala koji se lepi. Dešava se da se u toku rada izabere neka druga boja ili drugačiji materijal od prvobitno zamišljenog, da se promeni oblik ili veličina skiciranih motiva, na intervenciju pacijenta ili pod sugestijom terapeuta. To je češće pravilo nego izuzetak u procesu izrade kolaža.

Kada je kolaž završen, ako je izuzetan i želimo da ga trajno sačuvamo možemo ga uramiti. Radne terapije često nisu u mogućnosti da finansiraju uramljivanje svih radova svojih pacijenata, tako da se kolaži mogu izložiti privremeno i na panou od stiropora. Tehnika kolaža je u upotrebi osim za izradu slika i za izradu čestitki ili pozivnica naročito kada želite da ih personalizujete. Kolaži takođe mogu biti tematski, Božićni, novogodišnji, sezonski (leto, proleće i sl.)

Doziranje

Doziranje opterećenja tehnikom kolaža/ansamblaža moguće je vršiti izborom materijala, vremenom rada i pauza, kao i izborom alata i pribora koji se koristi.

Ako želimo da više opteretimo pacijenta, ojačamo snagu mišića dominantnog ekstremiteta, daćemo mu da seče deblje materijale, da radi duže bez pauze, da ih secka na sitnije komade i da radi sa jednoručnom zumbom ili sa zumbom koja se koristi sa čekićem.

Pacijenti koji nemaju punu amplitudu pokreta u ramenom i/ili lakatnom zglobu uzimaće iz kutijice postavljene daleko ili visoko delove, opružajući ili rotirajući ili abducirajući opruženu ruku i prinosiće ih savijanjem do podloge na koju ih lepe.

Pacijentima kojima je ograničena koordinacija i pokretljivost prstiju u svim pravcima ćemo davati sitnije delove, cepkanje papira, hvatanje palcem i kažiprstom svakog delića ili im možemo dati mehaničarsku pincetu da sa njom hvataju deliće – koordinacija oko-ruka. Zahtevaćemo da hvataju deo jednom rukom, prebace ga u drugu i onda zalepe – koordinacija ruka-ruka.

Kontraindikacije

Kontraindikacije za primenu tehnike kolaža/ansamblaža u radnoj terapiji su preosetljivost (alergijske reakcije) na kontakt sa određenim vrstama materijala koji se u radu koriste, kao i sklonost povređivanju i samopovređivanju koju imaju neki pacijenti.

Mere predostrožnosti na odeljenjima za lečenje psihijatrijskih pacijenata, kao i na drugim odeljenjima gde postoji pacijent sa istorijom prethodnih pokušaja suicida ili homicida ili sa idejama o tome, sastoje se iz stalnog prisustva i nadzora radnog terapeuta tokom korišćenja alata i materijala kojima pacijent može povrediti sebe ili druge ili iz isključivanja pacijenta iz grupnog rada u izradi kolaža. Nekad je moguće organizovati individualni rad i za ove pacijente, ali na kratko i uz stalno prisustvo terapeuta.

Terapijski ciljevi kolaža/ansamblaža

U prethodnim poglavljima pokušali smo da opišemo na koji način se tehnika može primeniti u radnoj terapiji, tako da spisak terapijskih ciljeva treba samo da zaokruži i upotpuni ono što je ostalo nedorečeno.

1. Jačanje/održavanje snage mišića podlakta
2. Jačanje/održavanje snage mišića šake
3. Jačanje/održavanje snage mišića prstiju
4. Održavanje/povećanje pokretljivosti podlakta
5. Održavanje/povećanje pokretljivosti šake
6. Održavanje/povećanje pokretljivosti prstiju
7. Održavanje pokretljivosti nadlakta
8. Poboljšanje koordinacije pokreta
9. Poboljšanje koordinacije ruka-ruka
10. Poboljšanje koordinacije oko-ruka
11. Poboljšanje manuelne/manipulativne spretnosti i preciznosti
12. Jačanje antigravitacionih mišića u sedećem položaju
13. Korekcija balansa u sedećem položaju
14. Jačanje antigravitacionih mišića u sedećem položaju
15. Korekcija balansa u stojećem položaju
16. Poboljšanje koncentracije
17. Poboljšanje pažnje
18. Podsticanje inventivnosti
19. Povećanje kapaciteta za saradnju i grupni rad (socijalizacija na različitim uzrastima)
20. Aktiviranje kreativnih potencijala kod pacijenta

Spisak materijala i alata za tehniku kolaža/ansamblaža

Podloga :

- * karton
- * deblji papir
- * lesonit
- * šper-ploča

Materijal za kolaž/ansamblaž :

- * novinska hartija
- * kolaž-papir
- * fotografije
- * razglednice
- * vuna
- * konac
- * krpice
- * kanap

- * semenke i plodovi
- * školjke
- * ostali materijal po izboru terapeuta ili pacijenta

Alat i pribor :

- * makaze
- * zumbice za kožu (jednoručne)
- * čekić za zumbice (ukoliko nisu jednoručne)
- * olovka za skicu
- * lepak

Tehnike rada sa glinom u radnoj terapiji

Keramika je zajednički naziv za sve proizvode izrađene od gline i otvrdnute pečenjem. Glina je vrsta zemlje koja se sastoji uglavnom od aluminijumskih silikata. Nastaje prirodnim hemijskim procesima u toku rastvaranja raznovrsnog kamenja, pretežno glinenaca i granita. Kao materijal za oblikovanje javlja se u najranijem periodu razvoja ljudskog društva. Posude oblikovane rukom, pretežno od grube neprečišćene gline, ili nastale oblaganjem glinenih traka oko kružnog kotura od trske ili pruća, potiču iz ranog neolita i služile su za pripremanje i čuvanje hrane, prvo u obredne, a posle u svakodnevne svrhe.

Karakteristike gline

U prirodnom stanju glina je suva, praškasta zemlja. Dodavanjem vode ona postaje mekana, laka za modelovanje, a pečenjem otvrdne, dobije čvrstinu i trajnost. Postoje različite vrste gline - od najprostije ilovače do najfinijeg belog kaolina. Prema kvalitetu, odnosno finoći određuje se način obrade gline i namena keramičkih predmeta. U zavisnosti od osnovnog hemijskog sastava, boja pečene gline se razlikuje i varira od crvenkasto smeđe, preko žućkaste do skoro bele.

Načini oblikovanja gline

Postoje četiri osnovna načina rada sa glinom:

- * modelovanje gline rukom
- * utiskivanje gline u kalupe
- * izlivanje gline u kalupe
- * oblikovanje na grnčarskom točku

Modelovanje gline rukom

Najstariji, najprimitivniji i za mnoge najjednostavniji način rada sa glinom je modelovanje, oblikovanje ili vajanje gline rukom - slobodno modelovanje.

Veliki plasticitet koji glina kao materijal poseduje čini od nje dobar medijum kroz koji pacijenti mogu lepo i lako izraziti svoju kreativnost. Ukrasne figurice, plitki reljefi, činije, skulpture, posude, vaze, pepepeljare, perlice i bižuterija su ono što pacijenti najčešće modeluju.

Pre početka rada sa glinom pacijentima treba reći da u svakom trenutku mogu da odustanu od prvobitne zamisli, ponovo izgnječe glinu i počnu da oblikuju nešto drugo. Prilikom slobodnog modelovanja gline, praktično je sve dozvoljeno. Sedativno delovanje gline na pacijente uslovljeno je time što je ona mekan i prirodan materijal i na neki način nas vraća u detinjstvo. (Ulepljene ruke, dozvola da se uprljamo, sloboda da napravimo šta

god poželimo i da to odmah pokvarimo ako nam se ne sviđa.) Samo retki pacijenti, verovatno pod uticajem zabrana iz detinjstva, zaziru od rada sa glinom zbog prljavih ruku i pokazuju početni otpor prema "dečjim igrarijama". Sedativno delovanje ogleda se i u tome što je modelovanje gline jedna od retkih tehnika koja ne obavezuje i kojoj se pacijenti mogu prepustiti tokom rada bez straha da će nešto pokvariti i bez obaveze da nešto naprave. Sve dok traje faza modelovanja, dopušteno je odustajanje, ponovno mešenje gline, kvarenje tek započetih ili skoro gotovih predmeta i vraćanje gline u kutiju do sledećeg tretmana koji će biti efikasniji.

Glina je i medijum koji može da pokupi negativnu energiju, agresiju ili bes koji pacijent oseća. Mešenje i gnječenje krupnih komada gline daje oduška pacijentu i dopušta mu pražnjenje nagomilane energije i/ili agresije na društveno prihvatljiv i najmanje upadljiv način.

Modelovanje gline rukom može se pacijentima dati i kao inventivna i kao slobodna tehnika.

Kada se radi u maloj grupi svi pacijenti mogu dobiti isti zadatak (npr. modelovanje činije), ili mogu biti angažovani u isto vreme, za istim stolom, ali sa različitim zadacima.

Glina se oblikuje u sedećem položaju za običnim stolom, sa trupom u blagoj fleksiji. Vizuelna kontrola rada nameće i određen stepen fleksije glave i vrata, da bi se pratio rad. Oblikovanje se vrši prevashodno pokretima prstiju i šaka obe ruke u svim pravcima. Ručno oblikovanje gline je bimanuelna okupacija. Iako je izrazitije angažovanje dominantne ruke, teško se može raditi kao jednoručna aktivnost. Zahteva određenu početnu mišićnu snagu, koja za mišiće pokretače šake i prstiju na sme da bude ispod ocene 3 dobijene na manuelnom mišićnom testu. (Snaga stiska šake je dobar pokazatelj, ukoliko se iz bilo kog razloga ne uradi test.)

U funkcionalnoj radnoj terapiji oblikovanje gline rukom zahteva od pacijenta osim strpljenja i dobru koncentraciju, kada se koristi za povećanje amplitude ciljanih, selektivnih pokreta prstiju. Prilikom svakodnevnih aktivnosti hvatanja, ispuštanja i uopšte rukovanja predmetima (otključavanje, šniranje, otkopčavanje dugmadi i sl.) najviše koristimo prva tri prsta – palac, kažiprst i delimično srednji prst i oni su jači i spretniji i na dominantnoj i na nedominantnoj strani. Kada se na tretmanu pojavi pacijent sa izolovanom povredom ili oštećenjem četvrtog ili petog prsta nekada se nađemo u situaciji da za njega nema dovoljno terapijskih okupacija. Oblikovanje gline, glinamola, testa ili plastelina je idealna tehnika za angažovanje naročito srednjeg, domalog i malog prsta obe ruke, naročito nedominantne i to u svim segmentima i u svim pravcima. Pravljenje kuglica, glisti, sitnih delova modelovanjem između palca i određenog prsta u opoziciji dovodi do povećanja pokretljivosti i do jačanja mišićne snage aktivnih mišića koju je teško postići nekom drugom tehnikom. Pобољшanje koordinacije pokreta i okulo-motorne koordinacije postizemo modelovanjem sitnijih predmeta ili detalja. Ako hoćemo da povećamo pokrete šake i ojačamo snagu mišića pacijentu dajemo krupnije komade gline i modelovanje palmarnom (celom)stranom šake, kao i tvrđu/gušću glinu, koja sadrži manje vode. Rad sa glinom doušta i da se aktivnost izvodi uz samopomoć tj. uz pomoć zdrave ruke, kojom se povređena/oštećena ruka pritiska na glinu. Ovo je i način da se angažuje zanemareni segment kod dece i odraslih sa hemiparezom koji su razvili neglekt-fenomen.

Dejstvo gline ogleda se i u stimulaciji i poboljšanju površnog senzibiliteta i jačanju lokalne, periferne cirkulacije.

Utiskivanje gline u kalupe

Jedan od najlakših načina da se od gline nešto napravi je utiskivanje gline u kalupe. Minimum prljanja, minimalno izražavanje kreativnosti, minimalne šanse da se nešto uradi pogrešno, a procenat zadovoljstva maksimalan u odnosu na utrošenu energiju.

Kalupi predviđeni za rad sa glinom mogu biti gipsani, plastični ili napravljeni od neke gotove smese za izradu kalupa, kakvih sada ima na tržištu. Često se kalupi prave u radnoj terapiji.

Potrebno je prethodno očistiti i osušiti unutrašnju površinu kalupa, premazati je vazelinom ili uljem da se glina ne zalepi za stranice, izgnječiti rukama komad gline približne veličine i utisnuti ga u kalup. Višak gline možemo ukloniti prstima ili nekom alatom (naprimer nožem ili špahlom). Glina se nekad može ostaviti da se suši u kalupu, a nekada je dovoljno da se samo malo prosuši i onda se vadi iz kalupa prstima ili drvenom tupom alatom. Posle sušenja izmodelovani predmet se peče ("biskvit "pečenje ili prvo pečenje), zatim se obrađuje šmirglom ako je to neophodno, dekoriše i glazira i onda ponovo peče ("nadglazurno " ili drugo pečenje).

U osnovi, ovo je najprostiji način rada sa glinom i koristimo ga u radu sa pacijentima koji nemaju dovoljno samopouzdanja, koji su depresivni i nesigurni u sebe i u svoje sposobnosti. Predmet izmodelovan u kalupu je standardizovan (smanjena je mogućnost da se izmodelovani oblik "pokvari" ili da "ne ispadne kako valja"), a samim tim je i pacijent zaštićen od sopstvenog neuspeha. Relativno brz i lak način sa odmah vidljivim "delom" gde je mogućnost greške svedena na minimum pomaže korisnicima da prevaziđu strah i sumnju u svoju kreativnost. Manje kreativni pacijenti, kao i oni koji treba da rade neku mehaničku tehniku mogu se okupirati izradom serije istih predmeta koji se kasnije mogu drugačije dekorisati. (Izbor boje i glazure može na sebe preuzeti terapeut ili neko od pacijenata sa više kreativnih sposobnosti.)

Utiskivanjem gline u kalupe mogu se izrađivati plitki reljefi, broševi, naušnice, privesci i slično.

Izliivanje gline u kalupe

Oblikovanjem gline putem izlivanja u kalupe mogu se dobiti različiti predmeti, a najčešće se koristi za izradu posuda tankih zidova i simetričnih oblika, ili krupnijih ukrasnih figura. Kalupi se izrađuju od gipsa, na osnovu prethodno napravljenog modela od gline ili nekog gotovog predmeta (vaza, činija) i predstavljaju "negativ" u koji se uliva glina. Kalupi se sastoje iz više delova (bar dva) koji se čvrsto povezuju žicom da glina ne bi iscurila iz njih i mogu se koristiti više puta. U zavisnosti od oblika predmeta i debljine zidova, prvo pečenje se izvodi sa kalupom ili se kalup skida pošto se glina osuši. Glina mora biti dobro zamešena sa dosta vode, tečna i nešto kvalitetnija od gline koja se koristi za slobodno modelovanje ili utiskivanje u kalupe.

Modelovanje gline na ovaj način je prilično složeno i neophodno je da terapeut bude dodatno obučen za rad. Ako glina nije dobro zamešena i u njoj se zadrže mehurići vazduha, prilikom pečenja može doći do naprslina ili čak pucanja. Greške u radu (pucanje tokom pečenja) mogu dovesti do kvara na instalacijama ili na peći za keramiku, a o razočaranim pacijentima da i ne govorimo.

Oblikovanje na grnčarskom točku

Upotreba grnčarskog točka počinje u IV milenijumu pre nove ere, a najstariji na taj način modelovani predmeti potiču iz Sredozemlja i sa Bliskog istoka.

Grnčarski točak omogućava oblikovanje pravilnih, simetričnih posuda tankih zidova (tanjiri, činije, vaze, bokali, ćupovi...). Dobro ga je imati u radnoj terapiji, ali zahteva dodatni prostor i terapeuta koji je savladao rad na njemu.

Na grnčarski točak postavi se komad gline, točak se jednom rukom pokrene (zavrti) i onda se sa obe ruke oblikuje osnovni oblik i izvlače zidovi posude u visinu. Kada se kretanje točka uspori, on se ponovo pokrene rukom i nastavi se sa modelovanjem.

Grnčarski točak na nožni pogon, pokreće se nogom, nekom vrstom pedale, dok su obe ruke slobodne za modelovanje i/ili dekorisanje. Osoba koja radi na točku, usporava ili ubrzava sopstvenom snagom okretanje točka u zavisnosti od faze rada u kojoj se predmet nalazi. Rad na grnčarskom točku u radnoj terapiji može se koristiti i "na prazno", odnosno bez gline, za povećavanje snage mišića i amplitude pokreta donjih ekstremiteta.

Rad sa glinom na grnčarskom točku je prilično složena okupacija za pacijenta jer zahteva dobru sinhronizaciju pokreta gornjih i donjih ekstremiteta, adekvatnu snagu mišića, konstantnu i dobru pažnju, kao i brzinu i spretnost u radu. U terapeutskoj proceni bitno je da pacijent koji želi da radi osim nabrojanih karakteristika ima i strpljenja i da je prošao test tolerancije na frustracije. Da bi se na točku izmodelovalo nešto kvalitetno početnicima je često potrebno više od jednog pokušaja.

Osim ručnog i nožnog pogona, danas je u upotrebi i grnčarski točak na struju koji se pokreće papučicom, slično mašini za šivenje i takođe oslobađa obe ruke za rad.

Tehnologija izrade predmeta od gline – postupci u radu

Bez obzira na to kojim je od ovih načina oblikovan predmet (slobodno modelovanje, utiskivanje u kalupe, izlivanje u kalupe ili oblikovanje na grnčarskom točku), on mora da prođe kroz određenu tehnologiju izrade (sušenje, prvo pečenje, obrada, dekorisanje, drugo pečenje) da bi se smatrao gotovim.

Oblikovani predmet peče se na temperaturi od 800 – 1500 Celzijusovih stepeni, jednom do tri puta, u zavisnosti od vrste gline i glazure i namene predmeta.

Glazura je staklasti sloj kojim se prevlače predmeti od gline da bi dobili sjaj i postali neporozni.

Oblikovanje

Redosled operacija u radu sa glinom počinje samim modelovanjem. Opservacija pacijenta tokom rada, pruža nam uvid u njegove kreativne potencijale, način na koji prilazi problemu, doslednost u rešavanju istog kao i odnos prema neuspehu (tolerancija na frustracije).

Koliko god da izgleda lako izmodelovati činiju udubljenu u sredini, tokom rada se glina nekim pacijentima izmigolji, lepi za prste, smeta im, čini ih nervoznim i učini da sebi i drugima izgledaju nespretni. Na terapeutu je da proceni kada treba da interveniše i ponudi pomoć, bilo u ideji da se oblikuje nešto drugo, lakše, ili kroz praktične savete o postupanju sa glinom. Nekada

je prilikom prvog susreta pacijenta sa glinom stimulatивно dati mu umesto slobodnog oblikovanja rukom da utiskuje glinu u kalupe.

Sušenje

Oblikovani predmet suši se na vazduhu u dobro provetrenoj prostoriji, ili u specijalnim komorama za sušenje. Vreme potrebno za sušenje zavisi od kvaliteta gline, količine vode u njoj, vlažnosti vazduha u prostoriji i u terapijskim uslovima varira od nekoliko sati do nekoliko dana.

Prvo pečenje – "biskvit" pečenje

Prvim pečenjem ili "biskvit" pečenjem u specijalnim zatvorenim pećima za keramiku oblikovani predmet dobija tvrdoću, a glina menja boju u zavisnosti od svog hemijskog sastava. Predmeti od gline otvrdnuti prvim pečenjem nazivaju se keramika, nekad "terakota" ili "biskvit", ali i dalje ostaju delimično porozni.

Dekorisanje i glaziranje

Posle prvog pečenja pristupa se obradi i dekorisanju. Keramika je laka za šmirglanje krupnom i sitnom šmirglom, čime se mogu ukloniti sitna ispupčenja i neravnine. Neke oblikovane predmete lepše je ostaviti u toj "prirodnoj" boji keramike, koja se dobija prvim pečenjem.

Za dekorisanje ili bojenje postoje gotove boje i glazure koje se kupuju, ali u terapijskim uslovima, predmeti dobijeni pečenjem, u zavisnosti od namene, mogu se posle obrade šmirlom bojiti temperama ili uljanim bojama, što je jednostavnije i manje zahtevno za pacijente.

Ako koristimo fabričke (gotove) boje i glazure, treba da znamo da svaka od njih ima svoju temperaturu pečenja i da dobro proučimo uputstvo za upotrebu, da ne bi došlo do njihovog pucanja prilikom pečenja ili do promene boje koju smo želeli da dobijemo.

Drugo pečenje – nadglazurno pečenje

Kada je dekorisanje završeno pristupa se drugom pečenju ili nadglazurnom pečenju, čime finalni proizvod dobija sjaj, veću čvrstinu i neporoznost (ovo je bitno ukoliko je u pitanju predmet koji treba da drži tečnost - vaza, šoljica i sl.).

Karakteristike ostalih materijala za oblikovanje

Pod ostalim materijalima podrazumevaju se oni koji su u terapijama najčešće u upotrebi, a po terapijskom delovanju mogu zameniti glinu i to su :

- * glinamol, ili "veštačka" ili školska glina
- * plastelin
- * git
- * testo

Složit ćete se da su to vrlo raznorodni materijali, koji u praktičnom radu sa pacijentima ne mogu u potpunosti menjati jedni druge, naročito ako govorimo o terapijskom cilju i o krajnjem proizvodu.

Po svojim zajedničkim karakteristikama, načinu na koji deluju na psihi onoga ko ih oblikuje, svi su sedativni, smirujući i dobri za "ventilaciju" pražnjenje energije. Gnječenje, mešenje, lupkanje, vajanje zahtevaju određenu snagu i izvlače je iz pacijenta.

Bez obzira da li se radi o testu, gitu ili pravoj glini, oni su i medijum kroz koji pacijent saopštava sopstvenu kreativnost. Zahtevaju da im se pacijent potpuno prepusti i posveti tokom rada. Po svojim ostalim karakteristikama veoma su različiti.

Glinamol

"Veštačka glina" može se u prodaji naći pod različitim nazivima. Glinamol je prodajni naziv za prvi materijal koji se kod nas pojavio pre tridesetak godina i koji je imao svojstva slična glini. Nekima od ovih materijala može se dodavati voda tokom rada, ali je većina već pripremljena i prodaje se kao gotova smesa za modelovanje. Danas se u prodaji mogu naći materijali sa nazivima "Glinamol", "Glinopan", "Glinolin" i sl. i svi su sličnih osobina.

Osnovne karakteristike svih ovih smesa za modelovanje su da imaju veliki plasticitet, lake su za modelovanje, sušive na vazduhu - bez pečenja i koriste se za izradu prvenstveno sitnijih dekorativnih predmeta, kao što je na primer bižuterija. Oblikuju se rukom ili utiskivanjem u kalupe. Ne mogu se ulivati u kalupe i sa njima se ne radi na grnčarskom točku.

Oblikovani predmet ostavlja se da se suši na sobnoj temperaturi bar 24 sata. Kada je potpuno suv, obrađuje se prvo krupnom, pa posle sitnom šmirglom, ako na njemu ima neravnina koje želimo da izbegnemo. Kada je obrada šmirglom završena, uzimamo suhu široku četkicu kojom uklanjamo prašinu nastalu šmirglanjem i pristupamo bojenju.

Za bojenje se mogu koristiti, osim boja za staklo i keramiku i tempere, vodene boje, markeri ili lakovi za nokte. Kada je bojenje završeno (ako smo koristili tempere ili vodene boje), sačekamo da se predmeti osuše pa ih premažemo tankim slojem bezbojnog laka za drvo, čime im obezbeđujemo ne samo sjaj nego i zaštitu.

Pošto se ne peku, predmeti od glinamola ostaju delimično porozni i ne mogu da drže vodu. U pepeljaru napravljenu od glinamola možete stavljati razne sitnice, ali ne pokušavajte da u njoj gasite cigarete! Ako ste izmodelovali vazuu ili šoljicu od glinamola nemojte u njih sipati tečnost jer može da procuri!

Plastelin

Plastelin je najmekši od svih materijala. Proizvodi se u više boja i prvenstveno je namenjen školskom radu i radu sa decom uopšte. Na sobnoj temperaturi običan plastelin se nekad stvrdne, ali ga je dovoljno držati u ruci ili malo izgnječiti da se ugreje i postane mekan i lak za oblikovanje. Može se modelovati rukom ili utiskivati u kalupe. Nije postojan, tako da se od njega ne mogu napraviti trajni predmeti, već uglavnom služi za vežbu. Po završenom tretmanu, ono što je izmodelovano samo se ponovo izgnječi u lopticu, stavi u kesu i čeka sledećeg pacijenta. Izuzetak je rad sa decom, jer deca često traže da se ono što su napravila "ne pokvari" dok ne vidi mama ili neko od osoblja za koga su naročito vezana i kome žele da se pohvale i to treba ispoštovati. Ako želimo da trajno sačuvamo radove od plastelina, možemo ih izlakirati bezbojnim lakom.

Postoje i materijali koji su slični plastelinu, kao naprimer "Thera -Band" ali su u jednoj boji i svaka boja ima određenu čvrstinu i gustinu koje su gradirane i pružaju različit otpor (opterećenje) pri radu.

Zašto koristimo plastelin?

U radu sa decom modelovanje plastelina je smirujuće. Dopušta deci da se kreativno izraze i da kroz to uče. Apsoibuje, kao i kod "velikih" korisnika, nagomilanu negativnu energiju i omogućava deci da je isprazne. Opservacija dece pri radu može biti dobra za dalju terapeutsku dijagnostiku, jer deca lakše od odraslih projektuju svoje poteškoće ako im se pruži dobar medijum, a plastelin to svakako jeste. Kao tehnika radne terapije kod dece utiče na

uvežbavanje bimanuelnih sposobnosti, povećavanje pokretljivosti i jačanje snage mišića, doprinosi razvoju koordinacije ruka - ruka i oko – ruka, kao i razvoju hvata i selektivnih pokreta prstiju.

U radnoj terapiji u radu sa odraslim pacijentima koji imaju probleme smanjene pokretljivosti i slabe mišićne snage šake, a naročito prstiju nastale posle traume, degenerativnih ili zapaljenskih reumatskih procesa ili lezija centralnog ili perifernog motornog neurona čije su posledice paretični gornji ekstremiteti.

U radnoj terapiji na psihijatrijskim odeljenjima plastelin se koristi kao sedativna tehnika za eliminisanje anksioznosti ili kao inventivna tehnika za podsticanje kreativnosti u osposobljavanju pacijenata svih uzrasta sa različitim spektrom mentalnih smetnji. Plastelin se takođe može dati pacijentu za procenu njegovih kreativnih potencijala za rad sa glinom, zato što je jednostavniji za primenu u terapijskoj situaciji. Neki pacijenti nemaju dobar uvid u svoje sposobnosti/mogućnosti i kažu da žele da vajaju, da to znaju da rade i da imaju ideju šta bi uradili. U takvim situacijama treba im prvo dati plastelin, pa na osnovu rada sa njim proceniti koliko su stvarno sposobni, zainteresovani i istrajni u svom radu i koliko je njihov uvid u sopstvene mogućnosti realan.

Git

Postoje dve vrste gita koje se mogu naći u prodaji – "staklarski" i "stolarski". U radnoj terapiji koristimo takozvani "staklarski" git koji se najčešće primenjuje u radu u toplotnoj komori. Ako treba gradirati materijale za oblikovanje po otporu koji pružaju, git je najgušći i najtvrdi. Ne koristimo ga za modelovanje u pravom smislu reči, već samo za vežbu – nešto kao malo tvrdi jednobojni plastelin. Dobre karakteristike gita su to što je dugotrajan.

Git se teško oblikuje i od njega se ne mogu napraviti predmeti koji mogu da traju i da imaju neku upotrebnu ili dekorativnu vrednost, ali je nezamenljiv u doziranju i uvežbavanju selektivnih pokreta prstiju i jačanju snage mišića pokretača šake i prstiju.

Ako ga koristimo u toplotnoj komori, dobijamo efekat bolje prokrvljenosti segmenata, kroz zagrevanje se poboljšava cirkulacija, dolazi do opuštanja mišića, pa samim tim i do povećanja pokretljivosti. Dobro je kada se rad sa gitom u toplotnoj komori pruži pacijentu kao uvodna "termo" procedura ili kao procedura zagrevanja, razgibavanja, uvek kada je to indikovano, jer se kasnije u toku tretmana mogu dobiti bolji efekti.

Rad sa gitom vrlo retko se koristi kao tehnika okupacione terapije, uglavnom je primenljiv na odeljenjima gde se sprovodi radna terapija odraslih pacijenata sa povredama ili oštećenjima gornjih ekstremiteta.

Testo

Smesa za oblikovanje pravi se najlakše od jednakih delova brašna i soli, uz dodatak vode i malo lepka za tapete. Dobije se masa svetle boje koja je laka za modelovanje, ima veliki plasticitet i od nje se mogu izrađivati najsitniji i najprecizniji delovi koji retko pucaju kada se osuše. Ukrasne figurice, aplikacije za ramove za slike, perlice, bižuterija, slike u vidu plitkih reljefa – sve se to može napraviti i od testa. Tokom oblikovanja ne treba dodavati vodu, radi se relativno brzo i jednostavno, a ako je testo dobro zamešeno ono se ne lepi za prste.

Gotovi predmeti se ne peku nego se ostave da se osuše na vazduhu, najbolje do sutra. Kada su suvi, mogu se bojiti bojama za staklo i keramiku,

lakovima za nokte ili temperama. Osušeni predmeti su čvrsti i na prvi pogled se ne razlikuju od keramičkih ili onih napravljenih od glinamola, osim što su lakši.

Postoje i drugi načini na koji se koristi testo u radnoj terapiji. Na odeljenjima za rehabilitaciju gde su stacionirana deca, često u radnoj terapiji postoji i mini kuhinja koja služi za uvežbavanje dece aktivnostima samozbrinjavanja i svakodnevnog života, kao što su korišćenje pribora za jelo i uzimanje hrane, postavljanje stola i sl. Deci koja u bolnici ili socijalnoj ustanovi provode mnogo vremena, nedostaje sve ono što boravak u kući podrazumeva – prisustvo svakodnevnim obavezama roditelja vezanim za kućne poslove – priprema hrane, serviranje, pospremanje stola posle obroka – dakle sve one aktivnosti koje njihovi vršnjaci posmatraju i u kojima učestvuju. Čak i u čvrstoj bolničkoj organizaciji uvek ima dovoljno vremena da se deca angažuju u grupnom radu i da uz pomoć radnog terapeuta pripreme testo za palačinke ili picu koje će posle servirati i pojesti.

Na odeljenjima za rehabilitaciju odraslih neuroloških, reumatoloških, psihijatrijskih ili pacijenata sa spinalnim povredama, koji su dugotrajno hospitalizovani, u okviru provere i/ili uvežbavanja za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života, za domaćice ili za osobe koje žive same, takođe se u okviru radne terapije može organizovati priprema jednostavnih obroka od testa, serviranje i pospremanje. U adaptiranoj kuhinji koja treba da postoji u sklopu prostora za radnu terapiju velikih rehabilitacionih centara, pacijenti se ponovo uče da obavljaju ove jednostavne aktivnosti uz korišćenje adaptiranog pribora za jelo i pripremanje obroka.

U socijalnim ustanovama kao što su domovi za stara i nezbrinuta lica, domovi za decu bez roditeljskog staranja, ustanove za rad sa maloletnim delikventima i druge socijalne ustanove, dobro je povremeno razbiti rutinu uvođenjem nekog određenog dana u nedelji ili mesecu, ili iskoristiti proslave rođendana i praznika da se pacijenti okupe oko zajedničkog pripremanja obroka od testa u malo opuštenijoj i drugačijoj atmosferi.

Kontraindikacije u radu sa glinom i ostalim materijalima za oblikovanje

Pacijenata koji ne treba da rade sa nekim od navedenih materijala vrlo je malo. To su uglavnom osobe koje su alergične na direktan kontakt sa nekim od materijala ili na udisanje prašine koja se stvara prilikom šmirglanja. (U retkim slučajevima pacijentima se može dati da rade sa plastičnim rukavicama.) Pre početka rada treba pregledati kožu ruku i u slučaju da postoji ranica izabrati neku drugu okupaciju.

Oprez u radu je potreban na psihijatrijskim odeljenjima gde postoje peći za keramiku, a kada pacijenti rade na grnčarskom točku treba da su pod nadzorom.

Doziranje u radu sa glinom

Modelovanje se uglavnom vrši u sedećem položaju, za stolom. Osnovni elementi za doziranje u radu sa glinom i njoj sličnim materijalima su izbor materijala i načina rada, vreme pauza i dužina rada, a određuju se za svakog pacijenta na osnovu njegovih prethodno utvrđenih potreba.

Sa obzirom na sedativne efekte koje modelovanje ima, pacijenti se opuste i žele da produže rad. Ovo može biti opasno, naročito kod pacijenata sa svežim povredama gornjih ekstremiteta koji misle da će produžavanjem rada ubrzati svoje osposobljavanje i treba im objasniti da ih forsirani napor može samo usporiti u rehabilitaciji.

Onda kada je indikovano, pacijent se može angažovati u stojećem položaju u ramu ili antigravitacionoj tabli i to najčešće u radu sa plastelinom ili gitom. Preciznost u izradi retko se postiže ako pacijent istovremeno razmišlja o balansu i trudi se da ga voljno kontroliše, pa terapeut treba da im zadaje lakše zadatke, manje precizne za modelovanje.

Nijedna od tehnika oblikovanja nije preporučljiva za rad u postelji ili u bolesničkoj sobi.

Terapijski ciljevi

1. Jačanje snage mišića obe šake
2. Jačanje snage svih mišića prstiju i palca
3. Jačanje snage mišića podlakta
4. Povećanje amplitude pokreta prstiju i palca obe ruke u svim pravcima
5. Povećanje amplitude pokreta obe šake
6. Povećanje amplitude pokreta podlakta
7. Poboljšanje okulomotorne koordinacije
8. Poboljšanje koordinacije ruka-ruka
9. Poboljšanje spretnosti i preciznosti
10. Razvoj mašte
11. Podsticanje kreativnosti
12. Smirivanje pacijenata
13. Pražnjenje nagomilane negativne energije/besa/agresije
14. Jačanje samopouzdanja i poboljšanje slike o sebi

Alat, pribor i uslovi za modelovanje

U poglavljima o svakom pojedinačnom materijalu navedeno je uglavnom sve što se koristi u radu, tako da je ovo samo kratki opšti podsetnik

- * osnovni materijal (glina, glinamol, git, testo, plastelin)
- * gotovi gipsani ili plastični kalupi
- * žica za vezivanje kalupa
- * gips za izradu kalupa
- * činija za rastvaranje gipsa
- * podmetač na kome se radi –plastična podloga ili mušema
- * drveni nožići ili špahle
- * krupna i sitna šmirgla za drvo
- * široka mekana četka za uklanjanje prašine od šmirglanja
- * gotove (fabričke) boje i glazure
- * tempere ili vodene boje
- * četkice za boje ili glazuru
- * bezbojni lak za drvo
- * četka za bezbojni lak
- * razređivač (vrsta koja skida korišćeni lak)
- * mušema ili podmetač na kome se radi

** Pošto svi materijali na bazi gline suše kožu, po završenom tretmanu pacijentu treba dati da namažu krem za ruke.

Vez

Za razliku od ostalih tehnika rada sa vunom ili koncem (makrame, tkanje, štrikanje i sl.), koje su se koristile prvenstveno za izradu upotrebnih predmeta (odeća, tepisi, pokrivači), tehnika veza imala je kroz istoriju isključivo dekorativnu funkciju.

Veze pripada "ručnim radovima" ili umetničkim zanatima i može biti ručni ili mašinski. Koristi se za ukrašavanje gotovih predmeta, uglavnom stolnjaka, zavesa, salveta i jastučića, a ređe, u zavisnosti od modnih trendova i za ukrašavanje odeće.

U terapiji radom pokazao se kao izuzetno sedativna tehnika. Čak i pacijenti koji u početku pokazuju otpor prema vezi, kada taj početni otpor savladaju, nauče bodove i krenu sa radom, osećaju smirenost.

Bodovi koji se koriste u terapiji najčešće su oni koji su najjednostavniji za učenje – pokrstice, lančić-bod, norveški ili skandinavski bod, goblen i polugoblen bod, kao i bod za prošivanje. Veze se po šemi ili po crtežu, a može i razbrajanjem ili brojanjem (vez po broju).

Materijal

Za vez je potrebno platno, sargija ili džak platno, krupna "panama" ili platno za tepiserije, sitna "panama" ili platno za vez, "goblen" platno, angin, svila, pliš, čoja, jednobojni keper, denim ili "teksas" platno, kao i obično pamučno platno za čaršave. Na izbor platna za vez utiče motiv i vrsta veza ili bodova, kao i vrsta i debljina konca, odnosno niti kojima će se veze.

Za vez se koristi konac za vez, vunica, svileni konac, "muline" konac sa više upredenih končića ili niti, niti zlatne ili srebrne srme.

Pribor za vez

Veze se iglama sa tupim vrhom, različite dužine i debljine i sa različitom širinom "ušiju", u zavisnosti od debljine niti sa kojima se veze. Potrebne su nam još i makaze. Ukoliko se veze goblen većih dimenzija on se stavlja na stalak za izradu goblena. Ako se veze razbrajanjem, neophodan je "đerđef" ili "đerđiv" – okrugli držač sastavljen od dva prstena između kojih se razapne i zategne platno.

Vrste bodova

Najčešće korišćeni bodovi kada govorimo o terapijskoj upotrebi veza su : «pokrstica», «skandinavski» ili «norveški» bod, «lančić» bod, «goblen» i «polu-goblen» bod.

Terapijski ciljevi veza

1. Pобољшanje koordinacije oko-ruka
2. Pобољшanje koordinacije pokreta
3. Povećanje pokretljivosti prstiju i šake
4. Uvežbavanje pincet-hvata
5. Povećanje spretnosti i preciznosti u manipulaciji sitnim predmetima
6. Pобољшanje koncentracije
7. Pобољшanje pažnje
8. Eliminisanje anksioznosti

Kontraindikacije i mere opreza

Za osobe koje su slabovide ili slepe treba naći alternativnu tehniku. Pacijenti skloni suicidu treba da vezu pod nadzorom.

Dekupaž ili salvet - tehnika

Upotreba papira u umetničko-dekorativne svrhe, prvi put se pojavila u Kini, jer su Kinezi prvi počeli da se bave proizvodnjom papira. Proizvodnja papira u Evropi počinje tek u HII i XIII veku. Salvet-tehnika pripada tehnici "decoupage" (dekupaža) koja je u Evropi naročito bila zastupljena u Veneciji. Pravi dekupaž radovi su bili skupi i unikatni pa se želja za posedovanjem sličnog predmeta mogla zadovoljiti na ovaj način (« sirotinjski

» vitraž i « sirotinjska » intarzija). Korišćenje salвета ponovo je postalo popularno u poslednjoj deceniji širom Evrope, pa i kod nas, kao tehnika čiji fanovi se takmiče ko će maštovitije da je primeni. Ovaj trend su brzo i kvalitetno ispratili i proizvođači, pa je u ponudi čitav program lakova, lepkova i boja kojima se ljubitelji ove tehnike mogu koristiti, a o salvetama da i ne govorimo.

Popularnost je jedno, a jednostavnost primene u radnoj terapiji drugo. Salvet tehnika je popularna među terapeutima zato što između ostalog zadovoljava pacijentove potrebe za radom koji ima krajnji proizvod do koga se došlo brzo i relativno jednostavno, koji je dekorativan, lak za izradu i može biti lep poklon, a pri tome je i unikatan. Zadovoljava i one pacijente koji bi da slikaju, a ne umeju i time se približava definiciji dekupaža - umetnost siromašnih ili umetnost za siromašne...

Priprema materijala i pribora

Za primenu salvet - tehnike u terapijskim uslovima, biće nam potrebne salвете, najbolje bar dve vrste, jednobojne i sa šarama, obična staklena ambalaža (tegle, teglice, flaše), beli lepak za drvo (Dufiks, Drvofiks), makaze, četkica za nanošenje lepka i bezbojni lak za drvo. Najbolji radovi su na staklu koje nije bojeno, jer onda šara sa salвете najviše dolazi do izražaja, mada se nekad postižu dobri efekti i kada se radi na staklu koje je braon ili zelene boje. Što se tiče oblika ambalaže, dovoljne su najprostije tegle i flaše koje se ovom tehnikom mogu potpuno oživeti i pretvoriti u lep ukrasni i/ili upotrebnii predmet koji je personalizovan i unikatan.

Način rada

Tehnika je jednostavna za primenu, jeftina (uglavnom se koristimo onim što već imamo u radnoj terapiji), razbija monotoniju, može da utiče i stimulatивно (razvijanje takmičarskog duha kod dece), a prigodna je za neki određen dan (tematski urađeni radovi - Božićni, rođendanski, slavski...). Za nestrpljive pacijente i one kojima je važno da odmah vide proizvod svoga rada, je idealna jer se već sutra ili u toku dana vidi gotov proizvod. Mali utrošak materijala čini ovu tehniku jeftinom, čak i kada se koriste skuplji materijali. Izložbe, ako se radi u grupi i svaki pacijent radi posebno

Mere opreza

Mere opreza u radu sa pacijentima koji mogu povrediti sebe ili druge lomljenjem staklene ambalaže ili makazama, kao i u slučaju alergije na lak ili lepak koji se koriste.

Terapijski ciljevi

1. Pобољшanje koordinacije pokreta
2. Povećanje pokretljivosti prstiju
3. Povećanje pokretljivosti šake
4. Pобољшanje spretnosti i preciznosti u radu
5. Pобољшanje okulomotorne koordinacije
6. Pобољшanje koordinacije ruka-ruka
7. Pобољшanje bimanuelne spretnosti
8. Razvijanje mašte i kreativnosti kod dece
9. Razvijanje stvaralačkih potencijala u radu sa odraslima
10. Pобољшanje koncentracije u radu

Alternativna tehnika

Za dekorisanje staklene ambalaže mogu se koristiti i obične papirnate maramice, koje se mogu bojiti potapanjem u razblaženi tuš, temperu ili vodene boje, tek toliko da se dobije nijansa. Kada se osuše, mogu se cepkati prstima i lepiti na staklo. Lepe se manje precizno od "prave" salvet tehnike. Dopušteno je da komadići budu zalepljeni i jedan preko drugog. Ostali postupci u radu su isti (nanošenje lepka, sušenje i lakiranje).

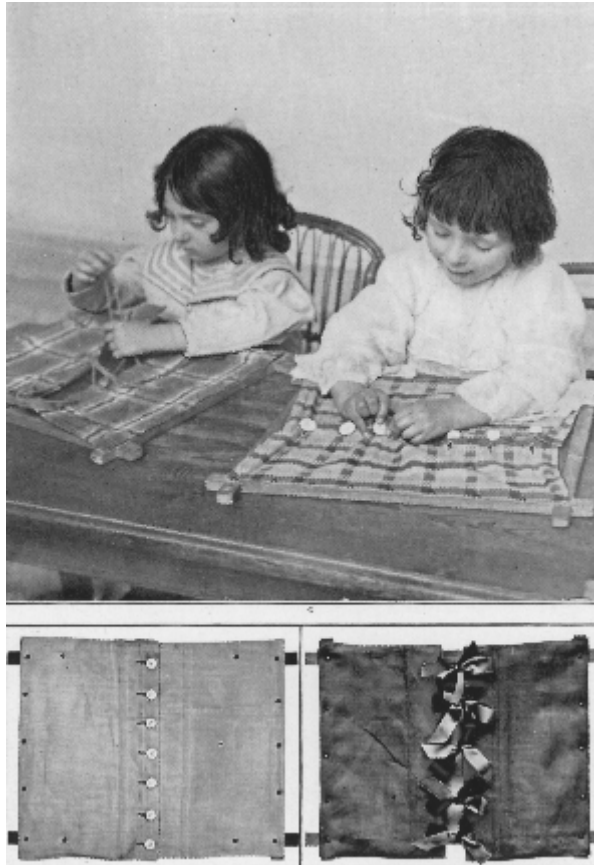
Tehnika se na ovakav način, "improvizovano", može koristiti u radu sa decom. Deci se može dopustiti da prave šare na maramicama prstima koje umoče u boju. Odlično se pokazala u radu sa decom koja imaju kombinovane smetnje (cerebralna paraliza). Na ovaj način decu je moguće organizovati u grupnom radu, gde će svako dete raditi ono što može. Neophodno je prisustvo terapeuta i u zavisnosti od stepena sposobnosti dece, zavisice i stepen njegovog angažovanja, kao i pomoć terapeuta.

*Kada je tegla ili flaša gotova, obavezno staviti u nju suvo ili sveže cveće i pohvaliti se drugima pred decom koja su radila. Najbolja stimulacija!!!

** Umesto staklene ambalaže mogu se koristiti drvene ili čvrste kartonske kutije. Kada su gotove, terapeut ih može koristiti da u njih odlaže bojice, perlice i slične sitnice, a deca će na to biti jako ponosna.

Montesori metoda (nazvana po autoru - italijanskoj lekarki Mariji Montesori 1872 -1952 koja se bavila pedagogijom) korišćena je u radu sa decom koja su imala različite smetnje, od mentalne retardacije, preko kombinovanih smetnji do vaspitne zapuštenosti. Ono što je sam autor pokušao da izbegne, a to je da se delovi ili elementi njene metode koriste na drugi način i u drugim uslovima od onih koje je originalna metoda zahtevala, ipak se desilo. Knjige "Otkriće deteta" i "Upijajući um"

Od sredine prošlog veka setovi tabli za obuku pacijenata za samozbrinjavanje postoje u gotovo svim radnim terapijama za osposobljavanje kako dece, tako i odraslih korisnika. Standardne kutije sa deset cilindara, kocke i ostali edukativni elementi našli su svoje mesto i opravdali korišćenje u radu na osposobljavanju najrazličitijih kategorija pacijenata. U osposobljavanju funkcije gornjih ekstremiteta, u proceni percepcije i njenom uvežbavanju, u oblasti edukacije za samostalno oblačenje i svlačenje, za uvežbavanje različite vrste hvata, procenu dominantnosti i prebacivanje dominantnosti. Tehnika se proširila i didaktički materijal koji se koristi u radu sa odraslima naziva se Montesori metod, bez obzira na to koje se vrste kocki, kupica ili cilindara koriste.



Didaktički materijal koji čini osnovu ovih vežbi je vrlo jednostavan i sastoji se iz drvenih ramova koji su presvučeni sa dva odvojena dela odeće od platna ili kože, koje treba zakačiti dugmadima, drikerima, zakačaljka, trakama, perlama ili rajsfešlusima. U "Dečijoj kući" korišćeno je 10 standardizovanih ramova napravljenih tako da svaki od njih predstavlja različit način kopčanja neophodnog u toku oblačenja i svlačenja. Korišćenjem ovih igračaka, deca su mogla praktično da primene pokrete koji su im neophodni za samostalno oblačenje i svlačenje i da se pripreme za određenu aktivnost pojedinačno, putem uvežbavanja. Deca su uspevala da nauče da se obuku i svuku, a da to nisu ni primetila i to bez direktnih uputstava, naređenja i ocenjivanja u smislu nagrade ili kazne. Čim je dete naučilo kako se to radi ono je želelo da praktično primeni svoju sposobnost (naučeno) na sebi i vrlo brzo ono je bilo ponosno na sebe što je uspevalo da oslobodi svoje telo od tuđe pomoći. Deca kojoj se ne dopušta da uče sama kroz praktičnu formu edukacije znatno kasnije razviju te veštine. Igre otkopčavanja i zakopčavanja su se jako dopadale deci. Često su sedeći u krug oko malog stola, njih deset u isto vreme, mirni i ozbiljni, ostavljali utisak majušnih radnika u punoj radionici.

Jedan od elemenata seta je kutija sa deset rupa u koje se smešta deset drvenih cilindara. Svaki cilindar je za desetak milimetara većeg obima od prethodnog, kao i ležišta u koja se oni postavljaju u kutiji.

Igra se sastoji iz vađenja cilindara iz kutije, njihovog mešanja po stolu i vraćanja nazad. Cilj je da se nauči da oko percipira različite dimenzije cilinadara i da se oni vrata i postave na svoje mesto u kutiji. U radu sa decom sa retardacijom počinjalo se sa cilindrima koji su kontrastne veličine, npr.najmanji po obimu, srednji i najveći. To su bili manji zahtevi za decu, a do

kraja cele igre se dolazilo sa puno uvežbavanja ili pokušaja. Konstantno je trebalo održavati aktivno dečju pažnju pokazivanjem cilindra i njegove rupice. Ovaj didaktički materijal kontroliše svaku grešku, u slučaju da dete ostane sa jednim cilindrom u ruci koji nema gde da smesti. Normalno dete pažljivo posmatra odnos između cilindra i otvora u kutiji i samo se ispravlja. Prepoznaje grešku i nastavlja igru sa velikim interesom dok je ne završi.

Vrednost didaktičkog materijala leži u tome što dete sebe samo kontroliše i ispravlja, uviđa svoju grešku i tako uči. Kada dete sa sigurnošću i brzinom poslaže sve cilindre u otvore znači da je preraslo igru. Samo ispravljanje vodi ka dečjoj koncentraciji pažnje na različite dimenzije i njihovo poređenje sa različitim delovima. Upravo u ovom poređenju leži psihosenzorna vežba /uvežbavanje. Cilj nije da dete bez greške nauči nešto o veličini predmeta, nego da izvežba sa didaktičkim materijalom koji mu je ponuđen.

Ovde se uloga edukatora pomera od osobe koja je zadužena da ispravlja dete kad pogreši, ka ulozi posmatrača kako dete samo uči *kako da koristi predmete* putem samokorekcije greške. Važno je da dete samo sebe usavrši kroz sopstveni napor. Čovek nije postao ono što je postao zbog toga što je imao dobre učitelje, već zbog onoga što je sam uradio.

Sledeći set je od deset kocki. Najmanja ima stranice od 1 santimetra, a svaka sledeća je za jedan santimetar veća i sve su u ružičastoj (istoj) boji. Edukator ih baca na zeleni tepih na pod i dete treba da ih sakupi i od njih napravi kulu koja će imati najveću kocku u podnožju i na nju će se redom slagati sve manje i manje kocke po veličini. Dete ima zadatak da svaki put pronađe najveću među kockama i da je stavi na sto i tako redom od onih koje su ostale. Uzrast na kome se može započeti sa ovom igrom je 3-4 godine.

Didaktički materijal dopušta samo -edukaciju i metodičku edukaciju čula, sensorike. Ne zavisi od umešnosti ili uspešnosti učitelja nego uspeh učenja leži u vrsti didaktičkog materijala koji privlači spontanu dečju pažnju i sadrži racionalnu gradaciju u stimulansima.

Na osnovu ovih kocki, proizvođači igraćaka za decu napravili su kasnije različite kockice i činijice koje se uklapaju po principu ruskih lutaka "babuški", jedna u drugu, tj. manja u veću.

Table za ispitivanje vizuelne percepcije, sa različitim bojama i osnovnim oblicima koje se uklapaju u svoja ležišta (krug, kvadrat, trougao...) i njihova upotreba u radnoj terapiji takođe predstavljaju elemente Montesori metode.

Aktivnosti svakodnevnog života

Prvo pominjanje procene aktivnosti svakodnevnog života navodi Sheldon 1935.g., a Feinstein (1986), u svom prikazu indeksa funkcionalne sposobnosti navodi postojanje bar 43 različita instrumenta konstruisana u poslednjih 40 godina.

Bartel indeks i FIM su primeri opšte poznatih globalnih bročanih skala koje je teško interpretirati, ali se koriste da bi se donele odluke o daljem planu lečenja i terapijskim ciljevima. U kliničkoj primeni vrlo malo je standardizovanih testova za procenu aktivnosti svakodnevnog života i često radni terapeuti sami prave liste ili koriste delove postojećih testova.

Jedan broj američkih radnih terapeuta (C.A. Trombly) aktivnosti svakodnevnog života deli na :

Bazične aktivnosti svakodnevnog života ili samozbrinjavanje i

Instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života ili aktivnosti svakodnevnog života - ASŽ

Bartel indeks procenjuje 10 osnovnih funkcija u aktivnostima samozbrinjavanja. Maksimalni skor koji pacijent može da dobije je 100, a što je skor viši osoba je nezavisnija u procenjivanim aktivnostima. Bartel indeks je dobar pokazatelj oblasti svakodnevnog života u kojima je korisniku potrebna pomoć, ali nam ne pruža detaljniji terapijski uvid u razloge koji dovode do nemogućnosti izvođenja određenih aktivnosti (loš balans, slaba snaga mišića, neuvežbani transferi i sl.). Terapeuti ga često koriste za početnu, inicijalnu procenu i usmeravanje opšteg plana terapijskih mera.

BARTEL INDEKS

HRANJENJE

10 (SAMOSTALNO IZVODI)

5 (UZ TUĐU POMOĆ)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

LICNA TOALETA

5 (SAMOSTALNO IZVODI)

0 (UZ TUĐU POMOĆ)

KUPANJE

5 (UZ TUĐU POMOĆ)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

OBLAČENJE

10 (SAMOSTALNO IZVODI)

5 (UZ TUĐU POMOĆ)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

KONTROLA STOLICE

10 (KONTROLIŠE)

5 (POVREMENI POREMEĆAJ)

0 (NE KONTROLIŠE)

KONTROLA MOKRENJA

10 (KONTROLIŠE)

5 (POVREMENI POREMEĆAJ)

0 (NE KONTROLIŠE)

TRANSFER PRI UPOTREBI TOALETA

10 (SAMOSTALAN)

5 (UZ TUĐU POMOĆ)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

TRANSFER STOLICA KREVI

15 (SAMOSTALAN)

5 (UZ TUĐU POMOĆ)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

HOD (po ravnom)

15 (SAMOSTALAN)

5 (UZ TUĐU POMOĆ)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

KRETANJE UZ STEPENICE

10 (SAMOSTALNO)

5 (UZ TUĐU POMOĆ-verbalnu, fizičku ili pomagalo)

0 (NE MOŽE DA IZVEDE)

KATZ-ov indeks procenjuje 6 bazičnih aktivnosti samozbrinjavanja – kupanje, oblačenje, toalet, transfer, kontinencija, hranjenje. Svaka aktivnost se ocenjuje 1 bodom - nezavisan (nema nadzora, naredbe ili pomoći druge osobe), ili 0 bodova - zavisna (potreban nadzor, naredba delimična ili potpuna pomoć). Maksimalni skor je 6 bodova što znači da je pacijent nezavisan u osnovnim aktivnostima samozbrinjavanja.

FIM – (FIM - functional independence measure) mere funkcionalne nezavisnosti

Fim skala se koristi kao mera ili stepen funkcionalne nezavisnosti pacijenta. Fim se sastoji iz 18 ajtema od čega je 13 za procenu fizičkih funkcija (zasnovanih na Bartel indeksu) i 5 je za procenu kognitivnih funkcija. Alternativno, skala se može podeliti i 13 ajtema koji procenjuju fizičke funkcije mogu se odvojiti od onih koji procenjuju kogniciju. Funkcije se ocenjuju na osnovu nivoa pomoći koja je potrebna osobi da dovrši ASŽ. Svaka funkcija se ocenjuje ocenama od 1 do 7 gde je ocena 1 totalna zavisnost od tuđe pomoći, a ocena 7 predstavlja potpunu nezavisnost. Skor se kreće od 18 do 126 i što je viši skor veća je nezavisnost pacijenta. FIM Skalu može koristiti lekar, terapeut, medicinska sestra ili laik (administrator).

MFIM - modifikovani funkcionalni indeks kvadriplegija

Koristi se u Klinici za rehabilitaciju «Dr Miroslav Zotović» kao osnovna procena stanja pacijenata sa lezijama kičmene moždine.

KREVET (20 poena):

supinacija-pronacija
supinacija-sedeći položaj
supinacija-bok
s boka na bok
ravnoteža pri dugom sedenju

LIČNA HIGIJENA (12 poena)

Pranje zuba
Češljanje kose
Upotreba tampona (za žene)
Brijanje (za muškarce)

ISHRANA (24 poena)

Pijenje iz šolje/čaše
Upotreba kašike/ viljuške- noža
Otvaranje tetrapaka/boce-sipanje
Mazanje na hleb

OBLAČENJE I SVLAČENJE (20 poena)

Gornjih delova odeće
Donjih delova odeće
Zimske odeće
Čarapa i cipela
Otkopčavanje-zakopčavanje

KOLICA (28 poena)

Okretanje u krivini
Vožnja unazad
Fiksiranje kočnica
Vožnja po neravnom terenu
Vožnja na uzbrdici
Nameštanje u kolicima

Ravnoteža u sedećem položaju

TRANSFERI (16 poena)

Kolica - krevet i obratno

Kolica –toalet i obratno

Kolica - automobil i obratno

Kolica - tuš/kada i obratno

RUČNA (MANUELNA) SPRETNOST (28 poena)

Otvaranje i zatvaranje vrata/prozora

Knjiga - držanje i listanje

Pisanje olovkom ili mašinom

Pušenje - držanje cigarete i paljenje

Novčanik – papirni i metalni novac

Upotreba telefona - držanje i biranje broja

Uključivanje TV-om na daljinski

Ocene su date u rasponu od 0 do 4, gde je ocena 4 – potpuna nezavisnost bez upotrebe pomagala, ocena 3 - potpuna nezavisnost uz upotrebu pomagala koje pacijent može sam da stavi, ocena 2 - potrebno samo nadgledanje ili minimalna fizička pomoć, ne zahteva podizanje od strane druge osobe, ocena 1 - potreban fizički kontakt, podizanje pacijenta ili njegovog dela tela od strane druge osobe i ocena 0 - potpuna zavisnost , pacijent nije u stanju da izvede traženu aktivnost.

Vodič o aktivnom, zdravom i produktivnom starenju

Principi zdravog, aktivnog starenja odgovaraju na zahteve zdravog, nezavisnog i produktivnog života starijih osoba.Strategija za zdravo aktivno starenje podstiče preusmeravanje zdravstvene zaštite iz kurativnog u preventivni model te promociju i podršku rehabilitacije i nezavisnog življenja.

U fokusu principa zdravog aktivnog starenja nalazi se preventivni koncept, naročito prevencija bolesti i nesamostalnosti u starom životnom dobu, što upućuje na vitalnu povezanost zdravlja i aktivnosti kod starijih osoba.

Sve ovo je naglašeno i u Delokrugu rada radnih terapeuta u Srbiji (2009) u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti starih. Savremeni pristup zdravom, aktivnom starenju promoviše intergeneracijsku solidarnost i povezanost i temelji se na primeni koncepta zdravog aktivnog starenja već u mlađem dobu kroz pozitivno i prema sebi odgovorno zdravstveno ponašanje.

Vodič o aktivnom, zdravom i produktivnom starenju

- Stalna telesna aktivnost od mladosti do duboke starosti uključuje svakodnevne vežbe disanja i vežbe mišića dna zdjelice zbog sprječavanja nevoljnog mokrenja.
- Stalna psihička aktivnost – doživotno učenje i stjecanje novih vještina i znanja.
- Pravilna ishrana koja je restriktivna po kalorijskoj vrednosti za starije od 65 godina (podrazumeva unos koji ne sme biti veći od 1500 kcal s obzirom na smanjenje bazalnog metabolizma kod starijih osoba) kojom se sprečava gojaznost, ali i pothranjenost u starosti.
- Nepušenje i izbegavanje konzumiranja lekova, alkohola, opijata, kafe i drugih psihoaktivnih supstanci.
- Stalna radna aktivnost i nakon penzionisanja.

- Optimistično življenje – smejati se i biti što vedriji; ne kriviti druge za sopstvene neuspehe-preuzeti odgovornost za sopstveni život.
- Širenje dobrote i ljubavi u porodici, za mlade i starije oko sebe, za posao koji se obavlja; biti što duže seksualno aktivan – seks kao sastavni deo ljubavi ne poznaje starosne granice.
- Izbegavanje usamljivanja, razvijanje i negovanje socijalnih odnosa i komunikacije u užem i širem krugu, vežbanje prilagođavanja na stresne događaje.
- Održavanje lične higijene i higijene ličnog prostora i okoline, higijena zuba i proteza, redovno obrezivanje noktiju na rukama i nogama.
- Uklanjanje barijera, kliznih i mokrih površina u kući i okolini radi sprečavanja padova i povreda.
- Neprihvatanje predrasuda i neznanja o starenju i starosti kao bolesti, nemoći i zavisnosti o drugima (tek svaka 5. starija osoba zavisna je od tuđe pomoći zbog funkcionalne onesposobljenosti).
- Pridržavanje uputstava lečenja i uzimanje samo prepisanih lekova pod nadzorom lekara.
- Prenos vveština, znanja, radnog i životnog iskustva na mlađe i druge starije.

Realizaciji gerontoloških programa u zaštiti zdravlja starijih ljudi značajno doprinose Gerontološki centar, multifunkcijskih centara neposredne vaninstitucionalne zaštite za starije na nivou lokalne zajednice. Gerontološki centri se često nalaze pri domovima za stara lica, a osnovni cilj njihove delatnosti je da zadrže stariju osobu što je duže moguće u njenom primarnom okruženju i uz porodicu, aoje to moguće.

Gerontološki centri su model rada sa starijima koji osigurava očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih i sprečava ili odlaže institucionalnu zaštitu starih.

Dobar primer su Geronto-servisi i Geronto-domaćice, koji organizuju dostavu obroka i pomoć u kući i druge usluge po potrebi i kojima se reaktivira uloga i iskustveni potencijal starije osobe.

Klubovi penzionera na nivou lokalne zajednice, takođe aktiviraju starije korisnike, organizuju izlete, putovanja, plesne večeri ili takmičenja u šahu, boćanju i sl.

Dnevni boravci za starije osobe takođe su usmereni konceptima zdravog aktivnog starenja, naročito sa ciljem izbegavanja pasivnosti i usamljenosti starijih osoba. Brojne su aktivnosti Gerontoloških centara:

- učenje o starosti i starenju, štetnim činiocima bolesnog starenja,
- nastavku radnih aktivnosti i nakon odlaska u penziju,
- kompjuterske radionice,
- socijalne, pravne, zdravstvene i psihološke usluge (poduka, savetovanje, aktivnosti radne terapije, terapijska gimnastika, sportski tečajevi primereni starijima i sl.),
- primena odabranih zdravstvenih mera u prevenciji nastanka bolesti u starosti,
- kulturno-zabavne i rekreativne aktivnosti (dramske, plesne, pevačke i muzičke grupe, radionice starijih sa starijima i mladih sa starijima i sl.),
- razvijanje novih sposobnosti za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti.

Osteoporoz

Prema definiciji osteoporoz je sustavna bolest skeleta s pojačanom lomljivosti kostiju, smanjenom koštanom masom i poremećajem mikroarhitekture koštanog tkiva. Prevalencija osteoporoz kod žena je značajno veća, a podaci upućuju da 70% žena u dobu od 80 godina ima osteoporoz. Već u životnom dobu od 30 godina javlja se gubitak koštane mase, na šta utiču različiti činioci - genetski i konstitucionalni, predispozicija, ishrana, pušenje, alkohol, kortikosteroidi, rana menopauza i dr.

Primarna osteoporoz nastaje nakon menopauze, dok je sekundarna vezana uz bolesti (hipertireozu, hiperparatireodizam i dr.) ili lekove (npr. kortikosteroidi).

Dijagnoza osteoporoz temelji se na denzitometrijskom merenju vrednosti mineralne gustine kostiju. Denzitometrija omogućava intervencije pre pojave preloma.

Osteoporotične frakture Najčešća mesta osteoporotičnih fraktura su kuk, kičmeni pršljenovi, podlaktica. Značajni porast mortaliteta je posledica komplikacije osteoporoz, jer 15-20% starijih osoba umire u toku jedne godine nakon preloma kuka. Morbiditet, mortalitet i zdravstveni troškovi koji nastaju kao posledice fraktura, osteoporozu čine velikim problemom koji je naročito izražen jer raste populaciji starijeg životnog doba.

Parkinsonova bolest

Parkinsonova bolest je bolest bazalnih ganglija (degenerativni proces) u kojoj je poremećena ravnoteža između dopaminergijskih i holinergijskih mehanizama (nedostatak dopamina), što se klinički manifestuje poremećajem pokreta i držanja i promenom mišićnog tonusa.

Bolest je učestalija u starijem životnom dobu i kod muškog pola. Parkinsonova bolest često počinje depresivnim raspoloženjem i bolovima u udovima, potom sledi povećanje mišićnog tonusa, osiromašenje izražajnih kretnji i dr.

Iz kliničke slike poznat je Parkinsonov trijas: tremor, akineza, rigor. Ostali simptomi Parkinsonove bolesti su hipersalivacija, amimija, poteškoće pri govoru, pri kretnjama – „freezing effect” (efekt smrznutosti), „start hesitation” (oklevanje prije početka pokreta), i drugi simptomi.

Tok bolesti je lagano progredijentan, sa krajnjim stadijumom bolesti u kojem se javlja nepokretnost. Primenjuje se medikamentozno lečenje koje se nadopunjava s medicinskom gimnastikom .

Fizička aktivnost u starijem životnom dobu

Fizička aktivnost je definisana kao svaki rad mišićna koji troši energiju iznad nivoa mirovanja.

U starijem dobu je neophodan zdravstveni pregled pre uključivanja u bilo koji program ili oblik **fizičke aktivnosti**.

Ako se tokom vežbanja pojave zdravstvene poteškoće, odmah treba prekinuti vežbanje.

Kod starijih osoba fizička aktivnost treba da je stručno vođena i nadzirana i dozirana po trajanju, intenzitetu opterećenja, zdravstvenom stanju i funkcionalnoj sposobnosti, kao i potrebama starije osobe.

Uz prisustvo i nadzor treba je sprovoditi kontinuirano ili svakodnevno, ako je moguće i dozvoljeno, a ako ne onda barem 2-3 puta nedeljno, u trajanju od 15-30 minuta.

Potrebno je odrediti optimalni intenzitet vežbanja (zavisiće od opšteg zdravstvenog stanja, opšte kondicije korisnika, trenutne funkcionalne sposobnosti, godina, i toga da li se osoba ranije bavila fizičkom aktivnošću i dr.).

U izboru fizičke aktivnosti za starije, prednost se daje sadržajima koji stimulišu funkcionalno poboljšanje rada srca, krvotoka, disanja (npr. šetnje, vrtlarjenje i dr.) uz individualni pristup.

Poznato je da je hodanje bržim tempom dobar način za poboljšanje rada srca, povećanje tonusa mišića i oslobađanje od stresa. Šetnja je najidealnija fizička aktivnost u starijem životnom dobu jer predstavlja najsvakodnevniju i najprirodniju formu kretanja.

Za jedan broj starijih osoba može se preporučiti plivanje i vežbanje u vodi, ako za to ima uslova.

Primerena je i sobna gimnastika, vežbe razgibavanja i istezanja, disanja i istezanja, ali uvek uz stručni nadzor i individualni pristup.

Da li je starost ograničavajući faktor za bavljenje sportom? Starija se osoba može baviti čitavim nizom fizičkih i sportskih aktivnosti (uz individualan pristup) kao što su joga, stoni tenis i tenis, aerobik, boćanje, mini golf i dr. Isto tako postoji velik broj upozorenja koja treba slediti kod pravilne primene sportskih aktivnosti u starijem životnom dobu.

Stariji treba da izbegavaju plivanje u hladnoj ili pretoploj vodi, jer može doći do vazokonstrukcije/vazodilatacije krvnih sudova i naglog povišenja krvnog pritiska.

Vežbe snage sa tegovima se ne preporučuju u starijem životnom dobu.

Takmičarske aktivnosti u sportu najčešće nisu prihvatljive za veći dio starije populacije, ali ako su timske i dobro organizovane mogu biti korisne.

Potrebno je naglasiti da, bez obzira na hronološko doba, svaka starija osoba može biti sposobna za neku vrstu fizičke aktivnosti, poštujući individualni pristup.

Korisnost stalne fizičke aktivnosti za zdravlje starijih osoba.

Prepoznati su brojni pozitivni uticaji stalne fizičke aktivnosti za zdravlje starijih osoba, npr. poboljšanje lipoproteinskog profila i prevencija hroničnih bolesti srca i krvnih sudova, te smanjenje rizika od nastanka šećerne bolesti, osteoporoze, inkontinencije, prekomerne telesne težine i dr.

Pomagala u radnoj terapiji

Prepisivanje, odnosno, propisivanje pomagala je posao lekara, ali savet ili preporuka o potrebi za pomagalom može da stigne od bilo kog člana rehabilitacionog tima. Izrada i/ili adaptacija pomagala je posao radnog terapeuta, kao i uvežbavanje korišćenja pomagala.

Postoji nekoliko podela pomagala

1. Privremena pomagala
2. Definitivna pomagala
3. Statička pomagala
4. Dinamička pomagala
5. Korektivna pomagala
6. Funkcionalna pomagala

Privremena pomagala se koriste u toku lečenja i rehabilitacije dok se ne uspostave ponovo oštećene funkcije (štake – stanja posle traume donjih ekstremiteta).

Definitivna pomagala se koriste po završenom lečenju i rehabilitaciji funkcionalnih sposobnosti (štake-kod pacijenata sa nekim oblikom reumatskih bolesti).

Statička pomagala pasivno održavaju segmente u korektivnom funkcionalnom položaju, stabilizuju oštećeni segment, sprečavaju kontrakture, rasterećuju segmente.

Dinamička pomagala održavaju mišićnu elastičnost, mišićnu snagu i mišićni tonus i sprečavaju preveliko izduživanje i/ili skraćivanje mišića, kao i razvoj deformiteta uz pomoć spoljašnje sile - preko opruge ili elastične trake, a za njeno savladavanje neophodna je određena i povremena aktivnost mišića.

Korektivna pomagala koriste se za imobilizaciju segmenata u funkcionalnom položaju i korekciju položaja segmenata (peronealni podizač - održavanje korektivnog položaja stopala u odnosu na potkolenicu).

Funkcionalna pomagala delimično ili u potpunosti nadoknađuju izgubljenu funkciju i koriste se za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života (peronealni podizač – funkcija hoda).

Svrha korišćenja pomagala

Pomagalima se ostvaruje pozicioniranje segmenata i oslonac tela uprkos oslabljenoj muskulaturi, podstiču se rani pokreti i funkcija u cilju sprečavanja atrofije mišića i ograničenja obima pokreta u zglobovima kao posledice inaktiviteta, pojačava se funkcija oslabljenih mišića, nadoknađuje se potpuno i/ili trajno izgubljena funkcija nastala zbog gubitka snage ili obima pokreta, olakšava se kontrola nekoordinacije, spazma ili spastičnosti, nadoknađuju se izgubljeni delovi tela*(ovde se ne misli na proteze) i na najmanju meru svodi se pomoć od strane drugih lica ili se korisniku omogućuje potpuna nezavisnost u svakodnevnim životnim aktivnostima.

Evaluacija za upotrebu pomagala (u radnoj terapiji)

- Evaluacija psihološke reakcije na pomagalo
- Evaluacija aktivnosti koju će pacijent izvršavati
- Evaluacija fizičkih sposobnosti koje su neophodne za korišćenje pomagala
- Evaluacija materijala za izradu pomagala (osnovne karakteristike materijala i načina njegovog oblikovanja pri konstrukciji određenog pomagala)
- Evaluacija faktora okruženja (porodica, sredinski činoci..)
- OBAVEZNA reevaluacija načina korišćenja radi izmene, korekcije i/ili izbacivanja iz upotrebe

Karakteristike pomagala

Da bi pomagalo stvarno pomoglo neophodno je da ispuni određene zahteve. Treba da "služi " onome čemu je namenjeno. Svako pomagalo trebalo bi da zadovolji sledeće kriterijume:

- Da se što više približi normalnom načinu funkcionisanja
- Da se njime jednostavno rukuje sa što manje mentalnog i /ili fizičkog napora
- Da se može prilagoditi različitim tipovima invaliditeta
- Da je prikladno za pacijente različitih uzrasta
- Da se može prilagođavati promenama stanja (poboljšanje-pogoršanje)

- Da je što manje upadljivo
- Da je estetski prihvatljivo
- Da pruža priliku za individualno izražavanje izborom tipa, boje, izgleda i načina upotrebe

Psihološki faktori

Prihvatanje pomagala, čak i u situacijama kada je stvarno neophodno ponekad je kompromitovano psihološkim faktorima.

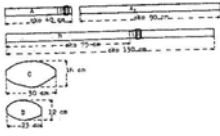
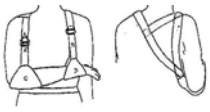
- Uzrast - 0 -10.g. lakše - uz saradnju sa roditeljima ili starateljima, 10-20.g. -teško, stari – teško.
- Faktor ličnosti (svako biće je jedinstveno, pa su i reakcije unikatne i ponekad nepredvidive)
- Stav prema stanju bolesti ili povrede (sa ili bez sekundarne dobiti koju invaliditet nosi)
- Trajanje invalidnosti (urođena ili stečena, subakutna ili hronična)
- Stepen invalidnosti (slab, umeren, težak)
- Prognoza bolesti, povrede ili stanja (statično, progredijentno, ka poboljšanju)

Kulturološki faktori

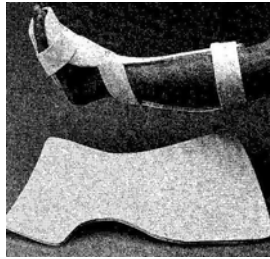
Svi faktori koji utiču na formiranje predstave o sebi i o svom telu, kao i odnos prema bolesti, nesposobnosti, ograničenjima i starenju mogu da utiču (pozitivno ili negativno) na prihvatanje pomagala)

- Faktori sredine
- Religija
- Država
- Mikro sredina - ruralna, urbana, direktno okruženje - porodica, posao...
- Slika o sebi ili predstava o telu i uticaj medija
- Savremena kultura

Корективно помагало -митела



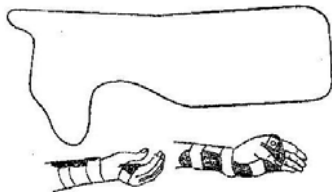
Корективно помагало -ноћна шина за стопало



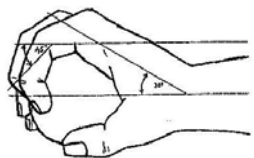
Корективно помагало - татор за колени зглоб



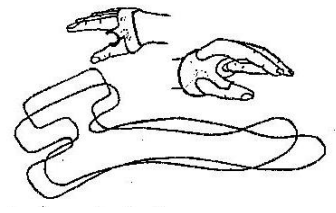
Корективно помагало - сплонт за ручни зглоб



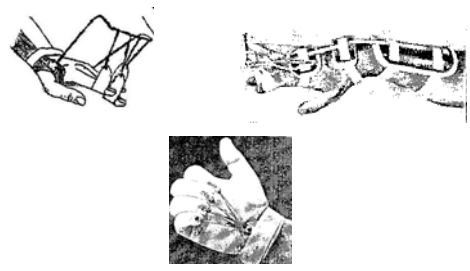
Функционални положај шаке



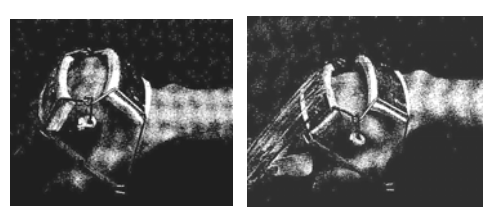
Корективно помагало - удлага за абдукцију палца



Динамичка помагала



Динамичка помагала



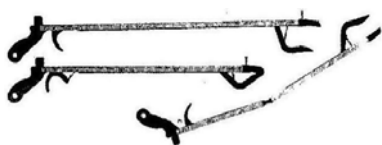
Funkcionalna pomagala

Funkcionalna pomagala delimično ili u potpunosti nadoknađuju izgubljenu funkciju i koriste se za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života

Dele se prema aktivnostima na:

- Pomagala za kretanje
- Pomagala za samozbrinjavanje (uzimanje hrane, ličnu higijenu, oblačenje i svlačenje)
- Pomagala za obavljanje profesionalnih aktivnosti
- Pomagala za obavljanje sportsko - rekreativnih, zabavnih i slobodnih aktivnosti

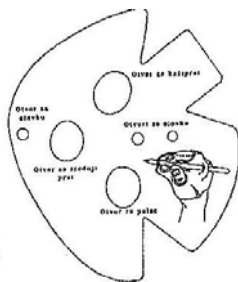
Функционално помагало за обување чарапа



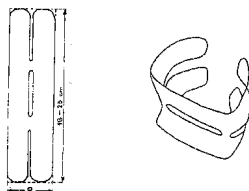
Помагала за узимање хране



Функционално помагало за писање



Функционално помагало -универзална манжетна



Sredstva za kretanje i analiza hoda

Sredstva za kretanje pripadaju pomoćnim sredstvima za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. U najširem smislu, pošto omogućavaju neku funkciju (kretanje) mogu pripadati funkcionalnim pomagalicama, ali su zbog svojih specifičnosti izdvojena. Ne aplikuju se na telo (za razliku od nekih pomagala ili aparata). Predstavljaju za neke pacijente trajno pomagalo za kretanje, a nekima su samo privremeni način kretanja do završetka rehabilitacije. Najčešće su u upotrebi štap, štake i kolica.

Štap

Najčešće pomoćno sredstvo za hod. Uloga mu je da rastereti povređenu ili bolnu stranu, pruži sigurnost u hodu i da bude signal da je korisniku potrebno obezbediti više prostora za kretanje. Ukoliko se koristi jedan štap drži se u ruci koja je suprotna od oštećene noge (npr.posle povrede noge, pri osloncu na povređenu nogu, trup se naginje na suprotnu stranu prema ruci u kojoj je štap i na taj način se oslonac delimično prenosi na štap, a težina tela se raspoređuje delimično na štap a delimično na povređenu nogu). Štap može imati jednu, tri ili četiri tačke oslonca. Ukoliko se koriste dva

štapa, hoda se četvorotaktno, a štapovi se isturaju ispred tela. Uobičajena visina štapa je do velikog trohantera.

Štake

Štake omogućavaju pacijentima kretanje tako što se deo težine prenosi na štake, a hod se izvodi i snagom mišića ruku, ramenog pojasa i trupa. Primenuju se u slučajevima kada je normalan hod nemoguć zbog slabosti mišića i/ili nedozvoljenog 100% oslonca, odnosno opterećenja donjih ekstremiteta.

Prema vrsti štake mogu biti :

- Podpazušne
- Podlakatne i
- Modifikovane (dubak ili hodalica)

Podpazušne štake

Podpazušne štake imaju oslonac u podpazušnoj jami i na dlanskim površinama. Da bi ispunile svoju svrhu - pomoć u hodu i rasterećenje donjih ekstremiteta, neophodno je da budu pravilno nivelisane. Ukoliko su predugačke izazivaju podizanje ramenog pojasa, ugrožavaju disanje i rad srca i dovode do bržeg zamora i mogu da vrše pritisak na brahijalni plexus. Ako su prekratke, pacijenti se naginju napred i može se razviti kifotično držanje ili kifoza. Rukohvat na podpazušnim štakama koji je horizontalan, treba da obezbedi da je podlakat u fleksiji od 30 stepeni kada je ručni zglob u dorzalnoj fleksiji (ekstenziji). Fleksija u lakatnom zglobu je neophodna da bi se obezbedila odgovarajuća snaga poluge kako bi pacijent pritiskom na dole kada prebacuje težinu na ruke podigao svoje telo uvis prilikom iskoraka i prebacivanja oslonca na bolnu nogu u hodu.

Podlakatne štake

Podlakatne štake imaju rukohvat i oslonac na dorzalnoj strani podlakta koji se završava 3-5 cm od olekranona. Opterećenje m.triceps brachii je veće nego pri hodu sa podpazušnim štakama. Ukoliko u hodu veće opterećenje pada na šake, opterećeniji su mišići koji odižu telo uvis - m.triceps brachii, m. pectoralis major, m.latissimus dorsi, m.trapezius (svi snopovi) i m.deltoideus.

Hod sa štakama – vrste

Hod sa štakama može biti :

- Dvotaktni
- Trotaktni
- Četvorotaktni
- Hod sa lažnim osloncem

Dvotaktni hod

Dvotaktni hod se izvodi bez obzira na vrstu štaka koje se koriste. Pri hodu se smenjuju naizmenično dva takta hoda. Prvi takt predstavlja postavljanje štaka ispred nogu, a drugi takt podizanje tela uvis i prebacivanje napred, tako da stopala dodirnu zemlju ispred štaka.

Trotaktni hod

Trotaktni hod predstavlja kretanje sa štakama u dve varijante:

1.varijanta:

- prvi takt - jedna štaka ispred
- drugi takt - druga štaka do iste daljine napred

- treći takt - obe noge zajedno napred, ali iza štaka

2. varijanta:

- prvi takt - obe štake istovremeno napred
- drugi takt - jedno stopalo napred
- treći takt - drugo stopalo napred

Četvorotaktni hod

Četvorotaktni hod je kretanje uz pomoć štaka koje karakteriše sukcesivno pomeranje napred.

- Prvi takt - desna štaka
- drugi takt - leva noga
- treći takt - leva štaka
- četvrti takt - desna noga

Između taktova nema pauza i pri ovakvom kretanju telo u svakom trenutku ima tri tačke oslonca - ili dve štake i jedna noga ili dve noge i jedna štaka.

Hod sa štakama sa lažnim osloncem

Za ovaj hod neophodne su podpazušne štake. To je hod sa štakama sa potpunim rasterećenjem jedne noge (lažni oslonac u stvari znači, da je stopalo povređene noge samo prislonjeno na tlo, ali je telesna težina kompletno na zdravoj nozi). Pri ovakvom hodu sa štakama vrše se pokreti nogama kao pri običnom hodu, ali se štake postavljaju i premeštaju napred pored stopala povređene noge istovremeno kada to stopalo dodirne podlogu.

Modifikovane štake - (dubak ili hodalica)

Grupa pomagala za kretanje (štaka), koje su izmenjene i stabilnije. Dubak ima 4 tačke oslonca od kojih su dve prednje pokretne (točkići) a dve zadnje stabilne i ima rukohvate koji nekada mogu biti opremljeni i kočnicama. Dubak može, takođe, na prednjem delu imati i tapacirani deo za sedenje, na koji pacijent može sesti i odmoriti se, jednostavnim pokretom rotacije trupa, ili okretanjem hodalice - dubka. Dubak se pokreće podizanjem zadnjih oslonaca i pomeranjem tela napred, a stabilizuje (bez kočnica) spuštanjem zadnjih oslonaca, posle čega sledi iskorak jednom pa drugom nogom. Koristi se često kod starijih pacijenata, pacijenata sa poremećajima ravnoteže i percepcije ili onih sa lošijom opštom kondicijom.

Kolica

Kao i ostala pomagala za kretanje mogu se koristiti privremeno (dok je rehabilitacija u toku - npr. frakture donjih ekstremiteta), a mogu biti i jedino rešenje i način kretanja, kako jednog broja starih korisnika, tako i kod pacijenata sa dijagnozom kvadriplegije. Postoji više vrsta i tipova kolica, ali su najprikladnija ona koja su na rasklapanje, napravljena od lakog materijala (metala) sa naslonom za leđa i sedištem od skaja koji su sklopivi jednim pokretom, sa osloncima za noge i velikim točkovima koji se lako pokreću. Neophodno je da imaju kočnice, kao i rukohvate koji omogućavaju pomoć drugih pri pokretanju. Elektronska (motorna) kolica usavršena su do nivoa da se mogu pokretati i samo pokretima jednog prsta ili aktivirati na glas. Pacijenti kojima kolica predstavljaju jedini način kretanja treba da imaju personalizovana kolica izrađena po meri.

Pomagala za kretanje i uloga radnog terapeuta

- Stvaranje preduslova za korišćenje pomagala za kretanje (održavanje i jačanje snage mišića, održavanje i povećanje pokretljivosti, ogrubljivanje delova kože, poboljšanje balansa u sedećem položaju.....)
- Uvežbavanje svih elemenata korišćenja pomagala za kretanje (upravljanje kolicima, transferi na stolicu, toalet, krevet, u kola, sklapanje, rasklapanje i održavanje kolica....)
- Uvežbavanje hoda sa štapom i/ili štakama
- Adaptacija pomagala za kretanje (nivelisanje štapa ili štaka, adaptacija opreme za kolica...)

Arhitektonsko tehničke adaptacije

Za određene kategorije korisnika usluga radne terapije neophodno je savetovanje u vezi uređenja prostora i određenih arhitektonsko -tehničkih adaptacija. Veća ograničenja u kretanju (kolica) nameću veće zahteve pri adaptacijama. Kombinovane smetnje zahtevaju sigurnije okruženje. Prisustvo demencije, čak i u početnim fazama treba da utiče na izbor okruženja. Lokacija prebivališta - ukoliko ju je moguće birati - treba da bude na mestu gde osoba sa smetnjama može realizovati sve svoje potrebe sa što manje tuđe pomoći (Florida -stari).

Dostupnost

- Ulica i put do prebivališta treba da su asfaltirani i dostupni
- Kuća ne bi trebalo da se nalazi na strmom tlu
- Ivičnjake treba ubiti (mame, bebe i kolica)
- Ulazna vrata treba da se lako otvaraju i da omogućavaju bezbedan ulaz
- Unutrašnja i spoljašnja vrata u stanu treba da su BAR 90 cm širine
- Pragove treba ukloniti, a ako su neophodni, treba da su dovoljno niski da ne ometaju prelazak
- Obe strane stepenica treba da su opremljene gelenderima, ne previše strme i ne pojedinačno previsoke, niti sme da ih bude mnogo u nizu bez odmorišta
- Pod treba da je od materijala koji se ne kliza - ni u stanu ni u haustoru

Kuhinja

Za osobe koje se kreću uz pomoć kolica:

- Slobodan prostor treba da je širi od standardnog
- Raspored elemenata u obliku latiničnog slova "L"
- Prazan prostor ispod sudopere i radnih površina, sa oko 70 cm širine
- Visina donje ivice radnih površina i sudopere bar 80 cm od poda
- Zidni ormarići na oko 115 od poda i opremljeni "šuber" vratima
- Tabla na izvlačenje na raznim dostupnim visinama je praktičan i nekad neophodan deo opreme kuhinjskog prostora

Za osobe koje se kreću uz pomoć štapa ili štaka:

- Kuhinja treba da je veća od standardne i sa rasporedom elemenata u obliku latiničnog slova "U"
- Visina od poda do donje ivice treba da je oko 90 cm za sudoperu i radne površine

- Zidni ormarići treba da su na oko 130 cm od poda
- Rukohvate treba podesiti za prihvatanje i pridržavanje na svim radnim površinama, kao i u ostavi i na frižideru
- Potrebno je takođe predvideti i mesto za ostavljanje štapa ili štaka i mesto za stočić sa točkovima

Kupatilo

- Treba da je veće od standardnog
- Lavabo, kada i WC šolja treba da budu prilagođene visine
- Kadu bi bilo idealno izbaciti, jer predstavlja veliki potencijalni rizik
- Lavabo viseći na oko 80 cm od poda sa otvorenim prostorom ispod i sa strane od bar 70 cm
- Ogledalo i toaletni ormarić na visinu koja je dostupna osobi u kolicima - 90 -130 cm od poda
- Rukohvati na oko 80 cm od poda sa svake strane WC šolje
- Horizontalne šine - držače učvrstiti pored kade i opremiti kadu pokretnim sedištem, a ukoliko je potrebno i iznad kade postaviti držače
- Slavine za vodu prilagoditi visini - oko 90 cm od poda na kraju kade
- Slavine treba da su jednoručne, a svi utikači, prekidači, ručke za otvaranje ormana, ormarića i plakara u kući treba da su podešeni prema individualnim potrebama korisnika.