

WP2 Badania jakościowe: ustrukturyzowane wywiady z formalnymi i nieformalnymi opiekunami osób wykazujących zachowania związane z dezorientacją – nawiązanie relacji.

Autor: Julia Matuszek

Promotor: Aleksandra Mykowska

Badania przeprowadzone przez Fundację Understanding w ramach projektu Erasmus+: „Support – Innowacyjne modele behawioralne w opiece społecznej”.

Marzec 2026 r.

Spis treści

Wprowadzenie do raportu	2
Cel	2
Dane demograficzne	2
Wyniki	3
Postrzegane luki w kompetencjach wynikające z braku lub nieodpowiedniego szkolenia, powodujące codzienne trudności, z jakimi borykają się opiekunowie.	3
Rola technologii w środowisku opieki.	6
Obecna praktyka:	6
Doświadczenia opiekunów	6
Zalecenia:	6
Konkretne sytuacje i scenariusze, z którymi borykali się opiekunowie i które stanowiły dla nich wyzwanie.	6
Formy szkoleń preferowane przez opiekunów, które mogą posłużyć jako podstawa do opracowania materiałów szkoleniowych w ramach projektów.	7

Wprowadzenie do raportu „”

SUPPORT – Innowacyjny model behawioralny w opiece społecznej to projekt w ramach programu Erasmus+, realizowany w latach 2025–2027 przez międzynarodowe konsorcjum składające się z 5 partnerów z 4 krajów europejskich (Holandii, Niemiec, Polski i Włoch). Liderem i koordynatorem projektu jest Stichting Surplus z Holandii, natomiast badania wstępne (WP2) prowadzi Fundacja Understanding z Polski. Projekt identyfikuje istotną lukę w europejskim sektorze opieki i ma na celu jej wypełnienie poprzez oferowanie możliwości podnoszenia kwalifikacji oraz tworzenie nowych ścieżek rozwoju w ramach tej roli.

Badanie zostanie przeprowadzone w trzech częściach: badania jakościowe, których streszczenie przedstawiono poniżej, badania ilościowe oraz krajowe badania źródłowe. Wyniki tego badania posłużą jako punkt wyjścia do opracowania narzędzia e-zdrowia oraz będą stanowić wskazówki dla partnerów przy dalszym opracowywaniu merytorycznych wyników i materiałów edukacyjnych

Cel

Badania jakościowe w ramach pakietu roboczego 2 (WP2) projektu mają na celu uzyskanie głębszego zrozumienia doświadczeń opiekunów osób wykazujących zachowania dezorientacyjne. Zastosowanie podejścia empirycznego pozwoli nam zidentyfikować rzeczywiste potrzeby specjalistów ds. opieki i uwzględnić je przy opracowywaniu szkoleń i narzędzi w ramach pakietów roboczych 3 i 4 (WP3 i WP4), zamiast proponować gotowe rozwiązania. Na podstawie szerszych odpowiedzi uzyskanych w badaniach jakościowych zostanie opracowana ankieta ilościowa w celu dalszej oceny potrzeb.

Dane demograficzne

Wywiady odbyły się w styczniu i lutym 2026 r., a pełną listę pytań można znaleźć w załączniku. 1. W ramach niniejszego badania przeprowadzono wywiady z łącznie 30 uczestnikami z czterech krajów (Niemcy n=10, Włochy n=10, Holandia n=6, Polska n=4). Spośród nich 18 stanowiły osoby zawodowo zajmujące się opieką, 10 – opiekunowie nieformalni, a 2 – wolontariusze. Wśród profesjonalnych opiekunów znaleźli się zarówno pracownicy pierwszej linii, jak i koordynatorzy wyższego szczebla; reprezentowali oni takie role, jak pielęgniarki geriatryczne, koordynatorzy opieki pielęgniarstwa, specjaliści ds. opieki społecznej oraz personel wsparcia IT. Nieformalni opiekunowie to przede wszystkim osoby zapewniające opiekę starszemu się rodzicom lub innym członkom rodziny.

Jeśli chodzi o miejsce świadczenia opieki, 11 uczestników wskazało, że świadczy opiekę na obszarach miejskich, 5 – na obszarach wiejskich, a 14 nie określiło miejsca świadczenia opieki.

Wiek uczestników wahał się od 27 do 73 lat ($M = 58$), co wskazuje, że kadra opiekuńcza składa się głównie z osób starszych. Doświadczenie w opiece wahało się od 2 do ponad 30 lat, odzwierciedlając szeroki zakres zawodowego i osobistego doświadczenia w opiece.

WP2 QUALITATIVE STUDY - PARTICIPANT DEMOGRAPHICS

Total Participants: 29

Role Distribution

Professional Caregivers

18

Informal Carers

9

Volunteers

2

Age Range

27 - 73 years

Years of Experience

2 - 30+ years

SUPPORT Project | Work Package 2 | Fundacja Understanding

Wyniki

Obecone badania wykazały, że opiekunowie zawodowi i niezawodowi często postrzegają swoje role w znacząco odmienny sposób. Różnice te są szczególnie widoczne w takich obszarach, jak dostęp do zasobów, poziom przygotowania i szkolenia do pełnienia tej roli oraz zakres obowiązków administracyjnych, z którymi muszą sobie radzić. Opiekunowie zawodowi zazwyczaj działają w ramach ustrukturyzowanych systemów, które zapewniają wytyczne i wsparcie instytucjonalne, choć często odczuwają obciążenie związane z dokumentacją i sprawozdaniami, podczas gdy opiekunowie niezawodowi mogą w większym stopniu polegać na własnej inicjatywie i nieformalnych sieciach kontaktów. Niemniej jednak, niezależnie od konkretnej specjalizacji w zakresie zaburzeń orientacji, w której pracują, opiekunowie mają wiele wspólnych potrzeb i wyzwań. Wyniki wywiadów pozwoliły zatem zidentyfikować i uporządkować te wspólne potrzeby w czterech kluczowych obszarach, aby jak najlepiej zrealizować nadrzędny cel badań.

Postrzegane luki w kompetencjach wynikające z braku lub nieodpowiedniego szkolenia, powodujące codzienne wyzwania, z jakimi borykają się opiekunowie z .

Większość uczestników zgadza się, że nie zostali odpowiednio przygotowani do pełnienia roli opiekuna. Niemniej jednak wstępne przygotowanie i odbyte szkolenia to obszary, w których różnice między opiekunami zawodowymi a nieprofesjonalnymi są najbardziej wyraźne. Opiekunowie zawodowi zazwyczaj rozpoczynają pracę w tej dziedzinie po odbyciu formalnego szkolenia teoretycznego dotyczącego schorzeń takich jak demencja, autyzm i zaburzenia psychiczne. Opisują jednak to szkolenie jako suche, sztywne i oparte na podręcznikach, co pozbawia ich praktycznych i zorientowanych na człowieka umiejętności potrzebnych w rzeczywistych sytuacjach. Podkreślali, że przygotowanie teoretyczne dotyczące schorzeń takich jak demencja czy autyzm było dobre, jednak wiedza ta nie przekłada się na umiejętność reagowania na wybuch agresji w ograniczonej przestrzeni ani na radzenie sobie z odmową higieny osobistej. Opiekunowie nieprofesjonalni doświadczają całkowitego braku wstępnego przygotowania. Zgłaszają, że przed rozpoczęciem opieki nad krewnymi nie otrzymali żadnego szkolenia ani wsparcia. Po postawieniu diagnozy

, często pozostawia się ich całkowicie samym sobie, by sami radzili sobie ze złożonymi zmianami zachowania:

„Nie otrzymuje się żadnego szkolenia, gdy zaczyna się opiekować rodziną. Po prostu oczekują, że się to wie”.

W związku z tym w analizie zidentyfikowano cztery główne problemy wynikające z tej luki kompetencyjnej.

1) Komunikacja

Na podstawie wywiadów opiekunowie wskazują, że umiejętność dobrej komunikacji jest kluczową kompetencją niezbędną do pełnienia tej roli. Wiele codziennych problemów i wyzwań wynika z zakłóceń w komunikacji i niepowodzeń operacyjnych. Opiekunowie zgłaszają znaczną lukę w praktycznym szkoleniu dotyczącym komunikacji z osobami z zaburzeniami funkcji poznawczych, szczególnie w zakresie komunikacji niewerbalnej, korzystania z pomocy wizualnych (AAC) oraz technik walidacji emocjonalnej zamiast konfrontacyjnego podejścia do osób z demencją. **Największy stres często wynika z niemożności rozszyfrowania potrzeb danej osoby i nawiązania z nią kontaktu, gdy zawodzi standardowy język — i nie dotyczy to wyłącznie osób z zaburzeniami funkcji poznawczych.**

„Najbardziej złożoną umiejętnością jest zdecydowanie komunikacja: werbalna, niewerbalna oraz komunikacja alternatywna. Wiele osób z zaburzeniami funkcji poznawczych ma trudności ze zrozumieniem złożonych komunikatów lub nieodpowiednich stylów komunikacji”.

Opiekunowie zauważają, że konwencjonalnych wyjaśnień werbalnych często nie da się zastosować w przypadku osób doświadczających ostrego cierpienia, reakcji pourazowych, silnego lęku, autyzmu lub urazów mózgu. Złożony język, abstrakcyjne sformułowania lub zbyt wiele instrukcji mogą przytłaczać, zamiast wspierać. Wielu opisuje codzienną „grę w zgadywanie”, polegającą na interpretowaniu płaczu, krzyków lub agresji u niewerbalnych pensjonariuszy, nie mając pewności, czy dane zachowanie sygnalizuje ból, cierpienie, czy potrzebę uwagi.

Standardowe szkolenia z zakresu łagodzenia napięć są często postrzegane jako zbyt teoretyczne i oderwane od złożoności rzeczywistych sytuacji. Opiekunowie wyrażają silną potrzebę tego, co nazywają „Łagodzeniem napięć 2.0” – praktycznych wskazówek dotyczących tego, jakich dokładnie słów należy używać, a jakich unikać, jak modulować ton głosu oraz jak reagować na paranoję, agresję lub zachowania manipulacyjne, takie jak groźby samookaleczenia.

„Chciałabym otrzymać bardziej konkretne wskazówki dotyczące tego, jak komunikować się z osobami zdezorientowanymi lub zagubionymi, nie zwiększając ich pobudzenia. Na początku nikt tak naprawdę nie wyjaśnia, jak należy się zachować, gdy osoba nagle zmienia nastrój, staje się podejrzliwa lub reaguje w nieprzewidywalny sposób.

Zrozumienie, jakich słów należy używać, a jakich unikać, oraz jak modulować ton głosu, byłoby niezbędne już od samego początku”.

Opiekunowie pracujący z osobami z autyzmem lub urazami mózgu borykają się również z „nadmiarem instrukcji”, co podkreśla, jak trudno jest przełożyć zadania na bardzo proste, konkretne kroki. Wielu z nich przyznaje, że skuteczne narzędzia, takie jak tablice komunikacyjne czy karty ze zdjęciami, odkryli raczej przez przypadek niż w ramach formalnego szkolenia.

2) Granice

Respondenci wskazują, że trudności z wyznaczaniem granic są głównym źródłem wyczerpania emocjonalnego, charakteryzującego się konfliktem między chęcią pomocy a potrzebą samoochrony. Opiekunowie przyznają, że ich współczucie i empatia mogą stanowić przeszkodę w utrzymaniu się w granicach zakresu obowiązków, co w konsekwencji prowadzi do wykonywania zadań wykraczających poza ich kompetencje. Specjaliści opisują trudności związane z „znalezieniem równowagi między bliskim wsparciem a granicami zawodowymi”, zwłaszcza gdy klienci stawiają wysokie wymagania poza godzinami pracy lub naruszają czas prywatny, nieustannie dzwoniąc lub pukając do drzwi.

„To ciągła walka, kłótnia i dyskusja... Te nieustanne »kłótnie« i dyskusje bardzo mnie obciążają”.

Nie jest to jedynie kwestia administracyjna, ale także kwestia bezpieczeństwa i relacji; jeden z profesjonalistów wyraźnie poprosił o szkolenie dotyczące „tego, jak powiedzieć »nie«, aby pensjonariusz nie chciał wyważyć drzwi”, obawiając się, że wyznaczenie granic może wywołać agresję lub zniszczyć więź. **W przypadku nieformalnych opiekunów i wolontariuszy poczucie winy potęguje niejasność roli; często osiągają oni „granice wytrzymałości fizycznej i psychicznej”, a mimo to czują się niezdolni do wycofania się, ponieważ nie wiedzą, „jak i komu” przekazać odpowiedzialność, lub obawiają się porzucenia swojego krewnego.** W konsekwencji umiejętność zachowania „profesjonalnego dystansu” i radzenia sobie z poczuciem winy związanym z odmową jest konsekwentnie identyfikowana jako kluczowa, a jednocześnie zaniedbywana umiejętność w obecnych programach szkoleniowych. Kluczowa niezdolność do „oddzielenia pracy od życia prywatnego” jest postrzegana jako czynnik sprzyjający przeciążeniu i wypaleniu opiekunów.

3) Dbanie o siebie i wsparcie dla opiekunów.

Podczas gdy dobrostan osób z trudnościami behawioralnymi cieszy się znacznym zainteresowaniem, potrzeby samych opiekunów – zwłaszcza ich zdrowie psychiczne – często pozostają pomijane, głównie w obszarach odporności psychicznej i dbania o siebie. Istnieje wyraźna luka w szkoleniach dotyczących zdrowia psychicznego samego opiekuna: jak zachować dystans zawodowy, radzić sobie ze stresem, przeżywać żałobę/śmierć oraz unikać wypalenia zawodowego. Dużym wyzwaniem jest „regulacja emocjonalna” – a konkretnie to, jak zachować spokój, gdy pensjonariusz krzyczy, obraża lub wykazuje agresję fizyczną. Opiekunowie pytają: „Jak radzić sobie z wybuchami gniewu, nie wpadając samemu w gniew?”. Taki „efekt lustra” sprawia, że opiekunowie kwestionują własne umiejętności, wpływa na ich myśli i nastrój w czasie wolnym oraz utrudnia im odpoczynek. Nieformalni opiekunowie mówią o osiągnięciu „granicy wytrzymałości fizycznej i psychicznej”, a jeden z 73-letni sąsiad stwierdza

„Coraz częściej osiągam granice mojej fizycznej i psychicznej wytrzymałości. Nie wiem, jak długo jeszcze dam radę...”.

Specjaliści domagali się szkoleń z zakresu „kompetencji w zakresie traumy” – nie tylko w odniesieniu do pacjenta, ale także po to, by zrozumieć własne reakcje na przemoc.

„Szkoda, że nie byłam lepiej przygotowana na emocjonalny wpływ tej roli. Chociaż omówiono procedury kliniczne, nie byłam przygotowana na to, jak intensywne i osobiste mogą być emocje, zwłaszcza po krytycznych zdarzeniach”.

Dla wielu opiekunów – zwłaszcza nieformalnych – opieka ma charakter długoterminowy, dlatego dbanie o siebie, dobre samopoczucie i odporność psychologiczną ma kluczowe znaczenie dla utrzymania ich wysiłków w dłuższej perspektywie.

Problemy te dodatkowo pogłębia poczucie porzucenia i izolacji. Istnieje silne poczucie „samotności” w radzeniu sobie ze złożonymi zachowaniami, przy braku wsparcia psychologicznego dla samych opiekunów. Opiekunowie często zgłaszają, że czują się samotni w swojej bezsilności i po prostu nie mają nikogo, z kim mogliby wymienić się pomysłami. Czują się zmuszeni do przejmowania obowiązków zawodowych, ponieważ faktyczny personel jest „nieliczny” lub „zajęty własnymi sprawami”. Opiekunowie wyraźnie stwierdzili, że brakuje im narzędzi do ochrony własnego zdrowia psychicznego przed codziennymi czynnikami stresogennymi związanymi z pracą. Wielu z nich stwierdziło, że najskuteczniejszym wsparciem jest po prostu „wymiana doświadczeń z innymi osobami w podobnej sytuacji – po prostu wyładowanie emocji”. Pragną oni grup typu „kręgi samopomocy”, które potwierdzą słuszność ich odczuć.

Rola technologii w opiece .

Obecna praktyka w zakresie „ ”:

Badania pokazują, że wykorzystanie technologii jako uzupełnienia opieki jest dość ograniczone. Chociaż placówki opieki profesjonalnej w Holandii i Niemczech zgłaszają dostęp do aplikacji do planowania opieki, takich jak Zilliz, Medifox i Goedendagapp, które mają uzupełniać ich pracę, praktyka ta nie jest powszechna. Wiele placówek

nadal polegają na dokumentacji papierowej lub znajdują się w „hybrydowej” sytuacji, w której wprowadzono systemy cyfrowe, ale zakończyło się to niepowodzeniem z powodu rotacji personelu lub zbyt dużej złożoności. Narzędzia cyfrowe są często postrzegane jako sposób na wypełnianie „arkuszy kalkulacyjnych Excel”, a nie jako pomoc dla pacjenta. Nieformalni opiekunowie i wolontariusze znacznie częściej określają się jako „niechętnych technologii” lub niepewnych w posługiwaniu się narzędziami cyfrowymi. Obawiają się popełnienia błędów technicznych, które mogłyby zaszkodzić pacjentowi, martwią się o uszkodzenie urządzeń i borykają się ze skomplikowanymi interfejsami, preferując poleganie wyłącznie na podstawowych narzędziach, takich jak zwykle rozmowy telefoniczne.

Obecne wykorzystanie technologii wśród opiekunów charakteryzuje się dużym uzależnieniem od nieformalnych narzędzi, takich jak WhatsApp, służących do szybkiej koordynacji zespołu i sporządzania raportów opartych na zdjęciach, wypełniających lukę pozostawioną przez formalne systemy elektroniczne, które są często krytykowane jako „mania dokumentacji” lub zbyt skomplikowane w sytuacjach kryzysowych. Jeśli chodzi o sprzęt, korzystanie z tabletów (iPadów) i smartfonów jest powszechne w niektórych środowiskach holenderskich i niemieckich, podczas gdy inni (często starsi wolontariusze) polegają wyłącznie na systemach nawigacyjnych lub telefonach prywatnych.

Doświadczenia opiekunów związane z korzystaniem z technologii ()

Analiza wykazała, że kompetencje cyfrowe w sektorze opieki znacznie się różnią. Podczas gdy niektórzy młodzi specjaliści deklarują pewność w posługiwaniu się technologią, starsza grupa opiekunów wykazuje niechęć do technologii, zgłaszając poczucie niepewności podczas korzystania z niej oraz borykając się ze skomplikowanymi interfejsami i słabym połączeniem internetowym na obszarach wiejskich. Wielu wyraziło niechęć do nowych technologii, postrzegając je jako industrializację opieki, generującą więcej biurokratycznej pracy zamiast wspierania podejścia skoncentrowanego na osobie.

„Protokoły na każdą drobnostkę. Opiekuję się ludźmi, a nie arkuszami Excela”.

Ponadto opiekunowie obawiają się, że zepsują urządzenie lub popełnią błędy, które zaszkodzą pacjentowi.

Zalecenia:

W swoich życzeniach i zaleceniach dotyczących narzędzia e-zdrowia uczestnicy jednogłośnie stawiają na pierwszym miejscu prostotę i niezawodność, prosząc o możliwość działania w trybie offline. Opiekunowie cenią sobie instrukcje wizualne w postaci zdjęć i filmów bardziej niż tekst. Aby nowe narzędzie było pomocne dla opiekunów, nie może zwiększać obciążeń administracyjnych; w związku z tym zaleca się stosowanie zasady „nie więcej niż trzy kliknięcia”. Jedną z pożądanych funkcji był przycisk alarmowy, który pozwala uruchomić procedurę kryzysową jednym kliknięciem.

Opiekunowie skorzystaliby również na aplikacji zawierającej kompletny profil mieszkańca, w tym dokumentację medyczną, nadchodzące wizyty oraz nawyki pacjenta – dotyczące higieny, odżywiania, palenia tytoniu czy przerw. Dodatkową korzyścią byłaby możliwość udostępnienia tych informacji lekarzom i szpitalom jednym kliknięciem.

Konkretne sytuacje i scenariusze, z którymi borykają się opiekunowie i które stanowią dla nich wyzwanie.

- 1) **Niezrozumiałe oznaki cierpienia** — gdy pacjent nieposługujący się mową krzyczy, jęczy lub zachowuje się agresywnie, pozostawiając opiekuna w niepewności, czy sygnalizuje to ból, potrzebę uwagi, czy też powtarzający się schemat zachowania. Takie pozornie dziwaczne zachowanie może być trudne do opanowania bez znajomości historii pacjenta, umiejętności komunikacyjnych i technik łagodzenia napięcia.
- 2) **Odmowa opieki** — mieszkańcy mogą opierać się korzystaniu ze wsparcia, odmawiać wykonywania niezbędnych czynności lub zaniedbywać własne samopoczucie. Opiekunowie stają przed wyzwaniem motywowania do udziału przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii, co wymaga cierpliwości, kreatywności i rozsądnej oceny sytuacji.

- 3) **„Dylemat fiksacji” i unieruchamianie:** Gdy mieszkańcy narażają siebie lub innych na niebezpieczeństwo, opiekunowie muszą poruszać się w ramach prawnych i etycznych ograniczeń dotyczących fizycznego unieruchamiania lub ograniczeń środowiskowych (np. zamykania drzwi). Decyzje muszą równoważyć bezpieczeństwo z poszanowaniem autonomii mieszkańca, co może być bardzo stresujące i złożone.
- 4) **Zakłócenie dynamiki grupy:** Zachowanie jednego mieszkańca, takie jak agresja lub krzyki, może wywołać niepokój lub agresję u innych, tworząc efekt domina, który przytłacza pojedynczego opiekuna. Zarządzanie dynamiką grupy wymaga szybkiej oceny sytuacji i skoordynowanej interwencji.
- 5) **Radzenie sobie z natrętnym kontaktem:** Mieszkańcy mogą wielokrotnie dzwonić lub pukać w nieodpowiednich momentach, co wymaga od opiekunów wyznaczenia granic w sposób pozwalający zachować zaufanie i jakość relacji. Osiągnięcie tej równowagi między autorytetem a empatią może być trudne.
- 6) **Utrzymanie rutyny:** Utrzymanie spójnej rutyny dla mieszkańców ma kluczowe znaczenie, ale zmiany w otoczeniu, wahania w obsadzie personelu lub nieoczekiwane zdarzenia mogą zakłócić stabilność. Opiekunowie muszą szybko się dostosowywać, zachowując jednocześnie strukturę, aby zapobiegać niepokojowi.
- 7) **Pośredniczenie w trudnych relacjach:** Opiekunowie często muszą radzić sobie ze złożonymi relacjami między pensjonariuszami, rodzinami lub innymi pracownikami, którzy mogą mieć agresywne, nierealistyczne lub sprzeczne oczekiwania. Rodziny mogą czuć się wykluczone z procesu podejmowania decyzji dotyczących opieki, co zwiększa presję na opiekunów, by jasno się komunikowali, jednocześnie radząc sobie z napięciami. Muszą wiedzieć, kiedy i jak interweniować bez naruszania prywatności lub granic zawodowych.
- 8) **Koordinacja z podmiotami zewnętrznymi:** Opiekunowie często współpracują ze szpitalami, władzami lokalnymi lub innymi podmiotami świadczącymi usługi opiekuńcze. Mogą odczuwać, że ich wiedza i wkład są niedoceniane, że marnują czas lub że wysiłek, jaki wkładają w koordynację, nie spotyka się z wzajemnością, co powoduje frustrację i obniża efektywność.
- 9) **Kierowanie do odpowiednich służb:** Identyfikowanie odpowiednich lokalnych usług lub organizacji oraz łączenie z nimi mieszkańców wymaga od opiekunów bycia na bieżąco, co jest niezbędne dla zapewnienia całościowego wsparcia, ale może być czasochłonne i trudne w złożonych środowiskach opieki.
- 10) **Trauma po agresji:** Po doświadczeniu groźby lub fizycznego ataku opiekunowie mogą odczuwać stres, strach lub traumę. Bez natychmiastowej rozmowy podsumowującej lub wsparcia psychologicznego takie zdarzenia mogą wpływać na samopoczucie, pewność siebie i wydajność zawodową.
- 11) **Luki w przekazywaniu obowiązków** między zmianami: Kluczowe informacje dotyczące mieszkańców, takie jak nasilające się pobudzenie lub nowe czynniki wywołujące agresję, są czasami tracone podczas przekazywania obowiązków między zmianami. Może to prowadzić do kryzysów, którym można było zapobiec, oraz zwiększa obciążenie emocjonalne i praktyczne dla opiekuna przejmującego zmianę.
- 12) **Radzenie sobie z poczuciem bezsilności:** Opiekunowie czasami stają w obliczu sytuacji, w których nie mogą bezpośrednio interweniować i muszą pozwolić mieszkańcom doświadczyć konsekwencji swoich działań. Akceptacja tego faktu i wspieranie samodzielności mieszkańców bez natychmiastowego „rozwiązywania” problemów jest emocjonalnie wymagające.

Forma szkolenia preferowana przez opiekunów, mająca wpływ na ogólny kierunek rozwoju materiałów szkoleniowych w ramach projektów.

Pomimo różnorodnych doświadczeń i pochodzenia większość opiekunów zgadza się, że jeśli chodzi o szkolenia: ogólnie nie chcą więcej teoretycznych slajdów, które uważają za nieprzydatne w codziennej pracy; pragną natomiast wysoce praktycznych szkoleń opartych na scenariuszach, które pomogą im interpretować oznaki niepokoju, zapobiegać eskalacji konfliktów, skutecznie koordynować działania z zespołami i rodzinami oraz pewnie reagować w sytuacjach obciążonych emocjonalnie, a także struktur wsparcia emocjonalnego, na których mogą się oprzeć.

Opiekunowie preferują mikrouczenie dostępne w dowolnym momencie oraz podejście typu „szkolenie



Co-funded by
the European Union

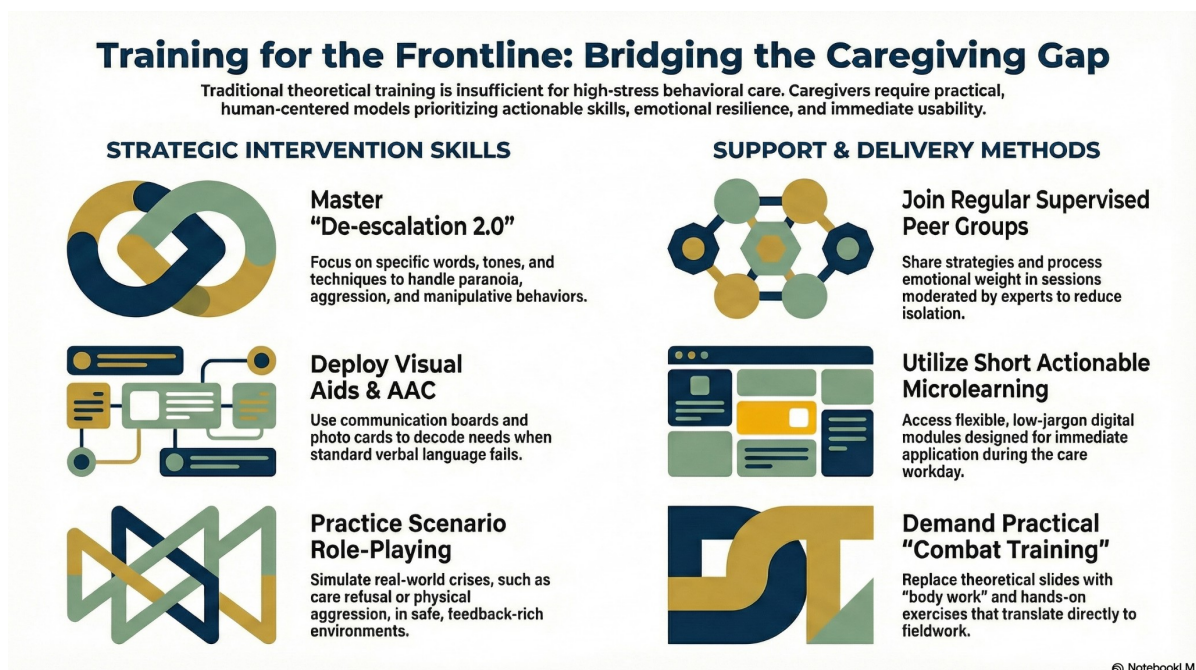


bojowe”, które unika żargonu technicznego i oddziela treści teoretyczne od umiejętności praktycznych i emocjonalnych. Elementy stacjonarne, określane jako „praca z ciałem” i wsparcie emocjonalne, były cenione dzięki regularnym spotkaniom, dyskusjom między rówieśnikami moderowanym przez ekspertów oraz łatwo dostępnym materiałom, z których można skorzystać w razie potrzeby. Ogólnie rzecz biorąc, niemal powszechnie odrzucano szkolenia czysto akademickie lub abstrakcyjne na rzecz uczenia się przez praktykę, wymiany doświadczeń między rówieśnikami oraz krótkich, przystępnych formatów. Opiekunowie

zwracali uwagę na swoją ograniczoną dostępność na szkolenia stacjonarne, podkreślając, że powinny one odbywać się najlepiej w godzinach pracy.

Na podstawie wywiadów opiekunowie wyrazili zdecydowaną preferencję dla praktycznych szkoleń opartych na scenariuszach, które obejmują zarówno wiedzę teoretyczną, jak i umiejętności praktyczne. Sugerowane formaty szkoleń obejmują:

- „De-escalation 2.0” dotyczące radzenia sobie z zachowaniami manipulacyjnymi, takimi jak groźby samookaleczenia, oraz szkolenia z komunikacji skupiające się na dokładnej wiedzy, jakich słów używać, a jakich unikać, oraz jak modulować ton głosu, gdy ktoś wykazuje objawy paranoi lub agresji – choć konteksty wielojęzyczne mogą stanowić wyzwanie.
- Metody wizualne i niewerbalne, takie jak narzędzia AAC, są często odkrywane przez personel raczej dzięki osobistym doświadczeniom niż formalnym szkoleniom, co podkreśla potrzebę ustrukturyzowanych wytycznych.
- Odgrywanie realistycznych scenariuszy, takich jak poruszanie się po pomieszczeniach podczas incydentów agresywnych.
- Krótkie, praktyczne protokoły dotyczące konkretnych zachowań, np. reagowania, gdy pensjonariusz chce „iść do pracy” o północy
- Regularne wsparcie i spotkania zamiast jednorazowego szkolenia oraz dyskusje z innymi opiekunami moderowane przez eksperta w grupach wsparcia.



Załącznik 1.

Lista pytań do ustrukturyzowanych wywiadów.



Co-funded by
the European Union

Fundacja
UNDERSTANDING

Consorzio
Scuola
Comunità
Impresa

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

Vişier

BSW

UNIVERSITÀ DEL SALENTO
URPLUS

Sekcja A: Tło i kontekst opieki

Proszę opisać swoją rolę (zawodową, nieformalną, wolontariacką) oraz od jak dawna opiekuje się Pan/Pani osobami z zaburzeniami zachowania (lub jedną osobą z takimi zaburzeniami).

Patrząc wstecz na ostatni miesiąc, jakie są główne wyzwania (3 kluczowe wyzwania), z którymi boryka się Pan/Pani w typowym tygodniu opieki?

Sekcja B: Istotne wyzwania i luki w kompetencjach

Jakie kluczowe informacje chciałby Pan/Pani otrzymać na początku opieki nad osobą wykazującą zachowania dezorientacyjne, aby zapewnić wysoką jakość opieki?

Czy przychodzą Ci do głowy jakieś konkretne scenariusze lub sytuacje, z którymi spotykasz się jako opiekun i które są dla Ciebie trudne do opanowania? (To kluczowe pytanie dla naszych badań. Postaraj się je rozwinąć, zachęcając uczestników do podania kilku szczegółowych scenariuszy).

Jeśli chodzi o zaburzenia zachowania na Państwa oddziale/w miejscu pracy (np. demencja, dezorientacja, agresja), jakie kluczowe umiejętności/wiedza sprawiają Państwu największą trudność w opanowaniu lub zastosowaniu w praktyce?

Biorąc pod uwagę Państwa doświadczenie w środowisku opiekuńczym, jakie obszary (poza medycznymi) uważają Państwo za niezbędne w pełnieniu swojej roli, ale które nie zostały wystarczająco omówione podczas szkolenia przygotowującego do zawodu opiekuna? (Pytania uzupełniające: komunikacja, radzenie sobie ze stresem, wsparcie psychologiczne, aspekty prawne?)

Sekcja C: Technologie i narzędzia cyfrowe

W jakim stopniu korzystasz już z technologii (np. komunikatorów internetowych, aplikacji mobilnych, telekonsultacji) w koordynowaniu opieki? (Jak ocenilibyś swoje umiejętności cyfrowe?) (Jeśli już z nich korzystasz: Jak sobie z tym radzisz?)

Mając na uwadze te wyzwania, gdybyś miał dostęp do idealnej aplikacji e-zdrowia wspierającej Twoje codzienne zadania, jakie funkcje powinna ona posiadać? (pytania uzupełniające: koordynacja pracy zespołowej, codzienne rutyny, baza wiedzy).

Jakie są Państwa największe obawy związane z wykorzystaniem technologii w opiece (np. prywatność, bezpieczeństwo, brak zaufania, bariery techniczne: słaby internet, drogi sprzęt)?

Sekcja D: Forma szkolenia

Gdyby projekt SUPPORT oferował szkolenia hybrydowe (częściowo online, częściowo stacjonarne), które elementy wolałbyś realizować online, a które w formie praktycznych warsztatów?

W jaki sposób chcieliby Państwo zdobywać wiedzę i rozwijać swoje umiejętności, czy też korzystają Państwo lub chcieliby Państwo korzystać z takich form wsparcia, jak regularne szkolenia, grupy wsparcia dla opiekunów z udziałem eksperta lub bez niego itp.?

Sekcja E: Podsumowanie

Gdybyś miał udzielić jednej kluczowej rekomendacji (najważniejszej rady) twórcom programów szkoleniowych i aplikacji dla opiekunów, co by to było?