

Starość zależna – opieka i pomoc społeczna

SERIA WYDAWNICZA:
BIBLIOTEKA GERONTOLOGII SPOŁECZNEJ
TOM III

BIBLIOTEKA GERONTOLOGII SPOŁECZNEJ

Starość zależna
– opieka i pomoc społeczna
Perspektywa gerontologii społecznej

Redakcja naukowa:
Zofia Szarota

Kraków

2011

Redakcja BIBLIOTEKI GERONTOLOGII SPOŁECZNEJ

Elżbieta DUBAS – redaktor naczelna
Małgorzata DZIĘGIELEWSKA
Artur FABIŚ – zastępca redaktor naczelnej
Grażyna ORZECZOWSKA
Jerzy SEMKÓW
Zofia SZAROTA – zastępca redaktor naczelnej

Strona internetowa: <http://www.gerontolodzy.pl/>

Adres Redakcji:

Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej

pl. Marcina Lutra 7
43-300 Bielsko-Biała
tel. (33) 810 11 07
e-mail: a.fabis@wsa.bielsko.pl

Uniwersytet Łódzki

Wydział Nauk o Wychowaniu
Zakład Andragogiki i Gerontologii Społecznej
ul. Pomorska 46/48; 91-408 Łódź
tel. (42) 665 50 79
e-mail: zaigs@uni.lodz.pl

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzent tomu: prof. dr hab. Lucjan Miś

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Adiustacja: zespół

ISBN 978-83-7571-193-6

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2011

Na zlecenie:
Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:
Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2011

Sprzedaż prowadzi:
Księgarnia U Frycza; tel./faks: (12) 252 45 93; e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

<i>Zofia Szarota</i> Wstęp	7
Sylwetki Autorów	11
<i>Zofia Szarota</i> Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej	15
<i>Maria Bocheńska-Seweryn, Krystyna Kluzowa</i> Rodzinna i pozarodzinna opieka domowa nad osobami starszymi	43
<i>Michał Diduch</i> Usługi opiekuńcze dla osób starszych na przykładzie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sękowej	55
<i>Aleksandra Litawa, Małgorzata Szarota</i> Zajęcia ruchowe dla seniorów (na przykładzie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 4 w Krakowie)	69
<i>Elżbieta Mirewska</i> Rodzinny dom pomocy jako alternatywa dla domu pomocy społecznej	81
<i>Elżbieta Chechelska</i> Potrzeby ludzi starszych (na podstawie badań przeprowadzonych wśród mieszkańców domu pomocy społecznej)	93
<i>Dorota Szkolak</i> Komunikacja z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych zdaniem mieszkańców i pracowników domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku	107
<i>Dominik Chechelski</i> Posługa kapelana wobec ludzi starych w placówce opiekuńczej w świetle opinii mieszkańców i pracowników domu pomocy społecznej	123
<i>Agnieszka Fabiś, Artur Fabiś</i> Śmierć jako wyzwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych	141

Publishing series: Social Gerontology Library, Vol. 3:
Scientific editing: Zofia Szarota
Dependent old age – social care and help

Contents

<i>Zofia Szarota</i> Introduction	7
Authors' profiles	11
<i>Zofia Szarota</i> The oldest incumbents of social welfare	15
<i>Maria Bocheńska-Seweryn, Krystyna Kluzowa</i> Family and professional home care over the elderly	43
<i>Michał Diduch</i> Caring services for older persons on example of Community Centre of Social Welfare in Sękowa	55
<i>Aleksandra Litawa, Małgorzata Szarota</i> Physical activity courses for seniors (on example of adult day care centre No. 4 in Cracow)	69
<i>Elżbieta Mirewska</i> Family social welfare house as an alternative to social welfare house ..	81
<i>Elżbieta Chechelska</i> Old people's needs in light of the research carried out among the residents of social care home	93
<i>Dorota Szkolak</i> Communication with the elderly in an institutional context: opinions of nursing home inhabitants and staff	107
<i>Dominik Chechelski</i> A chaplain's service for the elderly in a nursing home as seen by residents and workers of a social care home	123
<i>Agnieszka Fabiś, Artur Fabiś</i> Death as a challenge for carers and for persons supporting older people	141

Wstęp

Starość fizjologiczna, o prawidłowym, zdrowym przebiegu, sama w sobie słusznie nie jest uznawana za kwestię społeczną. Ustawa o pomocy społecznej (2004 z późn. zm.) nie ujmuje ludzi starszych w kategorii grupy ryzyka. Osoby starsze, jako podmioty obowiązującego prawa, mają zagwarantowany stały dochód (wypracowana emerytura, przyznana renta), bezpłatny dostęp do służb medycznych (uzyskany dzięki systematycznie odprowadzanim składkom na ubezpieczenie zdrowotne), dysponują pełnią praw i swobód obywatelskich. Jednakże, postępujący proces starzenia się społeczeństwa przyczynił się do utrudnień w dostępie do usług i implikowanej tym marginalizacji części reprezentantów tej grupy wiekowej. Problem dotyczy, generalizując, zwłaszcza osób po 75. roku życia.

Gerontologia powinna ustalić własną perspektywę wsparcia społecznego kierowanego zwłaszcza ku najstarszym beneficjentom pomocy: osobom starszym przewlekle chorym, niepełnosprawnym i nieradzącym sobie w życiu, osamotnionym, zależnym od opieki zewnętrznej. Problemami towarzyszącymi mogą być ubóstwo, niezaradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, przemoc wewnątrzrodzinna, uzależnienia własne lub członków rodziny, w tym lekomania, wielochorobowość, demencja, depresja – często towarzyszące starości, obciążenie opiekunów rodzinnych, utrudniona adaptacja do życia w warunkach społeczeństwa ciągłej zmiany, upośledzona rola konsumenta usług rynkowych i inne. List apostołski *Salvifici Doloris* (Jan Paweł II, *Salvifici Doloris. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Rzym 1984, nr 7) niesie ważne przesłanie: **ci, którzy cierpią, nie mogą być na marginesach cywilizacji.**

Publikacja zawiera szereg tekstów o charakterze empirycznym, dotyczących aktualnych problemów funkcjonowania poszczególnych typów instytucji wsparcia społecznego w kontekście potrzeb społecznych w tym zakresie. Spoiwem łączącym poszczególne wypowiedzi są problemy wsparcia i pomocy społecznej nurtu instytucjonalnego. Materiał badawczy gromadzono przy wykorzystaniu założeń metodologicznych nurtu pozytywistycznego (ankiety, wywiady skategoryzowane) i nurtu humanistycznego (rozmowy, wywiady otwarte, pogłębione, obserwacja uczestnicząca). Wiele danych uzyskano dzięki analizie dokumentów i wywiadów z ekspertami lub obserwacjom czynionym w miejscu pracy.

Tom ma swoisty układ treści. Rozpoczyna się od analiz całości usług ośrodka pomocy społecznej – z uwzględnieniem rozmiarów poszczególnych świadczeń, w tym pracy socjalnej, a następnie charakteryzuje poszczególne usługi – poczynając od opiekunów rodzinnych i środowiskowych, przez domy dziennego pobytu, rodzinne domy pomocy aż po stacjonarne domy pomocy oraz hospicja.

Autorami tekstów są tak naukowcy, jak i praktycy. Połączenie ich spostrzeżeń i wniosków z badań daje możliwość całościowego, wyczerpującego opisanie podejmowanych zagadnień gerontologicznych, nadania im nowej perspektywy, szczególnie w kontekście pracy socjalnej.

Zofia Szarota przedstawia rozmiar świadczeń pomocy społecznej oraz przyczyny korzystania z nich poprzez odniesienie się do krakowskiego systemu pomocy społecznej (świadczenia materialne i niematerialne) i wypowiedzi jej beneficjentów. Analizuje pomoc finansową i rzeczową, pracę socjalną świadczoną na rzecz klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, świadczenia dziennych domów pomocy oraz domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych. Tekst wzbogacony został opiniami respondentów wywiadów.

Maria Bocheńska-Seweryn oraz Krystyna Kluzowa przybliżają zagadnienie form opieki nad osobami starszymi sprawowanej w warunkach domowych przez członków rodziny oraz opiekunki środowiskowe wykonujące usługi opiekuńcze zlecane przez ośrodek pomocy społecznej. Autorki dokonują charakterystyki tych form z perspektywy osób sprawujących opiekę. Bazę empiryczną stanowią wyniki rozległych badań przeprowadzonych wśród 232 opiekunów rodzinnych oraz 297 opiekunek środowiskowych.

Michał Diduch prezentuje diagnozę poziomu usług opiekuńczych dla osób starszych w gminie wiejskiej. Analiza wywiadów środowiskowych oraz decyzji administracyjnych wydanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej posłużyła autorowi do ustalenia zakresu potrzeb odbiorców tych usług, przyczyn ubiegania się o przyznanie świadczenia, poszukania odpowiedzi na pytanie o efektywność usług w pryzmacie rozmiarów i jakości świadczonej pomocy, także w kontekście zarządzania finansami publicznymi.

Aleksandra Litawa i Małgorzata Szarota koncentrują się na aktywizacji ruchowej seniorów, wychodząc ze słusznego założenia, że sprawność funkcjonalna analizowana w zakresie fizyczności człowieka jest jednym z ważniejszych wskaźników jakości życia. Autorki przeprowadziły przegląd oferty usprawniającej, oferowanej w ramach zajęć ruchowych realizowanych w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej.

Elżbieta Mirewska opisuje stosunkowo nową (od 2005 r.) formę świadczeń pomocy społecznej, czyli rodzinne domy pomocy. Jest to wciąż mało popularna, alternatywna do usług domów pomocy społecznej, forma. Niewiele osób chce podjąć się jej prowadzenia, w Polsce w I półroczu 2009 r. funkcjonowało

zaledwie 11 tego typu placówek, które były prowadzone przez podmioty niepubliczne oraz 3 rodzinne domy pomocy prowadzone przez gminy. Przyczyny tego stanu Autorka przedstawia czytelnikowi do samodzielnej analizy w podrozdziale *Zalety i wady rodzinnych domów pomocy*.

Elżbieta Chechelska koncentruje się w swoich analizach i wnioskach z badań na potrzebach osób starszych – mieszkańców jednego z domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych. Rozpatruje hierarchię potrzeb, wskazując dominującą kategorię, którą można zaklasyfikować do potrzeb bytowych (bezpieczeństwo, schronienie, opieka zdrowotna) i uwzględniając inne potrzeby istotne w perspektywie godności człowieka.

Dorota Szkolak podejmuje zagadnienie komunikacji z ludźmi starszymi korzystającymi z usług instytucji totalitarnej, jaką niestety jest dom pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Zastanawia się nad kryteriami dialogu, jaki powinien zaistnieć w relacjach mieszkańców z personelem placówki. Analizuje składowe specyficznej odmiany języka, jakim jest *baby talk*, dochodząc do wniosku, że jest on używany szczególnie w kontaktach z osobami chorymi, słabymi, zależnymi.

Dominik Chechelski przybliży Czytelnikom posługę kapelana w domu pomocy społecznej. Podejmuje próbę wypracowania, wykorzystując opinie respondentów, którymi byli mieszkańcy oraz pracownicy domu pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, postulatów odnoszących się do posługi kapłańskiej. Konkluzją może być cytat pochodzący z anonsowanego opracowania: „Obszar jego [kapłana – przyp. redaktora] pracy to nie tylko kaplica i zakrystia. Ma być aktywnym członkiem społeczności domu pomocy społecznej [...] Społeczności domu pomocy społecznej potrzeba księdza, który ma do zaoferowania czas”.

Ostatni tekst tomu traktuje o umieraniu. Agnieszka i Artur Fabisiowie, wolontariusze hospicyjni, udostępniają Czytelnikom wiedzę z zakresu wybranych teorii umierania, prezentując modele wsparcia umierających, wskazówki do pracy z pacjentami terminalnymi. I choć działalność hospicjów nie należy do zakresu świadczeń systemu pomocy społecznej, trzeba pamiętać, że każdy z mieszkańców domu pomocy społecznej spotka się ze śmiercią. Człowiek współczesny w swojej zapracowanej codzienności, w zatamizowanym społeczeństwie jest oddalony od śmierci, by później umrzeć samotnie, nie wśród bliskich, a w wyspecjalizowanej instytucji. Autorzy postulują przywrócenie godności procesowi umierania człowieka, stwierdzają, że do śmierci można się przygotować. Apelują do opiekunów o koncentrowanie się na działaniach podtrzymujących rozwój w ostatnim etapie życia, na „włączeniu serca do działań rozumnych”.

Jako redaktorka tomu III serii wydawniczej Biblioteka Gerontologii Społecznej mam głęboką nadzieję, że lektura przygotowanych tekstów ułatwi zrozumienie złożonych zagadnień z zakresu gerontologii opiekuńczej, pracy

socjalnej, systemowych rozwiązań polityki i pomocy społecznej, istotnych dla okresu, w którym siły witalne opuszczają człowieka a działania profesjonalistów zatrudnionych w sektorze pomocy społecznej stają się przesądzające dla godności i jakości dalszej egzystencji.

Zofia SZAROTA

Sylwetki Autorów

Mariola Bocheńska-Seweryn – socjolog, pracownik dydaktyczny Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, asystent w Katedrze Socjologii Rodziny na Wydziale Psychologii i Nauk o Rodzinie. Główne zainteresowania badawcze: teoria i praktyka pracy socjalnej. Autorka i współautorka kilku pozycji książkowych oraz wielu artykułów i raportów z badań z tej dziedziny. Zainteresowania praktyką funkcjonowania instytucji pomocowych odzwierciedla ponad dwudziestoletnia współpraca z krakowskimi instytucjami pomocowymi w charakterze eksperta oraz nadzór nad praktykami studentów specjalizujących się w pracy socjalnej.

Dominik Chechelski – pracownik socjalny, teolog, socjolog. Ukończył studia na Wydziale Teologicznym Papieskiego Uniwersytetu Jana Pawła II w Krakowie i studia doktoranckie na Wydziale Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego w Lublinie. Absolwent studiów podyplomowych z zakresu organizacji pomocy społecznej. Pracuje jako pracownik socjalny w domu pomocy społecznej. Współpracuje z Caritas Archidiecezji Krakowskiej prowadząc Mieszkania Chronione dla Bezdomnych Mężczyzn.

Elżbieta Chechelska – absolwentka pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwentka studiów podyplomowych z zakresu organizacji pomocy społecznej. Pracuje w domu pomocy społecznej. Jest wykładowcą na kursach kwalifikacyjnych dla pielęgniarek.

Michał Diduch – doktorant na Wydziale Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, zawodowo kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sękowej, swoje zainteresowania naukowe kieruje na organizację i funkcjonowanie instytucji pomocy społecznej na szczeblu samorządu terytorialnego.

Agnieszka Fabiś – psycholog, psychoterapeutka, członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zainteresowania naukowe i praktyka zawodowa: psychoterapia osób dorosłych i starszych, opieka hospicyjna, wsparcie osieroconych, współautorka artykułów naukowych. Miejsca pracy: NZOZ, Centrum Integracji Społecznej w Tychach, prywatny gabinet psychoterapeutyczny oraz wolontaryjnie Hospicjum im. Św. Kaliksta I w Tychach.

Artur Fabiś – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, andragog, gerontolog, członek Zarządu Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego. Zainteresowania naukowe: gerontologia społeczna, tanatologia, andragogika porównawcza, opieka hospicyjna, opieka paliatywna. Autor monografii, redaktor i współredaktor 10 prac zbiorowych, autor wielu artykułów naukowych w pracach zbiorowych i czasopismach. Pracownik naukowo-dydaktyczny Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej, Wyższej Szkoły Handlowej w Katowicach oraz wolontaryjnie – Hospicjum im. Św. Kaliksta I w Tychach.

Krystyna Kluzowa – doktor nauk humanistycznych, socjolog, pracownik Katedry Socjologii Rodziny na Wydziale Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego. Zainteresowania naukowe: socjologia rodziny, demografia społeczna oraz praca socjalna. Jest autorką licznych publikacji z wyżej wymienionych dziedzin.

Aleksandra Litawa – asystent na Wydziale Humanistycznym Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, magister pedagogiki, specjalność: animacja kultury. Autorka kilkunastu opracowań z dziedziny andragogiki oraz gerontologii społecznej i oświatowej. Członek Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego.

Elżbieta Mirewska – długoletni metodyk pracy socjalnej i nauczyciel przedmiotów z obszaru teorii i praktyki socjalnej oraz pomocy społecznej w Krakowskiej Szkole Pracowników Służb Społecznych, były dyrektor tej szkoły. Trener przygotowujący kandydatów na egzaminatorów zewnętrznych w zawodach pomocowych. Czynny egzaminator w zawodach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa. Certyfikowany trener w europejskich programach Balitimedia oraz Pegase – praca z ofiarami przemocy, praca z osobami wymagającymi rehabilitacji psychospołecznej. Mediator sądowy. Nnauczyciel akademicki Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.

Małgorzata Szarota – absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie, fizjoterapeutka w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, instruktorka Nordic Walking.

Zofia Szarota – doktor habilitowana, prof. UP. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół kwestii związanych z pedagogiką społeczną i pracą socjalną, andragogiką, gerontologią społeczną. Autorka kilku książek, współredaktorka opracowań zbiorowych i licznych artykułów z tej problematyki. Członek Zarządu Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego. Współpracuje z Uniwersytetem Trzeciego Wieku w Chrzanowie.

Dorota Szkolak – absolwentka socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwentka studiów podyplomowych z zakresu organizacji pomocy społecznej. Doświadczenie w pracy z i na rzecz seniorów zdobywa od 16 lat pracując w jednym z krakowskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, jak również działając w Stowarzyszeniu na rzecz Domu Pomocy Społecznej „Seniora Naftowca” w Krakowie oraz ludzi w podeszłym wieku.

Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej

Słowa kluczowe:

świadczenia pomocy społecznej, placówki pomocy społecznej, najstarsi beneficjenci

Key words:

social assistance benefits, social welfare facilities, the oldest incumbents

Streszczenie:

Opracowanie przedstawia ujęte w Ustawie o pomocy społecznej świadczenia systemu pomocy społecznej kierowane ku najstarszym obywatelom, analizuje rozmiar udzielanej pomocy, przybliża formy funkcjonowania opieki instytucjonalnej na poziomie zadań gminy o statusie powiatu grodzkiego. Materiał badawczy uzyskano dzięki wywiadam przeprowadzonym z klientami pomocy społecznej oraz z pracownikami tego resortu oraz analizie sprawozdań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie – w jakim stopniu formy środowiskowej i stacjonarnej pomocy stanowią rzeczywiste wsparcie dla osób starszych w ich opiniach?

Summary:

The paper presents the service of social help system directed to the oldest citizens which is closed in the Act of social help, analyses the size of dispensed help, illustrates forms of the institutional care functioning on the commune level. The empirical research was gained by interviews carried over clients and workers of social help department as well as analysis of the reports of Municipal Centre of Social Help in Cracow. The author answers the question in what degree forms of social help are the real support for older persons in their opinions?

Artykuł ma na celu przedstawienie rozwiązań systemowych pomocy społecznej kierowanych ku najstarszym obywatelom; posłuży temu odpowiedź na pytanie – w jakim stopniu, zdaniem samych podopiecznych, formy środowi-

skowej i stacjonarnej pomocy są wsparciem dla osób starszych? Tekst analizuje rozmiar udzielanej pomocy społecznej, przybliża formy funkcjonowania opieki instytucjonalnej na poziomie zadań gminy o statusie powiatu grodzkiego.

Materiał badawczy uzyskano dzięki wywiadom przeprowadzonym z klientami pomocy społecznej i z pracownikami tego resortu oraz analizie sprawozdań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie. W grupie badawczej podopiecznych pomocy społecznej znalazło się łącznie 25 osób w wieku 60–95 lat (średnia wieku: 77 lat), w tym 4 mężczyzn. Wśród respondentów 16 osób miało 75 i więcej lat. Zdecydowana większość spośród ogółu respondentów wywiadu to osoby stanu wolnego (panny, wdowy, rozwódki, kawalerowie, wdowcy, rozwodnicy). Załedwie jeden mężczyzna, lat 66, mieszkaniec domu pomocy społecznej, był żonaty. Reprezentowali wszystkie poziomy wykształcenia, z przewagą średniego (11 osób) i podstawowego (8 osób). Badani korzystali z usług pomocy społecznej w okresie od pół roku (74 lata, mężczyzna) do 16 lat (85 lat, kobieta), w tym 2 osoby krócej niż rok, 9 osób ponad rok do 5 lat, 6 osób w czasie od 6 do 10 lat, 8 osób – ponad 10 lat.

Wywiady przeprowadzono także z 5 pracownikami służb społecznych (kierownicy placówek, pracownicy socjalni).

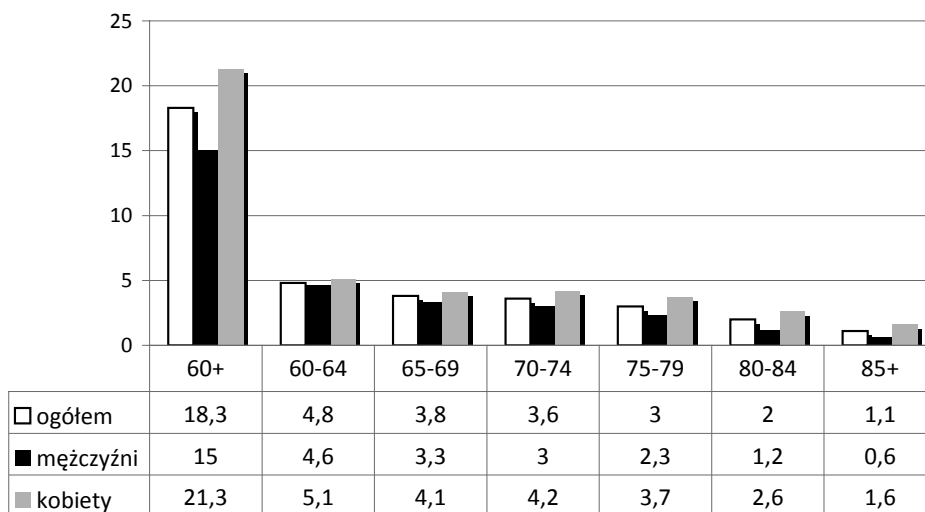
Terenem badań były krakowskie instytucje: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej, Klub Seniora – filia MDDPS, dwa Domy Pomocy Społecznej. Do badań wybrano po 5 podopiecznych z każdej placówki (kryterium: dostępność badanych, podeszły wiek).

Konteksty demograficzne

W Polsce w 2009 roku w ogólnej liczbie 38 116 tysięcy obywateli było 6 196 tysięcy osób w wieku poprodukcyjnym (kobiet powyżej 60 lat, mężczyźni powyżej 65 lat), tj. 16,26% (Mały Rocznik Statystyczny Polski, 2009, s. 115). Polska cechuje się dużym obciążeniem demograficznym, co oznacza, że na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 55 osób w wieku nieprodukcyjnym (tamże, s. 117).

Rozkład grup wiekowych w polskiej populacji osób starszych przedstawiono na wykresie 1.

Kraków, liczący ponad 754 tys. obywateli, należy do miast o zaawansowanej starości demograficznej. Dane Miejskiego Zarządu Baz Danych w Krakowie za rok 2008 (tab. 1) informują, że wśród krakowian było 21,01% osób w wieku powyżej 60 lat (65-letnich i starszych – 15,92%). Taka struktura demograficzna miasta implikuje potrzebę zwielokrotnienia wsparcia dla najstarszych krakowian.

Wykres 1. Osoby starsze wg wieku i płci, dane za 2008 rok, w %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS, Warszawa 2009, s. 116.

Tabela 1. Starsza wiekiem ludność Krakowa z podziałem na płeć. Dane na 2008 rok

Płeć	Przedziały wiekowe					
	60+	60-64	65-69	70-74	75-79	80-99
mężczyźni	62561	19207	13152	12032	9768	8402
kobiety	96002	24711	17702	18114	16719	18756
ogółem	158563	43918	30854	30146	26487	27158

Źródło: na podstawie Serwis [www.StatKrac Liczby... Miasto... Mieszkańcy](http://msip.um.krakow.pl/statkrak/view/show/view10.asp?tab=k_lud_ludnosc_wg_plci_wieku_v1), http://msip.um.krakow.pl/statkrak/view/show/view10.asp?tab=k_lud_ludnosc_wg_plci_wieku_v1.

Szczególnie ważne są działania skierowane ku grupie ludności w wieku 75+ (liczącej ogółem w 2008 roku 53 645 osób, stanowiącej 1/3 wszystkich starszych osób), bowiem ta kohorta, nazywana populacją IV wieku, szczególnie często wymaga wsparcia i opieki, zwłaszcza gdy problemami towarzyszącymi są ubóstwo, zły stan zdrowia, samotność.

Z prognozy demograficznej wynika, że nadchodzące dziesięciolecia przyniosą postępujący wzrost starzenia się ludności miasta (tab. 2).

Tabela 2. Prognoza demograficzna miasta Krakowa

Rok	Ogólna liczba mieszkańców Krakowa	% ogólnej liczby ludności w wieku powyżej 65. roku życia
1998	740,7 tys.	15,4 %
2000	739,7 tys.	16,4 %
2015	758,5 tys.	21,2 %
2030	759,2 tys.	24,5 %

Źródło: opracowanie Zespołu Zadaniowego ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie, powołanego Zarządzeniem Nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4 listopada 2004 r., maszynopis.

Jak podaje Urząd Statystyczny w Łodzi (2008, s. 5) przeciętne dalsze trwanie życia w roku 2007 wynosiło w Krakowie dla mężczyzn 73,5 lat, dla kobiet 80,6 lat (w Warszawie odpowiednio 73,7 i 80,5). Są to najwyższe wskaźniki w kraju.

Większość seniorów (60–70%) stanowią osoby samodzielne i mobilne. Pozostałe wymagają głównie opieki środowiskowej i, niejednokrotnie ze względu na stan zdrowia oraz sytuację materialną i społeczną, nie mogą w pełni korzystać z przysługujących im praw i świadczeń. Utrzymywanie tego stanu rzeczy może doprowadzić do wykluczenia społecznego seniorów, co nie jest korzystne z punktu widzenia ich samych i społeczności lokalnej, w której na co dzień funkcjonują. Brak aktywnego udziału seniorów w życiu społecznym, izolacja, automarginalizacja powodują w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i świadczenia zdrowotne, co z kolei rodzi wyzwania dla polityki społecznej państwa w zakresie generowania odpowiednich środków finansowych, wysiłków organizacyjnych oraz podejmowania decyzji ustalających priorytety. Z punktu widzenia efektywności działań społecznych należy przyjąć rozwiązania pozwalające osobom w wieku podeszłym na pozostanie jak najdłużej osobami samodzielnymi i niezależnymi.

Pomoc społeczna w perspektywie gerontologicznej

Pomoc społeczna obejmuje nie tylko pojedyncze osoby, ale też grupy społeczne. Dlatego dotyczy całej kategorii problemów. Koncentruje się na profilaktyce i kompensacji niepożądanych problemów jednostek i grup, które – wobec niemożności samodzielnego ich pokonania i w przypadku braku interwencji socjalnej – mogą stać się kwestiami społecznymi (por. Ustawa o pomocy społecznej 2004, art. 7). Należy podkreślić, że starość jako faza życia nie jest przedmiotem zainteresowania ustawy o pomocy społecznej. Osoby starsze stają się jej podmiotem wówczas, gdy w ich życiu, bieżącej sytuacji zajdą okoliczności odbierające im możliwość samodzielnego rozwiązywania zaistniałych proble-

mów: – w ramach świadczeń z pomocy społecznej osoby starsze mogą skorzystać praktycznie z każdej formy pomocy przewidzianej w Ustawie, nie ma świadczenia skierowanego tylko do tej konkretnej grupy wiekowej¹ (starszy pracownik socjalny, MOPS).

Celem pomocy społecznej jest zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Świadczona pomoc powinna w miarę możliwości doprowadzić do życiowego usamodzielnienia podopiecznych, ich integracji ze środowiskiem oraz zapobiegania ich społecznej izolacji i marginalizacji. Celami są również: wspieranie osób i rodzin w przezwyciężeniu trudnej sytuacji życiowej, zapewnienie dochodu na poziomie interwencji socjalnej – dla osób nieposiadających dochodu lub o niskich dochodach, w wieku poprodukcyjnym i osobom niepełnosprawnym, osobom i rodzinom o niskich dochodach, które wymagają okresowego wsparcia, zapewnienie profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym skutkami patologii społecznej, w tym przemocą w rodzinie, integracja ze środowiskiem osób wykluczonych społecznie, stworzenie sieci usług socjalnych adekwatnych do potrzeb w tym zakresie.

Współczesne formy pomocy społecznej oparte są na partnerskim systemie usług różnych instytucji prowadzonych przez państwo (sektor rządowy), samorządy lokalne (sektor samorządowy), kościoły i związki wyznaniowe, stowarzyszenia i fundacje (sektor pozarządowy) (Ustawa o pomocy społecznej 2004, art. 2). Podmiotami odpowiedzialnymi za zarządzanie i nadzór nad instytucjami polityki i pomocy społecznej są: wojewoda (wydział polityki społecznej) oraz marszałek (regionalne ośrodki polityki społecznej – ROPS). Natomiast organami realizującymi zadania własne i zlecone oraz prowadzącymi poszczególne placówki są: starosta (powiatowe centra pomocy rodzinie – PCPR), prezydent, burmistrz, wójt – w zależności od wielkości gminy (miejski lub gminny ośrodek pomocy społecznej – OPS).

Wraz z wiekiem człowiek słabnie. Ma to swój negatywny skutek nie tylko dla osoby starzejącej się. Starość zależna, wymagająca opieki, determinowana jest szeregiem czynników, najczęściej występujących łącznie i sprzężonych. Wśród nich wyróżnić można czynniki zdrowotne (przewlekłą chorobę somatyczną lub psychiczną, zespół geriatryczny, upośledzenie zmysłów, kalectwo, niedożywienie, zaawansowaną starość) oraz społeczne (samotne zamieszkiwanie, złe warunki bytowe, bezdzietność, złą sytuację socjalną – ubóstwo, zespoły utraty: wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci, pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej, nadużycia, zaniedbania, przemoc w rodzinie, wydarzenia losowe – wypadek, pożar, kradzież) (zob. Halicka, 2006, s. 244).

Istotną rolę w świadczeniu usług osobom w podeszłym wieku pełnią ich opiekunowie. Wśród modeli opieki wyróżnić należy: opiekę rodzinną (krewnych i spowinowaconych), domową (nieformalną – sąsiedzka, znajomych, osób

¹ We wszystkich cytowanych wypowiedziach zachowano oryginalny styl respondentów.

opłacanych prywatnie, organizacji pozarządowych), opiekę instytucjonalną, w tym środowiskową świadczoną w formie usług opiekuńczych w domu oraz w formie usług kompleksowych w placówce wsparcia (np. dzienne domy pomocy społecznej, ośrodki samopomocy dom pomocy społecznej lub ośrodek wsparcia), realizowaną przez wykwalifikowany personel (Szarota 2010, s. 234 i d.).

Bruno Synak i Piotr Czekanowski (2003, s. 63–65), na podstawie ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2000 roku stwierdzają, że 85% starszych wiekiem respondentów nie występowało nigdy z prośbą o wsparcie instytucji pomocy społecznej. Spośród 15% osób proszących o pomoc uzyskała ją 4%. Seniorzy najczęściej korzystali z usług opiekuńczych, różnego rodzaju zasiłków, najmniej z gotowych posiłków. Wszystkie formy pomocy sprowadzały się do wsparcia finansowo-usługowego. Jednak nie podjęto żadnych działań na rzecz seniorów w ich środowisku zamieszkania, a więc pominięto najważniejszą kwestię – pracę socjalną. Inaczej sytuacja przedstawia się w Krakowie.

Wsparcie udzielane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie

Kraków funkcjonuje na zasadzie powiatu grodzkiego. Wobec tego większość zadań zleconych Ustawą o pomocy społecznej (2004) powiatom ziemskim jest przejęta przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Dane publikowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (www.mpips.gov.pl) dowodzą, że w 2009 roku w Polsce objęto pomocą 317 985 gospodarstw domowych emerytów i rencistów, w tym 153 568 jednoosobowych (co stanowi 48,29% ogółu gospodarstw), natomiast w województwie małopolskim świadczenia skierowano do 25 236 rodzin, w tym 10 979 gospodarstw jednoosobowych (43,51%). Analiza danych statystycznych publikowanych przez krakowski MOPS dowodzi, że w roku 2005 pomocą objęto 7345, w roku 2006 – 6798, w roku 2007 – 6511, w 2008 – 7071, natomiast w roku 2009 – 6724 krakowskich rodzin emerytów i rencistów. Najliczniejsze były gospodarstwa jedno- i dwuosobowe. Korzystając z dostępnych danych demograficznych (Miejski Zarząd Baz Danych w Krakowie, 2008) można oszacować, że ponad 5% najstarszych mieszkańców miasta to beneficjenci pomocy społecznej.

Potrzeby seniorów mogą być zaspokajane w sferze prywatnej (osobistej) jednostki i jej indywidualnej sieci wsparcia społecznego: rodzina, sąsiedzi, znajomi, przyjaciele oraz w sferze publicznej: instytucje administracji rządowej i samorządowej, III sektora; organizacje rynkowe (Olech, Kaźmierczak, 2006).

W dziedzinie usług opieki instytucjonalnej jednostki samorządu terytorialnego realizują szereg działań opiekuńczych i wspierających. Generalnie można wyodrębnić cztery grupy:

- 1) jednostki opieki całodobowej – w rodzaju dom pomocy społecznej,
- 2) ośrodki wsparcia, placówki dziennego pobytu, np. dzienne domy pomocy,
- 3) instytucje doradcze (np. ośrodki interwencji kryzysowej, specjalistyczne poradnie),
- 4) instytucje organizacji i nadzoru znajdujące się na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego (Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007, s. 6).

Najbliżej obywatela znajduje się gmina. Instrumentami posiadanymi przez gminy w zakresie instytucjonalnej opieki środowiskowej nad osobami starszymi są: pomoc finansowa i rzeczowa, praca socjalna, zakontraktowane usługi opiekuńcze oraz ośrodki wsparcia dziennego – dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy.

Pomoc materialna

Wśród zadań MOPS kierowanych do starszych i najstarszych krakowian są wszystkie świadczenia wynikające z Ustawy o pomocy społecznej.

Podania o pomoc materialną stanowią bardzo przygnębiającą antologię dominujących problemów osób w podeszłym wieku. Zakres i charakter świadczeń materialnych ściśle wyznaczają przepisy obowiązującego prawa. Przyznawane są zasiłki stałe, okresowe, celowe (zakup odzieży, zakup węgla, zakup leków, na opłaty mieszkaniowe – za media, na opłaty czynszowe) i celowe specjalne. Pomoc finansowa ma decydującą ilościową przewagę wśród innych form świadczeń. Wypowiedzi pracowników potwierdzają to spostrzeżenie:

– *Osoby starsze, które zgłaszają się po pomoc, można podzielić na dwie grupy. W pierwszej znajdują się osoby korzystające z pomocy finansowej. Są to osoby żyjące w ubóstwie, których do korzystania z pomocy zmusza sytuacja finansowa, niepozwalająca na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Z niskiej emerytury lub renty brakuje im na opłacenie rachunków, osoby te ograniczają wydatki na żywność, często nie wykupują lekarstw przepisywanych przez lekarza. Klientami Ośrodka są również osoby bez jakichkolwiek środków do życia, osoby bezdomne. W drugiej grupie znajdują się osoby korzystające z usług opiekuńczych ze względu na wiek, stan zdrowia. Jeśli miałabym wymienić główny powód zgłaszania się po pomoc do MOPS, to jest nim samotność...* (kierownik Filii MOPS).

– *Osoby starsze zgłaszają się do OPS z powodu złej sytuacji finansowej, braku jakiegokolwiek dochodu, złych warunków mieszkaniowych, skłania ich do tego również zły stan zdrowia, przewlekła choroba, niepełnosprawność, trudności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, brak rodziny, brak możliwości udzielenia pomocy przez rodzinę lub brak chęci do tego. Klientami Ośrodka są również osoby starsze bezdomne, ale też opuszczające zakład karny (starszy pracownik socjalny, MOPS).*

Dramatyczne są prośby o dofinansowanie wydatków związanych z zakupem żywności (75,1% spośród ogółu przyznanych w 2009 roku zasiłków). W dalszej kolejności w roku 2009 występowały wnioski o dofinansowanie opłat za węgiel (6,77%), gaz, energię elektryczną (łącznie media – 6,51%), zakup odzieży (1,85%), czynsz (2,53% przyznanych zasiłków celowych i celowych specjalnych). Sytuacja zdrowotna człowieka starego warunkuje rodzaj deprivowanych potrzeb i przyznawanych w związku z tym świadczeń. Pożądaną przez beneficjentów formą pomocy jest dofinansowanie zakupu lekarstw (3,35%) (Załącznik nr 1 do Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2009).

Wśród innych świadczeń występują: pomoc w postaci zasiłku wyrównawczego stałego przyznawana osobom całkowicie niezdolnym do pracy z powodu wieku lub inwalidztwa, gdy ich dochód jest niższy od kryterium dochodowego określonego prawem (Urbaniak, 2004, s. 130), opłacanie składek za ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne, sprawienie pogrzebu, dożywianie dorosłych (Sprawozdania z działalności MOPS).

Podjęmowane zadania polegają także na: dofinansowaniu uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, dofinansowaniu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane niepełnosprawnym emerytom, dofinansowaniu likwidacji barier architektonicznych, barier w komunikowaniu się i technicznych, dofinansowaniu uczestnictwa w sporcie, kulturze, rekreacji i turystyce. Wymienione zadania realizowane są z wykorzystaniem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 60% beneficjentów stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym (Urbaniak 2004, s. 132).

Przy rozpoznawaniu problemu beneficjentów bezwzględnie należy stosować diagnozę indywidualną, spersonalizowaną, ponieważ każda z tych osób jest w innej sytuacji, w innym momencie swojego życia, w różnej kondycji fizycznej, psychicznej i socjalno-ekonomicznej:

– *Życie w dzisiejszych czasach jest strasznie drogie, w szczególności samotne. Pomimo renty i pomocy materialnej z Ośrodka z trudem starcza na opłaty za czynsz, gaz, prąd, zakup leków i jedzenia. Dzięki tym pieniądzom mogę jednak jakoś przeżyć. Nie wiem, co bym zrobiła bez pomocy Ośrodka* (kobieta, 81 lat).

– *Jestem wdzięczna za pomoc, inaczej nie poradziłabym sobie. Niestety nie pozwala mi ona na zaspokojenie wszystkich potrzeb, zdarza się, że brakuje na leki, opłaty, nie mówiąc o jedzeniu* (kobieta, 74 lata)

– *Gdyby nie pomoc z MOPS nie mogłabym funkcjonować* (kobieta, 95 lat)

– *Gdyby nie możliwość korzystania z kilku świadczeń, tj. pomocy finansowej, usług opiekuńczych, posiłków, byłoby mi ciężko. Mam mało pieniędzy i nie ma rodziny, na którą mogłabym liczyć* (kobieta, 81 lat).

Pracownicy socjalni zgodnie stwierdzają, że potrzeby materialne, choć dominują, nie są jednak dla ich starszych klientów tak ważne, jak potrzeba kon-

taktu z drugim człowiekiem, obcowania z drugą osobą, rozmowy, wyżalenia się, podzielenia swoimi doświadczeniami. Zdarza się, że pracownik socjalny czy opiekunka są jedynymi ludźmi, z którym osamotniony starszy człowiek może porozmawiać.

Świadczenia niematerialne środowiskowe

Corocznie publikowane sprawozdania z działalności MOPS w Krakowie informują, że wśród świadczeń niepieniężnych w sposób ciągły realizowane są: udzielanie schronienia, posiłku, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i usługi opiekuńcze specjalistyczne w miejscu zamieszkania i oczywiście praca socjalna, która jest istotną składową efektywnego systemu pomocy społecznej.

Niezamożne osoby starsze mogą ubiegać się o pomoc doraźną albo okresową w postaci jednego gorącego posiłku dziennie. Tą formą pomocy objęto szeroki krąg beneficjentów, osób samotnych, wymagających wsparcia w tym zakresie (zasiłki celowe na żywność i posiłki w barach), przykładowo w 2005 roku otrzymały ją 2882 osoby niepełnosprawne i starsze.

Kolejnym zadaniem wykonywanym przez MOPS w Krakowie są usługi opiekuńcze dla osób starszych i niepełnosprawnych świadczone w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy. Usługi te przysługują mieszkańcom Krakowa, którzy z powodu wieku, choroby, inwalidztwa, samotności lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Pomoc ta świadczona też może być osobom pozostającym w rodzinie, która nie jest w stanie zapewnić pielęgnacji we własnym zakresie.

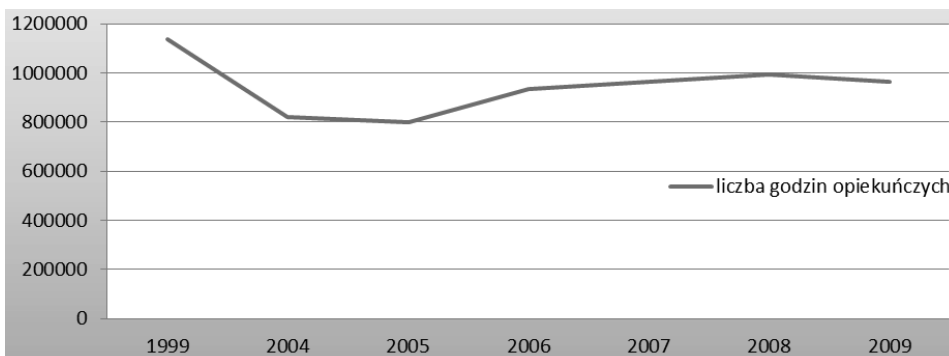
Najwięcej godzin opiekuńczych zrealizowano w 1999 roku, najmniej w roku 2005, po którym zaobserwować można stałą tendencję wzrostową, co zapewne jest wynikiem pogarszania się stopnia samodzielności funkcjonalnej najstarszych krakowian (wykres 2).

Najmniej świadczeń tego typu przyznano w 2008 roku (1790), najwięcej – w 2009 (2681). Wyraźnie dostrzegalny jest systematyczny wzrost kosztów udzielanych świadczeń. Dane te ilustruje zestawienie zawarte w tab. 3.

Wypowiedzi starszych wiekiem respondentów, klientów MOPS, ilustrują poziom ich potrzeb i oczekiwań, wskazują na przyczyny, które są podstawą ubiegania się o świadczenia:

– *Ze względu na stan zdrowia potrzebna jest mi pomoc w zakresie usług gospodarczych takich jak zakupy, gotowanie, sprząatanie mieszkania, pranie odzieży. Opiekunka, która do mnie przychodzi, pomaga mi również przy myciu, wychodzi ze mną na spacer. Gdyby nie ona, to chyba cały dzień spędzałabym przed telewizorem. Ona, nawet kiedy mi się nie chce, mobilizuje mnie, żeby wyjść choć na chwilę z domu, złapać świeżego powietrza, wyjść do ludzi (kobieta, 81 lat);*

Wykres 2. Dynamika zmian w liczbie godzin usług opiekuńczych realizowanych przez MOPS w Krakowie



Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdań opisowych z działalności MOPS w Krakowie.

Tabela 3. Usługi opiekuńcze – wskaźniki ilościowe

Rok	Liczba godzin opiekuńczych	Liczba osób objętych usługami	Uśredniona cena jednej godziny w zł
1999	1 138 841	2405	5,25
2004	819 452	2288	6,46
2005	799 528	2073	6,65
2006	932 676	2290	6,74
2007	965 196	2453	7,62
2008	991 730	1790	8,06
2009	964 778	2681	8,28

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań MOPS w Krakowie.

– *Moje korzystanie z pomocy związane było ze śmiercią matki, po prostu trudna sytuacja finansowa, nie miałam żadnego dochodu. Całe życie opiekowałam się matką. Sama teraz wymagam opieki i pomocy w wielu czynnościach. Jestem niepełnosprawna i dzięki mojej opiekunce z PKPS, która wychodzi ze mną na spacer, mam kontakt ze światem, widzę jak okolica, w której mieszkam, zmienia się nie do poznania. Prze okna tego nie widać (kobieta, 74 lata);*

– *Jak na mój wiek jestem jeszcze dość sprawna, ale nie radzę sobie bez pomocy drugiej osoby, nie wychodzę z domu i dlatego korzystam z pomocy w formie usług opiekuńczych. Opiekunka przychodzi do mnie 5 razy w tygodniu na cztery godziny dziennie, sprząta, gotuje, robi zakupy, pomaga w czynnościach pielęgnacyjnych (kobieta, 95 lat).*

– *Zły stan zdrowia. Korzystam z usług od poniedziałku do piątku. Opiekunka dba o utrzymanie porządku, pranie, zakupy, przygotowanie obiadu, pielęgnację, kontakt z lekarzem (kobieta, 81 lat).*

– *Mam emeryturę z dodatkiem pielęgnacyjnym, mimo wszystko moją sytuację materialną oceniam jako złą, niestety z Ośrodka pomoc mi się nie należy. Jednak dzięki pomocy opiekunki środowiskowej moje życie jest dużo prostsze. Mam trudności związane z potrzebami dnia codziennego, a dzięki opiekunce mogę je zaspokajać (kobieta, 85 lat).*

W ramach usług opiekuńczych, pomocy w czynnościach dnia codziennego, zaspokajane są nie tylko potrzeby opiekuńcze, pielęgnacyjne czy gospodarcze (np. zakupy, ale i opieka nad zwierzątkiem osoby starszej). Ważne miejsce przynależne jest tzw. rozmowom wspierającym.

– *Niestety, nie zawsze jednak możliwości Ośrodka idą w parze ze wszystkimi oczekiwaniami czy potrzebami naszych klientów. Dzięki możliwości łączenia kilku świadczeń naraz, osoby korzystające z pomocy Ośrodka mogą zaspokajać różnorodne potrzeby. Myślę, że dzięki naszej pomocy czują się bezpieczne, poprzez świadomość stałości świadczeń, które zapewnia im pomoc społeczna (kierownik filii MOPS).*

Praca socjalna prowadzona przez MOPS obejmuje między innymi doradztwo, czyli udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki otrzymanemu wsparciu uporażą się z problemami będącymi przyczyną ich trudnej sytuacji. Wyodrębnić należy poradnictwo specjalistyczne – prawne, psychologiczne i rodzinne, świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. Kolejny zakres pracy socjalnej to rozszerzanie sieci kontaktów – działanie to polega na ułatwieniu klientowi nawiązania kontaktów i porozumiewania się z innymi ludźmi i instytucjami – np. zarządcą domu. Jest to także podnoszenie świadomości społeczności lokalnej w zakresie obecności w niej osób starszych, ich potrzeb i konieczności wsparcia, współistnienia. Mocno zaznacza się w społecznej rzeczywistości wolontariat. Chętni, po ukończeniu kursu dla wolontariuszy, uzupełniają działania służb etatowych.

W realizacji świadczeń pracy socjalnej stosowane są trzy klasyczne metody pracy: jednostkowa, grupowa, pracy ze społecznością. Jednak praca z osobą starszą jest specyficzna, dlatego też pracownicy socjalni najczęściej wskazywali metodę indywidualnych przypadków jako główną metodę. W ramach *casework* istnieje możliwość zastosowania kontraktu socjalnego. Możliwość ta jest jednak ograniczona predyspozycjami i zdolnościami adaptacyjnymi starszych klientów, dlatego jest rzadko wykorzystywana. Pracownicy twierdzą, że w praktyce trudno jest także stosować metody pracy grupowej z seniorami. Jeżeli udaje się je wdrożyć, to w postaci projektu socjalnego realizowanego przez inne grupy wiekowe, np. młodzież, a skierowanego ku zaproszonym osobom

starszym, np. na przygotowane przedstawienie. W pracy z najstarszymi klientami pomocy społecznej stosowana jest także metoda środowiskowa. Pracownicy socjalni dostrzegają potrzebę budowania w społeczności lokalnej koalicji przyjaznej seniorom. Ich zdaniem, w pierwszej kolejności należy wesprzeć w niesieniu pomocy rodzinę i uzupełniać opiekę nad osobą starszą poprzez włączanie w nią m.in. sąsiadów, przyjaciół, znajomych osób starszych.

Zgodnie z optymalizacyjnym modelem działań polityki społecznej najbardziej efektywne są działania nakierowane na polepszenie warunków życia jednostek i grup społecznych. Do praktyki działań krakowskiego MOPS włączone zostały projekty socjalne, czyli przedsięwzięcia *skierowane do osób z konkretnego środowiska lub członków danej społeczności, prowadzące do osiągnięcia zaplanowanego celu. Celem projektu jest doprowadzenie do zmiany w pożądanym kierunku sytuacji postrzeganej jako problemowej. [...]. Działania realizowane w projekcie socjalnym mają [...] na celu aktywizację społeczną i rozwiązywanie problemów występujących w środowisku lub dotyczących członków danej społeczności. Projekt socjalny służy także organizacji i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb środowiska lub członków danej społeczności* (Sprawozdanie opisowe z działalności MOPS w Krakowie, 2007, s. 8). Jak wynika z analizy treści kolejnego Sprawozdania (2009, s. 13) dla starszych i niepełnosprawnych mieszkańców Krakowa zrealizowano w 2009 roku 28 projektów socjalnych.

Praca socjalna w praktyce obejmuje szereg działań². Ich szczegółowa analiza pozwala na stworzenie klasyfikacji obejmującej kilkanaście kategorii:

1. **Praca socjalna na rzecz zapewnienia klientowi niezbędnych środków materialnych i finansowych** poprzez pomoc w uzyskaniu należnych świadczeń z pomocy społecznej oraz regulowanych innymi rozporządzeniami i ustawami, w uzyskaniu świadczeń emerytalno-rentowych, pomoc w uzyskaniu pozostałych świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w uzyskaniu ulg, umorzeń itp., w uzyskaniu pomocy materialnej od organizacji pozarządowych.
2. **Pomoc i edukacja w zakresie gospodarowania budżetem domowym** realizowana przez kształtowanie umiejętności zarządzania pieniędzmi, kształtowanie nawyków terminowego i regularnego uiszczania koniecznych opłat, wskazywanie możliwości racjonalnego wydawania środków finansowych.
3. **Pomoc w organizowaniu czasu wolnego.**
4. **Praca socjalna na rzecz niwelowania nieprawidłowych relacji w funkcjonowaniu rodziny** poprzez mediacje i pomoc w rozwiązywaniu konfliktów w rodzinie, pomoc w docieraniu do rodzinnego poradnictwa specjalistycznego w tym prawnego, psychologicznego, pomoc w docieraniu do ośrodków interwencji kryzysowej, wsparcie w rozwiązywaniu problemu przemocy, w szczególności wypełnienie niebieskiej karty, oraz udzielenie pełnych

² Wywiady pogłębione z pracownikami socjalnymi (zob.: Szarota, 2010, s. 269–271).

- informacji o kompetencjach policji, prokuratury, sądu, pomoc w nawiązaniu kontaktu z tymi instytucjami.
5. **Praca socjalna na rzecz poprawy stanu zdrowia** poprzez: ułatwienie uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych, pomoc w realizacji recept, w staraniach o hospitalizację i w dotarciu do szpitala, pomoc w zorganizowaniu wizyty lekarza w domu chorego, pomoc w uzyskaniu sprzętu medycznego, ortopedycznego, załatwieniu usług rehabilitacyjnych świadczonych ambulatoryjnie bądź w placówce stacjonarnej, edukację w zakresie profilaktyki i higieny zdrowotnej w rodzinie.
 6. **Praca socjalna na rzecz zapewnienia opieki osobom starszym i niepełnosprawnym** poprzez działania interwencyjne wobec osoby zaniedbanej, zagrożonej, potrzebującej pomocy, zapewnienie usług opiekuńczych w domu osoby starszej niepełnosprawnej, budowanie wsparcia środowiskowego dla osób starszych, niepełnosprawnych – w tym m.in.: wolontariat, pomoc w uzyskaniu możliwości pobytu w dziennych placówkach wsparcia dla osób niepełnosprawnych i starszych, pomoc w dotarciu do odpowiedniej grupy, pomoc w dotarciu do organizacji pozarządowych zajmujących się osobami starszymi, niepełnosprawnymi i z zaburzeniami psychicznymi, pomoc w zapewnieniu opieki całodobowej, np. w domu pomocy społecznej.
 7. **Monitoring jakości świadczonych usług opiekuńczych.**
 8. **Pomoc socjalna na rzecz wykorzystania uprawnień osób niepełnosprawnych** obejmująca pomoc w: ustaleniu stopnia niezdolności do pracy lub niepełnosprawności, w uzyskaniu sprzętu medycznego lub ortopedycznego, pomoc w uzyskaniu skierowania na turnus rehabilitacyjny, do sanatorium, pomoc w uzyskaniu legitymacji osoby niepełnosprawnej, w uzyskaniu usług specjalistycznych, w tym w domu chorego, pomoc rodzinie w radzeniu sobie z następstwami choroby, skierowanie na zajęcia edukacyjne, do grupy wsparcia itp.
 9. **Podjęcie działań w celu częściowego lub całkowitego ubezwłasnowolnienia i ustanowienia opiekuna prawnego – dla osoby wymagającej ze względu na stan zdrowia tego rodzaju interwencji.**
 10. **Praca socjalna na rzecz zapewnienia godziwych warunków mieszkaniowych**, obejmująca pomoc w zakresie złożenia wniosku o przydział lokalu zastępczego, mieszkania socjalnego, uzyskania dodatku mieszkaniowego, załatwienia formalności związanych z zameldowaniem, dostosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, interwencji u administratora w celu przeciwdziałania eksmisji.
 11. **Pomoc w pozyskaniu miejsca w placówce noclegowej.**
 12. **Pomoc w wyrobieniu dokumentu tożsamości.**
 13. **Pomoc w załatwieniu różnych spraw urzędowych.**
 14. **Pomoc w formalnościach związanych z pogrzebem lub jego organizacją.**

Rozmówcy zgodnie przyznawali, że dominującą i najskuteczniejszą metodą pracy socjalnej z najstarszymi beneficjentami pomocy społecznej jest metoda indywidualnego przypadku. W większości stwierdzali, że praca z ludźmi starszymi jest bardzo trudna i absorbująca. Osoby starsze cechuje nieufność, podejrzliwość, prezentują postawę roszczeniową, jednak z biegiem czasu ich spojrzenie na pracownika socjalnego i oferowaną pomoc pozytywnie się zmienia.

Skuteczność udzielanych świadczeń pracy socjalnej zależy w dużym stopniu od realizacji zasad indywidualizacji³ i akceptacji⁴, bowiem osoby starsze nie są grupą jednorodną. Jedni są mobilni, mogą jeszcze uczestniczyć w życiu społecznym, w stosunku do innych działania muszą być ukierunkowane na opiekę. Wybór dominującego podejścia warunkuje sytuacja psychofizyczna seniora, faza starości. Pracownik socjalny, zdaniem respondentów, jest koordynatorem działań, przewodnikiem dla osoby starszej, podejmuje działania wspierające, kierujące, podtrzymujące, informujące, towarzyszące, opiekuńcze, mediacyjne, motywujące. Udzielana pomoc zmierza głównie do jak najdłuższego utrzymywania beneficjentów w dotychczasowym środowisku, tak długo, jak to jest możliwe. Działania te polegają także na upowszechnianiu informacji o istniejących możliwościach uzyskania różnego rodzaju pomocy. Dostępność do informacji powoduje, że osoby starsze – *...bezbronne i bezradne wobec pytania, gdzie mogą zwrócić się z problemami, gdzie mogą uzyskać pomoc lub wsparcie* (pracownik socjalny, filia MOPS) – znajdują tę pomoc.

Wśród zadań MOPS realizowanych w obszarze opieki środowiskowej wystąpiły także: kierowanie zainteresowanych osób do placówek wsparcia, sprawowanie nadzoru nad ich działalnością, zapewnianie miejsc w publicznych i niepublicznych domach pomocy, rodzinnych domach pomocy, dopłaty za pobyt osoby w dps znajdującym się w innym powiecie, utrzymywanie lokali, w których realizowane są zadania z zakresu pomocy społecznej.

Środowiskowe ośrodki wsparcia, dzienny dom pomocy

Krakowski MOPS sprawuje nadzór nad ośrodkiem wsparcia dla osób starszych, będącym miejską jednostką organizacyjną (Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej – w roku 2009 obejmował 6 dziennych domów pomocy i 6 klubów seniora) oraz nadzorował 3 kolejne, prowadzone na jego zlecenie przez podmioty niepubliczne, korzystające z dotacji udzielonych przez MOPS

³ Wymaga od pracownika zastanowienia się nad specyficznością sytuacji danego klienta, jej wyjątkowością, złożonością oraz rodzajem pomocy adekwatnym do potrzeb danego podopiecznego.

⁴ Zakłada respektowanie klienta jako osoby, jego problemów, trudności, zrozumienie jego nieporadności oraz poszanowanie osobistych wyborów i decyzji.

(dla 130 osób). Poszczególne placówki MDDPS skupiały od 70 do 200 uczestników. Z usług MDDPS korzystało średnio w 2008 roku 1249 osób, w 2009 roku ponad 1170 osób miesięcznie.

Cele pracy domu dziennego pobytu koncentrują się na rehabilitacji społecznej. Jak wynika z analizy Regulaminu Organizacyjnego i Statutu, do zadań MDDPS należy zapewnienie pomocy osobom, które jej wymagają oraz zaspokajanie ich niezbędnych potrzeb życiowych w sposób pozwalający na samodzielne funkcjonowanie w życiu społecznym, poprzez stworzenie odpowiednich warunków do wielogodzinnego pobytu osób spełniających kryteria określone w ustawie o pomocy społecznej i w odpowiednich przepisach gminnych dotyczących form i zakresu pomocy społecznej: usługi opiekuńcze, zapewnianie posiłku, terapię zajęciową grupową i indywidualną dla podtrzymywania kondycji psychofizycznej, usługi rehabilitacyjne, poradnictwo specjalistyczne, zaspokajanie potrzeb towarzyskich, rekreacyjno-kulturalnych oraz stwarzanie możliwości realizacji potrzeb religijnych. Ta forma opieki adresowana jest do osób w wieku emerytalnym, niepełnosprawnych, o zmniejszonej sprawności psychofizycznej oraz samotnych, znajdujących się w trudnej sytuacji rodzinnej bądź mieszkaniowej. O przyjęciu użytkownika do MDDPS decyduje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej na wniosek zainteresowanego i w oparciu o wywiad środowiskowy. Pobyt w dziennym domu jest odpłatny, a wysokość opłat (25, 50, 75 zł w 2008 r.) uzależnioną od indywidualnej sytuacji materialnej seniora wyznacza MOPS (możliwe jest zwolnienie z odpłatności).

Profil klienta MDDPS wyznaczają następujące zmienne (zob. Szarota 2010, s. 309): płeć – kobiety (76%); dominująca grupa wiekowa – 75–89 lat (56%), druga w kolejności – 60–74 lata (42%); wykształcenie – średnie (56%), następnie zawodowe (14%); stan cywilny – wolny (82%), w tym wdowieństwo (54%), rozwodnicy (18%), panna/kawaler (10%), czas korzystania z usług placówki – 1–5 lat (38%) oraz 6–10 lat (32%), powyżej 10 lat (18%). Stan zdrowia użytkowników nie jest najlepszy, najczęściej nękają ich choroby układu krążenia, narządu ruchu, różnego rodzaju zmiany zwyrodnieniowe, stany po udarach, choroby nowotworowe i sporadycznie – choroby psychiczne. Dominującym powodem korzystania z usług DDP jest samotność (52%), ubóstwo i niepełnosprawność (po 18%).

Kierownicy placówek wchodzących w strukturę MDDPS na pierwszym miejscu wymieniają poczucie osamotnienia:

– Główny powód to, często pomimo posiadania rodziny, poczucie osamotnienia, chęć kontaktu z innymi ludźmi i, jak mówią, specyficzna atmosfera. Ale również powody finansowe. Osoby korzystające z placówki mogą korzystać z darów, tj. cukier czy mąkę. Ośrodek istnieje po to, by wspierać osoby starsze w codziennym zmaganiu się z trudnościami, pomaga żyć aktywnie, zaspokajając ich potrzebę bycia z drugim człowiekiem.

– *Dzieci pracują, wnuki w szkole, no i nie chcą być zamknięci w czterech ścianach swojego mieszkania. Do placówki trafiają osoby, które ze względu na stan zdrowia nie powinny pozostawać w nim same, a rodzina w ciągu dnia nie może takiej opieki zapewnić, ze względu np. na pracę.*

Kolejny powód, to możliwość zaspokojenia potrzeb bytowych, ponieważ dość niskie dochody skutkują ograniczeniem wydatków m.in. na żywność:

– *Większość osób przychodzących do placówki szuka kontaktu z innymi, ale są też takie osoby, które wiedzą, że u nas mogą zjeść ciasteczko, napić się herbaty, kawy ale również dostać dary, które otrzymujemy. Przeważnie są to paczki żywnościowe przekazywane przez radę dzielnicy, rzadziej przez sponsorów. Szczególnie takie dary otrzymujemy w okolicy świąt (kierownik filii MDDPS).*

Istotną kwestią jest aktywizowanie seniorów, organizowanie im wolnego czasu, którego mają w nadmiarze:

– *Osoby po przejściu na emeryturę szukają różnych form aktywności, chcąc zagospodarować swój czas, realizować swoje zainteresowania i mieć kontakt z innymi ludźmi.*

– *Dzięki możliwości skorzystania z szerokiej oferty placówki ich życie przestaje być monotonne. [...] mają możliwość zaspokojenia różnorodnych potrzeb. Poprzez wyjścia do kina, teatru, muzeum czy filharmonii zaspokajają potrzeby kulturalne. Uczestnictwo w wieczorkach, prelekcjach i spotkaniach z ciekawymi ludźmi zaspokajają potrzeby wiedzy. Potrzeby rekreacyjne realizowane są poprzez zajęcia rehabilitacyjno-ruchowe czy gimnastykę. Możliwość kontaktu z innymi użytkownikami zaspokaja potrzebę przynależności, która po przejściu na emeryturę jest coraz bardziej odczuwalna, a przynależność do jakiejś grupy przeciwdziała osamotnieniu. Tym samym spotkania, rozmowy z innymi ludźmi czy udział w zabawach i imprezach okolicznościowych zaspokajają potrzeby towarzyskie osób starszych (kierownik filii MDDPS).*

Wypowiedzi użytkowników dziennego domu pomocy potwierdzają przytoczone wyżej opinie:

– *Z wykształcenia jestem prawnikiem. Pracuję społecznie w Polskim Związku Emerytów i Rencistów oraz w Związku Kombatantów, gdzie udzielam porad osobom tego potrzebującym. Myślę, że splacam tym dług wdzięczności za dobre życie. Poza tym chcę być nadal aktywny i mieć kontakt z ludźmi. To trzyma mnie przy życiu. Czuję się potrzebny. Dzięki mojej wiedzy mogę być użyteczny i jeszcze komuś pomóc (mężczyzna, lat 92)*

– *Mieszkam niedaleko od placówki. Do przychodzenia tutaj skłoniła mnie możliwość korzystania z obiadów [...] Kiedy tu trafiłam spodobały mi się zajęcia tu prowadzone no i kontakt z ludźmi w podobnym wieku. Chodzę tu codziennie, mogę się nauczyć wielu nowych i ciekawych rzeczy (kobieta, 74 lata)*

– *Pomoc społeczna mi zaproponowała. Mam tu możliwość skorzystania z obiadów. Mogę od czasu do czasu iść do kina czy teatru. Nie wiem dokładnie, ile by mnie takie wyjście normalnie kosztowało, ale pewnie nie byłoby mnie stać (kobieta, 71 lat)*

– *Poza tym, że uczestniczę w ciekawych zajęciach, mogę skorzystać z ciepłego posiłku. Dla siebie samej nie chciałoby mi się gotować* (kobieta, 77 lat)

– *W domu siedziałabym przed telewizorem. Tu mogę spotkać się z innymi starszymi ludźmi, porozmawiać z nimi, po prostu miło spędzić czas. Tu znalazłam przyjaciółki, z którymi spotykamy się też poza placówką* (kobieta, 77 lat).

Przy MDDPS w Krakowie funkcjonuje 6 klubów seniora. Ich członkowie za główne powody swego klubowego zaangażowania uznają chęć realizacji swoich zainteresowań, podtrzymywania aktywności, ucieczkę przed samotnością:

– *Tutaj odprężam się psychicznie od problemów dnia codziennego, problemów domowników. Mam chwilę tylko dla siebie* (kobieta, lat 60)

– *Nie można zamykać się w domu, trzeba być wśród ludzi* (kobieta, lat 77)

– *Chciałam być w towarzystwie koleżanek, nie siedzieć sama w domu. Sąsiadka mi powiedziała no i chodzę* (kobieta, 73 lata)

– *Muszę, chcę nadal być aktywna* (kobieta, 78 lat)

– *Czuję się samotna* (kobieta, 75 lat).

Ośrodki dziennego pobytu prowadzą różne formy aktywizujące osoby starsze, z uwzględnieniem ich potrzeb i zainteresowań społecznych, kulturalnych i religijnych. Osoby starsze mogą się spotkać w szerszym gronie, zaspokajając potrzeby towarzyskie spędzić wspólnie czas. Mogą skorzystać z posiłków, z usług rehabilitacyjnych, poradnictwa specjalistycznego (starania o skierowanie na turnusy rehabilitacyjne, np. problemy dotyczące ZUS, pisanie podań, wypełnianie dokumentów itp.), pracy kulturalno-oświatowej. Mogą rozwijać własne zainteresowania. Są to świadczenia niematerialne, które wpływają na podniesienie poczucia wartości i godności człowieka starego. W zakres działań placówek wchodzi także usługi opiekuńcze świadczone w mieszkaniach klientów o mocno ograniczonej sprawności i samodzielności funkcjonalnej. Przykładowo: dostarczanie gotowych posiłków, robienie zakupów, umawianie na wizyty lekarskie, pomoc w realizacji recept. Ponadto niektóre ośrodki oferują usługi higieniczne, fryzjerskie i krawieckie.

W MDDPS nie są zatrudniani pracownicy socjalni, a zadania z zakresu pracy socjalnej wykonywane są przez personel bezpośredniego kontaktu (kierowników, instruktorów ds. kulturalno-rekreacyjnych, terapeutów zajęciowych, rehabilitantów, łącznie po 8–9 osób w placówce). Zatem można stwierdzić, że w Domach Dziennego Pobytu pracownik socjalny jest ujmowany w kategorii zadań i czynności, a nie profesji, stanowiska.

Wszystkie placówki czynne są od poniedziałku do piątku, po 8 godzin dziennie. Dienne domy pobytu są znacznie tańsze od instytucji opieki stacjonarnej. Miesięczny koszt usług świadczonych jednej osobie wynosi mniej niż 20% kosztów miesięcznego pobytu osoby w placówce pobytu stacjonarnej.

DDP funkcjonują na podstawie planów rocznych i miesięcznych. Pracownicy prowadzą dzienniki zajęć, w których odnotowują wszelkie niezbędne informacje. Działają Społeczne Rady Domu składające się zazwyczaj z kilku

użytkowników usług placówki. Lokalizacja wszystkich placówek zapewnia seniorom łatwy dojazd. Najwięcej klientów mieszka w niedalekim sąsiedztwie. Placówki są wyposażone w centralne ogrzewanie, ciepłą wodę, posiadają niezbędny sprzęt rehabilitacyjny, wszędzie funkcjonują stołówki. Personel dysponuje wyodrębnionymi pomieszczeniami. Wspólną cechą obiektów MDDPS jest estetyka pomieszczeń, jasne wnętrza są ozdobione pracami seniorów. DDP są otwarte na środowisko, współpracują z licznymi instytucjami kultury, placówkami oświatowymi i kulturalno-oświatowymi, współpracują z okolicznymi szkołami, innymi placówkami pomocy społecznej. Coraz częściej podejmowane są przedsięwzięcia angażujące kilka ośrodków – np. w okresie karnawału odbywają się bale, na które zapraszane są osoby z innych placówek lub organizowane są cykliczne wystawy prac użytkowników kolejnych Domów. Jednocześnie każda placówka realizuje własny program, korzystając z możliwości darmowych wejściówek, ulg, zniżek (np. „wejściówki” na basen i do grotty solnej przy salonie piękności)⁵.

W Krakowie funkcjonują ponadto Środowiskowe Domy Samoopomocy dla Osób z chorobą Alzheimera. Świadczeniobiorcami są osoby, u których zdiagnozowano to schorzenie oraz ich rodziny i opiekunowie. Ośrodki wsparcia zapewniają w dni powszednie 8-godzinną dzienną opiekę terapeutyczną chorym skierowanym przez lekarzy specjalistów lub MOPS. Do programu ŚDS należy prowadzenie terapii, edukowanie rodzin i opiekunów osób chorych. Terapia obejmuje trening funkcji poznawczych oraz trening pamięci, w formach dostosowanych do stopnia zaawansowania choroby. Głównym celem działań jest spowolnienie tempa rozwoju choroby. Ośrodki prowadzą grupy wsparcia dla rodzin i opiekunów osób z chorobą Alzheimera.

Takie instytucje socjalne, jak dzienne domy pomocy mają swoje podstawowe zadanie – polega ono na normalizacji starości, nie tylko poprzez udzielanie opieki – co związane jest z kompensacją podstawowych potrzeb, ale także poprzez jej geragogiczne, kulturalno-oświatowe wsparcie. Działalność DDP jest bardzo potrzebna seniorom.

Opieka długoterminowa – dom pomocy społecznej jako środowisko życia starszej osoby

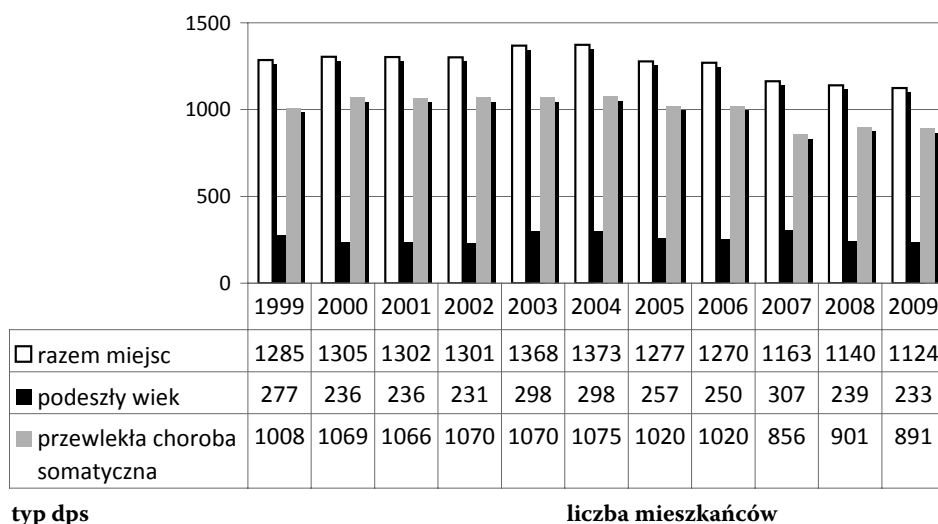
Głównym założeniem komplementarnego systemu wsparcia dla osób starszych jest przyczynienie się do jak najpełniejszego i jak najdłuższego funkcjonowania seniorów w środowisku. Oznacza to, że skierowanie do domu pomocy społecznej ma miejsce dopiero po wyczerpaniu wszystkich możliwych środowiskowych form wsparcia. Jest to ostateczność. W 2007 roku w 1313 polskich

⁵ Wywiad swobodny z pracownikiem MDDPS.

domach pomocy społecznej znalazło schronienie 16,6 tys. starszych osób (Mały Rocznik Statystyczny, 2008, s. 263), co oznacza, że 17,17% ogółu podopiecznych systemu stacjonarnej pomocy to osoby w podeszłym wieku. W 2008 roku w 1334 domach pomocy społecznej (w tym 343 dps dla osób w podeszłym wieku), dysponujących 17762 miejscami, osób takich było 17,8 tysięcy (18,1%). Do tej wartości należy dodać ok. 70% spośród niemal 21 tys. starszych wiekiem mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych (Mały Rocznik Statystyczny, 2009, s. 262), tak bowiem rozkłada się proporcja pomiędzy grupami wiekowymi podopiecznych tego typu opieki. Łącznie jest to około 32,5 tysięcy osób, starszych wiekiem pensjonariuszy obu typów placówek opiekuńczych.

Gmina Kraków prowadziła w 2009 r. 10 domów pomocy społecznej, w tym 3 dla osób w podeszłym wieku i 7 dla osób przewlekle somatycznie chorych. Wykres 3. ilustruje dane związane ze zmianami w liczbie miejsc w placówkach opieki stałej, z których usług korzystają starsi krakowianie, a nadzór sprawuje MOPS⁶.

Wykres 3. Liczba miejsc w krakowskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych somatycznie w latach 1999–2009



Źródło: opracowanie na podst. sprawozdań MOPS i badań własnych

⁶ Nie ujęto domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie, choć i tam mieszkają osoby w podeszłym wieku – jednak profil działania tych domów nie ma charakteru gerontologicznego; ustawodawca zakazuje łączenia tych kategorii podopiecznych.

Zadaniem gmin jest prowadzenie istniejących od 2005 roku rodzinnych domów pomocy. Polegają one na zapewnieniu całodobowej opieki 3–8 mieszkańców, są organizowane na wzór rodzinnych domów dziecka. W kraju w 2009 roku było łącznie 16 takich placówek ze 114 miejscami, z których usług skorzystały 122 osoby. MOPS w Krakowie zleca Caritas prowadzenie dwóch rodzinnych domów pomocy zapewniających 12 miejsc. Z usług opiekuńczych w rodzinnych domach pomocy w roku 2009 roku skorzystało 15 osób⁷ (Statystyka za rok 2009, MPiPS).

Ponadto w Krakowie działały w 2007 roku 3 prywatne domy opieki, świadczące długoterminową lub okresową, całodobową opiekę dla niemal 100 osób (dwa prowadzące działalność gospodarczą, łącznie dla 49 osób w podeszłym wieku i jeden Dom Opieki realizujący zadania statutowe wobec 50 starszych przewlekle chorych kobiet). Opłaty za usługi w całości wnosił podopieczny lub jego rodzina.

Jaki jest stosunek klientów środowiskowej pomocy do zamieszkania w placówce stałego pobytu? Raczej niechętny. Ilustrują to wypowiedzi respondentów wywiadu:

– *Dom pomocy to ostateczność, dopiero, gdybym nie miała innego wyjścia (kobieta, 74 lata)*

– *Dopóki mogę być w swoim domu nie zamierzam zamieszkać w dps. Tu jestem u siebie. Nie myślę, żebym w przyszłości chciała starać się o miejsce w takim domu (kobieta, 95 lat)*

– *Mam córkę, więc nie myślałam o tym, ale nie wiem, co przyniesie przyszłość, ona ma swoje życie, swoją rodzinę. Nie chcę być dla niej ciężarem (kobieta, 81 lat)*

– *Uważam, że przy pomocy usług opiekuńczych mogę funkcjonować w środowisku. Gdybym była całkowicie leżąca, to może wtedy bym się zdecydowała (kobieta, 81 lat)*

– *Tak, myślałam o tym, bo jestem samotna [...] Mam zamiar podjąć w przyszłości działania związane z zamieszkaniem dps, tylko czy znajdę dobry dom? Wpływ na to ma pogarszający się w ostatnim czasie stan mojego zdrowia i sprawności, no i duże opłaty za mieszkanie (kobieta, 85 lat).*

Jednak czasem przychodzi moment, w którym jest się zmuszonym do podjęcia starań o przyznanie usług w placówce. Głównymi powodami ubiegania się o miejsce w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku są: samotność, brak rodziny, konflikty rodzinne, złe warunki mieszkaniowe, zła sytuacja materialna, obawa przed samotną starością, bezdomność. Natomiast – w przypadku dps o profilu usług skierowanym do osób przewlekle chorych somatycznie – głównymi przyczynami są: wiek, zły stan zdrowia, głównie przewlekła choroba, niepełnosprawność, brak najbliższej rodziny lub niekorzystna

⁷ W tym czasie w Małopolsce istniały 3 RDP z 19 miejscami. Skorzystało z ich usług 18 osób.

sytuacja rodzinna, zła sytuacja mieszkaniowa lub brak możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Respondenci mieszkający w domu dla osób w podeszłym wieku wśród przyczyn swojego pobytu wymienili:

– *Rodzina mnie oszukała, bratanek powiedział, że tylko na chwilę, sprzedał mój dom i gdzie się miałam podziąć? Nie mogę się z tym pogodzić, chciałabym wrócić na moją wieś* (kobieta, 86 lat)

– *Po rozwodzie tu zamieszkałem* (mężczyzna, 80 lat)

– *Utrata wzroku, brak opieki ze strony rodziny* (mężczyzna, 66 lat)

– *Choroba Parkinsona, nie chciałam moim pogarszającym się zdrowiem obarczać moją córkę i jej rodzinę. Ona nie chciała na to pozwolić, było wielkie zamieszanie w dniu mojej przeprowadzki, córka płakała, nie chciała do tego dopuścić. Ale ja się zdecydowałam i musiała to uszanować* (kobieta, 85 lat).

Natomiast respondenci mieszkający w domu dla osób przewlekle chorych podali następujące przyczyny:

– *Powody zdrowotne no i brak rodziny, która by się mną zaopiekowała* (mężczyzna, lat 64)

– *Miałam 74 lata jak zaczęłam szukać miejsca, gdzie mogłabym zamieszkać. Decyzję podjęłam ze strachu, tam gdzie mieszkałam było straszne chuligaństwo. Poza tym jestem samotna, mam wprawdzie brata, ale on się mną nie interesuje i nie kontaktuje ze mną* (kobieta, 85 lat)

– *Nie dawałam sobie sam rady i zamieszkałam z córką. Jej dzieci skakały po mnie, ja już nie mam na to siły. Chciałem spokoju i dlatego tu jestem* (mężczyzna, 74 lata)

– *Stan zdrowia. Bardzo przeżyłam śmierć męża, później brata. Jestem samotna* (kobieta, 75 lat).

Funkcjonowanie domów pomocy społecznej reguluje szereg ustaw, rozporządzeń, uchwał, zarządzeń i aktów wykonawczych. We wszystkich przypadkach regulacje są takie same.

Należy pokreślić, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są pełnoprawnymi obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej. Zamieszkanie w dps nie skutkuje utratą żadnych praw obywatelskich. Bezsprzecznymi prawami mieszkańców są: prawo proceduralne i prawo do składania pozwów sądowych, prawa wyborcze, prawo do prywatności, prawo do własności, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, prawo do informacji, prawo do przynależności do samorządu mieszkańców, prawo do wolności wyznania, prawo do przyjmowania odwiedzin krewnych i znajomych, prawo do aktywnego i samodzielnego funkcjonowania, intymnego i godnego życia, prawo do bezpłatnego korzystania z rehabilitacji leczniczej i usprawniającej, prawo do rezygnacji z pobytu w placówce. W domach obowiązuje zakaz pracy przymusowej, mieszkaniec nie ma obowiązku wykonywania pod przymusem jakiejkolwiek pracy na rzecz pałcówki,

której jest rezydentem. Dopuszczalne są jedynie drobne czynności, dobrowolnie podejmowane (por. Kozaczuk, 1999).

W każdej placówce obowiązuje statut i regulamin organizacyjny. Statut dps zawiera informacje dotyczące zadań placówki i zasad jej funkcjonowania, praw i obowiązków mieszkańca, struktury i organizacji pracy domu oraz gospodarki finansowej. Wszystkie ośrodki mają podobną strukturę administracyjną.

Podstawą przyjęcia do domu pomocy społecznej jest decyzja MOPS (pobyt czasowy lub stały). Jest ona wydawana po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego. Badania własne informują, że dominujące przyczyny zamieszkania w krakowskich dps to: własna decyzja – 36,2% ogółu, zły stan zdrowia, niepełnosprawność, przewlekła choroba – 32,8% oraz samotność – 18,28%. Pozostali respondenci wskazywali na brak wsparcia rodziny, konflikty rodzinne.

Ubiegająca się o miejsce osoba starsza powinna skompletować niezbędne dokumenty, zawierające: wniosek o pomoc w formie umieszczenia w dps, dokument stwierdzający tożsamość, kserokopię dowodu przyznania świadczeń emerytalnych lub rentowych, oryginały zaświadczeń o dochodach rodziny z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku o pomoc, oryginały lekarskich zaświadczeń o stanie zdrowia, wyniki podstawowych badań diagnostycznych. Kolejnym etapem jest przeprowadzenie wywiadu środowiskowego i skierowanie do zaopiniowania do zespołu orzekającego. Po wydaniu pozytywnej decyzji (oczywiście, zdarzają się także decyzje odmowne), osoba oczekuje na miejsce w wybranej przez siebie placówce. W tym czasie następuje spotkanie z pracownikiem socjalnym z danego Domu, mające na celu wstępną orientację w zasadach jego funkcjonowania, topografii, specyfice. Pracownik socjalny przygotowuje listę niezbędnych rzeczy, które należy zabrać ze sobą. Przyszły rezydent jest zapraszany do Ośrodka, by nie czuł się zagubiony w chwili przeprowadzenia się.

Po przybyciu nowa osoba zostaje przedstawiona mieszkańcom i pracownikom, otacza się ją szczególną opieką, by złagodzić wstrząs i przyspieszyć proces adaptacji. Zakładana jestteczka z jej aktami osobowym. Konieczna staje się diagnoza indywidualnych potrzeb mieszkańca. W celu ich ustalenia powołuje się zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, które opracowują indywidualne plany wsparcia (z udziałem mieszkańca domu, jeżeli pozwala na to jego stan zdrowia). Jest to obszerny dokument, skupiający podstawowe informacje o mieszkańcu, informacje o przeszłości zawodowej, przyczyny umieszczenia w domu pomocy, dane dotyczące kontaktu z rodziną, informacje o sytuacji materialnej. Określa dane dotyczące: sprawności ruchowej mieszkańca, samodzielności i zdolności do samoobsługi, jakości kontaktów i komunikacji interpersonalnej, dotyczące sprawności zmysłów, sfery poznawczej. Każda placówka opracowuje własny wzór indywidualnego planu wsparcia. Indywidualne plany wskazują osoby biorące udział w realizacji zamierzonych celów, określają metody i termin ich osiągnięcia. Przewidują zestaw usług opiekuńczo-wspomagających

w zakresie rehabilitacji (np. gimnastyka, wykorzystywanie sprzętu rehabilitacyjnego), usług terapeutycznych, socjalnych, religijnych, zdrowotnych. Prognozują i ewidencjonują zabiegi medyczne. Indywidualny plan wsparcia powinien być własnoręcznym podpisem przyjęty do wiadomości przez zainteresowaną osobę. Jest to zawiązanie i realizacja swoistego kontraktu socjalnego.

Mieszkaniec ma prawo wybrać pracownika pierwszego kontaktu spośród pracowników dps. Ta osoba powinna być koordynatorem indywidualnego planu opieki danego mieszkańca, rzecznikiem jego interesów, doradcą i indywidualnym opiekunem, współpracując w tym zakresie z innymi specjalistami (Szlązak, Parlak, 2001, s. 26). Zobowiązana jest do wspierania podopiecznego w trudnych sytuacjach i dbanie o utrzymanie jego kontaktów z rodziną i środowiskiem (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dn. 19.10.2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej)⁸.

Usługi świadczone przez dom pomocy społecznej można ująć w trzy grupy: usługi bytowe, opiekuńcze oraz wspomagające. Do usług bytowych należy zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia⁹, odzieży i obuwia, utrzymanie czystości, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Usługi opiekuńcze obejmują udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację i pomoc w czynnościach higienicznych, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych, korzystanie z opieki lekarskiej, korzystanie z gabinetów specjalistycznych i rehabilitacyjnych, dostęp do niezbędnych leków, artykułów sanitarnych, przedmiotów ortopedycznych¹⁰. W grupie usług wspierających znajdują się: umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców, umożliwianie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalno-oświatowych, zapewnienie warunków do rozwoju samorządności, stymulowanie nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania kontaktów, z rodziną i społecznością lokalną, usamodzielnianie mieszkańca w miarę jego możliwości. Należy wspomnieć o zaspokajaniu potrzeb rozwojowych podopiecznych

⁸ – *Moja opiekunka pierwszego kontaktu wypełnia pustkę w moim życiu z powodu braku bliskich, jak jej nie ma na zmianie to jest mi smutno. Choć wiem, że są inne miłe opiekunki, ale tylko ona mnie rozumie* (kobieta, 75 lat).

⁹ Nie wszyscy mieszkańcy są zadowoleni z jakości posiłków. Jednak są to odosobnione opinie: – *Nie ma jak obiad ugotowany przez siebie, nie wszystko co tu dają, da się zjeść. [...] Kiedy czuję się lepiej to idę do zaprzyjaźnionych sąsiadów, tam gdzie kiedyś mieszkałam i spędzam u nich cały dzień, do domu wracam na noc. Wtedy razem z koleżanką gotujemy coś dobrego, to wtedy jest obiad! Jak muszę coś zjeść w DPS to wolę coś sobie kupić* (kobieta, 72 lata).

¹⁰ – *Muszę poruszać się przy pomocy balkonika i kiedy wchodzę z nim do pokoju [jednoosobowego] mam trudności z obróceniem się. Jak na moje potrzeby to mam tu trochę za ciasno* (kobieta, 85 lat). W pokoju znajdują się łóżko, krzesło, szafka z telewizorem stojącym na niej, umywalka wraz ze specjalnym stołkiem umożliwiającym w razie nagłej potrzeby załatwienie spraw fizjologicznych.

systemu pomocy społecznej. Ośrodki realizują bardzo bogatą ofertę terapii zajęciowej i kulturalno-oświatowej.

– *Usługi wspierające polegają głównie na realizacji potrzeb społecznych oraz kulturalnych, rekreacyjnych i religijnych poprzez szeroką gamę zajęć proponowanych w ramach terapii zajęciowej oraz oferty kulturalno-rekreacyjnej (pracownik socjalny w dps)*

– *Czas wolny mieszkańca trzeba planować razem z nim, trzeba ustalać, co będzie mógł robić, kiedy, ile czasu może mu to zajmować. [...] ale są osoby bez zainteresowań, co sprawia, że większość czasu spędzają beczynnie. Dlatego ważne jest pobudzanie w nich zainteresowania czymś, a czas wolny jest do tego dobrą okazją. Jeśli mieszkaniec ma swoje zainteresowania to wystarczy, że damy mu możliwość ich realizacji i będziemy go wzmacniać w działaniu. Jeśli nie będzie ich posiadał, to staramy się go do czegoś nakłonić, coś zaproponować, z nadzieją, że stanie się to jego hobby. Propozycje dla mieszkańców są różne: formy proponowane przez terapeutów w ramach codziennych zajęć w pracowniach, czytanie, spacer, słuchanie muzyki, może to być opiekowanie się roślinami, drobne prace na rzecz Domu oraz spędzanie czasu z osobami leżącymi, np. na rozmowach czy grach.*

Rezydenci mogą korzystać z bardzo bogatego programu zagospodarowania wolnego czasu. Prowadzone są zajęcia w ramach arteterapii i animacji kultury: muzykoterapia, plastyczna terapia zajęciowa, prowadzone są zajęcia indywidualne i terapia przyłóżkowa, ergoterapia, biblioterapia, dramatoterapia, silwo- i ludoterapia, zajęcia mające na celu stymulację aktywności umysłowej mieszkańców, konkursy i quizy, zajęcia plenerowe. Redagowane i prowadzone są gazetki domowe, kroniki DPS. Organizowane są spotkania z osobistościami świata nauki, kultury, polityki, religii. Odbywają się andrzejki, mikołajki, obchodzone są święta patriotyczne, wspólnotowe świętowanie imienin mieszkańców z danego kwartału roku, Dni Seniora i wiele innych.

Część mieszkańców jest aktywna, socjocentryczna, otwarta na współpracę. Większość jednak wykazuje bierne postawy, niejednokrotnie roszczeniowe. Poniekąd niestety winien temu jest personel, bowiem pracownicy, modelując przestrzeń życiową dps, zbyt często „idą na skróty”, wyręczają mieszkańców niemal we wszystkim. Musi to w konsekwencji przynieść swoiste ubezwłasnowolnienie starszych państwa, ukształtować w nich przekonanie, że inni załatwią wszystkie istotne sprawy, bez koniecznego wysiłku ze strony zainteresowanej jednostki.

Każdy mieszkaniec ma prawa i obowiązki określone w regulaminie placówki. Może występować z wnioskami i skargami do dyrekcji Domu. W domach powinny działać samorządy. Reprezentantem samorządu jest wybierana przez ogół społeczności rada mieszkańców, która powinna być faktycznym gospodarzem Domu oraz pełnić rolę rzecznika interesów mieszkańców na zasadzie współpartnerstwa z dyrektorem i personelem.

Organizacja życia zbiorowości dps jest trudna. Wspólną przestrzeń użytkują osoby z różnych środowisk, o różnej jakości wykształcenia, z bardzo różną biografią, nawykami, upodobaniami. Niektórzy przybywają do placówki zdumieni swoją decyzją, bowiem życie postawiło ich w sytuacji bez wyjścia. Mają ogromne problemy z adaptacją. Inni – stają się rezydentami po świadomym przemyśleniu własnej sytuacji. Ich adaptacja jest łatwiejsza.

Podsumowanie

Polska polityka społeczna stanęła przed trudnym zadaniem przebudowy systemów społecznych tak, by dysproporcja między grupą produkcyjną i poprodukcyjną nie spowodowała katastrofy gospodarczej przez przeciążenie systemu świadczeń emerytalno-rentowych. W 2008 roku przeciętna liczba emerytów i rencistów pobierających emerytury i renty z ZUS i KRUS wynosiła ponad 9 mln 250 tys. osób (Mały Rocznik Statystyczny, 2009, s. 42). Jest to, w skali europejskiej, niezwykle wysoka wartość. W cieniu zagrożeń gospodarczo-ekonomicznych kryje się realna groźba społecznej marginalizacji osób starszych. Starość powoli staje się polską kwestią społeczną. Proces ten w konsekwencji doprowadzić może do powszechnego ageizmu, dyskryminacji tej kategorii wiekowej, bowiem osoby starsze dysponują zmniejszoną umiejętnością przystosowania się do nowych zasad funkcjonowania społeczeństwa ciągłej zmiany, posiadają małą zdolność pokonywania przeszkód kulturowych i socjo-ekonomicznych. Aby podnieść wskaźnik kapitału społecznego i intelektualnego seniorów należy inwestować w ich aktywizację poprzez zwielokrotnienie zaangażowania społecznego, transfer wiedzy, doświadczenia, wartości i umiejętności społecznych, inwestowanie w optymalizujący model polityki społecznej i profilaktykę pomyślnego starzenia się.

Z powyższych faktów należy wysunąć także wnioski co do planowania polityki socjalnej: konieczne są inwestycje w kluby seniora, uniwersytety III wieku, infrastrukturę dostosowaną do potrzeb i możliwości osób w podeszłym wieku. Ale konieczna jest także ingerencja w pomoc społeczną i opiekę środowiskową i na koniec – po wyczerpaniu wszystkich dostępnych możliwości – w ośrodki wsparcia i domy pomocy społecznej dla osób starszych, które dla wielu stają się docelową przystanią kończącego się życia.

Rozbudowany i dobrze funkcjonujący system grodzkiej pomocy społecznej dla osób starszych, wzmacniany innowacyjnymi programami działalności lokalnych koalicjantów i miejskiego programu „dobrego starzenia” się, pozwalają żywić nadzieję, że zadania rozpisane w ustawie o pomocy społecznej zachowają swój humanitarny charakter.

Literatura:

- Halicka M., 2006, *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Kozaczuk L., 1999, *Kierunki działania domu pomocy społecznej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Śląsk, Katowice.
- Ludność Łodzi i innych wielkich miast w Polsce w latach 1984–2006*, Urząd Statystyczny w Łodzi, GUS, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_ludnosc_miast.pdf (30.01.2008).
- Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2008, GUS, Warszawa.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, GUS, Warszawa.
- Olech A., Kaźmierczak T., 2006, *Mapa zaspokajania potrzeb społecznych*, „Praca Socjalna”, nr 2.
- Pomoc społeczna w Małopolsce – 2007 r., Raporty, analizy badania*, ROPS w Krakowie, <http://www.rops.krakow.pl/index.php?s=raporty> (otwarcia wielokrotne).
- Regulamin Organizacyjny Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie*, maszynopis.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dn. 19.10.2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej*, Dz.U. z 2005 r., nr 217, poz. 1837.
- Serwis www StatKraK Liczby... Miasto... Mieszkańcy*, Miejski Zarząd Baz Danych, http://msip.um.krakow.pl/statkrak/view/show/view10.asp?tab=k_lud_ludnosc_wg_plci_wieku_v1.
- Sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie*, <http://www.mops.krakow.pl/statyczne>.
- Statut Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej*, maszynopis.
- Statystyka za rok 2007*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, <http://www.mps.gov.pl/index.php?gid=1173>.
- Statystyka za rok 2009*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1575>.
- Synak B., Czekanowski P., 2003, *Ludzie starzy a pomoc społeczna*, [w:] K. Marzec-Holka (red.), *Pomoc społeczna. Praca socjalna. Teoria i praktyka*, t. I, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz.
- Szarota Z., 2010, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Szlązak M., Parlak D. (red.), 2001, *Seniorzy i dom pomocy społecznej, czyli co trzeba wiedzieć, by podjąć decyzję i dopełnić formalności związanych z zamieszkaniem w pałcówce opiekuńczej*, ROPS, Kraków.
- Urbaniak S., 2004, *Problem starzenia się ludności a zadania gminy miejskiej Kraków*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota, *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków.
- Ustawa o pomocy społecznej*, Dz.U. nr 64, poz. 593 ze zm.
- Wortal Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, www.mpips.gov.pl (otwarcia wielokrotne).

Załącznik nr 1 do sprawozdania z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie za rok 2007, <http://www.mops.krakow.pl/statyczne/sprawozdania/2007/spr2007zal1.pdf>.

Zespół Zadaniowy ds. określenia kierunków działań dotyczących domów pomocy społecznej w Krakowie, powołany Zarządzeniem Nr 1911/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 4 listopada 2004 r., maszynopis.

Rodzinna i pozarodzinna opieka domowa nad osobami starszymi

Słowa kluczowe:

rodzinna opieka domowa, pozarodzinna opieka domowa, osoby starsze

Key words:

family home care, professional home care, the elderly

Streszczenie:

Artykuł poświęcony jest prezentacji form opieki nad osobami starszymi przewlekle chorymi i/lub niepełnosprawnymi sprawowanej w warunkach domowych przez: 1) mieszkających razem z nimi członków rodziny; 2) niemieszkających razem z nimi członków rodziny; 3) opiekunki środowiskowe wykonujące usługi opiekuńcze zlecane przez MOPS (na rzecz seniorów mieszkających samotnie, względnie żyjących w rodzinach niezdolnych do sprawowania opieki). Formy te charakteryzowane są z perspektywy osób sprawujących opiekę i dotyczą takich zagadnień, jak: kondycja zdrowotna podopiecznych, czas poświęcony na sprawowanie opieki i czynniki utrudniające/ułatwiające jej sprawowanie, a w odniesieniu do osób spokrewnionych z seniorami – także wpływ sprawowania opieki na życie prywatne i zawodowe opiekunów. Bazę empiryczną dla wyżej wymienionej prezentacji stanowią wyniki badań przeprowadzonych wśród 118 członków rodzin mieszkających z podlegającymi opiece seniorami, 141 członków rodzin niemieszkających z seniorami oraz 297 opiekunek środowiskowych.

Summary:

In the article the authors present forms of care over elderly long-term ill and/or disabled members of families delivered by: 1) members of the family living together with them in the same household; 2) members of the family living in another household; 3) caregivers employed by NGO-s providing care services commissioned by the Krakow Welfare Centre for both persons living alone or with some members of their families. These forms are

characterized from the perspective of caregivers and deal with such issues as: the health of persons being given care to, time spent on caregiving, factors that facilitate or impede care duties and, in the case of members of the family, influence of caregiving on their private and professional lives. The empirical basis for this article are the results of two research projects carried out on a) 119 caregivers living with their elderly members of the family and 141 caregivers not living with persons they give care to; b) 297 professional caregivers.

Wprowadzenie

Współczesna starość – to nie tylko ta faza życia, której próg przekracza coraz większy odsetek członków społeczeństwa, ale to także okres egzystencji o coraz dłuższym czasie trwania. Analizując zawarte w tablicach trwania życia¹ wartości parametrów określających przeciętną liczbę lat, jaką ma do przeżycia osoba w wieku senioralnym, można z łatwością dostrzec ich postępujący wzrost.² Według najnowszych polskich tablic trwania życia, statystyczny 60-latek ma jeszcze przed sobą ponad 17 lat życia, statystyczna 60-latka – ponad 23 lata, natomiast 75-letni mężczyzna ma szansę przeżyć kolejne 9 lat, a 75-letnia kobieta – ponad 11 lat³. To sukcesywne dodawanie „lat do życia” nie zawsze niestety oznacza dodawanie „życia do lat”. W praktyce więc seniorzy, a w szczególności ci bardziej posunięci w latach – to zazwyczaj ludzie przewlekle chorzy, często także niepełnosprawni. Z reprezentatywnych badań nad stanem zdrowia ludności Polski (*Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*)⁴ wynika, że ponad 70% osób w wieku 60–69 lat cierpi z powodu długotrwałych problemów zdrowotnych, a prawie 40% zalicza się do kategorii niepełnosprawnych, natomiast wśród seniorów o dekadę starszych przewlekle chorzy stanowią 84,1%, a niepełnosprawni – ponad połowę (52,2%) (por. tamże, s. 88 i 227).

Uwikłanie w przewlekle choroby i niepełnosprawność ograniczają znacznie możliwości seniorów w zakresie samoobsługi. Co czwarta osoba w wieku 70. lat i więcej nie przejdzie samodzielnie odległości 500 m, co szósta – może to

¹ Tablice trwania życia są konstrukcją teoretyczną umożliwiającą prowadzenie szczegółowej analizy procesu wymierania badanej populacji.

² W latach 1950–2008 przeciętne dalsze trwania życia 60-letniego mężczyzny wydłużyło się o ponad 3 lata (z 14,55 lat do 17,89 lat, a życie 60-letniej kobiety – o ponad 6 lat (z 17,05 lat do 23,09 lat). Por. *Przeciętne dalsze trwanie życia w latach 1950–2008*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_894_PLK_HTML.htm.

³ Dokładne wartości tego parametru wynoszą: dla 75-letniego mężczyzny – 9,22 lat, a dla 75-letniej kobiety – 11,54 lat.

⁴ Ostatnie badanie na ten temat zostało przeprowadzone w Polsce w 2004 roku na ponad 42 tysięcznej próbie reprezentatywnej mieszkańców kraju. Zob. *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku*, Warszawa 2006, GUS.

zrobić, ale tylko z laską czy kulą, a co trzynasta w ogóle nie jest w stanie wykonać takiego zadania. Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów ma co dwunasta osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia lub starsza, a 6% nie jest w stanie tego zrobić, bo nie może lub nie posiada odpowiedniego sprzętu ułatwiającego wykonanie tej czynności. Ponad 4% osób w ósmej dekadzie życia i starszych nie jest w stanie samodzielnie położyć się i wstać z łóżka, prawie 4% nie potrafi samodzielnie skorzystać z ubikacji, a ponad 13% – samodzielnie się wykąpać (por. tamże, s. 129 i 131)⁵.

Osobom z takimi ograniczeniami samoobsługowymi potrzebna jest na co dzień pomoc. Z reguły pierwszym podmiotem, który poczuwa się do udzielania takiej pomocy, a jednocześnie tym, od którego osoba starsza tej pomocy oczekuje, jest najbliższa rodzina⁶. Zorganizowanie pomocy wydaje się najprostsze w sytuacji, gdy starsza osoba zamieszkuje pod jednym dachem z członkami swej rodziny pozytywnie nastawionymi do jej świadczenia. Nieco trudniej jest zorganizować rodzinną pomoc w przypadku oddzielnego zamieszkiwania w obrębie tej samej miejscowości, a gdy dystans przestrzenny między osobą potrzebującą na co dzień opieki a jej bliskimi przekracza granice danej miejscowości i wyraża się w dziesiątkach czy setkach kilometrów dzielących obie strony, bezpośrednie świadczenie pomocy rodzinnej staje się w ogóle niemożliwe. Rodzi się wówczas konieczność korzystania z pomocy pozarodzinnej, czy to sąsiedzkiej, czy to w postaci usług opiekuńczych organizowanych za pośrednictwem miejscowego ośrodka pomocy społecznej, albo na własną rękę. W sytuacji, gdy taka domowa pomoc okazuje się niewystarczająca lub nie można jej zorganizować, pozostaje skorzystanie z stacjonarnego wsparcia instytucjonalnego w domu pomocy społecznej. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że z tej ostatniej formy pomocy korzysta niewielka część seniorów w podeszłym wieku i to z dwóch powodów. Po pierwsze, liczba miejsc w tych domach jest ograniczona (zob. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku*, s. 205)⁷, po drugie zaś, placówki te są najczęściej postrzegane (tak przez same

⁵ Przedstawione dane charakteryzują możliwości samoobsługi wśród wszystkich badanych seniorów. Jeśliby ograniczyć analizę do grupy seniorów zaliczonych do kategorii niepełnosprawnych, to okazuje się, że wśród jej przedstawicieli możliwości samoobsługi są jeszcze mniejsze. Przykładowo: spośród 70-letnich i starszych niepełnosprawnych seniorów samodzielnie nie przemierzy schodów 46%, nie położy się ani nie wstanie z łóżka 7,6%, nie skorzysta samodzielnie z ubikacji 7% i nie wykąpie się samodzielnie 23,3%.

⁶ Do sformułowania takiej opinii skłaniają nie tylko wnioski płynące z potocznej obserwacji, ale także wyniki badań opinii społecznej. Zob. np. *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości* (oprac. B. Wciórka) – komunikat z badań CBOS. Warszawa, grudzień 2000; *Společne więzi Polaków* (oprac. R. Boguszewski) – komunikat z badań CBOS, Warszawa, listopad 2005; *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości* (oprac. K. Wądołowska), komunikat z badań CBOS, Warszawa, listopad 2009.

⁷ Najnowsze dostępne dane na ten temat pochodzą z 2008 roku. W całym kraju funkcjonowały wówczas 343 domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, dysponujące 17762 miejscami.

osoby starsze, jak i przez ich rodziny) nie tyle jako przyjazne środowisko życia, które się na stare lata w pełni dobrowolnie wybiera (Zob. *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*, s. 11.)⁸, ale raczej jako miejsce „przymusowego przesiedlenia” zajmowane w ostateczności, gdy zmusza do tego splot negatywnych okoliczności życiowych.

Skoro więc życie zdecydowanej większości seniorów wymagających pomocy toczy się nie w placówkach stacjonarnych umożliwiających zaspokajanie ich biologicznych i społecznych potrzeb, lecz w ich prywatnym miejscu bytowania, warto postawić pytanie, kto i w jakim zakresie udziela im niezbędnej pomocy i opieki na co dzień.

Poszukiwanie odpowiedzi na to pytanie stało się jednym z elementów dwu niezależnych od siebie badań socjologicznych, dotyczących sprawowania opieki domowej nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. W pierwszym przypadku badano zagadnienia związane z udzielaniem pomocy takim osobom przez członków ich rodziny i to zarówno wspólnie z nimi mieszkających, jak i mieszkających oddzielnie, lecz w tej samej miejscowości. W drugim przypadku przedmiotem zainteresowania była pozarodzinna opieka domowa świadczona chorym i niepełnosprawnym przez osoby wykonujące usługi opiekuńcze na zlecenie ośrodka pomocy społecznej. W obu badaniach kryterium zaliczenia do grupy osób otrzymujących wsparcie opiekuńcze był nie ich wiek, lecz stan zdrowia. Osoby w wieku senioralnym były zatem nie jedyną, lecz tylko jedną z kilku uwzględnionych w analizie kategorii podmiotów podlegających opiece domowej.

Badania nad rodzinnymi formami opieki domowej zostały przeprowadzone w różnych środowiskach zamieszkania – na wsi, w małych i średniej wielkości miastach położonych w południowej Polsce i w samym Krakowie. Objęto nimi dobranych metodą „kuli śniegowej” przedstawicieli rodzin mieszkających i niemieszkających z podlegającymi ich opiece chorymi i niepełnosprawnymi bliskimi i z tą grupą respondentów przeprowadzono wywiady według standaryzowanego kwestionariusza.⁹ Natomiast badania nad pomocą pozarodzinną były zrealizowane wyłącznie w Krakowie i adresowane do opiekunek zatrudnionych przez Polski Czerwony Krzyż (PCK), Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS) oraz Fundację im. bł. Anieli Salawy, tj. podmioty, które w 2009 roku wykonywały usługi opiekuńcze zlecane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej jako instytucję odpowiedzialną za ich organizowanie na terenie miasta. Przeprowadzono je za pomocą ankiety wypełnianej przez opiekunki na zasadzie całkowitej dobrowolności, a udostępnianej im w prowadzonych przez wyżej wspomniane podmioty punktach koordynacji zleceń.

⁸ Z wypowiedzi respondentów badanych przez CBOS w bieżącej dekadzie (w 2000 i 2009 roku) wynika, że tylko absolutnie nieliczni (3%) chcieliby spędzić okres starości w domu pomocy społecznej.

⁹ Badania przeprowadzono w 2008 roku, a ich wykonawcami w terenie byli studenci nie-stacjonarnych studiów socjologicznych, specjalizujący się w pracy socjalnej.

Domowa opieka rodzinna

Wśród przebadanych opiekunów rodzinnych pomagających w codziennym funkcjonowaniu swoim bliskim znalazło się 260 osób sprawujących opiekę nad chorymi i niepełnosprawnymi seniorami, tj. osobami, które przekroczyły 60. rok życia. Ponad połowa z nich (141 osób) nie mieszkała z razem seniorami w tym samym gospodarstwie domowym, co w praktyce oznaczało, że świadczenie pomocy wiązało się z koniecznością dochodzenia do ich mieszkań. Pozostałych (119 osób) łączyła z seniorami wspólnota zamieszkania, co niewątpliwie znacznie ułatwiało sprawowanie opieki. Opiekę tę (w obu podgrupach) sprawowały głównie kobiety (78,5%). Przedstawicielki tej płci dominowały także wśród podopiecznych (80%). Ponad połowę podopiecznych (54,2%) stanowiły osoby spokrewnione z badanymi w linii prostej (w przeważającej części – rodzice). Na drugim miejscu plasowali się inni krewni, na trzecim zaś – współmałżonkowie (trzykrotnie częściej mężowie niż żony).

Tabela 1. Respondenci według typu relacji rodzinnej łączącej ich z seniorami i charakteru zamieszkania (w%)

Typ relacji rodzinnej łączącej respondenta z osobą w wieku senioralnym	Mieszkający		Ogółem
	We wspólnym gospodarstwie domowym	W oddzielnym gospodarstwie domowym	
współmałżonek (współmałżonka)	16,8	–	7,7
matka	40,3	29,8	34,6
ojciec	15,2	12,8	13,8
brat, siostra	–	2,8	1,5
babcia	–	9,2	5,0
dziadek	–	2,8	0,8
inny(a) krewny(a)	27,8	44,0	36,6
Ogółem	100,0	100,0	100,0

W zbiorowości podlegających opiece seniorów znajdowali się w równych proporcjach przedstawiciele „trzeciego” (60–79 lat) i „czwartego” (powyżej 80 lat) wieku, najczęściej reprezentujący kategorię osób owdowiałych (72%). Seniorzy, którzy nie byli członkami gospodarstw domowych tworzonych przez swych opiekunów, mieszkali najczęściej samotnie (70,2%), co szósty z nich zamieszkał wraz ze współmałżonkiem(-ką), a pozostali toczyli swe życie w gospodarstwach o innym składzie osobowym. Natomiast seniorzy mieszkający pod wspólnym dachem ze swymi opiekunami funkcjonowali w większości (79%) w rodzinnych gospodarstwach domowych składających się przeciętnie z 4 osób. Tylko co piąty z nich mieszkał wyłącznie z opiekunem, tworząc dwuosobowe gospodarstwo domowe.

Podjęmowane przez respondentów działania opiekuńcze wobec seniorów były podyktowane złym stanem zdrowia i ograniczonym stopniem sprawności tych ostatnich. Tylko co czwarty z nich był w stanie samodzielnie się poruszać poza obrębem mieszkania, co trzeci mógł je opuszczać korzystając z pomocy innej osoby, ponad 22% mogło poruszać się tylko po mieszkaniu, a co piąty nie opuszczał w ogóle łóżka. Warto zaznaczyć, że odsetek osób o wyraźnie ograniczonej sprawności (w tym leżących) był zdecydowanie wyższy wśród mieszkających wspólnie z opiekunami w porównaniu z mieszkającymi oddzielnie, a także wśród reprezentantów „czwartego wieku” w porównaniu z grupą młodszych seniorów (poniżej 80. roku życia). Najczęściej wskazywane przez respondentów problemy zdrowotne ich podopiecznych wynikały ze schorzeń typowych dla fazy starości. Co drugi podopieczny cierpiał z powodu dysfunkcji narządów ruchu, prawie co trzeci – z powodu przewlekłej choroby somatycznej, równie wielu miało uszkodzony wzrok i/lub słuch, a w znaczącej liczbie przypadków wymienione problemy zdrowotne występowały u poszczególnych podopiecznych łącznie. Zdecydowanie rzadziej natomiast przyczyną ich złej kondycji zdrowotnej były zaburzenia psychiczne lub niesprawność intelektualna.

Jak na tle zarysowanej charakterystyki podlegających opiece seniorów przedstawia się zakres oraz formy udzielanej im pomocy?

Pierwsza refleksja, jaka nasuwa się po dokonaniu pod tym kątem analizy uzyskanego materiału empirycznego, sprowadza się do stwierdzenia, że między zakresem pomocy udzielanej seniorom przez osoby wspólnie z nimi mieszkające z seniorami i mieszkające w oddzielnych gospodarstwach domowych nie występują wyraźniejsze różnice, jeśli wziąć pod uwagę czas przeznaczony na jej realizację. Wprawdzie z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że opiekunowie wspólnie zamieszkali z seniorami przeznaczają w skali dnia więcej czasu na udzielanie pomocy niż mieszkający oddzielnie, ale jeśli uwzględnić fakt, że ci ostatni muszą dochodzić do mieszkań swych podopiecznych, co zabiera im średnio 35 minut dziennie (a ponad 27% badanych pokonuje tę trasę kilka razy na dzień), to interpretacja uwidocznionych różnic musi ulec pewnej korekcji.

Wyraźniejsze różnice ujawniają się w odniesieniu do częstotliwości wykonywania określonych czynności pomocowych. Odsetek respondentów, którzy podejmują każdą z czynności wymienionych w tabeli 2, jest większy w podgrupie mieszkających z seniorami pod wspólnym dachem. Skupiając uwagę tylko na czynnościach wewnątrzdomowych łatwo dostrzec, że wszyscy opiekunowie należący do tej podgrupy przygotowują dla swoich podopiecznych posiłki¹⁰ i prawie wszyscy udzielają im pomocy przy wykonywaniu zabiegów higienicz-

¹⁰ W trakcie przeprowadzania badań nie pytano respondentów, czy przygotowują specjalne potrawy dla podopiecznych seniorów, czy też serwują im te, które są przyrządzane dla pozostałych członków rodziny. Biorąc jednak pod uwagę dominujące w naszym społeczeństwie wzory żywieniowe można domniemywać, że prawdopodobnie częściej ma miejsce ta druga sytuacja.

nych. Natomiast opiekunowie „dochodzący” angażują się najczęściej w wykonywanie prac porządkowych w mieszkaniach swych podopiecznych oraz w przygotowywanie (a, być może, przynoszenie już gotowych) posiłków.

Tabela 2. Opiekunowie według puli czasu przeznaczanego dziennie na opiekę nad seniorami rodzaju podejmowanych działań pomocowych i charakteru zamieszkania (w %)

Wyszczególnienie	Mieszkający		Ogółem
	We wspólnym gospodarstwie domowym	W oddzielnym gospodarstwie domowym	
<i>Czas przeznaczany w skali dnia na działania pomocowe</i>			
mniej niż 1 godzina	4,2	24,5	15,2
1–2 godzin	18,6	38,1	29,2
2–3 godziny	27,2	26,6	26,8
więcej niż 3 godziny	50,0	10,8	28,8
<i>Czynności pomocowe wykonywane w mieszkaniu podopiecznego*</i>			
pomoc w utrzymywaniu higieny osobistej	98,0	51,8	72,7
utrzymanie czystości w mieszkaniu	84,0	78,7	81,1
przygotowywanie posiłków	100,0	65,9	81,5
pomoc w poruszaniu się po mieszkaniu	17,6	3,5	10,0
wszystkie w/w czynności	47,6	10,0	27,3
<i>Czynności pomocowe wykonywane poza mieszkaniem podopiecznego*</i>			
zakupy	73,1	76,6	75,0
załatwianie spraw w urzędach	90,0	53,1	70,0
towarzyszenie w wyjściach pieszych poza dom	63,0	22,0	40,8
transportowanie	50,4	12,8	30,0

* Ze względu na możliwość wskazania kilku czynności procenty nie sumują się do 100.

Zdecydowanie rzadziej natomiast pomagają w wykonywaniu zabiegów higienicznych i poruszaniu się po mieszkaniu, gdyż stopień samodzielności sa-

moobługowej mieszkających oddzielnie seniorów jest – jak wcześniej wspomniano – większy niż mieszkających wspólnie z opiekunami, więc i potrzeba udzielania w tych zakresach pomocy nie jest powszechna. W całej badanej zbiorowości opiekunów (bez zastosowania podziału na mieszkających i niemieszkających z podopiecznymi) czynnościami pomocowymi, plasującymi się na pierwszych pozycjach z punktu widzenia częstotliwości ich wykonywania, są prace nastawione na utrzymanie czystości w mieszkaniach podopiecznych oraz zapewnienie im posiłków. Natomiast pomoc wykraczająca poza czynności wykonywane w ramach mieszkania przejawia się najczęściej w dokonywaniu zakupów i załatwianiu różnych spraw w urzędach, rzadziej w towarzyszeniu seniorom podczas spacerów, czy innego typu wyjść poza obręb mieszkania oraz w transportowaniu ich do wybranych miejsc (np. ośrodka zdrowia, szpitala, kościoła, itp.). Podobnie jak to miało miejsce w odniesieniu do pomocy wewnątrzdomowej, także i na tej płaszczyźnie widoczne są różnicowania w częstotliwości podejmowania działań wspierających przez opiekunów mieszkających i niemieszkających z seniorami – ci pierwsi zdecydowanie wyprzedzają w ich realizacji reprezentantów drugiej podgrupy.

Analizując zagadnienie rodzinnej opieki domowej nad osobami starszymi warto przyjrzeć się także motywom jej sprawowania. O ile w przypadku wspólnoty zamieszkania udzielanie seniorowi pomocy w codziennym funkcjonowaniu wydaje się być oczywistym przejawem rodzinnej koegzystencji, o tyle w przypadku oddzielności zamieszkania podjęcie roli „dochodzącego” opiekuna wymaga większej determinacji. W trakcie badań zapytano więc opiekunów niemieszkających z seniorami o motywy zaangażowania w działania pomocowe na ich rzecz. Motywem najczęściej wymienionym (przez 2/3 badanych) było poczucie obowiązku moralnego wobec osoby bliskiej. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi trudno jednak wyrobić sobie jednoznaczny pogląd, czy podejmowanie przez respondentów działań pomocowych uzasadnianych tak szlachetnym motywem było wynikiem ich absolutnie dobrowolnego wyboru, czy też raczej rezultatem pewnego „moralnego przymusu” pojawiającego się w sytuacji braku innych członków rodziny, którzy mogliby lub chcieliby wystąpić w roli opiekunów, względnie w sytuacji niemożności zorganizowania opieki pozarodzinnej. Bardziej prawdopodobna wydaje się ta druga interpretacja, bowiem zaledwie co trzynasty badany stwierdził, że zaangażowanie w pomoc było rezultatem jego dobrowolnego wyboru, natomiast co dziewięty wskazywał na brak innych członków rodziny, którzy chcieliby sprawować opiekę, a pozostali wymieniali inne jeszcze uwarunkowania swego pomocowego zaangażowania (m.in. brak możliwości zorganizowania opieki pozarodzinnej).

Wzięcie na siebie odpowiedzialności za opiekę nad należącymi do rodzinnego kręgu seniorami nie oznacza jednak, iż cały jej ciężar spoczywa wyłącznie na barkach badanych opiekunów. Zarówno bowiem ci, którzy mieszkają razem z seniorami, jak i mieszkający oddzielnie, są w większości przypadków wspiera-

ni przez inne osoby angażujące się w udzielanie pomocy (tabela 3). Najczęściej są to najbliżsi członkowie ich rodzin, ale także sąsiedzi, przyjaciele oraz inne osoby (w tym opiekunki świadczące usługi z ramienia ośrodka pomocy społecznej i pielęgniarki środowiskowe, a także osoby z obu tych kategorii zawodowych wynajmowane prywatnie).¹¹

Tabela 3. Osoby wspierające respondentów mieszkających i niemieszkających z seniorami w sprawowaniu nad nimi opieki

Osoby wspierające respondenta – opiekuna*	Opiekun i senior mieszkają	
	We wspólnym gospodarstwie domowym	W oddzielnym gospodarstwie domowym
członkowie rodziny wchodzący w skład wspólnego gospodarstwa domowego z opiekunem	65,4	30,2
członkowie rodziny niewchodzący w skład wspólnego gospodarstwa domowego z opiekunem	48,1	32,3
sąsiedzi	11,4	8,3
przyjaciele	8,8	1,0
inni	28,6	43,7

* Ze względu na możliwość wskazania kilku podmiotów wspierających procenty nie sumują się do 100.

Niewykluczone, że doświadczanie przez „głównych” opiekunów pomocy ze strony innych osób współuczestniczących w sprawowaniu opieki nad seniorami przyczynia się do tego, iż nie postrzegają oni swego zaangażowania w pomoc jako czynnika powodującego drastyczne ograniczenia w ich życiu prywatnym i zawodowym. Poczucie pewnych ograniczeń w życiu prywatnym towarzyszy co trzeciemu opiekunowi w całej badanej populacji, ale częściej jest udziałem osób wspólnie mieszkających z seniorami (44,5%) niż mieszkających oddzielnie (20,5%). Najczęściej respondenci odpowiadali, iż doskwiera im brak czasu „dla siebie”, co jest sformułowaniem nader ogólnikowym i z tego względu trudnym do jednoznacznej interpretacji. Wskazywali też na inne ograniczenia, takie jak: niemożność wyjazdu na urlop, limitowany czas przebywania poza domem czy niemożność utrzymywania szerokich kontaktów towarzyskich. Jeśli idzie o wpływ sprawowania opieki nad seniorami na życie zawodowe opiekunów, to można go rozpatrywać wyłącznie w odniesieniu do tych, którzy byli czynni zawodowo, a tacy stanowili niespełna 61% wszystkich badanych (53,8%

¹¹ O udziale tych osób w sprawowaniu opieki domowej nad seniorami będzie mowa w dalszej części artykułu, poświęconej charakterystyce opieki pozarodzinnej.

wśród mieszkających i 66,7% niemieszkających ze swymi podopiecznymi). Jednak pracujący opiekunowie w swej znakomitej większości (79,7%) nie odczuwali żadnych ograniczeń w życiu zawodowym spowodowanych sprawowaniem opieki nad bliskimi sobie seniorami. Ci, którzy je dostrzegali, najczęściej podkreślali, iż sprawowanie opieki powoduje konieczność korzystania z częstych zwolnień z pracy. W przypadku kilkunastu badanych konieczność sprawowania opieki nad starszym wiekiem członkiem rodziny stała się przyczyną całkowitej rezygnacji z pracy, bądź zmiany formy zatrudnienia (przede wszystkim przejścia z pełnego etatu na niepełny).

Domowa opieka pozarodzinna

Jak wspomniano już we wprowadzeniu, zagadnienie domowej opieki pozarodzinnej nad seniorami stanowiło pewien element badań poświęconych realizacji usług opiekuńczych w Krakowie, wykonywanych na zlecenie MOPS. Nie był to jednak ani pierwszoplanowy, ani autonomiczny aspekt tych badań. Dlatego też wydobyte z nich informacje na temat usług opiekuńczych świadczonych osobom starszym mają ograniczony charakter. Pewnym ich uzupełnieniem mogą być informacje zaczerpnięte z przedstawionych powyżej badań nad rodzinną opieką domową, w których poświęcono nieco uwagi pozarodzinnym formom opieki domowej, analizowanej jednakże w kontekście opieki sprawowanej przez członków rodziny seniora i traktowanej wyłącznie jako jej uzupełnienie. Trzeba też przypomnieć, że ponieważ przestrzenny wymiar tych badań nie był ograniczony do samego tylko Krakowa i obejmował takie środowiska zamieszkania, w których występuje nieco inny sposób organizacji usług opiekuńczych i inaczej kształtuje się ich dostępność, więc wnioski dotyczące zakresu korzystania w praktyce z tej formy opieki nad seniorami muszą być formułowane bardzo ostrożnie.

W Krakowie, w okresie przeprowadzania badań, tj. w 2009 roku, z usług opiekuńczych wykonywanych na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej korzystało 2681 mieszkańców miasta. Wśród objętych tymi usługami 90% stanowiły osoby w wieku senioralnym, w tym 37% osób w przedziale wieku 60–79 lat i 53% liczących 80 i więcej lat. W zbiorowości tej zdecydowanie przeważały kobiety (82,3%), szczególnie licznie reprezentowane wśród przedstawicielek „czwartego” wieku¹². Usługi opiekuńcze wykonywało 789 osób, co oznacza, że na każdą z nich przypadało przeciętnie 3. podopiecznych. Najliczniejszą grupę podopiecznych stanowiły osoby sprawne umysłowo, lecz częściowo niesprawne fizycznie, kolejną – osoby sprawne umysłowo, leżące. Na

¹² Dane zaczerpnięte ze statystyk udostępnionych przez Dział Koordynacji Pracy Filii MOPS w Krakowie.

dalszych pozycjach plasowały się osoby z ograniczeniami tak fizycznymi, jak i mentalnymi. Większość badanych opiekunek¹³ miała pod swoją opieką osoby o różnej kondycji zdrowotnej, zarówno bardziej, jak i mniej sprawne ruchowo, a także bardziej lub mniej sprawne umysłowo. Można domniemywać, że realizując zadania opiekuńcze w stosunku do tak zróżnicowanej grupy podopiecznych badane musiały się każdorazowo „dostrajać” do poziomu percepcji, sposobu reagowania, oczekiwań, wymagań i poziomu sprawności poszczególnych podopiecznych, co stanowi nie lada wyzwanie i wymaga dużej odporności psychicznej, a także dobrej kondycji fizycznej. Nie zaskakuje fakt, iż znacząca część opiekunek podkreślała zarówno fizyczne, jak i psychiczne uciążliwości swej pracy. Uciążliwości fizyczne akcentowały przede wszystkim osoby zajmujące się podopiecznymi niesprawnymi ruchowo, natomiast na uciążliwości psychiczne zwracały uwagę zarówno te respondentki, które opiekowały się niesprawnymi fizycznie, jak i niesprawnymi psychicznie (te – częściej).

Mimo artykułowania uciążliwości związanych ze sprawowaniem opieki nad seniorami większość badanych miała pozytywne zdanie na temat swego kontaktu z nimi i była przekonana, że ich praca jest przez podopiecznych dobrze oceniana. Wskaźnikiem pozytywnej oceny tej pracy był podkreślany przez nie fakt, iż zarówno sami seniorzy, jak i członkowie ich rodzin niezwykle rzadko formułują takie zarzuty dotyczące sposobu wypełniania obowiązków opiekuńczych, które przybierają postać skargi przekazywanej bądź zleceniodawcy usług, tj. pracownikowi socjalnemu MOPS-u, bądź bezpośrednio pracodawcy. Ten optymistyczny wynik badania należy jednak potraktować z dużą ostrożnością, gdyż odpowiedzi na ten temat udzieliła mniejszość spośród 297 opiekunek. Nie można wykluczyć, iż te z nich, które pozostawiły pytanie bez odpowiedzi, uczyniły to celowo, aby nie ujawniać informacji o, być może, krytycznej ocenie ich pracy przez samych podopiecznych i/lub ich rodziny.

Jak wynika z powyższych rozważań, badania krakowskie dostarczyły pewnych informacji na temat domowej opieki pozarodzinnej postrzeganej z perspektywy osób bezpośrednio ją realizujących, tj. opiekunek środowiskowych. Z wcześniej referowanych badań poświęconych domowej opiece rodzinnej można natomiast uzyskać informacje dotyczące zakresu korzystania z opieki pozarodzinnej przez te rodziny, które same angażują się w opiekę nad seniorami należącymi do ich rodzinnego kręgu.

Z analizy uzyskanego w badaniach materiału empirycznego wynika, że zakres korzystania z pozarodzinnej opieki domowej był w badanej populacji bardzo niewielki. Z pomocy opiekunek środowiskowych realizujących usługi zlecane przez ośrodek pomocy społecznej korzystało 11% rodzin, a z pomocy opiekunki wynajmowanej prywatnie – co dziesiąta. Pielęgniarki środowiskowe

¹³ W badaniach wzięło udział 297 opiekunek, tj. ponad 1/3 wykonujących te usługi na zlecenie MOPS.

wspomagały 27% badanych opiekujących się seniorami, ale z prywatnych usług pielęgniarских korzystało tylko 6% opiekunów. Nieco częściej osoby świadczące usługi pomocowe (opiekuńcze i pielęgniarские) pojawiały się w domach seniorów niemieszkających z rodzinnymi opiekunami. Respondenci pytani o przyczyny tak nikłego wykorzystywania pozarodzinnej pomocy w opiece nad seniorami podawali różne uzasadnienia. Najczęściej twierdzili, iż nie widzą potrzeby sięgania po taką pomoc (54%), gdyż bazując na zasobach rodzinnych są w stanie dobrze zaopiekować się osobą starszą, z którą są blisko związani. Co trzeci badany wskazywał na ograniczenia natury finansowej podkreślając, że organizowanie pomocy opłacanej z własnych środków przekracza granice ekonomicznej wydolności rodziny. Tego typu uzasadnienie formułowali najczęściej respondenci reprezentujący takie gospodarstwa domowe, w których średni miesięczny dochód na jedną osobę nie przekraczał kwoty 1000 zł. Zdecydowana mniejszość badanych wysuwała inne argumenty wyjaśniające przyczyny rezygnacji z opieki pozarodzinnej, mające swe źródło bądź to w obawie przed wpuszczeniem do domu obcej osoby, bądź w przekonaniu, że sprawowanie opieki nad seniorem jest fundamentalnym obowiązkiem członków jego rodziny i cedowanie go na obce osoby może mieć miejsce tylko w sytuacjach absolutnie wyjątkowych.

Końcowy wniosek, jaki wynika z przeprowadzonej analizy zebranego materiału empirycznego zawiera się w naszym głębokim przekonaniu, że zagadnienie organizacji i realizacji rodzinnej i pozarodzinnej opieki nad seniorami, które jest słabo rozpoznane, a ze względów praktyczno-społecznych nader ważne, powinno stać się jak najszybciej przedmiotem wnikliwych i szeroko zakrojonych badań gerontologicznych.

Literatura:

Przeciętne dalsze trwanie życia w latach 1950–2008, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_894_PLK_HTML.htm.

Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku, Warszawa 2006, GUS.

Polacy wobec ludzi starych i własnej starości (oprac. B. Wciórka) – komunikat z badań CBOS, Warszawa, grudzień 2000.

Społeczne więzi Polaków (oprac. R. Boguszewski) – komunikat z badań CBOS, Warszawa, listopad 2005.

Polacy wobec ludzi starych i własnej starości (oprac. K. Wądołowska), komunikat z badań CBOS, Warszawa, listopad 2009.

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku, Warszawa 2009, GUS.

Usługi opiekuńcze dla osób starszych na przykładzie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sękowej

Słowa kluczowe:

samorząd terytorialny, polityka społeczna, pomoc społeczna, usługi opiekuńcze, opiekunka środowiskowa

Key words:

local government, social policy, social assistance, caring services, social workers

Streszczenie:

W pracy podjęto próbę przeprowadzenia ewaluacji jednego z zadań realizowanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sękowej. Po analizie szerokiego katalogu udzielanych świadczeń, skoncentrowano się na usługach opiekuńczych jako bardzo istotnym zadaniu lokalnej polityki społecznej realizowanej przez samorząd gminny. Usługi opiekuńcze są świadczeniem przede wszystkim dedykowanym osobom starszym. Z uwagi na procesy demograficzne liczba beneficjentów usług opiekuńczych jest coraz większa. Z powodu stopniowego rozszerzania się zakresu tego zadania, zasadne wydaje się sprawdzenie efektywności oraz jakości jego realizacji.

Summary:

The foremost goal of this paper is to make an attempt at evaluating one of the assignments realised by Community Centre of Social Welfare in Sękowa. Having scrutinised a wide range of the services available, I decided to choose caring services. My decision is supported by the crucial role of this task for the local social policy which is realised by the commune council. Caring services are aimed mainly at the elderly people. Taking demographic processes into consideration, the number of beneficiaries is on the increase.

Owing to the gradual extension of these services, the examination of the effectiveness and the quality of their implementation seems to be justifiable.

Organizacja usług opiekuńczych poprzez zapewnienie odpowiednio wykwalifikowanego personelu, pozyskanie oraz zaplanowanie określonych środków finansowych, to przedsięwzięcie bardzo skomplikowane. Biorąc pod uwagę wielkość zaangażowanego potencjału, zasadne wydaje się oczekiwanie, aby pomoc w formie usług opiekuńczych świadczona była na jak najwyższym poziomie. Przeprowadzone badania dają pełny obraz realizacji usług opiekuńczych w Gminie Sękowa. Uzyskane informacje pozwalają sformułować wnioski na temat jakości usług opiekuńczych, zaangażowania opiekunek środowiskowych, odpłatności za usługi oraz jakości pracy socjalnej świadczonej przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sękowej.

Zasadniczym celem przeprowadzonych badań było zdiagnozowanie jakości usług opiekuńczych świadczonych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sękowej. Przedmiotem badań były usługi opiekuńcze świadczone ludziom starszym.

Aby można było osiągnąć postawiony cel, należało znaleźć odpowiedź na kilka pytań szczegółowych, tj.:

- jaki jest poziom potrzeb w zakresie korzystania z usług opiekuńczych?
- jakie są przyczyny występowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze?
- czy świadczone usługi opiekuńcze zawierają wszystkie elementy niezbędne do wsparcia osób starszych?
- czy odpłatność za usługi opiekuńcze jest, według klientów, odpowiednia?
- jaka jest efektywność świadczonych usług opiekuńczych?

Do przeprowadzenia badań zastosowano techniki analizy dokumentacji wszystkich szesnastu beneficjentów korzystających z usług opiekuńczych oraz przeprowadzono z nimi wywiady dotyczące postrzegania usług opiekuńczych świadczonych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sękowej (próba wyczerpująca). Przed realizacją badań opracowany został wywiad zawierający pytania dotyczące przyczyny występowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, oczekiwanego wymiaru pomocy, kształtu i jakości usługi oraz wysokości odpłatności. Przeprowadzenie badań ze wszystkimi podopiecznymi, objętymi taką pomocą na terenie Gminy Sękowa miało na celu ewaluację usług opiekuńczych oferowanych przez gminną instytucję pomocy społecznej. Wnioski z badań posłużyły do podniesienia jakości świadczonych usług, a także dały możliwość sformułowania charakterystyki lokalnej polityki społecznej realizowanej wobec starszej części społeczności lokalnej.

Usytuowanie usług opiekuńczych w systemie prawnym

Polityka społeczna jako pojęcie może być charakteryzowana przez pryzmat konkretnych działań lub określenie jej naukowego wymiaru. Biorąc pod uwagę temat niniejszej pracy, wskazane jest nakreślenie realnego wymiaru polityki społecznej w funkcjonowaniu współczesnych społeczeństw. Na podstawie realizacji podstawowych funkcji państwa, w których zawierają się funkcje społeczne, można stwierdzić, że polityka społeczna to przyjęty przez władzę publiczną i organizacje pozarządowe zespół długofalowych działań na rzecz zaspakajania potrzeb i rozwiązywania problemów społecznych. Według Juliana Auleytnera (2002, s. 16) polityka społeczna to *...działalność państwa i samorządowych organizacji pozarządowych, których celem jest wyrównanie szans życiowych grup społeczeństw ekonomicznych i socjalnie najuboższych...*

Przytoczoną definicję należy uzupełnić o konkretne rozwiązania prawne określające kształt polityki społecznej w Polsce. Najważniejszym aktem normatywnym wpływającym na działalność społeczną aparatu państwowego jak również niezależnych organizacji pozarządowych jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Ten najistotniejszy akt prawny w wielu swoich zapisach odnosi się do kwestii organizacji życia społecznego i wsparcia osób z różnych względów gorzej sytuowanych. Konkretnie rozwiązania prawne, zgodnie z hierarchią aktów prawnych, zostały zawarte w ustawach oraz rozporządzeniach wykonawczych.

Polityka społeczna, w swoim bardzo szerokim zakresie obejmującym wiele sfer życia obywateli poszczególnych społeczeństw, opiera się na kilku podstawowych filarach. Zasadniczym komponentem polityki społecznej są ubezpieczenia społeczne i tzw. zaopatrzenie rodzinne. Choroba, osiągnięcie wieku starczego i śmierć to zdarzenia, których nieuchronność nakazała decydom politycznym wykształcić stabilny system świadczeń z ubezpieczenia społecznego (Sierpowska, 2006, s. 31). Istotnym elementem polityki społecznej jest system pomocy publicznej przyznawanej w postaci świadczeń w przypadku uzasadnionego braku pracy zarobkowej. Kolejnym bardzo ważnym filarem polityki społecznej jest system świadczeń pomocy społecznej.

Istota pomocy społecznej jest nieco odmienna od wyżej wymienionych systemów stanowiących podstawy polityki społecznej. Opiera się na potrzebie bieżącego wsparcia obywatela przez Państwo ze względu na to, że na tego obywatela spadły nieoczekiwane zdarzenia losowe, zdrowotne czy społeczne. Najbardziej powszechnym powodem udzielania pomocy społecznej jest ubóstwo traktowane jako publicznoprawna forma niedostatku, jak również niezaradność i niesamodzielność życiowa spowodowana na przykład podeszłym wiekiem.

Materialna kondycja społeczności lokalnej oraz stan finansów samorządowych wpływają w bezpośredni sposób na zakres lokalnej polityki społecznej i dostępność realizowanych świadczeń oraz usług. W interwencyjnym modelu

polityki społecznej zakres działania będzie ograniczony do niezbędnego minimum, jakie wynika z ustaw, zobowiązujących jednostki samorządu terytorialnego do realizowania zadań zleconych przez administrację rządową i zadań własnych o charakterze obligatoryjnym. Polityka sprzyjająca optymalnemu zaspokojeniu potrzeb uwzględnia w wszechstronny sposób potrzeby ludzi starszych oraz ich rodzin, nie tylko w sposób bezpośredni tj. z wykorzystaniem istniejącej infrastruktury, ale również pomagając rodzinom w realizowaniu ich funkcji wobec seniorów. Lokalna polityka społeczna oparta na modelu optymalizacyjnym kreuje „przestrzeń dla ludzi starszych”. Działania te umożliwiają wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb, integrację z lokalną społecznością oraz przygotowanie do starości (Błędowski, 2003, s. 79).

Realizacją i obsługą systemów wsparcia społecznego zajmuje się szereg organów i instytucji państwowych, samorządowych i pozarządowych. W zakresie pomocy społecznej wszystkie zadania są przyporządkowane określonym instytucjom w ramach sektora rządowego i samorządowego. Funkcjonujące jednostki samorządowe, usytuowane na różnych szczeblach administracji samorządowej, wykonują działania wyznaczone przez ustawę o pomocy społecznej, określone w sposób enumeratywny. Analizując katalog wyodrębnionych działań przyporządkowanych administracji rządowej czy samorządowej należy postawić wniosek, iż zasadniczym kierunkiem działania instytucji polityki społecznej jest przeciwdziałanie wszelkiego rodzaju zagrożeniom społecznym i patologiom, a także kształtowanie warunków godnego życia i funkcjonowania współczesnych społeczeństw realizowane również przez szereg instytucji i organizacji pozarządowych.

Usługi opiekuńcze dedykowane osobom starszym zostały zakwalifikowane do katalogu świadczeń oferowanych przez gminne instytucje pomocy społecznej. Aktem prawnym rangi ustawowej określającym kształt usług opiekuńczych w systemie jurydycznym jest ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.

Zakres usług opiekuńczych oferowanych przez gminne jednostki samorządu terytorialnego

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego populacja osób starszych zwiększyła się z 12,2% w 2000 roku do 13,4% ogółu mieszkańców Polski w 2008 roku. Wobec tak znacznego zwiększania się udziału osób starszych w populacji, jednym z pilniejszych celów polityki społecznej i zdrowotnej winno być przeorientowanie jej priorytetów na poprawę jakości życia osób starszych. Wszelkie działania z zakresu polityki społecznej powinny zmierzać do jak najdłuższego

utrzymywania ich w pełni sprawności życiowej, zdolnych do samodzielnego funkcjonowania we własnym środowisku życiowym. Stąd w wielu krajach podejmowane są wysiłki budowania skutecznych modeli opieki geriatrycznej. Najczęściej spotykanymi formami pomocy skierowanymi do osób starszych są m.in. (Ostrowska, 2004, s. 137):

- pomoc rzeczowa i finansowa,
- usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- usługi świadczone w domach dziennego pobytu,
- całodobowa opieka w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na temat niniejszej pracy, w dalszej części szczegółowo omówione zostaną usługi opiekuńcze.

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Ten rodzaj wsparcia przynależy także podopiecznemu niepozbawionemu pomocy innych osób wówczas, gdy osoby te nie są w stanie zapewnić opieki na oczekiwanym poziomie. Treścią pomocy w formie usług opiekuńczych jest wsparcie w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, pielęgnacja oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem (Maciejko, 2008, s. 350).

Istotnym powodem przyznania usług opiekuńczych jest dysfunkcja osoby wymagającej opieki, najczęściej powodem bywa wiek lub choroba. Wiek jest okolicznością uzasadniającą udzielenie usług opiekuńczych, jeżeli jest wiekiem starym lub młodzięcym (dziecięcym), w którym osoba pozbawiona jakiegokolwiek pomocy innych osób, nie jest w stanie podołać własnym potrzebom bytowym, narażając się na utratę zdrowia lub niedopuszczalne obniżenie standardu życia. Z chorobą mamy do czynienia, gdy zgodnie ze stanem wiedzy medycznej, stan zdrowia wymaga leczenia, rehabilitacji lub stosowania środków zapobiegających pogłębianiu się choroby. Do katalogu dysfunkcji będących powodem przyznania świadczeń opiekuńczych można zaliczyć także trudne warunki mieszkaniowe, lokalizację gospodarstwa domowego lub rolnego, samotne zamieszkanie, trudny dostęp do nieruchomości, górzysty teren, sezonowy brak dostępu do opieki medycznej lub zaopatrzenia w artykuły spożywcze w okresie zimowym. Pomimo że wymienione niedogodności nie wynikają ze stanu zdrowia lub wieku, w skuteczny sposób utrudniają podopiecznemu zaspokajanie potrzeb bytowych, w wielu sytuacjach stanowią ważny argument przemawiający za przyznaniem usług opiekuńczych.

Na usługę opiekuńczą składają się cztery elementy: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, pielęgnacja oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Dwa elementy, wymienione jako pierwsze, mają charakter obligatoryjny, dwa ostatnie warunkowo – fakultatywny. Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych związane jest z zapewnieniem przez organ pomocy społecznej, adekwatnie do stanu zdrowia, wieku oraz niedołącz-

ności podopiecznego żywności, opału, utrzymania porządku, pielęgnacji oraz przygotowania posiłków. Opieka higieniczna obejmuje opiekę podyktowaną koniecznością utrzymania organizmu człowieka w czystości i zachowania należytego stanu higieny osobistej. Pielęgnacja związana jest z utrzymaniem stanu organizmu człowieka w optymalnej zdolności do realizacji jak największej liczby ról społecznych (tamże).

Ostatnim z elementów usług opiekuńczych jest zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Poprzez otoczenie, w rozumieniu art. 50 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej, należy rozumieć otoczenie najbliższe w postaci sąsiadów, rodziny, znajomych, współpracowników, a także otoczenie dalsze, w tym w postaci instytucjonalizowanej oraz dostęp do informacji, wiadomości i do środowiska naturalnego. Znaczący wpływ na prawidłowy kontakt podopiecznego z otoczeniem mają miejsce zamieszkania oraz dystans dzielący go od miejsc kontaktów z otoczeniem, charakter otoczenia, a także wpływ otoczenia na prawidłowy przebieg codziennych wydarzeń w życiu podopiecznego. Niebagatelne znaczenie mają również zainteresowania oraz stopień zaangażowania uprawnionego w życie towarzyskie.

Formalno-prawne aspekty usług opiekuńczych zawarte są przede wszystkim w decyzji przyznającej ten rodzaj świadczenia. Przyznanie znaczącej większości świadczeń pieniężnych jak również niepieniężnych pomocy społecznej prowadzone jest w oparciu o decyzję administracyjną, sporządzoną na podstawie kodeksu postępowania administracyjnego, konkretnych ustaw oraz rozporządzeń wykonawczych. Usługi opiekuńcze są specyficzną formą legislacyjną pomocy, oferowanej przez gminne jednostki samorządu terytorialnego (Ustawa Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. Dz.U. Nr 98, poz. 1071).

Procedura przyznania tej formy pomocy jest rozbudowana, prowadzona jest przez pracownika socjalnego. Osoba zainteresowana uzyskaniem wsparcia w tej postaci lub jej rodzina, zgłasza zapotrzebowanie do Ośrodka Pomocy Społecznej. W większości świadczenia oferowane przez instytucje pomocy społecznej są przyznawane na wniosek strony, czyli osoby zgłaszającej niedostatek dobra lub usługi. Pracownik socjalny zobowiązany jest w terminie określonym przez rozporządzenie o rodzinnym wywiadzie środowiskowym odwiedzić podopiecznego, sporządzić wywiad wraz ze wszystkimi załącznikami określonymi przez ustawę o pomocy społecznej, ale co najważniejsze ustalić wymiar czasu wnioskowanych usług (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 kwietnia 2005 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego).

Bardzo ważnym dokumentem dołączanym do wywiadu środowiskowego jest zaświadczenie od lekarza, potwierdzające zasadność uruchomienia usług opiekuńczych dla danego wnioskodawcy. Dalsza część procedury opiera się na określeniu odpłatności za usługi opiekuńcze, oraz pozytywnym zaopiniowaniu wniosku przez kierownika ośrodka pomocy społecznej. Ostatecznym punktem

postępowania administracyjnego w tej sprawie jest wydanie decyzji przyznającej świadczenie.

Ważnym elementem decyzji administracyjnej jest wymiar godzinowy usług opiekuńczych oraz koszt ich świadczenia ponoszony przez podopiecznego. Decyzja przyznająca usługi opiekuńcze jest wydawana na podstawie unormowań określonych w ustawie o pomocy społecznej, rozporządzeniu o specjalistycznych usługach opiekuńczych, a także w aktach prawa miejscowego. Uchwała Rady Gminy określa podmiot świadczący usługi opiekuńcze danej jednostki samorządu terytorialnego, sposób naliczania odpłatności za zrealizowaną pomoc w formie usług, a także konkretną stawkę pieniężną za korzystanie z usług opiekuńczych. Koszt jednej godziny realizowanych przez OPS usług opiekuńczych wyliczany jest poprzez podzielenie rocznej, całkowitej kwoty wynagrodzeń opiekunek środowiskowych przez ogólną liczbę godzin usług opiekuńczych wypracowanych w tym samym roku kalendarzowym. Odpłatność za korzystanie z usług opiekuńczych ma charakter bardzo korzystny dla świadczeniobiorców, w żadnym wypadku nie rekompensuje kosztów ponoszonych z tego tytułu przez samorządy gminne. Preferencje w zakresie odpłatności za usługi opiekuńcze wynikają z faktu, iż klient pomocy społecznej nie powinien ponosić znaczących obciążeń za otrzymywaną pomoc, co odzwierciedla matematyczna formuła, według której nalicza się odpłatność. Algorytm, na podstawie którego obliczana jest odpłatność, zawarty w uchwale Rady Gminy, odnosi ustawowe kryterium dochodowe do dochodu wnioskodawcy naliczonego w oparciu o metodologię przyjętą w ustawie o pomocy społecznej (ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej). Przykładowo, jeżeli dochód stanowi 110% kryterium dochodowego, to koszt jednej godziny usług opiekuńczych wynosi 10% całej stawki, jeżeli dochód stanowi 120% kryterium dochodowego, to odpłatność kształtuje się na poziomie 20% stawki godzinowej.

Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych osobom z zaburzeniami psychicznymi jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej jednostkom samorządu terytorialnego na podstawie art. 18 ustawy o pomocy społecznej, finansowanym z budżetu Państwa. Szczegółowo organizacja tego rodzaju usług unormowana została przez rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych). Ważna różnica polega na sposobie ich finansowania oraz wymaganiach kwalifikacyjnych, stawianych opiekunkom prowadzącym tego typu usługi. Przyznanie pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych realizowane jest w sposób analogiczny, jak w przypadku usług opiekuńczych, różnica polega na zaświadczeniu od lekarza, wskazującym na zaburzenia psychiczne podopiecznego.

Specyfika odbiorcy usług opiekuńczych

Biologowie i lekarze definiują starość jako okres życia ustroju nadchodzący po wieku dojrzałym, dla którego charakterystyczne jest obniżanie funkcji życiowych oraz zmiany w poszczególnych układach i narządach. Według większości koncepcji medyczno–biologicznych początek starzenia się jest niezwykle trudny do uchwycenia. W potocznej opinii sądzi się, że starzenie rozpoczyna się od zachwiania równowagi metabolicznej organizmu. Proces starzenia się jest procesem naturalnym o podłożu biologicznym, psychologicznym i społecznym, zachodzącym w życiu człowieka od momentu poczęcia, aż do śmierci (Szarota, 2004, s. 22).

U człowieka cierpiącego, chorującego występuje obniżenie sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności codziennych, ograniczenie sprawności zmysłów i swobody w poruszaniu się. Pozostaje to w bezpośrednim związku z poziomem satysfakcji z własnego życia. Zdaniem ekspertów, sprawność ludzi starszych, a w szczególności mieszkańców wsi, w zakresie większości czynności codziennych, uległa pogorszeniu na przestrzeni drugiej połowy XX wieku (tamże). Dla prawidłowego oraz faktycznego określenia stanu zdrowia podopiecznego wymagającego pomocy w formie usług opiekuńczych, bardzo ważne jest zastosowanie odpowiedniej skali oceny stanu zdrowia. Stan funkcjonowania osób starszych badany jest według skal oceny stopnia samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych tj. skal ADL (Activities of Daily Living) oraz IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (ibidem). Wymienione skale pozwalają kompleksowo scharakteryzować potrzeby zdrowotne, rehabilitacyjne, psychologiczne i socjalne osób starszych, jak również stanowią ważny element instrumentarium diagnostycznego realizowanego przez lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów i opiekunów.

Doniesienia gerontologiczne podkreślają rosnące zapotrzebowanie nie tylko na kwalifikowaną opiekę lekarską, ale i pielęgniarzką oraz opiekuńczą nad ludźmi starszymi. Wynika to z odrębności patologii wieku podeszłego, m.in. nawarstwiania się skutków przebytych zabiegów, wielochorobowości, przewlekłego ich przebiegu ze zwiększoną podatnością na zaostrzenia i powikłania, wzrostu urazowości, niepożądanych, często jatrogennych działań leków, a jednocześnie z częstych trudności w komunikowaniu się z chorymi, nie tylko z powodu zmian otępiennych, z niepełnosprawności, ale także z braku zainteresowania lub kontaktu z opiekunami rodzinnymi i wielu innych uwarunkowań środowiskowych. Tak złożone problemy wręcz zmuszają do stałej współpracy lekarzy z pielęgniarkami, a często również z pracownikami socjalnymi (Doroszkievicz, Bień, 2001, s. 155–158).

Ze względu na zły stan zdrowia, ograniczoną sprawność fizyczną, nieodporność życiową, a także inne czynniki wymienione we wcześniejszej części artykułu, ludzie starsi głównie w okresie później starości wymagają wsparcia

i opieki. Według prowadzonych obserwacji i badań, pomoc jest udzielana przede wszystkim przez rodziny, to jest dzieci, współmałżonków, w mniejszym stopniu przez sąsiadów. Nieznaczna część populacji osób starszych korzysta z usług opiekunek, zatrudnionych w samorządowych instytucjach pomocy społecznej. Większość populacji ludzi starszych nie miała nigdy do czynienia z pracownikiem socjalnym oraz instytucjonalnym wymiarem pomocy społecznej (Halik, 2002, s. 69).

Niezwykle znaczącym czynnikiem, determinującym zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze oraz nakreślającym charakterystykę odbiorców jest miejsce zamieszkania. W sposób odmienny kształtuje się odbiór usług w miastach, a inaczej na terenach wiejskich. Opierając się na obserwacjach pracowników pomocy społecznej, częściej z usług opiekuńczych korzysta się w mieście niż na terenach wiejskich (tamże). Sytuacja ta może być związana z działaniem czynników natury kulturowej tj. tradycji wiejskiej polegającej na niepisanim obowiązkowi pomocy osobom starszym spoczywającym na dzieciach, a także czynników o charakterze przestrzennym, czyli ułatwieniach w udzielaniu pomocy w aglomeracjach miejskich. Udzielanie pomocy w formie usług opiekuńczych na terenach wiejskich, charakteryzuje znacznie słabszy stopień instytucjonalizacji działań pomocy społecznej.

Podsumowując rozważania na temat odbiorców usług opiekuńczych, można postawić wniosek, iż grupa tych osób na tle populacji osób starszych nie jest znacząca. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania osobom w podeszłym wieku, wymaga świadczenia przez ośrodki pomocy społecznej usług opiekuńczych.

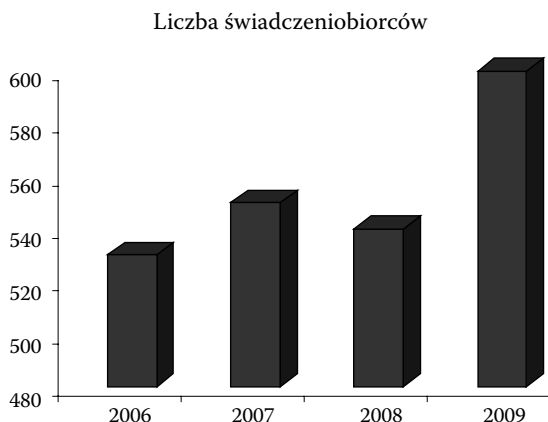
Badanie jakości usług opiekuńczych

Wykonywanie usług opiekuńczych dla określonych społeczności lokalnych uzależnione jest w pewnym stopniu od uwarunkowań demograficznych czy geograficznych zamieszkiwanego terenu. Gmina Sękowa położona jest w środkowej części Beskidu Niskiego w powiecie gorlickim, zajmuje obszar o powierzchni 195 km². W jej skład wchodzi 11 sołectw, gęstość zaludnienia gminy jest bardzo niska, wynosi 25 osób na km², podczas gdy średnia gęstość zaludnienia w Polsce to 125 osób na km². Tereny gminy zamieszkiwane są głównie przez ludność polską oraz mniejszość etniczną pochodzenia łemkowskiego. Całkowita liczba ludności gminy wynosi około 5000 osób (Sękowa – 1500).

Na rys. 1 przedstawiona została całkowita liczebność klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sękowej na przestrzeni czterech lat.

W świetle przeprowadzonych badań można postawić wiele wniosków oraz sformułować założenia dotyczące podniesienia jakości świadczonej pomocy.

Rys. 1. Zestawienie liczby świadczeniobiorców pomocy społecznej w Gminie Sękowa w latach 2006–2009



Z analizy wywiadów środowiskowych przeprowadzonych przez pracowników socjalnych oraz decyzji administracyjnych wydanych przez kierownika Ośrodka Pomocy wynika, iż w czerwcu 2009 roku pomoc świadczona była dla szesnastu osób starszych w szesnastu tzw. środowiskach. Biorąc pod uwagę, iż w Gminie Sękowa zameldowanych jest ok. 990 seniorów (osób powyżej 60. roku życia), odsetek beneficjentów usług opiekuńczych kształtuje się na poziomie 1,6 %. Do obsługi tej liczby beneficjentów usług opiekuńczych Ośrodek zatrudniał cztery opiekunki środowiskowe w ogólnym wymiarze czasowym cztery etaty, świadcząc rocznie ok. 5000 godzin usług opiekuńczych. Opiekunki środowiskowe posiadają wymagane kwalifikacje, trzy z nich ukończyło policealne szkoły dla opiekunek środowiskowych, jedna ma wykształcenie średnie. Liczba podopiecznych obsługiwanych przez jedną opiekunkę środowiskową kształtuje się na poziomie czterech osób.

Z uzyskanych informacji wynika, iż usługi opiekuńcze są realizowane przede wszystkim w środowiskach osób z przedziału wiekowego 70–80 lat lub powyżej. Beneficjent usług opiekuńczych to osoba samotna – jedenastu podopiecznych na szesnaście środowisk mieszka samotnie, pięcioro podopiecznych mieszka ze współmałżonkiem lub innym członkiem rodziny.

Sytuacja materialna podopiecznych korzystających z usług opiekuńczych świadczonych przez Ośrodek Pomocy Społecznej jest zróżnicowana. W większości są to osoby gorzej sytuowane, ośmiu podopiecznych uzyskuje dochód poniżej 900 zł, pięciu klientów plasuje się w przedziale dochodowym pomiędzy 900 a 1400 zł, natomiast trzech podopiecznych otrzymuje świadczenie emerytalne powyżej 1400 zł.

Wyniki badań w zakresie wykształcenia podopiecznych wskazują, iż beneficjentami usług opiekuńczych są dwie osoby z wykształceniem niepełnym pod-

stawowym, dziewięć z podstawowym oraz pięciu klientów z wykształceniem zawodowym i średnim.

Zasadniczym kryterium oceny usług opiekuńczych jest wymiar czasowy. W toku prowadzonych badań czternastu klientów nie zgłosiło zastrzeżeń do wymiaru godzin otrzymywanej pomocy, dwie osoby wskazały na niedostateczny czas świadczonej pomocy. Otrzymany wynik wskazuje na właściwe określenie zapotrzebowania czasowego na usługi opiekuńcze na etapie przyznawania tej formy pomocy.

Ważnym powodem przyznawania pomocy w formie usług opiekuńczych jest zły stan zdrowia. Powód ten, odnosząc się do zapisów ustawy o pomocy społecznej, jak najbardziej uzasadnia udzielenie wsparcia w formie usług opiekuńczych. Wszyscy klienci Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sękowej korzystają z usług opiekuńczych z powodu problemów zdrowotnych, najczęściej chorób układu ruchowego czy układu krążenia. Wywiad środowiskowy, na podstawie którego przyznawana jest taka pomoc obligatoryjnie zawiera zaświadczenie od lekarza rodzinnego o stanie zdrowia beneficjenta usług opiekuńczych. Znaczącym powodem występowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze są także trudne warunki zamieszkania oraz niekorzystna lokalizacja gospodarstwa domowego. Bardzo rozległy obszar Gminy oznacza znaczące utrudnienia dla osób starszych w załatwianiu codziennych potrzeb życiowych. Jak wskazują pozyskane informacje, siedmiu podopiecznych oprócz stanu zdrowia, wymaga wsparcia opiekunów środowiskowych z uwagi na niekorzystne położenie gospodarstw domowych w sołectwach najbardziej oddalonych od centrum Gminy.

Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych beneficjenta usług opiekuńczych, winno być realizowane na poziomie adekwatnym do jego stanu zdrowia, wieku oraz stopnia niedołążności. W związku z powyższym, dzień pracy opiekunki w środowisku osoby starszej składa się z wielu różnorodnych działań. Po dotarciu opiekunki środowiskowej do miejsca zamieszkania podopiecznego w pierwszym etapie usługi świadczone są czynności pielęgnacyjne, po których następuje uporządkowanie oraz przewietrzenie pokoju, w którym zamieszkuje podopieczny. Kolejny etap to przygotowanie posiłku w zależności od pory dnia oraz sprzątnięcie pozostałej części gospodarstwa domowego. W ramach usługi opiekuńczej są robione zakupy, prana jest odzież i pościel. Opiekunka środowiskowa wedle swoich obowiązków prowadzi z podopiecznym ćwiczenia rehabilitacyjne zgodnie z zaleceniami lekarza oraz pomaga mu w nawiązywaniu kontaktu ze środowiskiem lokalnym. Na jakość usługi składają się również: osobiste cechy, umiejętności, predyspozycje, a także kwalifikacje osoby świadczącej usługi opiekuńcze.

Opisany kierunek i sposoby realizacji usług opiekuńczych, a także zaangażowanie personelu je realizującego zostały poddane ocenie w przeprowadzonych badaniach. Z uwagi na różnorodny stan zdrowia podopiecznych, opieka

higieniczna i pielęgnacja prowadzona była w czterech środowiskach, ponieważ w pozostałych nie występowało zapotrzebowanie na taki rodzaj wsparcia. Wykonywanie innych elementów usług opiekuńczych tzn. porządkowanie gospodarstwa domowego, robienie zakupów czy zapewnienie kontaktów ze środowiskiem lokalnym zostało przez podopiecznych bardzo dobrze ocenione. Trzynastu klientów określiło standard realizacji tych usług jako bardzo dobry, dwóch jako dobry, natomiast jeden podopieczny stwierdził, iż czynności te wykonywane są na średnim poziomie.

Odpłatności, do jakiej zobowiązany jest beneficjent usług to istotne zagadnienie w aspekcie realizacji tej formy pomocy. Odpowiedzi uzyskane w tym zakresie, podczas przeprowadzania wywiadu wskazują, iż trzynastu klientów uważa ustalone stawki odpłatności za wysokie. Efektywna stawka w 2009 roku ukształtowała się na poziomie 3,20 zł za godzinę usługi opiekuńczej, co przyniosło wpływ do budżetu Gminy ok. 16 tys. zł, natomiast koszt zatrudnienia opiekunek środowiskowych, wyniósł ok. 120 tys. zł. W odniesieniu do przytoczonego zestawienia stawka za usługę jest niewspółmiernie niska w stosunku do kosztu świadczenia usług. Podopieczni swoimi wpłatami pokrywają ok. 13% kosztu świadczenia usługi, w związku z powyższym, aby zadowolić beneficjentów w tej kwestii, usługi musiałyby być świadczone bezpłatnie. Jednak, aby działalność Ośrodka Pomocy w sferze usług opiekuńczych była pozytywnie odbierana przez ich beneficjentów, zasadne wydaje się wprowadzenie działania naprawczego w zakresie postrzegania wysokości odpłatności za usługi. Prawidłowym rozwiązaniem tej trudnej kwestii, może być podjęcie pracy socjalnej w formie rozmowy uświadamiającej złożoną organizację aparatu kadrowego realizującego usługi opiekuńcze oraz koszt jego funkcjonowania, obciążający skromny budżet samorządu gminnego.

Efektywność realizacji usług opiekuńczych należy ocenić przez pryzmat liczby i jakości świadczonej pomocy, a także gospodarowania finansami publicznymi.

Na podstawie zapisów ustawy o pomocy społecznej, do świadczenia opieki nad osobami starszymi przede wszystkim zobowiązana jest rodzina (Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.). We wspomnianej ustawie pada bardzo mocne stwierdzenie dotyczące obowiązku alimentacji w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi przez członków rodziny. W związku z powyższym, usługi opiekuńcze winny być świadczone przez organ pomocy społecznej w środowiskach zamieszkałych przez osoby chore i samotne. Odnosząc się do otrzymanych wyników badań można stwierdzić, że stopień racjonalności przyznawania pomocy jest bardzo wysoki, Ośrodek Pomocy świadczy usługi przede wszystkim w gospodarstwach domowych, w których są one konieczne i uzasadnione.

Analiza jakościowa oraz ilościowa została przeprowadzona w toku realizowanych badań. W większości środowisk usługi opiekuńcze są świadczone

w oczekiwanym wymiarze czasowym, a jakość realizacji poszczególnych elementów usług opiekuńczych jest bardzo dobra. Ogólna liczba godzin usług opiekuńczych zrealizowanych w 2009 roku przez GOPS w Sękowej kształtuje się na poziomie 4800, co wskazuje, iż średniomiesięcznie opiekunka środowiskowa świadczy ok. 100 godzin usług opiekuńczych, nie licząc godzin przewidzianych na dojazd do podopiecznych. Z uwagi na przynależny okres 26 dni urlopu, otrzymany wynik z punktu widzenia efektywności pracy, jest bardzo satysfakcjonujący.

Wnioski

Ewaluacja zadań realizowanych przez organy administracji publicznej sprzyja podnoszeniu standardu usług świadczonych dla mieszkańców kraju czy określonych społeczności lokalnych, również w sferze pomocy społecznej. Przeprowadzenie badań mających na celu diagnozę jakości usług opiekuńczych okazało się z punktu widzenia działalności Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej bardzo wartościowe. Wyniki badań dowiodły, iż starsi mieszkańcy Gminy Sękowa są objęci kompleksową opieką świadczoną na wysokim poziomie. Bardzo ważnym owocem badań było potwierdzenie zgodności priorytetów w zakresie przyznawania usług opiekuńczych z zapisami ustawy o pomocy społecznej.

W odniesieniu do szerokiego spektrum działań z zakresu polityki społecznej realizowanego w różnej postaci wobec ludzi starszych, przeprowadzone badania dowiodły, iż odsetek beneficjentów usług opiekuńczych jest bardzo niski. Jednak z uwagi na niekorzystny status ekonomiczny i zdrowotny tych podopiecznych, wykonywane przez samorządy gminne zadanie w formie świadczenia usług opiekuńczych wydaje się społecznie uzasadnione czy wręcz obligatoryjne. Senior znajdujący się w trudniej sytuacji zdrowotnej lub zamieszkujący na terenach znacząco oddalonych od aglomeracji miejskich winien mieć możliwość skorzystania z preferencyjnej pomocy opiekuńczej świadczonej przez administrację państwową czy organizację pozarządową.

Literatura:

- Auleytner J., 2002, *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa.
- Bień B., Doroszkiewicz H., 2001, *Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej*, „Medycyna Rodzinna”, nr 3–4, s. 155–158.
- Błędowski P., 2003, *Lokalna polityka społeczna wobec osób starszych*, „Praca Socjalna”, nr 3, s. 70–79.
- Halik J., 2002, *Starzy ludzie w Polsce*, Wyd. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997, Dz.U. Nr 78 z dnia 16 lipca 1997, poz. 483.
- Maciejko W., 2008, *Instytucje pomocy społecznej*, Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa.
- Ostrowska A., 2004, *Rola samorządu terytorialnego w opiece nad osobami starszymi*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków, s. 137–142.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 kwietnia 2005 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego, Dz.U. Nr 77 z dnia 27 listopada 2008, poz. 672
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, Dz.U. Nr 134 z dnia 30 września 2005, poz. 943
- Sierpowska I., 2006, *Prawo pomocy społecznej*, Wolters Kluwer Polska – Oficyna, Kraków.
- Szarota Z., 2004, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Ustawa Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Dz.U. Nr 98, poz. 1071.
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz.U. Nr 115, poz. 728.
- <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=79> – witryna internetowa Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej – otwarcia wielokrotne
- www.sekowa.pl – witryna internetowa Gminy Sękowa – otwarcia wielokrotne.

Zajęcia ruchowe dla seniorów (na przykładzie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 4 w Krakowie)

Słowa kluczowe:

aktywność fizyczna, jakość życia, sprawność funkcjonalna, terapia indywidualna i ćwiczenia fizyczne dla seniorów, pomyślne starzenie, Miejski Dzienny Dom Pomocy Społecznej

Key words:

physical activity, quality of life, functional efficiency, individual therapy and physical exercises for seniors, successful ageing, adult day care centre

Streszczenie:

W ujęciu gerontologicznym sprawność funkcjonalna odnosząca się do stopnia sprawności fizycznej jest jednym z głównych wskaźników jakości życia ludzi starszych. Autorki podejmują zagadnienie znaczenia regularnej aktywności fizycznej dla zdrowia i kondycji psychofizycznej człowieka, a następnie przedstawiają działalność jednego z krakowskich MDDPS w zakresie aktywizacji ruchowej seniorów.

Summary:

In gerontology, the functional efficiency – related to the degree of physical efficiency – is one of the main rating of the elder men life's quality. In the paper the authors analyse the issue of regular physical activity and its meaning to man's health and psychophysical shape. The authors also present the propositions of one of the Cracovian adult day care centres in the range of improving senior's fitness.

Ruch jest przyczyną wszelkiego życia

Leonardo da Vinci

Wysoka samoocena, szacunek do samego siebie, bycie towarzyskim, zaufanie, zadowolenie z życia, szczerść w stosunkach z innymi, bystrość umysłu, szeroko rozumiana aktywność – to tylko niektóre z czynników decydujących o dobrym przystosowaniu człowieka do starości (Szarota, 2004, s. 45), o jego optymalnym starzeniu się (*successful ageing*). Na pierwszym miejscu jednak, niezależnie od różnic indywidualnych istniejących pomiędzy seniorami, zawsze znajdzie się dobry stan zdrowia. Jak pisze Olga Czerniawska, wśród podstawowych problemów ludzi starszych zdrowie plasuje się na pierwszym miejscu. To ono warunkuje autonomię, długość życia i samopoczucie jednostki (1996, s. 226). Osoby uskarżające się na zły stan zdrowia, chroniczne dolegliwości lub ból osiągają niższy poziom satysfakcji życiowej niż jednostki zdrowe (Halicka, 2004, s. 37).

O jakości życia, o tym, w jakim stopniu zaspokojone zostaną wszelkie psychiczne i fizjologiczne potrzeby człowieka, przesądza jego kondycja psychofizyczna. Tymczasem, jak wynika z badań CBOS przeprowadzonych w 2007 roku na temat subiektywnej samooceny stanu zdrowia Polaków, 46% osób w wieku 65 lat i starszych określa swoje zdrowie jako niezadowolające, a tylko 10% uważa je za dobre. Co więcej, analiza wyników analogicznych badań z lat 1967 i 2001 dowodzi, że wraz z upływem kolejnych dekad, polscy seniorzy czują się, w swoim subiektywnym odczuciu, coraz gorzej (*Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, CBOS, wrzesień 2007).

Jak pisze Zofia Szarota, stan zdrowia osób starszych zależy od wielu czynników: poziomu wykształcenia, wysokości dochodów, preferencji w stylu życia, dostępności i możliwości korzystania z usług medyczno-rehabilitacyjnych i higienicznych oraz socjalnych (2010, s. 79). Niniejsze opracowanie dotyczy ostatniego z wymienionych wskaźników.

Przedmiotem analiz badawczych była jakość zajęć usprawniających oraz opinie na ich temat użytkowników placówki wsparcia dziennego (Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie). Do statutowych zadań MDDPS należy m.in. udzielanie świadczeń w zakresie usług rehabilitacyjnych oraz w zakresie terapii zajęciowej (grupowej i indywidualnej), mającej na celu podtrzymywanie kondycji psychofizycznej użytkowników (Statut MDDPS).

Celem badań było przedstawienie konkretnych form i metod pracy z seniorami w zakresie aktywności ruchowej realizowanych w dziennym domu pobytu (jedna z 6 filii krakowskiego MDDPS) oraz ustalenie ich efektywności.

Placówka świadczy usługi dla ponad 100 osób¹, z czego z zajęć ruchowych (terapia indywidualna i grupowa) w okresie objętym badaniami, czyli w czerw-

¹ W okresie od stycznia do czerwca 2010 roku liczba ta wahała się od 118 do 121 osób.

cu 2010 roku, korzystało odpowiednio od 11 do 15 i od 9 do 13 osób (ok. 10% ogółu). Materiał badawczy zgromadzono dzięki analizie dokumentów (dziennik pracy fizjoterapeuty, miesięczne sprawozdania z działalności placówki) oraz za sprawą obserwacji bezpośredniej, którą objęto na przestrzeni dwóch tygodni regularnie odbywające się w Ośrodku zajęcia gimnastyczne: grupowe – ogólnousprawniające (dwa razy w tygodniu, łącznie 4 spotkania) oraz terapii indywidualnej (trzy razy w tygodniu, łącznie 6 spotkań). Czas trwania zajęć grupowych wynosił od 20 do 40 minut, terapii indywidualnej – od 30 do 90 minut. W celu poznania opinii seniorów na temat korzyści wynoszonych z zajęć posłużono się techniką wywiadu swobodnego. Jego respondentami było 11 osób (w tym 9 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku od 70 – 82 lat), które brały udział w obu formach zajęć ruchowych. Skierowane do nich trzy krótkie pytania dotyczyły zadowolenia z jakości zajęć, kontynuowania zaleceń fizjoterapeuty w życiu codziennym, oceny wpływu ćwiczeń na sprawność funkcjonalną respondentów.

Aktywność fizyczna a jakość życia

W ujęciu gerontologicznym sprawność funkcjonalna odnosząca się do stopnia sprawności fizycznej jest jednym z głównych, obok stanu psychologicznego i satysfakcji z utrzymywanych kontaktów społecznych, wskaźników jakości życia ludzi starszych (Szarota, 2010, s. 78).

Z wiekiem kondycja psychofizyczna człowieka pogarsza się: zmniejsza się wydolność tlenowa (aerobowa) organizmu oraz masa i moc mięśni szkieletowych (wykazano, iż siła mięśniowa kończyn dolnych pomiędzy trzecią a ósmą dekadą życia może zmniejszyć się nawet do 40%, a kończyn górnych do 30% (Klukowski, 2003, s. 152), co z czasem prowadzić może do trudności w wykonywaniu nawet najprostszych czynności (Kostka, b.d.w.). Wzrasta liczba współistniejących chorób przewlekłych (tzw. zespół geriatryczny), pojawiają się zaburzenia równowagi, koordynacji ruchowej, zawroty głowy, pogorszenie słuchu i ostrości widzenia, czas reakcji ulega wydłużeniu, a funkcje poznawcze ograniczeniu (Klukowski, 2003, s. 152). Starzenie się dotyczy wszystkich układów organizmu: krążenia, oddechowego, pokarmowego, narządu ruchu (stawów, mięśni, kości) oraz centralnego układu nerwowego.

Procesu pogarszania się kondycji funkcjonalnej zachodzącego w starzejącym się organizmie nie da się zatrzymać. Można jednak znacznie złagodzić, a nawet spowolnić jego przebieg. O utrzymaniu sprawności fizycznej do późnych lat życia, a tym samym wydłużeniu okresu niezależności i samodzielności, decyduje przede wszystkim regularnie podejmowana aktywność ruchowa. U osób aktywnych fizycznie tempo obniżania się wydolności fizycznej, czyli wypadkowej funkcjonowania różnych układów organizmu, jest wyraźnie niższe niż

u osób prowadzących pasywny tryb życia (Drabik, Drabik, 1997, s. 51). Aktywność fizyczna hamuje zachodzące procesy inwolucyjne, podczas gdy bezczynność procesy te przyspiesza (Parnicka, 2004, s. 38). Jak podają Anna Bicka i Ewa Kozdroń, osoby starsze prowadzące bierny styl życia te same czynności dnia codziennego wykonują dłużej niż osoby aktywne, a w porównaniu z osobami systematycznie uczestniczącymi w zajęciach ruchowych szybciej zaczynają odczuwać zmęczenie (2003, s. 27).

Zdaniem Haliny Szwarc, *zanikające w starszym wieku zdolności motoryczne człowieka można skutecznie podtrzymać przez ćwiczenia fizyczne i stosowanie takich form ruchu, które rozwijają umiejętności koordynacyjne, polegające na współdziałaniu układu nerwowego i mięśni* (Szwarc i in., 1988, s. 6). Wcześniej i właściwie stosowana aktywność ruchowa może przyczynić się do obniżenia wieku biologicznego człowieka, a także do zmniejszenia zagrożeń chorobami cywilizacyjnymi (Bicka, Kozdroń, s. 26). W znacznym stopniu może również ograniczyć populację tzw. inwalidów biologicznych, u których przyczyną nieśprawności nie jest wypadek lub ciężka choroba, lecz brak dbałości o utrzymanie dobrej kondycji (Szwarc i in., s. 6).

Systematyczna aktywność ruchowa u osób starszych prowadzi może do poprawy samopoczucia, polepszenia ogólnego zdrowia fizycznego i psychicznego, opanowania czy kontrolowania określonych stanów i chorób (stres, otyłość, cukrzyca, hipercholesterolemia). Ruch zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre choroby (chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, osteoporozę), pomaga minimalizować skutki pewnych niesprawności, może pomagać w leczeniu stanów bólowych (Kostka, b.d.w.), wpływa na poprawę funkcjonowania układu krążeniowo-oddechowego, podnosi wskaźniki wytrzymałości fizycznej, wspomaga utrzymanie prawidłowej masy ciała, normalizuje ciśnienie krwi tętniczej, poprawia przemianę materii, reguluje gospodarkę lipidową, obniża poziom cukru, odpręża psychicznie. Podstawowym zadaniem aktywności ruchowej ludzi starszych jest jak najdłuższe utrzymanie, na odpowiednim poziomie psychofizycznym, sprawności i wydolności fizycznej organizmu. Prawdziwym wyzwaniem staje się nie tylko walka o opóźnienie procesów inwolucyjnych, ale uczynienie starości okresem, który nie musi być związany z chorobą i niedołężnością (Bicka, Kozdroń 2003, s. 26). Ćwiczenia fizyczne mogą również pomagać w zmianie stereotypowych perspektyw wieku podeszłego, w ich ramach realizowane mogą być cele socjalizacyjne i integracyjne. Ponadto mogą być źródłem odprężenia psychicznego, przyjemności i stanowić wartościowe wypełnienie dużej ilości czasu wolnego seniorów (Szwarc i in., s. 59).

Zalecenie aktywności fizycznej w celu zmniejszenia ryzyka chorób przewlekłych wskazuje jednoznacznie: *aktywność fizyczną można traktować jako podstawową metodę terapeutyczną pozwalającą ograniczyć stosowanie innych, bardziej kosztownych metod leczenia* (Chakravarthy i in., 2002, s. 45). Wprowadzenie

umiarkowanej aktywności fizycznej (30 minut dziennie przez 6 dni tygodnia) u osób prowadzących pasywny, siedzący tryb życia może prowadzić do obniżenia ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, cukrzycy typu 2. i raka okrężnicy o co najmniej 30% (tamże, s. 48–50).

W to, że regularna aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników umożliwiających pomyślne starzenie się, nikt już raczej dziś nie wątpi. Mimo to, sport w życiu dojrzałych Polaków pojawia się rzadko i zwykle incydentalnie, np. przy okazji urlopu. Jak piszą Anna Bicka i Ewa Kozdroń, *uczestnictwo ludzi dorosłych, a tym bardziej po 60. roku życia, w rekreacji ruchowej jest sporadyczne, nieregularne i dalekie od ilościowych porównań europejskich* (2003, s. 26). Wysilek fizyczny podejmowany jest u nas okazjonalnie, do rzadkości należy uczestnictwo systematyczne, rekomendowane przez specjalistów jako mogące przynieść poprawę kondycji czy sprawności organizmu (Tamże). Źródła takiego stanu rzeczy upatrywać można w złych nawykach osób starszych (i nie tylko!) wynikających z nieodpowiednich wzorców społecznych i kulturowych. Jak zauważają Autorki, *na małą aktywność ludzi starszych w rekreacji ruchowej wpływa zapewne błędne przeświadczenie, że wyrazem „troski o zdrowie” jest eliminowanie z życia lub znaczne ograniczenie wysiłku fizycznego* (Tamże, s. 28). Jedną z instytucji obalających ten mit są Miejskie Dzielne Domy Pomocy Społecznej.

Współczesna kinezyterapia, realizowana podczas zajęć usprawniających w MDDPS, to nie tylko zbiór środków, ćwiczeń i działań ruchowych, ale także nauka prawidłowych i bezpiecznych wzorców ruchowych, których celem jest odtworzenie utraconych umiejętności ruchowych oraz prewencja i protekcja przed nawrotami. Celem zajęć z zakresu kinezyprofilaktyki jest zapobieganie przedwczesnemu starzeniu się przez podniesienie możliwości adaptacyjnych do zachodzących zmian involucyjnych, postępowanie ukierunkowane na poprawę samodzielności i bezpieczeństwa lokomocji (por. Kokosz, 2003b, s. 216). Przed przystąpieniem do terapii, jak przed każdym leczeniem, należy pacjenta zdiagnozować. Fizjoterapeuta przeprowadza badanie podmiotowe (wywiad socjalny oraz personalny, dotyczący aktualnych dolegliwości i ogólnego stanu zdrowia) i przedmiotowe, fizykalne – miejscowe i ogólne oraz statyczne i dynamiczne (por. Kokosz, 2003a, s. 55). Na badanie fizykalne składają się m.in.: pomiary liniowe (długości i obwodów), badanie czucia, zakresu ruchomości, siły mięśniowej, testy czynnościowe, ocena postawy ciała, analiza chodu, testy funkcjonalne. Za pomocą tych pomiarów określa się zdolności motoryczne i kondycyjne organizmu (gibkość, zdolności koordynacyjne, siłę, szybkość i wytrzymałość mięśni) (Zembały, 2003c, s. 38) i jednocześnie ocenia stopień dysfunkcji poszczególnych części i całego ciała oraz zasadniczy problem danej osoby. Prawidłowo wykonana diagnostyka, opierająca się na wiedzy i doświadczeniu terapeuty, uwzględnia poziom sprawności pacjenta, możliwość zastoso-

wania badań dodatkowych², ale przede wszystkim wpływa na program terapii, który opracowywany jest według indywidualnych potrzeb seniora.

W usprawnianiu osób ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów obwodowych konieczne jest, w sytuacji występowania dolegliwości bólowych, zastosowanie ćwiczeń w odciążeniu, samowspomaganych, które prowadzi się w U.G.U.L.³ Jednak w związku z tym, że współczesna rehabilitacja opiera się na metodach leczenia funkcjonalnego (umożliwiających powrót utraconych funkcji organizmu niezależnie od ich przyczyny), ćwiczenia te są coraz rzadziej stosowane, w omawianym przypadku tylko na wyraźną prośbę użytkownika. Celem nadrzędnym tych czynności jest opóźnienie zmian inwolucyjnych. W drugiej kolejności podawana jest umiarkowana poprawa wskaźników zdolności kondycyjnych oraz wydolnościowych organizmu (Zembały, 2003a, s. 154–155). Systematyczna gimnastyka ogólnousprawniająca, mająca charakter zajęć kinezyprofilaktycznych, ma za zadanie poprawiać koordynację nerwowo-mięśniową, zapobiegać wtórnym zmianom wynikającym z nieczynności i w efekcie wpływać na podniesienie komfortu psychofizycznego jednostki.

Zajęcia ruchowe dla seniorów w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej nr 4 w Krakowie – analiza wyników badań

Zajęcia usprawniające dla seniorów w Dziennym Domu Pobytu nr 4 w Krakowie odbywają się w ramach gimnastyki ogólnousprawniającej (zajęcia grupowe) oraz terapii indywidualnej. Gimnastyka ogólnousprawniająca została włączona do oferty MDDPS z myślą przede wszystkim o osobach ze znacznie upośledzoną sprawnością fizyczną, dla których ćwiczenia w pozycji leżącej wiążą się z różnego rodzaju dolegliwościami, co skutkuje ich brakiem zainteresowania terapią indywidualną i ogólnym zniechęceniem do wysiłku fizycznego. Z drugiej strony celem tych spotkań jest przedstawienie i nauczenie seniorów prostych zestawów ćwiczeń, które mogą wykonywać samodzielnie w domu.

Zajęcia zespołowe odbywają się w świetlicy ośrodka, dwa razy w tygodniu (środy i piątki). Mimo iż przeznaczone są dla osób w zbliżonym wieku, wymagają szczególnej modyfikacji ze względu na różny poziom sprawności fizycznej uczestników. Ponieważ wiek kalendarzowy i wiek biologiczny rzadko wskazują tę samą wartość, a odróżnienie zmian inwolucyjnych od chorobowych jest bardzo trudne, wszelkie zajęcia ruchowe prowadzone są przez specjalistę – w tym

² Obrazowe m.in. RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny.

³ *Uniwersalne gimnastyczne urządzenie lecznicze* – jest to specyficzna „klatka” wykonywana z grubego drutu, otwarta tylko z jednej strony, wyposażona w leżankę oraz system podwieszek, pasów stabilizujących, które umożliwiają odciążenie poszczególnych części ciała w czasie ćwiczeń (Zembały, 2003d, s. 13).

przypadku fizjoterapeutę. Osoba prowadząca, znając profil grupy (stan zdrowia i aktualne dolegliwości każdego ćwiczącego), przygotowuje 20–40-minutowy program usprawniania.

Przed przystąpieniem do zajęć, a także bezpośrednio po nich, dokonuje się pomiaru tętna i ciśnienia krwi wszystkim uczestnikom. Spotkania rozpoczynają się od zestawu prostych ćwiczeń stóp i dłoni (np. krążenia nadgarstków, zaciskanie pięści, krążenia stóp, tupanie), które uaktywniają układ krążenia, szczególnie w częściach dystalnych kończyn. Przez obszerne ruchy stawów prowadzone w pełnym fizjologicznym zakresie ruchu stopniowo uruchamiane są mięśnie przedramion, ramion, obręczy barkowej. Powoduje to pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego, wpływa na uelastycznienie i wzmocnienie struktur kurczliwych (mięśni i ścięgien). Analogicznie angażuje się podczas ćwiczeń mięśnie kończyn dolnych: podudzi, ud i obręczy miednicznej w miarę możliwości w pełnym zakresie ruchomości stawów (pozycja siedząca, przyjmowana w czasie większości ćwiczeń ze względów bezpieczeństwa, uniemożliwia wykonanie niektórych ruchów w stawach biodrowych). Bardziej dynamiczne momenty treningu (uzyskane przez np. zwiększone tempo czy liczbę powtórzeń), przyspieszające działanie układu krążeniowo-oddechowego przeplatane były dla odpoczynku ćwiczeniami oddechowymi. Ćwiczenia tułowia wykonywane we wszystkich płaszczyznach ruchu (skłony, skręty, skłony boczne, ruchy tułowia w płaszczyźnie złożonej – czyli w kilku płaszczyznach jednocześnie), pozwalają zachować prawidłową siłę mięśniową, ruchomość kręgosłupa, dzięki czemu podnoszą komfort m.in. funkcji oddychania, tak często upośledzonej u ludzi starszych. Praca wszystkich głównych grup mięśniowych, zarówno tułowia, jak i kończyn górnych oraz dolnych pozwala uaktywnić cały aparat narządu ruchu (stawy, więzadła, mięśnie, ścięgna).

Przedstawiony zakres ćwiczeń odznaczał się umiarkowanym natężeniem, wykluczającym nadmierne zmęczenie, a uruchamiającym wszystkie najważniejsze stawy i mięśnie według ogólnie przyjętych zasad: określonego czasu trwania, pozycji wyjściowej czy kolejności angażowania małych i dużych stawów. Zadania ruchowe wykonywane były w wolnym tempie, z określoną liczbą powtórzeń i ich odliczaniem, co zapobiegało znużeniu i nadawało rytm sesji ćwiczeniowej. Większość ćwiczeń seniorki wykonywały siedząc na krzesłach. Uatrakcyjnieniu zajęć służyło wykorzystywanie dodatkowych przyborów (ringo, piłka, woreczek z grochem) i odpowiednio dobrana muzyka. Na uwagę zasługuje fakt, że fizjoterapeuta starał się na bieżąco informować grupę, w jakim celu dane ćwiczenie było wykonywane, które mięśnie aktualnie pracują, itp.

Terapia indywidualna odbywa się w ośrodku trzy razy w tygodniu (poniedziałki, środy i piątki), w sali gimnastycznej, wyposażonej w niezbędny sprzęt do kinezyterapii tj. U.G.U.L. oraz liczne przyrządy i przybory do rehabilitacji, takie jak rower treningowy, ergometr eliptyczny, stepper, drabinki, materace.

Każda sesja ćwiczeniowa rozpoczynała się od pytań o aktualny epizod chorobowy i związane z nim dolegliwości oraz od badania tętna i ciśnienia krwi, które były powtórnie monitorowane po zajęciach. Mając na uwadze określone wcześniej cele usprawniania, fizjoterapeuta przeprowadzał 30–90-minutową indywidualną kinezyterapię. Program zajęć podzielony był na trzy części: wstępną (rozgrzewkę), właściwą i końcową (rozluźniającą). Podczas realizacji terapii zastosowano zasadę progresji ćwiczeń przez stopniowe zwiększanie intensywności, liczby powtórzeń lub wprowadzając dodatkowe utrudnienia. Najczęściej występującymi problemami, z którymi zgłaszali się seniorzy, były bóle kręgosłupa, stawów biodrowych, kolanowych, różnego rodzaju dolegliwości okolic obręczy barkowej i kończyn górnych. Po pomoc zwracały się również osoby uskarżające się na problemy z chodzeniem czy związane z chorobą niedokrwienną serca.

W czasie ćwiczeń w ramach terapii indywidualnej korzystano z materaca, piłki szwajcarskiej⁴, poduszki rehabilitacyjnej i taśmy elastycznej.

Do aktywizacji głębokich grup mięśniowych tułowia, odpowiedzialnych za utrzymanie prawidłowej i stabilnej pozycji ciała podczas ruchu, użyto tzw. powierzchni niestabilnych (piłki i poduszki rehabilitacyjnej). Poduszka miała kształt dysku i podobnie jak piłka była napełniona powietrzem. Innym wykorzystanym w czasie ćwiczeń przyborem był materac, na którym użytkownicy wykonywali zadania ruchowe tj. zmianę pozycji, przejście z pozycji niskiej do wysokiej czy naukę podnoszenia się po upadku.

Wśród ćwiczeń dynamicznych pojawiła się również jazda na rowerze treningowym. Jest to forma wysiłku zdecydowanie lepiej tolerowana przez seniorów w porównaniu do treningu na ergometrze eliptycznym, który określali oni jako zbyt forsowny. Intensywność ćwiczeń aerobowych była na bieżąco monitorowana przez fizjoterapeutę metodą *Talk-Test*: mała intensywność treningu pozwalała ćwiczącemu na jednoczesne śpiewanie, umiarkowana intensywność na swobodne rozmawianie, intensywny trening fizyczny uniemożliwiał jednoczesne wypowiedanie się.

Podczas zajęć zespołowych fizjoterapeuta starał się zapewnić w grupie przyjazną atmosferę, wplatał do ćwiczeń elementy zabawy. Mimo luźnej atmosfery uczestniczki starały się zachować dyscyplinę, niejednokrotnie nawzajem się strofując. Inaczej sprawa wyglądała w przypadku zajęć terapii indywidualnej, gdzie osoby ćwiczące, ubrane w stroje sportowe, były bardzo skupione na ćwiczeniach, a fizjoterapeuta wymagał od nich dużego zaangażowania.

⁴ Gumowa piłka wypełniona powietrzem o średnicy 45, 55 lub 65 cm o wytrzymałości około 200 kg.

Efekty zajęć usprawniających w opiniach uczestników

U osób w starszym wieku aktywność fizyczna staje się lekiem na ograniczającą się samowystarczalność wynikającą z obniżającej się sprawności funkcjonalnej. Wpływa zatem pozytywnie na jakość życia, podnosząc tym samym poziom satysfakcji życiowej ludzi trzeciego wieku. Potwierdzają to seniorki uczestniczące w gimnastyce ogólnousprawniającej. Zapytane o to, jakie korzyści wnoszą z zajęć, odpowiadały:

Pani Zofia, 77 lat: – *Gimnastyka tu prowadzona usprawnia mój kręgosłup i mięśnie. Ucząc się wszystkich ćwiczeń, przenoszę je do ćwiczeń w domu. Pod wpływem ćwiczeń usprawniam wszystkie mięśnie trzymające kręgosłup.*

Pani Marianna, 76 lat: – *Mój udział w gimnastyce sprawia mi dużą przyjemność i zadowolenie oraz gimnastyka wpływa zdrowotnie na mnie. Ponieważ dużo robię szydełkiem, to muszę koniecznie rozluźnić kości i mięśnie. Te ćwiczenia, które tu zapamiętam, ćwiczę w domu codziennie.*

Pani Janina, 76 lat: – *Biorę udział w gimnastyce ogólnousprawniającej, bo wiem, że jest mi potrzebna – pomimo że reumatolog powiedział, że nic mi nie pomoże. Po gimnastyce lepiej się ruszam, pomimo schorzenia kręgosłupa, i lepiej zasypiam.*

Pani Lidia, 70 lat: – *Gimnastyka jest ważna w życiu, a szczególnie dla osób starszych, by utrzymać dobrą formę. Dzięki gimnastyce czuję się lepiej, lżej mi się chodzi, ręce mam sprawniejsze do wykonywania robótek, mam więcej radości życia, a wspólna gimnastyka daje mi poczucie wspólnoty, jedności. Dzięki gimnastyce i tej wspaniałej atmosferze czuję się młodziej, czuję się potrzebna we wszystkim, co dzieje się. Nadmieniam, że ćwiczenia są super dostosowane do naszej kondycji.*

Pani Zofia, 70 lat: – *Ponieważ w starszym wieku bardzo wskazany jest ruch, by można dobrze funkcjonować, po zajęciach czuję się rozluźniona, pełna energii i sprawniejsza fizycznie i umysłowo.*

Pani Danuta, 79 lat: – *Mam lepszy, wzmożony apetyt, a miałam z tym problemy, spokojniejszy sen. Udział biorę dla relaksu, odprężenia. Mam wrażenie, że gimnastyka wpłynęła na ustabilizowanie ciśnienia krwi.*

Respondentki zgodnie przyznają, że dzięki grupowym zajęciom ruchowym czują się zdrowsze, mają lepsze samopoczucie, lepiej funkcjonują w życiu codziennym.

W przypadku terapii indywidualnej, gdzie wśród uczestników występuje duża różnorodność pod względem dolegliwości, czasu trwania terapii, regularności odbytych sesji ćwiczeniowych korzyści ściśle wiążą się z konkretnymi objawami i stanem zdrowia:

Pan Michał, 82 lata (endoproteza stawu kolanowego, bóle stawów biodrowych, bóle barków) twierdzi, że po ćwiczeniach: – *Lepiej się chodzi, rusza; ruchy rękami lepsze, nie bolą mnie barki i ręce – nie mogłem położyć czapki na półce a teraz mogę śmiało. Nie bolą tak biodra i kolana, jak ćwiczę.*

Pani Bogusława, 77 lat (ból odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa): – *Mam lepsze samopoczucie, lżej mi się wszystko robi, ból odcinka szyjnego ustępuje, rzadziej występują kurcze mięśni, lżej mi się porusza, obniża mi się ciśnienie, mam lepszą chwytność, jak nie ćwiczyłam wstawałam osowiała, ociężała.*

Pan Adam, 73 lata (cukrzyca, nadciśnienie, problemy z kolanami po nieudanym zabiegu chirurgicznym): – *Spada mi ciśnienie, lepiej chodzę, jakość chodu jest lepsza, lepsze mam samopoczucie, nie jestem osowiały.*

Pani Józefa, 82 lata (ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa): – *Mniej boli kręgosłup, mam sprawniejsze nogi, lepiej chodzę, mogę podnosić do góry ramiona, a wcześniej miałam problemy. Mogę się bez większego problemu schylić, umyć podłogę, klęknąć. Mam lepsze samopoczucie, mam więcej energii i chęci – chce mi się gotować.*

Pani Jolanta, 73 lata (przewlekłe bóle kręgosłupa): – *Mogę się schylać, obracać na łóżku a wcześniej miałam wielkie problemy. Mogę się sprawniej poruszać, czuję ogólną poprawę.*

W przypadku tej grupy badanych na pierwszy plan wśród korzyści wynoszonych z ćwiczeń wysuwa się ulga w bólu, w efekcie czego polepszeniu ulega sprawność funkcjonalna seniora.

Podsumowanie

Zdaniem Urszuli Parnickiej, najlepsze efekty z punktu widzenia zdrowia psychofizycznego dają ćwiczenia w zorganizowanych zespołach, prowadzone przez instruktora (2004, s. 38).

Badania wykazały, że uczestnicy zajęć ruchowych organizowanych w MDDPS są zadowoleni z ich jakości i co ważniejsze, stosują się do zaleceń fizjoterapeuty również w życiu codziennym – dwie uczestniczki zajęć grupowych przyznały, że ćwiczenia, których nauczą się w Ośrodku wykonują samodzielnie w domu. Wszystkie badane osoby przyznały, że regularne ćwiczenia fizyczne znacznie poprawiają ich codzienne funkcjonowanie (...nie mogłem położyć czapki na półce a teraz mogę śmiało), potwierdzili tym samym efektywność zajęć prowadzonych w placówce.

Zarówno uczestnicy terapii indywidualnej, jak i gimnastyki ogólnousprawniającej (grupowej) biorą udział w zajęciach dobrowolnie. Świadomość konieczności i dobroczynnych skutków aktywności ruchowej stanowi niewątpliwie dodatkowy czynnik motywujący seniorów do jej podjęcia. Niepokoić może jednak fakt, że liczba użytkowników zaangażowanych w ten rodzaj aktywności jest niewielka, zaledwie ok. 10% spośród ogółu użytkowników MDDPS.

Starzenie się jest procesem długotrwałym i podlegającym wpływom zewnętrznym. Ograniczając „czynniki ryzyka” człowiek może wpływać na spowolnienie tego procesu i tym samym podnosić jakość codziennego funkcjonowania.

Zdaniem Haliny Szwarc, *znaczenie ruchu jako czynnika przeciwdziałającego wczesnemu i patologicznemu starzeniu się, a nawet niejako odmładzającego organizm jest tym większe, im lepsza była sprawność oraz wydolność fizyczna w młodości, im większa aktywność ruchowa w ciągu całego życia* (Szwarc i in., s. 36). Kształtowanie pozytywnych nawyków w zakresie aktywności fizycznej powinno się zatem rozpocząć (i trwać!) od najmłodszych lat. Ruch, niezależnie od tego, ile ma się lat, powinien być traktowany jak lekarstwo. Jak twierdzi Zofia Szarota, *człowiek starszy jest [...] odpowiedzialny za jakość swego życia, kształtując jego wymiary dużo wcześniej, zaś jego bieżącym zadaniem jest nieustawianie w autokreacji* (2010, s. 137). W obszarze aktywności fizycznej Dom Dziennego Pobytu niewątpliwie może seniorowi to zadanie ułatwić.

Literatura:

- Bicka A., Kozdroń E., 2003, *Aktywność ruchowa ludzi starszych czynnikiem adaptacyjnym do określonego wysiłku fizycznego*, „Kultura Fizyczna”, nr 5–6, s. 26–28.
- Chakravarthy M. V., Joyner M. J., Booth F. W., 2002, *Spoczywający na lekarzu pierwszego kontaktu obowiązkiem zalecania aktywności fizycznej pacjentom prowadzącym mało aktywny tryb życia, w celu zmniejszenia ryzyka chorób przewlekłych*, tłum. M. Dupłaga, „Rehabilitacja Medyczna”, nr 4, s. 45–52.
- Czerniawska O., 1996, *Edukacja osób „trzeciego wieku”*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Wyd. ITE, Warszawa, s. 213–236.
- Drabik J., Drabik P., 1997, *Wydolność i aktywność fizyczna osób w starszym wieku*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, nr 3, s. 47–54.
- Halicka M., 2004, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Wyd. Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok.
- Klukowski K., 2003, *Zdolność wysiłkowa osób w starszym wieku*, [w:] A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia*, t. II, Wyd. Kasper, Kraków, s. 152–154.
- Kokosz M., 2003a, *Badanie (anamneza) – informacje ogólne*, [w:] A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia* t. I, Wyd. Kasper, Kraków, s. 55–65.
- Kokosz M., 2003b, *Definicja metody leczenia ruchem*, [w:] A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia*, t. II, Wyd. Kasper, Kraków, s. 213–216.
- Mętel S., Jasiak-Tyrkalska B., 2006, *Wpływ treningu fizycznego wykonywanego na powierzchniach niestabilnych z wykorzystaniem elastycznych taśm do ćwiczeń oporowych na sprawność funkcjonalną oraz jakość życia osób starszych*, „Rehabilitacja Medyczna”, nr 3, s. 35–46.
- Parnicka U., 2004, *Aktywność ruchowa – to zdrowa jesień życia*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 4(429), s. 38–40.
- Szarota Z., 2004, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Szarota Z., 2010, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

- Szwarc H., Wolańska T., Łobożewicz T., 1988, *Rekreacja i turystyka ludzi w starszym wieku*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
- Zembaty A., 2003a, *Metodyka prowadzenia ćwiczeń ogólnokondycyjnych w grupie osób w starszym wieku (wiek 61 lat i powyżej)*, [w:] A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia*, t. II, Wyd. Kasper, Kraków, s. 154–156.
- Zembaty A., 2003b, *Miejsce fizjoterapii w systemie nauk*, [w:] A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia*, t. I, Wyd. Kasper, Kraków, s. 32–46.
- Zembaty A., 2003c, *Miejsca, stanowiska i ich oprzyrządowanie (przykłady)*, [w:] A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia*, t. II, Wyd. Kasper, Kraków, s. 13–23.
- Żak M., Gryglewska B., 2006, Ocena wyników rehabilitacji osób po 85 roku życia z zaburzeniami sprawności funkcjonalnej, „Rehabilitacja Medyczna”, nr 2, s. 20–24.
- Statut Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, <http://www.mddps.krakow.pl/statut.html> (22.02.2010).
- Kostka T., *Rola aktywności ruchowej w promocji zdrowia u osób starszych*, b.d.w., artykuł dostępny na witrynie serwisu medycznego „Zdrowie”, <http://www.zdrowie.med.pl/serce/serce4.html> (23.02.2010).
- Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, CBOS wrzesień 2007, http://www.cbos.pl/SPI-SKOM.POL/2007/K_138_07.PDF (24.02.2010).

Rodzinny dom pomocy jako alternatywa dla domu pomocy społecznej

Słowa kluczowe:

rodzinny dom pomocy, standard usług, pomoc społeczna, opieka

Key words:

family residential care home, standard of services, social welfare, care

Streszczenie:

Artykuł prezentuje idee funkcjonowania rodzinnych domów pomocy społecznej będących alternatywą dla systemu pomocy instytucjonalnej. Omawia: warunki umieszczenia osób starszych w rodzinnym domu pomocy, zasady odpłatności za pobyt, standardy świadczonych usług, kwalifikacje zawodowe i zadania osób prowadzących dom, nadzór i kontrolę nad pracą domów rodzinnych. Analizuje zalety i wady funkcjonowania tych instytucji.

Summary:

This article is about the ideas of family residential care homes as an alternative to institutional system of family care. It presents the conditions on which the elderly are domiciliated in family residential care homes, tells about the residence payments, standards of all services, describes the staff qualifications and tasks. It also concerns problem of the supervision, inspection and shows advantages and drawbacks of these institutions.

Wstęp

Celem opracowania jest prezentacja instytucji rodzinnego domu pomocy, będącego ogniwem pośrednim pomiędzy instytucjonalną pomocą świadczącą usługi w stacjonarnych placówkach opieki, a pomocą środowiskową wspierającą osoby starsze w ich miejscu zamieszkania.

Pomimo obowiązujących od 2005 roku aktów wykonawczych do ustawy o pomocy społecznej, określających standard usług świadczonych w rodzinnych domach pomocy, niewiele samorządów może pochwalić się uruchomieniem tego typu usługi na swoim terenie. Z danych Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej obejmującego swoim zasięgiem działania województwo małopolskie wynika, iż w 2009 r. do rejestru wojewody małopolskiego wpisane były 3 tego typu placówki. Podobnie sytuacja przedstawia się w innych częściach kraju¹. Dlaczego ta inicjatywa nie cieszy się powodzeniem pomimo jej bardzo interesujących i atrakcyjnych walorów?

Poniższy tekst jest próbą znalezienia odpowiedzi na to pytanie. Impulsem do napisania poniższego artykułu stała się wizyta w otwartym w maju 2009 roku Rodzinnym Domu Pomocy. Jest to druga² tego typu inicjatywa w gminie Kraków, prowadzona przez Caritas Archidiecezji Krakowskiej na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Analizowane zagadnienia przybliżają ogólne ramy prawne i organizacyjne funkcjonowania takich domów, dotyczą standardów funkcjonowania nowego typu placówek, jakimi są rodzinne domy pomocy, zasad prowadzenia nadzoru nad ich działalnością oraz prezentują zakres kompetencji i zadania kadry prowadzącej placówkę. Informacje zgromadzono w wyniku syntezy danych pochodzących z różnych źródeł. Są nimi obowiązujące akty prawne, informacje pozyskane w bezpośredniej rozmowie (wywiady swobodne) z osobami prowadzącymi tego typu usługi (wiosna 2009 r.), a także osobiste doświadczenia zawodowe autorki związane z nadzorem nad jednostkami organizacyjnymi systemu pomocy społecznej w Gminie Kraków.

Wraz z wiekiem u większości starszych osób nasilają się problemy zdrowotne. Intensywnie w ich codzienne życie wkracza niepełnosprawność. U ludzi starszych mieszkających samotnie jak i u ich opiekunów rodzi się obawa o umiejętność radzenia sobie w codziennych czynnościach życiowych. Pomimo wsparcia społecznego, medycznego, ekonomicznego i technologicznego niektóre osoby starsze czują się zagubione, zmarginalizowane. Nie radzą sobie z pojawiającymi się z dnia na dzień różnymi dysfunkcjami, ograniczającymi im dotychczasowe aktywne uczestnictwo w życiu rodzinnym i społecznym. Na tę niepełnosprawność mogą nakładać się dodatkowe czynniki związane z kryzysami życiowymi. Mogą to być: śmierć współmałżonka, długotrwała samotność, opuszczenie starszych rodziców przez ich dzieci w wyniku migra-

¹ Dane uzyskane w Wydziale Statystyki, Analiz i Budżetu Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pozwalają stwierdzić, że w I półroczu 2009 r. w Polsce funkcjonowało 11 rodzinnych domów pomocy społecznej.

² W 2009 r. w województwie małopolskim funkcjonowały 3 rodzinne domy pomocy. Dwa w Krakowie i jeden w powiecie krakowskim – gmina Zabierzów. Wszystkie te placówki prowadzone były przez podmioty niepubliczne. Łączna liczba miejsc – 19. Oznacza to, że poszczególne samorządy województwa powstrzymują się od próby powoływania tego typu placówek. Dane te pochodzą ze Sprawozdania do MPiPS za I–XII 2009 r.

cji zarobkowej, trudności ekonomiczne prowadzące do ubóstwa, złe warunki mieszkaniowe lub brak tego mieszkania, utraconego w wyniku eksmisji osób starszych z mieszkań w starych prywatnych kamienicach, przemoc domowa wobec osób starszych, trudności seniorów w komunikacji społecznej spowodowane wdrożeniem w życie nowych technologii informatycznych (np. karta bankomatowa).

Wzrastająca bezradność i nie radzenie sobie z przeciwnościami, skłania osoby starsze do poszukiwania takich rozwiązań na dalsze swoje życie, które budowałyby poczucie bezpieczeństwa, gwarantowałyby stabilizację i przeświadczenie, że pomoc jest w zasięgu ręki, że jest osoba lub personel instytucji gotowy do rozwiązywania trudności zdrowotnych i życiowych.

Idea rodzinnego domu pomocy

Odpowiedzią na to zapotrzebowanie może stać się propozycja nowej, od kilku lat nieśmiało wdrażanej, formy całodobowej pomocy organizowanej przez samorządy gminne w środowisku lokalnym. Jest to, w stosunku do funkcjonujących na rynku usług socjalnych różnego typu domów pomocy społecznej prowadzonych przez podmioty publiczne i niepubliczne, alternatywna forma ustawowo regulowanej pomocy społecznej. Cechą tej formy świadczenia, czyli rodzinnych domów pomocy, jest organizacja całodobowej opieki dla niewielkiej liczby osób starszych umieszczonych w warunkach środowiska życia domowego. Założeniem ustawodawcy jest, aby rodzinne domy pomocy, jako usługa opiekuńczo-bytowa, prowadzone były całodobowo dla osób, które ze względu na wiek nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w dotychczasowym własnym mieszkaniu, pomimo zapewnienia innego wsparcia np. usług opiekunki środowiskowej, usług asystenta osoby niepełnosprawnej lub nieformalnej usługi sąsiedzkiej. Osobom tym oferuje się zamieszkanie przy rodzinie, względnie przy osobie samotnej, która decyduje się na świadczenie „opieki non stop” w ramach prowadzenia działalności gospodarczej lub w oparciu o umowę o pracę czy zlecenie. Osoby prowadzące rodzinny dom pomocy mogą przyjąć od 3 do 8 seniorów na pobyt stały lub okresowy. Seniorzy zainteresowani tym typem świadczenia są kierowani do domu rodzinnego przez kierownika ośrodka pomocy społecznej.

Decyzja o wydaniu skierowania poprzedzona jest skompletowaniem przez pracownika socjalnego dokumentacji zawierającej: wywiad środowiskowy, zaświadczenie lekarskie wraz z określeniem zakresu usług opiekuńczych i zamieszczanej w nim adnotacji o braku przeciwwskazań do umieszczenia w rodzinnym domu pomocy społecznej, dokumentu stwierdzającego posiadanie przez osobę starającą się stałych źródeł dochodu tj. emerytury, renty, lub zasiłku stałego z pomocy społecznej.

Odpłatność za pobyt mieszkańca w domu ponosi on sam lub jego rodzina do wysokości 70% jego emerytury, renty lub zasiłku. Gmina dopłaca brakującą część do kosztów całkowitego utrzymania Domu. Całkowity koszt utrzymania placówki w przeliczeniu na jednego mieszkańca określa podmiot prowadzący na podstawie poniesionych przez Dom miesięcznych wydatków w porozumieniu z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej.

Zezwolenie oraz zakres umowy na prowadzenie rodzinnego domu pomocy

Osoba lub podmiot, np. organizacja pozarządowa organizująca rodzinny dom pomocy, działa na podstawie aktualnego wpisu w rejestrze wojewody i zezwolenia wydawanego przez służby wojewody. Zezwolenie to jest podstawą do podpisania z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej umowy na świadczenie całodobowych usług opiekuńczych i bytowych. Zakres umowy obejmuje zobowiązanie podmiotu prowadzącego do spełnienia w trakcie świadczenia usługi wszystkich standardów określonych w rozporządzeniu w sprawie rodzinnych domów pomocy społecznej wraz z zagwarantowaniem spełnienia wysokiej jakości oferowanego świadczenia. Umowa może określać: warunki płacowe przekazywane przez ośrodek podmiotowi prowadzącemu, w tym rodzaje form zatrudnienia osób pracujących dodatkowo w Domu np. opiekunki, osoby przygotowujące posiłki, osoby sprząające, osoby utrzymujące stan techniczny budynku i otoczenia, sposób i termin przekazywania płatności, określone sankcje w przypadku naruszenia warunków umowy itp.

Integralną częścią umowy powinien być załącznik z opracowaną kalkulacją kosztów. Przygotowana kalkulacja prowadzenia placówki może obejmować m.in. koszty wyżywienia, koszty zakupu środków czystości i higieny osobistej rezydentów placówki, koszty utrzymania budynku i jego otoczenia, koszty związane z odpłatnością za media, amortyzacja budynku i wykorzystywanego sprzętu, oszacowane wydatki na ewentualny transport do lekarza, wydatki związane z usługami pralniczymi, organizację czasu wolnego (np. dalsze wycieczki, tzw. autokarowe), uczestnictwo seniorów w imprezach kulturalnych we własnej miejscowości itp. W interesie podmiotu prowadzącego RDP jest także doprecyzowanie zapisów warunków umowy z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej, aby umowa przewidywała ewentualne dodatkowe wydatki, na które należy zapewnić finanse, by nie utracić ciągłości opieki nad mieszkańcami Domu.

Standard podstawowych usług zapewnianych przez rodzinny dom pomocy

Dom w ramach swojej działalności zapewnia całodobową opiekę nad mieszkańcami uwzględniającą ich stan zdrowia, indywidualne potrzeby, możliwości psychofizyczne i sprawność ruchową. W zakresie usług bytowych placówka opiekuńcza oferuje: miejsce pobytu w budynku bez barier architektonicznych, w pokojach w dwu-, trzy- i jednoosobowych z dostępem do łazienki i toalety. Pokoje wyposażone są: w łóżko, szafę, stół, krzesła i szafkę nocną będące w dyspozycji każdej osoby. Do wspólnego użytku mieszkańców Domu pozostawiona zostaje jadalnia, służąca również jako pokój dziennego pobytu, pomieszczenia z przeznaczeniem na pralnię, suszarnię. Osoba prowadząca Dom zapewnia w ramach tego standardu również utrzymanie czystości w budynku i otoczeniu oraz zapewnia i organizuje wyżywienie, które jest przygotowywane w placówce lub dostarczane w postaci usług cateringowych. W każdym jednak przypadku mieszkaniec ma zagwarantowane wyżywienie zgodne ze wskazaniami lekarskimi. Mieszkaniec ma prawo do trzech posiłków dziennie, dostęp do przekąsek i napojów poza godzinami wyznaczonymi na serwisowanie dań. W razie zaistnienia potrzeby ma prawo do spożywania posiłku w swoim pokoju i pomocy w karmieniu.

W ramach wnoszonej odpłatności mieszkaniec Domu otrzymuje środki higieny osobistej, środki czystości i ma zapewnione sprzątanie swojego pokoju. Może również oczekiwać pomocy w: zapewnieniu podstawowych czynności życiowych, w pielęgnacji, a w razie wystąpienia choroby ma prawo do opieki oraz pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, w tym pomoc w zakupie leków.

W zestawie usług oferowanych przez RDP mieszkaniec otrzymuje ponadto wsparcie w załatwieniu spraw osobistych i urzędowych, Ma możliwość uczestniczenia w różnych formach aktywności na terenie Domu i poza nim, co ma na celu przeciwdziałanie zjawisku wykluczenia i dezintegracji społecznej. Jego prawa do poszanowania godności osobistej, wolności, intymności i dyskrecji są wpisane w podstawowe zasady funkcjonowania placówki, które są zawarte w przepisach prawnych dotyczących standardów funkcjonowania placówek całodobowych.

Kontrola

Rodzaj, zakres, jakość świadczonych usług, sposób kierowania do rodzinnego domu pomocy, w tym warunki odpłatności za pobyt, a także zasady współpracy podmiotu prowadzącego z rodziną mieszkańca oraz standardy prze-

strzegania praw mieszkańca, podlegają nadzorowi i kontroli ze strony ośrodka pomocy społecznej i urzędników reprezentujących wojewodę w zakresie nadzoru nad prowadzeniem placówek całodobowych.

Według rozporządzenia w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U. Nr 61, 2005), kierownik ośrodka pomocy społecznej przeprowadza kontrolę placówki co najmniej raz na kwartał. Są to tzw. kontrole planowane ustalane na dany rok kalendarzowy. Kontrole mogą mieć charakter:

- kontroli kompleksowych obejmujących wszystkie sfery organizacji i funkcjonowania domu i przeprowadza się je według planu kontroli nie rzadziej niż raz na 3 lata,
- kontroli problemowych obejmujących analizę wybranych sfer działania danego podmiotu w zakresie wypełniania zadań pomocy społecznej. Czynności kontrolne przeprowadzane są według przyjętego planu,
- kontroli doraźnych badających prawidłowości realizacji organizacji i funkcjonowania placówki. Kontrole są wyznaczane w każdym czasie, w którym organ nadzorujący poweźmie informacje o pojawiających się nieprawidłowościach w prowadzeniu placówki,
- kontroli sprawdzających, których celem jest sprawdzenie, w jakim zakresie zalecenia pokontrolne zostały wdrożone przez podmiot kontrolowany (tamże).

Kompetencje osoby prowadzącej rodzinny dom

Aby zapewnić właściwą realizację standardów opieki wraz z odpowiednim poziomem jakości usług, niezbędna jest osoba, której kompetencje zawodowe dawałyby gwarancję dobrego i sprawnego funkcjonowania Rodzinnego Domu Pomocy. Od osoby prowadzącej Dom oczekuje się, aby zamieszkała na stałe razem z kierowanymi do placówki osobami starszymi w jej własnym lub w wynajętym domu bądź udostępnionym przez podmiot realizujący zadanie w zakresie świadczeń opiekuńczo-bytowych. Chętnie widziane są osoby posiadające wykształcenie zdobyte na kierunku pielęgniarstwo, rehabilitacja, opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy społecznej lub na innych pokrewnych, a także osoby po kursach opiekunek PCK, PKPS, opiekunek domowych czy opiekunów osób starszych itp. Dodatkowym atutem przy zatrudnianiu osób jest ich doświadczenie zawodowe i życiowe w pracy i opiece na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych. Od osób prowadzących dom wymaga się, aby wykazały się umiejętnościami w zakresie:

- komunikacji interpersonalnej ze szczególnym naciskiem na budowanie relacji z osobami starszymi i ich rodzinami,
- szybkiego reagowania w sytuacjach trudnych i w tych zagrażających zdrowiu i życiu mieszkańców domu,

- sprawności menedżerskich niezbędnych do organizowania, planowania, przewodzenia i kontroli zadań wyznaczonych przez typ placówki,
- administrowania placówką i prowadzenia dokumentacji zgodnych z zasadą sumienności, rzetelności i dokładności pod względem formalno-prawnym,
- organizacji własnego warsztatu pracy, a w tym umiejętność obsługi sprzętu np. gospodarstwa domowego, medycznego, rehabilitacyjnego,
- stosowania się do zasad i przepisów BHP,
- świadczenia skutecznej opieki i pielęgnacji,
- aktywizowania podopiecznych i organizacji im czasu wolnego,
- radzenia sobie z problemem śmierci/umierania.

Osoby podejmujące się zadania prowadzenia Rodzinnego Domu Pomocy biorą na siebie ciężar odpowiedzialności za drugiego człowieka, który jest w dużej mierze ograniczony w swej sprawności. Ograniczenie to wymusza na osobie prowadzącej placówkę pełne zaangażowanie, dyspozycyjność o każdej porze dnia i nocy, prezentowanie postawy sumienności, dokładności przy wykonywanych zadaniach, cierpliwości, spolegliwości, uczciwości. Ponadto oczekuje się, by osoba opiekująca się mieszkańcami była wrażliwa na potrzeby swych podopiecznych, stosowała się do zasad etyki „zawodowego pomocacza”, prezentowała takt i kulturę osobistą, szanowała prawa drugiego człowieka.

Zakres zadań osoby prowadzącej rodzinnych dom pomocy

Zakres zadań osoby prowadzącej rodzinny dom pomocy można podzielić na zadania związane z działalnością:

- 1) merytoryczną,
- 2) administracyjną,
- 3) logistyczną,
- 4) finansową placówki,
- 5) wynikającą z aktualnych potrzeb dnia codziennego i życia placówki.

Działalność merytoryczna to: pomoc w procesie adaptacji mieszkańca do nowych warunków, zapoznanie go z topografią domu, ze zwyczajami, z zasadami współżycia społecznego, z organizacją opieki, pomoc w nawiązaniu dobrych relacji z innymi współmieszkańcami. Jest to także organizacja czasu wolnego rezydentów w zależności od ich upodobań, zainteresowań, możliwości i samopoczucia. Czynności kierowane ku podopiecznym obejmują towarzyszenie, wspieranie, usprawnianie intelektualne i fizyczne, podejmowanie działań nakierowanych na negocjowanie, mediowanie, doradzanie, wyjaśnianie, perswadowanie w przypadku pojawiających się w rodzinnej społeczności konfliktów. Ważną sprawą jest praca z rodziną mieszkańca. Gdy pogorszeniu ulega stan zdrowia podopiecznego, do zakresu obowiązków wchodzi czynności związane

z pielęgnacją, opieką i wsparciem mieszkańca podczas jego choroby, kontakt ze szpitalem, lekarzem rodzinnym, pomoc w zakupie leków, pomoc w organizacji turnusów rehabilitacyjnych. Działalność merytoryczna obejmuje także współpracę z różnymi urzędami, instytucjami – np. ZUS-em oraz różnymi podmiotami działającymi na rzecz integracji mieszkańców z najbliższym otoczeniem. Wreszcie organizacja ostatniej względem mieszkańca usługi, tj. organizacja pogrzebu i załatwienie wszystkich formalności urzędowych związanych z pochówkiem w przypadku, gdy zrobić tego nie może własna rodzina.

W zakres działalności administracyjnej wchodzi czynności związane z prowadzeniem i administrowaniem placówki, w tym utrzymywanie właściwego stanu technicznego budynku i otoczenia, dbanie o zachowanie standardów zawartych w rozporządzeniu dotyczącym prowadzenia rodzinnych domów pomocy, utrzymanie ścisłej współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej zlecającym całodobowe usługi opiekuńcze oraz utrzymanie kontaktu z podmiotami kontrolującymi i ewentualnie z organem prowadzącym.

Czynności administracyjne to także zapewnienie właściwej organizacji stanowisk pracy dla osób dodatkowo pracujących na rzecz domu (np. opiekunek, osób sprzątających, ogrodnika, konserwatora, personelu kuchennego itd.) oraz opracowywanie i prowadzenie dokumentacji. Zakres tematyczny dokumentów placówki jest rozległy. Zawiera on istotne materiały formalizujące czynności związane z prowadzeniem Domu (np. opracowywanie i przestrzeganie regulaminu placówki, opracowanie i przestrzeganie zasad BHP, prowadzenie dokumentacji dotyczącej jadłospisów, przeglądów kominiarskich, gazowych, opracowywanie sprawozdawczości, prowadzenie rozliczeń np. z ZUS-em, urzędem skarbowym itp.). Dodatkowo zakres ten uwzględnia wymogi prowadzenia indywidualnej dokumentacji mieszkańca, co jest identycznym zadaniem jak w przypadku domów pomocy społecznej. Indywidualna dokumentacja rozumiana jest jakoteczki osobowe zawierające podstawowe informacje o mieszkańcu i jego rodzinie, dane o wysokościach odpłatności za pobyt w placówce, informacje o pobycie mieszkańca w szpitalu i na urlopie, itp.

Działalnością również ważną, choć nie bezpośrednio odnoszącą się do pracy z mieszkańcami Domu, jest działalność logistyczna. Oznacza ona wypracowanie systemu zapewnienia posiłków, sprzątanie obiektu, pomieszczeń wspólnego użytku i pokoi mieszkańców, zakup środków niezbędnych do prowadzenia Domu, w tym środków czystości, higieny osobistej i gospodarstwa domowego itp. Wszystkie powyżej przytoczone działania muszą być jednak spójne z „polityką finansową placówki”. Ma ona gwarantować płynność finansową, terminowe regulowanie należności pieniężnych wymagalnych przez podmioty współpracujące z Domem, bieżące wydatkowanie środków płatniczych przeznaczonych na podatki, media, składki zdrowotne, składki emerytalno-rentowe pracowników i inne. Właściwe zarządzanie przydzielonymi na prowadzenie Domu funduszami ma zapewnić ciągłość i wysoką jakość świadczonej opieki.

Zalety i wady rodzinnych domów pomocy

Rodzinny dom pomocy to szczególna forma usługi opiekuńczej dla osób wymagających stałej i całodobowej opieki. Zapewnia ona kameralne, prawie rodzinne warunki życia i zamieszkania. Daje możliwość indywidualnego, bezpośredniego podejścia do odbiorcy tej usługi. Mieszkaniec takiego Domu nie jest anonimowy, nie gubi się w strukturze wielkiej instytucji. Jest on w stanie utrzymywać relacje *face to face* ze wszystkimi domownikami. Może uczestniczyć aktywnie w życiu społeczności Domu, np. poprzez pomoc w przygotowywaniu posiłków, robieniu drobnych zakupów (np. pomoc w codziennym przynoszeniu ze sklepu świeżego pieczywa do śniadania). Żyjąc w tej rodzinnej społeczności mieszkaniec łatwiej dostosowuje się do wspólnych reguł, rytmu dnia i panującej spokojnej atmosfery. Nie boi się już żyć. W tym klimacie każdy mieszkaniec może czuć się bezpiecznie. Jest chcianym i potrzebnym a szczególnie wtedy, gdy zachodzi potrzeba czuwania, pielęgnacji i opieki nad partnerem ze wspólnego pokoju.

W tym systemie opieki całodobowej nie pojawią się symptomy instytucjonalizacji tak typowe dla domów pomocy i opieki. Osoby przebywające w rodzinnym domu pomocy są traktowane tak jak domownicy. Respektowane są ich prawa. Zawsze ktoś żywo zareaguje na zgłaszane dolegliwości, prośby i potrzeby. Ta forma świadczenia usługi jest pozytywnie przyjmowana przez rodziny szukające dla swoich starszych rodziców bądź starszych, jeszcze sprawnych ruchowo, krewnych innych rozwiązań, niż istniejące od dawna typowe domy pomocy społecznej czy zakłady opiekuńczo-lecznicze. Również sama gmina, jako organizator samorządowego systemu opieki, powinna być zainteresowana uruchamianiem tego typu placówek. Koszt obciążenia finansowego gminy, w przypadku zlecenia takiego zadania innym podmiotom, jest zdecydowanie niższy niż utrzymywanie miejsc w tradycyjnych stacjonarnych placówkach pomocy społecznej.

Ważnym atutem idei rodzinnych domów pomocy jest możliwość ich powołania przez osoby bezrobotne, szukające pomysłu na odnalezienia się na rynku pracy, choćby poprzez samozatrudnienie. Propozycja ta jest też atrakcyjna dla tych, którzy dążą do przekwalifikowania zawodowego, a jednocześnie dysponują na własność budynkiem mieszkalnym o znacznej kubaturze, w którym można urządzić zgodnie z wymaganymi standardami rodzinny dom dla seniorów. Dostosowanie domu mieszkalnego do obowiązujących standardów, szczególnie związanych z likwidacją barier architektonicznych, nie musi być problemem osoby deklarującej chęć uruchomienia placówki. Na ten cel fundusze może ona pozyskać z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Zawodowej, z urzędu pracy w ramach pożyczki na uruchomienie działalności gospodarczej, od dysponenta funduszy Unii Europejskiej lub z ośrodka pomocy społecznej w ramach pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie.

Newralgiczną kwestią funkcjonowania i organizacji rodzinnego domu pomocy jest konieczność, aby osoba kierująca placówką była w pełni dyspozycyjna dla wszystkich mieszkańców, i to niezależnie od pory dnia i nocy i przez cały rok. Mając pod opieką osiem osób o zróżnicowanym stanie zdrowia i sprawności nie może sama pozwolić sobie na niedyspozycyjność, zwolnienie lekarskie z tytułu choroby lub urlop. Tak naprawdę taka osoba jest ciągle w pracy, jej dzień do dnia wcale nie musi być podobny. Proces chorobowy u osób starszych może przebiegać burzliwie i gwałtownie, ale i przewlekle. Obciążenia związane z bezpośrednim fizycznym i psychicznym świadczeniem opieki w krótkim czasie mogą wywołać u opiekuna symptomy syndromu wypalenia zawodowego. Nie zredukuje tego nawet bardzo dobrze wynegocjowana pod względem finansowym umowa z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej na świadczenie usług opiekuńczych. Opiekun kiedyś musi odpocząć. Być może organizacja zastępstwa na czas nieobecności jest jakimś sposobem odzyskiwania sił i chęci do pracy, ale wiąże się to z dodatkowym zatrudnieniem osoby na tzw. zastępstwo w ramach własnych środków finansowych osoby prowadzącej placówkę.

Innym dostrzegalnym w codziennym życiu placówki utrudnieniem jest założenie ujęte w standardach, według których na nie więcej niż cztery osoby przypada do użytku jedna toaleta, a na nie więcej niż 5 osób jedna łazienka. W nierzadkich sytuacjach u mieszkańców mogą pojawić się problemy gastryczne. Jedna łazienka zostaje wyłączona na czas niedyspozycji, co utrudnia pozostałym osobom zaspokajanie swoich potrzeb fizjologicznych. Praktyka dnia codziennego wskazuje, iż w rodzinnych domach pomocy warunki powinny być zbliżone do pensjonatów, w których przy każdym pokoju znajduje się łazienka z pełnym węzłem sanitarno-higienicznym i dogodnym wyposażeniem dla osób niepełnosprawnych. Sami mieszkańcy tych placówek chętnie też zamieszkiwaliby w oddzielnych pokojach, które dawałby im namiastkę ich prywatnej przestrzeni.

Może zmienione przepisy prawne wprowadzą zapis, że w nowo wybudowanych rodzinnych domach pomocy uwzględni się komfort życia taki, jaki spotykamy w gospodarstwach agroturystycznych, pensjonatach i w niedrogich hotelach.

Literatura:

- Mirewska E., Szczerbińska K., Kijowska V., 2009, *Kształcenie ustawiczne osób zajmujących się opieką nad osobami starszymi w instytucjach pomocy społecznej (projekt ComPro)*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie”, t. 7, nr 1, s. 95–101.
- Mirewska E., Szczerbińska K., 2006, *Dostępność instytucji pomocy społecznej dla osób starszych w latach 1990–2004*, [w:] K. Szczerbińska (red.) *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce, Raport z badań*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 251–274.

- Szczerbińska K., Mirewska E., 2006, *Dostępność usług domów pomocy społecznej dla osób starszych*, [w:] K. Szczerbińska (red.) *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 274–291.
- Szczerbińska K., 2007, *Kompleksowa opieka geriatryczna i działania podejmowane przeciw wykluczeniu osób starszych przebywających w placówkach opiekuńczych na przykładzie Francji*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*, Wydawnictwo Śląskie, Katowice, s. 175–190.
- Szczerbińska K., 2006, *Systemowe działania w celu poprawy jakości opieki nad osobami starszymi – przykład InterRAI*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie”, t. 4, nr 1, s. 83–97.
- Szczerbińska K., Kijowska V., Mirewska E., 2009, *Ocena kompetencji osób wspomagających kształcenie w opiece nad ludźmi starszymi – prezentacja projektu Com-Pro*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie”, t. 7, nr 1, s. 85–94.
- W trosce o seniorów. Opieka stacjonarna nad osobami starszymi w województwie małopolskim. Poradnik*, M. Szlązak (red.), ROPS, Kraków 2007.
- Ustawa o zmianie ustawy o pomocy społecznej*. Tekst ujednoczony, Dz.U. Nr 81 z 14.05.2010, poz. 527.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 lipca 2005 roku w sprawie rodzinnych domów pomocy, Dz.U. Nr 153, z dnia 12 sierpnia 2005 r., poz. 1276.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, Dz.U. z 23.03.2005 Nr 61, poz. 543 z późn. zm.

Potrzeby ludzi starszych na podstawie badań przeprowadzonych wśród mieszkańców domu pomocy społecznej

Słowa kluczowe:

hierarchia potrzeb, opieka, potrzeba, starość

Key words:

hierarchy of needs, care, need, old age

Streszczenie:

Osoby w podeszłym wieku to ludzie mający specyficzne potrzeby związane z ich wiekiem i życiową sytuacją. Autorzy zajmujący się problematyką starości konstruują zróżnicowane katalogi potrzeb ludzi starych. Niniejsza praca prezentuje hierarchię potrzeb stworzoną przez samych seniorów. Za swoje najważniejsze potrzeby, ludzie starsi uznali mieszkanie i poczucie bezpieczeństwa. Najmniej istotne są potrzeby kulturalne.

Summary

Elderly people have specific needs due to their age and life situation. The authors who deal with the problems of old age have constructed diversified catalogs of old people's needs. This work presents the hierarchy of needs created by seniors themselves. Elderly people regard accommodation and a sense of security as their primary needs. Cultural needs are of the lowest importance for them.

Kontynent europejski u progu XXI wieku stanął w obliczu nowego zjawiska demograficznego, jakim jest starzenie się społeczeństw. Osoby w podeszłym wieku stanowią wciąż powiększającą się grupę społeczną. Prognozy demograficzne nie pozostawiają wątpliwości, że ludzie starsi będą odgrywać co-

raz ważniejszą rolę. Niesie to za sobą konieczność zrewidowania stosunku do osób starszych i ich problemów, pogłębienia refleksji nad miejscem seniorów w społeczeństwie. Sytuacja ta stanowi wyzwanie także dla rządów, samorządów i instytucji społecznych, by wyszły naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom charakterystycznym dla ludzi w podeszłym wieku, albowiem pierwszą cechą demokratycznego porządku prawnego jest założenie, że podstawowym odniesieniem prawa jest osoba ludzka, także wtedy, gdy wygasła już jej zawodowa aktywność (Drzyżdżyk, 2004). *Porządek prawny bierze pod ochronę życie, bezpieczeństwo, osobistą godność, zewnętrzną wolność i posiadanie* (Drzyżdżyk, 2003, s. 57).

Odmienne podejścia do tematyki potrzeb ludzkich, w tym także potrzeb osób starszych, prezentowane przez licznych autorów, świadczą o dość zróżnicowanym spojrzeniu na zagadnienie ludzkich potrzeb. Klasyczna koncepcja potrzeb Abrahama Masłowa nie tylko wyróżnia sześć rodzajów potrzeb, ale je hierarchizuje. Potrzeby, według Masłowa, są ściśle ze sobą powiązane, a najbardziej elementarnymi są potrzeby fizjologiczne. Ich zaspokojenie warunkuje zaistnienie kolejnych, „wyższych” potrzeb (Maslow, 1990). W krytycznej ocenie Włodzimierza Szewczuka, teoria Masłowa to pogląd fatalistyczny i, jak pisze Szewczuk: *Na szczęście dla godności ludzkiej ten statystycznie udokumentowany pogląd nie jest udokumentowany merytorycznie* (Szewczuk, 1966, s. 140).

Janusz Reykowski dokonuje bardzo ogólnego podziału potrzeb dzieląc je na dwa rodzaje: biologiczne i psychologiczne. Nie wdając się w wyliczanie jednych i drugich, po prostu stwierdza, że ich liczba „...jest niemożliwa do wyliczenia” (Reykowski, 1970, s. 94). Natomiast Stefan Garczyński (1972) prezentuje katalog dwunastu potrzeb, ale jednocześnie przeciwstawia się ich obiektywnemu wartościowaniu. Wobec różnych poglądów, twierdzi, że nie powinno się o żadnej potrzebie mówić w sposób arbitralny, jako o najważniejszej. Najważniejsza, bowiem to ta, którą akurat odczuwamy.

Odmienne kryterium podziału potrzeb przedstawił Kazimierz Obuchowski (2000). Potrzeby człowieka dzieli na dwie kategorie: potrzeby powszechne, czyli takie, które dotyczą wszystkich ludzi, bo bez ich zaspokojenia żaden człowiek nie mógłby egzystować, oraz potrzeby indywidualne, które mogą wystąpić u konkretnych osób i których zaspokojenie jest ważne dla człowieka w indywidualnych przypadkach.

Maria Przetacznik-Gierowska i Grażyna Makiełło-Jarża (1989) dzielą potrzeby na trzy rodzaje: pierwotne (biologiczne), wtórne (psychiczne) i potrzeby bezpieczeństwa, które umiejscawiają się na pograniczu potrzeb pierwotnych i wtórnych.

Bardzo szeroki katalog potrzeb ludzi w podeszłym wieku przedstawiła Zofia Szarota (1998). Autorka rozróżnia trzy generalne poziomy potrzeb: potrzeby bytu (pokarmowe, regeneracji sił, mieszkaniowe, odzieżowe, lokomocyjne, bezpieczeństwa i zdrowotne), potrzeby społeczne (swobody i autonomii, przy-

należności i integracji, mocy), oraz potrzeby indywidualnego rozwoju (kulturalne, wiedzy, ludyczne, rekreacyjne, religijne). Tak skonstruowany katalog wydaje się w pełni obrazować złożoną specyfikę potrzeb seniorów i jest, jak sądzę, najciekawszą próbą systematyzacji potrzeb siwiejącego pokolenia.

Propozycje poszczególnych badaczy, dotyczące katalogu potrzeb osób w podeszłym wieku, są dość odmienne. Różne są też kryteria konstruowania takich katalogów. Dlatego postanowiono oddać głos samym seniorom – mieszkańcom domu pomocy społecznej, dając właśnie im możliwość stworzenia hierarchii potrzeb ludzi starszych.

Metodologia badań własnych

Przedmiotem badań były opinie osób starszych na temat ich potrzeb. Za cel główny uznano zdobycie wiedzy na temat, jakie potrzeby są najważniejsze dla osób starszych, a jakie mniej istotne w opinii ich samych oraz stworzenie hierarchii potrzeb przez mieszkańców domu pomocy społecznej. Chodziło także o stwierdzenie czy istnieją różnice w określaniu potrzeb przy zmiennej zależności, jaką jest płeć osób starszych.

W związku z tym sformułowano trzy założenia badawcze:

- 1) za najważniejsze potrzeby ludzie starsi uważają bezpieczeństwo, potrzeby mieszkaniowe oraz opiekę zdrowotną,
- 2) najmniej ważna jest potrzeba poczucia bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych,
- 3) płeć różnicuje poziom potrzeb, ale nie są to różnice istotne.

W badaniach, jako metodą, czyli sposobem postępowania naukowego mającego na celu rozwiązanie sformułowanego problemu (Łobocki, 2000), posłużono się wywiadem, który został podzielony na dwie części. W pierwszej zawarte zostały pytania odnoszące się do potrzeb mieszkańców placówki. W drugiej części umieszczono katalog dziesięciu podstawowych potrzeb, które respondenci mieli uporządkować według kolejności od, ich zdaniem, najważniejszej do najmniej istotnej. Posłużono się także jakościową analizą dokumentów.

Badania nad potrzebami osób starszych zostały przeprowadzone w Krakowie na terenie jednego z funkcjonujących tu domów pomocy społecznej. W celu wyłonienia grupy badawczej zastosowano dobór celowy respondentów, kryteriami doboru była aktualna sprawność mieszkańców i zdolność do nawiązania interakcji, a także wiek: co najmniej 65 lat. Przebadano grupę składającą się z 50 osób: 28 kobiet i 22 mężczyzn. Wiek respondentów wahał się od 65 do 96 lat. Średnia wieku wyniosła 75,8 lat.

Przeprowadzając badania należało zwrócić uwagę na możliwość zniekształcenia wyniku badań przez samych ankietowanych, którzy mogliby podawać stosunkowo częste pozytywne oceny, a niezgodne z ich rzeczywistymi opinia-

mi. Może to wynikać z braku pewności, co do zachowania pełnej anonimowości, z obawy, iż krytyczna ocena może zaszkodzić samemu ankietowanemu albo komuś z personelu, a wreszcie z poczucia wdzięczności za sprawowaną opiekę nawet, jeśli nie jest ona w pełni zadowalająca. Aby zniwelować ewentualne zafałszowania w badaniach w trakcie przeprowadzania wywiadu, podkreślano dobrowolny udział w badaniu, zagwarantowano pełną anonimowość, poinformowano o tym, że zbierane są uwagi pozytywne i negatywne. Po uzyskaniu tych wstępnych wyjaśnień i po wyrażeniu zgody na udział w badaniu, każdy z respondentów, w warunkach zapewniających prywatność, odpowiadał na pytania.

Mieszkańcy domu pomocy o jakości zaspokajania ich potrzeb

Jedną z istotnych informacji dotyczącą członków badanej grupy była przyczyna umieszczenia w domu pomocy społecznej oraz czy decyzja o zamieszkaniu w placówce została podjęta dobrowolnie. Wśród badanej grupy trzy osoby zostały umieszczone bez ich formalnej zgody – na podstawie orzeczenia sądowego. Pozostali wyrazili pisemną zgodę na pobyt w domu pomocy społecznej. Oczywiście zgoda ta zazwyczaj była w pewnym sensie wymuszona ich życiową sytuacją. Gdyby nie pewne deficyty, które zadecydowały o konieczności korzystania z usług placówki, prawdopodobnie nigdy by tutaj nie zamieszkali (informacje te zostały uzyskane za pomocą analizy dokumentów).

Wśród przyczyn zamieszkania w domu pomocy społecznej zdecydowana większość, bo dwudziestu ośmiu respondentów, podała chorobę, jednastu – problemy mieszkaniowe (zbyt wysoki czynsz, złe warunki lokalowe), sześciu mieszkańców wskazało brak opieki, której potrzebowali ze względu na zaawansowany wiek, trzech seniorów jako przyczynę zamieszkania podało konflikty rodzinne. Jest także jedna para małżeńska, która zdecydowała się na zamieszkanie w domu pomocy społecznej ze względu na chorobę jednego z małżonków.

Jeśli chodzi o sytuację rodzinną, okazało się, że dziesięć osób nie ma żadnej rodziny. Wśród pozostałych czterdziestu respondentów czternaścioro ma dzieci i wnuki, tyle samo ma rodzeństwo, jedenaścioro ma tylko dalszą rodzinę (siostrzenica, kuzyn, bratanek), jeden mieszkaniec ma żonę.

Spośród badanej grupy dwadzieścia dwie osoby nie utrzymują żadnych kontaktów z bliskimi (w tym także dziesięć osób, które rodziny nie mają). Czyli aż dwanaście osób posiadających rodzinę nie ma z nią żadnego kontaktu. Wśród dwudziestu ośmiu osób utrzymujących kontakty z rodziną, najbardziej popularną formą tych kontaktów są odwiedziny w placówce (dwadzieścia pięć

osób), poza domem pomocy społecznej z rodziną spotykają się dwie osoby, trzy kontaktują się telefonicznie, a jedna respondentka robi to za pomocą korespondencji.

Najwięcej mieszkańców odwiedzanych jest raz w miesiącu (siedmiu badanych), następnie kilka razy w roku (sześć osób), dwa – trzy razy w tygodniu (czterech seniorów), raz w tygodniu (trzy osoby), dwa – trzy razy w miesiącu (trzech respondentów), a dwie osoby są odwiedzane codziennie.

Poza rodzinami, domownicy kontaktują się także ze znajomymi i przyjaciółmi; jedynie osiemnastu respondentów utrzymuje takie kontakty. Najczęściej są to odwiedziny w placówce (dwanaście osób), spotkania poza domem pomocy społecznej (pięciu badanych), kontakt telefoniczny (jedna osoba) i korespondencja (również jeden badany). Najwięcej respondentów (pięć osób) spotykało się ze znajomymi raz w miesiącu, cztery osoby: kilka razy w roku, trzy osoby: dwa – trzy razy w miesiącu. Po jednym respondencie wskazało, iż kontakt ma raz w roku lub codziennie.

Oceniając jakość wyżywienia oferowanego w domu pomocy społecznej zdecydowana większość respondentów (czterdzieści pięć osób) wyraziła zadowolenie z posiłków. Jedynie pięć osób ocenia jakość posiłków w placówce negatywnie. Proponowane zmiany (wyrażone przez cztery osoby) to większe porcje, a także smaczniejsze i częstsze posiłki¹.

Seniorzy mieszkają w pokojach trzyosobowych (dwadzieścia osób), dwuosobowych (dwudziestu siedmiu badanych) i pokojach jednoosobowych (trzy osoby). Spośród badanych trzydzieści jeden osób twierdzi, że lubi swój pokój, dziewiętnaście „nie przepada za pokojem”, w którym przyszło im spędzać starość. Co prawda, każdy z respondentów ma swój własny kąt w pokoju, ale jest nim zazwyczaj jedynie łóżko i stojąca obok szafka. Mimo tego, aż dwudziestu ośmiu badanych uważa, że dysponuje wystarczającą dla siebie przestrzenią. W badanej grupie trzydzieści jeden osób zadeklarowało, iż nie mają w pokoju żadnych swoich prywatnych sprzętów. Natomiast dziewiętnastu respondentów ma swoje rzeczy: radia, telewizory (piętnaście osób), czajniki, żelazka (sześć osób), własne meble ma jedna osoba.

Badając potrzebę poczucia bezpieczeństwa zapytano respondentów o to, czy czują się bezpiecznie w placówce, czy nic im nie zagraża a także o to, czy mają zaufanie do personelu. Zdecydowana większość (czterdziestu pięciu badanych) potwierdziła, że w placówce czuje się bezpiecznie, jedynie pięć osób sygnalizuje poczucie zagrożenia. Spośród przebadanych mieszkańców aż czterdzieści cztery osoby darzą personel zaufaniem, jedynie sześciu badanych takiego zaufania nie ma. Ci, którzy ufają pracownikom, wyróżniają spośród nich kilka konkretnych osób, które cieszą się ich szczególnym zaufaniem. Powodem tego wyróż-

¹ Trzeba zaznaczyć, że w placówce serwowane są cztery posiłki dziennie, a jeśli są wskazania lekarskie, wówczas podawanych jest nawet sześć posiłków.

nienia są: „grzeczność” pracownika, „chęć rozmowy”, „żartowanie”. Istotne jest też przekonanie seniora, że jest lubiany przez taką osobę. Charakterystyczne jest to, iż powodem zaufania do personelu nie jest jego sprawność „techniczna”, poziom wiedzy, fachowość, czyli tzw. „kompetencje twarde”, ale sposób odniesienia się do podopiecznych, empatia, umiejętność i wola poświęcenia czasu nie tylko na profesjonalną obsługę, ale także na rozmowę i uśmiechnięcie się do nich, co należy do sfery tzw. „usług miękkich”, niezmiernie ważnych w domu pomocy społecznej.

Pobyt w domu pomocy społecznej to nie tylko dach nad głową i posiłki. Ważne są także relacje z innymi mieszkańcami. Spośród badanej grupy trzydzieści cztery osoby zadeklarowały, iż przyjaźnią się z innymi domownikami, piętnaście osób nie weszło w relacje przyjacielskie, jedna osoba nie wiedziała, czy ma przyjaciół wśród współmieszkańców. Dość duża liczba „zaprzyjaźnionych” znamionuje, iż życie w warunkach instytucji nie jest jałowe, może obfitować w przyjaźnie i ubarwiać codzienną, zrutynizowaną egzystencję domowników placówki opiekuńczej.

W związku z ową codzienną egzystencją seniora w domu pomocy społecznej zapytano respondentów o sposoby spędzania wolnego czasu. Okazało się, że najczęstszą formą spędzania wolnego czasu jest oglądanie telewizji (osiemnastu respondentów), ale obok tej biernej formy mieszkańcy lubią także formy czynne: spacer (trzydzieści osób) i rehabilitację (również trzydzieści osób). Okazuje się, że rehabilitacja lecznicza zalecana przez lekarza, odbywająca się w gabinecie rehabilitacji na terenie placówki, jest traktowana przez domowników jako forma spędzania czasu wolnego! Rodzi się wątpliwość: czy to przejaw nudy i apatii siwiejącego pokolenia w warunkach domu pomocy społecznej, czy też sporych pokładów energii, każącej zabieg leczniczy traktować jako rozrywkę. Obawiać się należy, że niestety przyczyną jest nuda połączona z wcześniejszym stylem życia, który nie wykształcił umiejętności aktywnego spędzania czasu wolnego.

Inne formy spędzania czasu to rozmowa (trzydzieści osób), przesiadywanie w pokoju (dziewięciu badanych), uczestnictwo w terapii zajęciowej (dziewięciu seniorów), leżenie w łóżku (czterech respondentów), szydełkowanie (trzy osoby), indywidualna modlitwa (trzech badanych), spacer po korytarzu (dwóch respondentów), gry towarzyskie (dwie osoby), rozwiązywanie krzyżówek (dwóch seniorów), a także słuchanie radia, uczestnictwo w nabożeństwach, robienie porządków i gra na instrumencie muzycznym – po jednej osobie.

Oprócz indywidualnego zagospodarowania czasu, w placówce można uczestniczyć we wspólnych zajęciach organizowanych przez personel. Jednak większość z badanych (trzydzieści jeden osób) nie bierze udziału w takich imprezach. Respondenci w większości nie podawali przyczyn, z powodu których nie korzystają z oferty kulturalnej placówki. Jedynie pięć osób określiło (niestety bardzo ogólnikowo) te powody: dwie z nich po prostu nie lubią uczestniczyć

w takich imprezach, dwóch seniorów nie chce, a jeden nie może z powodu złego zdrowia (nie opuszcza łóżka). Wydaje się, że przyczyn niedoceniaania imprez kulturalnych należy upatrywać nie w obecnej sytuacji mieszkańców, ale w ich percepcji kultury zanim trafili do placówki.

Pozostali respondenci – dziewiętnaście osób – zadeklarowali udział w imprezach o charakterze kulturalnym: dwunastu z nich bierze w nich udział za każdym razem, gdy tylko są organizowane na terenie domu a siedmiu badanych rzadko, okazjonalnie. Spośród przebadanych sześć osób uczestniczy w imprezach organizowanych poza placówką: trzy osoby chętnie wyjeżdżają na nabożeństwa do bazyliki cystersów w Mogile lub sanktuarium w krakowskich Łagiewnikach (np. z okazji dnia chorego), pozostałe trzy biorą udział w występach domowego zespołu muzycznego organizowanych poza placówką.

W odniesieniu do potrzeb zdrowotnych, postawiono pytanie o zapewnienie opieki medycznej w razie choroby. Zdecydowana większość (czterdziestu pięciu respondentów) jest przekonana, że w razie choroby będzie miała zapewnioną opiekę medyczną. Jedynie pięć osób uważa, że nie uzyska takiej opieki².

Badając potrzebę uznania i godności osobistej zapytano respondentów, czy ich zdaniem są lubiani przez mieszkańców placówki i przez personel. Większość badanych (trzydzieści pięć osób) uważa, że są lubiani przez współmieszkańców, czterech twierdzi, iż tak nie jest, a jedenaście osób tego nie wie. W odniesieniu do personelu uzyskano bardzo podobne wyniki: trzydziestu trzech respondentów sądzi, że jest lubianych przez pracowników, jedynie pięć osób jest innego zdania, a dwunastu seniorów nie ma w tym zakresie rozważań. Te wyniki wskazują, że mieszkańcy domu pomocy społecznej stosunkowo dobrze czują się w placówce, skoro większość z nich jest przekonana o sympatii zarówno ze strony współmieszkańców jak i personelu. W świetle tych wyników relacje pomiędzy mieszkańcami i pomiędzy personelem a mieszkańcami należy uznać za dobre.

Jednocześnie seniorzy deklarują, iż nie czują się nikomu potrzebni (dwudziestu ośmiu respondentów), nikt od nich niczego nie oczekuje. Nikt nie liczy na ich pomoc lub choćby radę. Jest tak, ich zdaniem, ponieważ są starzy, chorzy, nie mają więc nikomu nic wartościowego do zaproponowania. Jak skarżył się jeden z badanych, poruszający się na wózku inwalidzkim: *nikt mnie tu nie potrzebuje, bo nie mam nóg, nie mam wykształcenia*. Jedynie dwadzieścia osób stwierdziło, iż czują się potrzebne. Tak sądzą, ponieważ mogą innym służyć wsparciem i rozmową: *ktoś może ze mną porozmawiać, opiekują się innymi*. Te drobne gesty, poświęcenie innym czasu, niewielka pomoc sąsiedzka sprawiają, że starsi też mogą poczuć się potrzebnymi, użytecznymi i odczuwać z tego po-

² Pamiętajmy, że zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004, domy pomocy społecznej nie świadczą usług medycznych, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 64 z 2004 roku, poz. 593, art. 58, p. 2).

wodu satysfakcję. Spośród mieszkańców dwie osoby nie potrafiły określić, czy czują się potrzebne.

Jeśli chodzi o życie religijne, niemal wszyscy (czterdziestu ośmiu respondentów) uznali siebie za ludzi wierzących. Spośród tej grupy czterdziestu sześciu seniorów (katolików) stwierdziło, że w warunkach domu pomocy społecznej mają możliwość podejmowania praktyk religijnych bez żadnych przeszkód: na miejscu jest kaplica, w której niemal codziennie odprawiane są nabożeństwa. Mogą także indywidualnie modlić się w swoich pokojach, nikt im w tym nie przeszkadza. Osoby sprawne mogą także chodzić do kościoła poza placówką. Osoby leżące, „przykute” do łóżek po każdym nabożeństwie odwiedzane są przez kapłana i mają możliwość przyjęcia sakramentów (komunia św., spowiedź, namaszczenie chorych).

Dwie wierzące osoby stwierdziły, iż nie mają możliwości podejmowania praktyk religijnych. Pierwsza z nich jest baptystką i w związku z tym uważa, że nie ma swobodnego dostępu do duchownego i praktyk tego wyznania. Druga badana, za przyczynę niemożności podejmowania praktyk religijnych podała kapelana, który jej „nie odpowiada”, a ze względu na ograniczone możliwości poruszania się, nie może korzystać z praktyk religijnych poza placówką.

Respondentów poproszono także o zaproponowanie zmian w ośrodku, które chcieliby wprowadzić. Niemal połowa badanych (dwadzieścia cztery osoby) uważa, że nie ma potrzeby wprowadzania żadnych zmian. Pozostali pensjonariusze zgłosili szereg postulatów, z których większość dotyczyła warunków mieszkaniowych. Jedenastu respondentów chciałoby mieć lepsze łazienki, cztery osoby chcą mieszkać w pokojach jednoosobowych. Również czterech badanych życzy sobie lepszej – większej i bezawaryjnej windy, trzech seniorów chce, aby pokoje były większe, jedna osoba uważa, że domowa palarnia powinna być większa³.

Oprócz postulatów dotyczących spraw architektonicznych, respondenci wyrażali życzenia dotyczące personelu: trzy osoby chciałyby innego kapelana, jedna osoba domaga się większej kultury personelu, również jedna osoba postuluje „zmianę organizację pracy pracowników”, ale nie wyjaśnia, co konkretnie miałyby ona oznaczać. Zgłaszane były także propozycje (trzy osoby) dotyczące wprowadzenia większej dyscypliny w domu pomocy społecznej. Dyscyplina ta powinna być zwiększona w kwestiach zakazu spożywania alkoholu na terenie placówki przez mieszkańców, egzekwowania zakazu palenia papierosów w pokojach oraz kłótni i awantur pomiędzy pensjonariuszami. Z drugiej strony, pojawiły się postulaty (cztery osoby), aby mieszkańcy mogli korzystać z większej swobody. Jak widać, największą troską mieszkańców są warunki architektoniczne otoczenia, w jakim spędzają swoją starość. Jest to na pewno

³ Ze względów bezpieczeństwa w domu pomocy społecznej nie wolno palić papierosów w swoich pokojach, lecz w przeznaczony do tego palarni.

skutkiem faktu, iż w chwili obecnej budynek nie spełnia architektonicznych standardów i w związku z tym planowany jest kompleksowy remont. Należy podkreślić, że stosunkowo mało jest uwag odnoszących się do pracy personelu, co może świadczyć o jego dobrej pracy.

Hierarcha potrzeb ludzi starszych według samych seniorów

Przystępując do określenia autohierarchii potrzeb pensjonariuszy, poproszono badanych mieszkańców o samodzielne utworzenie listy najważniejszych dla nich potrzeb – w oparciu o dostarczoną listę dziesięciu wybranych potrzeb. Za umieszczenie danej potrzeby na pierwszym miejscu przyznawano dziesięć punktów, za miejsce drugie – dziewięć punktów, aż do pozycji ostatniej, za którą przydzielano jeden punkt. Po zsumowaniu wszystkich odpowiedzi otrzymano wynik, który przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Hierarchia potrzeb mieszkańców domu pomocy społecznej

Ranga	Potrzeba	Punktacja
1	Dach nad głową, mieszkanie	445
2	Poczucie bezpieczeństwa	379
3	Zapewnienie wyżywienia	347
4	Poczucie osobistej godności, uznanie okazywane przez innych	331
5	Opieka zdrowotna	324
6	Praktyki religijne	201
7	Dobre relacje z rodziną	195
8	Przyjaźń, kontakt z innymi	187
9	Poczucie bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych	186
10	Uczestnictwo w życiu kulturalnym	151

Analiza danych przedstawionych w tabeli pozwala stwierdzić, iż zarysowuje się pewna prawidłowość: pierwsze trzy potrzeby to, według klasyfikacji Z. Szaroty (1998), potrzeby bytu. Dopiero po nich sygnalizowane są potrzeby wtórne – psychiczne (według systematyki Przetacznik-Gierowskiej i Makiełło-Jarży, 1989). Może to potwierdzać przekonanie Masłowa (1990), o dominującej roli potrzeb niższych – fizjologicznych.

Zdecydowanie za najważniejszą potrzebę respondenci uznali dach nad głową. Schronienie, miejsce, w którym można mieszkać, jest dla nich najważniejsze. Na drugim miejscu uplasowane zostało bezpieczeństwo. Trzecie miejsce przyznano potrzebom pokarmowym. Warto zauważyć, że o ile w przypadku potrzeby mieszkaniowej, na pierwszym miejscu postawiło ją dwadzieścia jeden osób badanych, to w przypadku potrzeby bezpieczeństwa, jako pierwszą

wymieniło ją jedynie pięciu respondentów, a potrzeby pokarmowej nikt z badanych nie wymienił jako najważniejszej. Zaznacza się tu wyraźna dominacja potrzeby mieszkaniowej i duży podział między tą potrzebą a sygnalizowanymi po niej potrzebami: bezpieczeństwa i pokarmową.

Po zaspokojeniu podstawowych potrzeb zapewniających funkcjonowanie organizmu, pojawia się, na czwartym miejscu, potrzeba poczucia osobistej godności. Na kolejnym miejscu mieszkańcy usytuowali potrzeby zdrowotne. W dalszej kolejności znalazły się potrzeby religijne. Następnie seniorzy cenią sobie potrzeby bycia w relacji z innymi ludźmi, przyjaźnienia się i poczucie bycia potrzebnym i użytecznym. Obie te potrzeby uzyskały niemal identyczną liczbę punktów. Natomiast najmniejsze znaczenie dla osób starszych ma potrzeba uczestnictwa w życiu kulturalnym (aż dziewięć osób umieściło tę potrzebę na ostatniej pozycji).

Oprócz stworzenia hierarchii potrzeb całej badanej populacji, skoncentrowano się na utworzeniu oddzielnych hierarchii potrzeb kobiet i mężczyzn przebywających w domu pomocy społecznej, aby następnie je ze sobą porównać i zbadać czy oraz na ile, potrzeby mężczyzn i kobiet – pensjonariuszy całodobowej placówki opiekuńczej – różnią się między sobą. Hierarchia potrzeb skonstruowana przez kobiety (dwadzieścia osiem pań) mieszkające w domu pomocy społecznej została zaprezentowana w tabeli 2.

Tabela 2. Hierarchia potrzeb kobiet – mieszkanek Domu Pomocy Społecznej

Ranga	Potrzeba	Punktacja
1	Dach nad głową, mieszkanie	254
2	Poczucie bezpieczeństwa	223
3	Zapewnienie wyżywienia	186
4	Opieka zdrowotna	186
5	Poczucie osobistej godności, uznanie okazywane przez innych	177
6	Dobre relacje z rodziną	120
7	Przyjaźń, kontakt z innymi	110
8	Praktyki religijne	107
9	Poczucie bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych	96
10	Uczestnictwo w życiu kulturalnym	77

Podobnie jak w przypadku ogółu badanych mieszkańców domu pomocy społecznej, kobiety podkreślają rolę potrzeby mieszkaniowej. Własny dach nad głową, własny kąt jest, w połączeniu z poczuciem bezpieczeństwa, traktowany przez nie priorytetowo. Podobnie jak wszyscy respondenci, także i panie najmniejszą wagę przywiązują do uczestnictwa w życiu kulturalnym. O ile wszyscy badani potrzebę praktyk religijnych umiejscowili na szóstej pozycji, to kobiety, wbrew oczekiwaniom, potrzebę tę umieściły na niższej – ósmej pozycji.

Jak widać, pozycje trzecia i czwarta uzyskały identyczną liczbę punktów. Należy jednak zwrócić uwagę, że potrzebę zapewnienia wyżywienia usytuowało na drugim miejscu pięciu respondentów, a opiekę zdrowotną – ośmiu badanych (nikt nie umieścił żadnej z tych potrzeb na pierwszej pozycji).

Podobnie komponuje się hierarchia potrzeb mężczyzn – mieszkańców domu pomocy społecznej. Do jej utworzenia posłużono się wynikami badań uzyskanymi od dwudziestu dwóch respondentów. Wyniki te zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. Hierarchia potrzeb mężczyzn – mieszkańców domu pomocy społecznej

Ranga	Potrzeba	Punktacja
1	Dach nad głową, mieszkanie	191
2	Zapewnienie wyżywienia	161
3	Poczucie bezpieczeństwa	156
4	Poczucie osobistej godności, uznanie okazywane przez innych	154
5	Opieka zdrowotna	138
6	Praktyki religijne	94
7	Poczucie bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych	90
8	Przyjaźń, kontakty z innymi	77
9	Dobre relacje z rodziną	75
10	Uczestnictwo w życiu kulturalnym	74

Analiza porównawcza danych tabel 2 i 3 wskazuje na bardzo dużą jednorodność potrzeb kobiet i mężczyzn. Obie grupy za najważniejszą potrzebę uznają potrzebę mieszkaniową. W dalszej kolejności sytuowane są potrzeby bezpieczeństwa i pokarmowe (zamiennie dla obu płci). Podobnie niewielkie różnice występują w potrzebach zdrowotnych i poczucia osobistej godności. Wśród potrzeb, które znalazły się w drugiej połowie tabeli, różnice są nieco większe. Panie, bardziej niż panowie, cenią stałe relacje z rodziną, natomiast mężczyźni bardziej doceniają potrzebę bycia potrzebnym i użytecznym.

Podstawowym zadaniem domu pomocy społecznej dla osób starszych jest zaspokojenie ludzkich potrzeb, które pojawiają się w okresie jesieni życia. Problem badawczy niniejszej pracy dotyczył określenia najważniejszych potrzeb osób starszych i stworzenia hierarchii potrzeb skonstruowanej nie przez teoretyków gerontologii, lecz przez samych seniorów.

Analiza wyników przeprowadzonych badań pozwoliła na zweryfikowanie postawionych założeń. Pierwsze założenie zostało częściowo potwierdzone – za swoje najważniejsze potrzeby seniorzy uznali potrzeby bytu, wśród których Zofia Szarota (1998) wymienia: potrzeby pokarmowe, regenerację sił, potrzeby mieszkaniowe, odzieżowe, lokomocyjne, bezpieczeństwa oraz potrzeby

zdrowotne. Jednak najistotniejszą potrzebą, zdecydowanie wyróżniającą się wśród innych, jest potrzeba mieszkaniowa, a nie jak założono, potrzeba bezpieczeństwa. Trzy najważniejsze potrzeby to zapewnienie mieszkania, na drugim miejscu bezpieczeństwo, oraz – na pozycji trzeciej – zapewnienie wyżywienia. Opieka zdrowotna nie została umieszczona pośród trzech najważniejszych potrzeb. Wskazanie właśnie takich najważniejszych potrzeb potwierdza przekonanie Abrahama Masłowa (1990) o dominacji potrzeb fizjologicznych.

Na dalszych miejscach znalazły się takie potrzeby jak: poczucie godności, praktyk religijnych, relacji z rodziną, przyjaźni, potrzeba bycia potrzebnym i użytecznym, wreszcie potrzeba uczestnictwa w życiu kulturalnym.

Drugie założenie również zostało częściowo potwierdzone. Potrzeba bycia potrzebnym i użytecznym dla innych nie jest najmniej ważna dla seniorów, chociaż potrzebę tę respondenci umieścili dopiero na przedostatnim miejscu w hierarchii potrzeb osób starszych. Ostatnie miejsce badani przyznali potrzebie uczestnictwa w życiu kulturalnym. Niewielkie znaczenie tej potrzeby wynika z uprzedniego stylu życia, jakie wiedli mieszkańcy placówki, zanim do niej trafili. Jeżeli w ciągu całego życia nie wypracowali nawyku uczestnictwa w imprezach kulturalnych, a jedyne formy aktywności zbliżone do sfery kultury, w jakich dotychczas uczestniczyli, to wesela, potańcówki w remizie i sporadyczne wizyty w kinie w latach młodości, to nie można oczekiwać, że na starość, pomimo większej ilości czasu wolnego, styl życia ulegnie zmianie.

Trzecie założenie zostało całkowicie potwierdzone. Nie ma istotnych różnic pomiędzy potrzebami mężczyzn i kobiet. W obu grupach dominują potrzeby podstawowe, a najważniejszą potrzebą jest potrzeba mieszkaniowa.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Za swoje najważniejsze potrzeby osoby starsze uznają potrzeby fizjologiczne i poczucia bezpieczeństwa.
2. Za najmniej istotne uważane są potrzeby poczucia bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych oraz potrzeba uczestnictwa w życiu kulturalnym.
3. Kobiety i mężczyźni zasadniczo nie różnią się pod względem odczuwania potrzeb.
4. Stosunkowo nisko mieszkańcy domu pomocy społecznej odczuwają potrzebę dobrych relacji z rodziną. Być może spowodowane to jest konfliktami i nieporozumieniami rodzinnymi, lub żalem i rozgoryczeniem z powodu braku miejsca w gronie rodziny.
5. Potrzeby zdrowotne nie mają, wbrew oczekiwaniom, tak dużego znaczenia w opinii seniorów.

Dom pomocy społecznej to placówka, która ma zaspokajać wszystkie potrzeby osób w niej mieszkających. Jednak z owych „wszystkich”, należy zwrócić szczególną uwagę na te potrzeby, które sami seniorzy uważają za najważniej-

sze: dobre warunki mieszkalne, dobre wyżywienie i poczucie bezpieczeństwa. Postulat zwrócenia uwagi właśnie na te potrzeby współgra z założeniami standaryzacji domów pomocy społecznej, które między innymi dotyczą poprawy warunków mieszkaniowych (odpowiednia powierzchnia pokoju mieszkalnego, ograniczona ilość osób w pokoju, zwiększona liczba węzłów sanitarnych, zniesienie barier architektonicznych, itp.) oraz jakości wyżywienia (możliwość wyboru rodzaju dań obiadowych, wydłużony czas ich podawania, stały dostęp do napojów i pieczywa, itp.).

Z drugiej strony, z powodu małego zainteresowania uczestnictwem w życiu kulturalnym, należy przeanalizować sposób i sens aktywizacji ludzi starszych poprzez uczestnictwo w kulturze, zwłaszcza w kontekście indywidualnych planów wsparcia mieszkańca. W planach tych często zakłada się aktywizowanie seniora poprzez kulturę nie bacząc na rzeczywiste potrzeby i zainteresowania samego człowieka starego.

„Dom pomocy społecznej”: w nazwie tej pojawia się najistotniejsze, kluczowe słowo dla tej placówki – „dom”. To nie jest tylko instytucja z wysoką, bądź niską jakością usług, to nie tylko personel – bardziej lub mniej kompetentny. To po prostu dom, w którym każdy powinien mieć swoje miejsce, swój kąt. Dom, w którym każda potrzeba znajduje swoje zaspokojenie. To dom, z którego mieszkańcami każdy powinien się liczyć i traktować ich tak jak równorzędnych partnerów. Taki też kierunek winien być obrany przez tych, którzy mają wpływ na kształt domu pomocy społecznej, w poszukiwaniu ideału.

Literatura:

- Drzyżdżyk Sz., 2003, *Etyczne podstawy demokracji*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków.
- Drzyżdżyk Sz., 2004, *Znaczenie prawa w państwie demokratycznym*, [w:] P. Majer, A. Wójcik (red.), *Lex Tua In Corde Meo*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków s. 207–228.
- Garczyński S, 1972, *Potrzeby psychiczne. Niedosyt, zaspokojenie*, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Łobocki. M., 2000, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków.
- Maslow A. H., 1990, *Motywacja i osobowość*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Obuchowski K., 2000, *Galaktyka potrzeb*, Wydawnictwo Zysk i Ska, Poznań
- Przetacznik-Gierowska M., Makiełło-Jarża G., 1989, *Podstawy psychologii ogólnej*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Reykowski J., 1970, *Z zagadnień psychologii motywacji*, PZWS, Warszawa.
- Szewczuk W., 1966, *Psychologia*, t. II, PZWS, Warszawa
- Szarota Z., 1998, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004, Dz.U. nr 64. poz. 593.

Komunikacja z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych zdaniem mieszkańców i pracowników Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku

Słowa kluczowe:

starość, problemy, potrzeby, komunikacja, dom pomocy społecznej

Key words:

old age, aging, elderly, communication, nursing homes

Streszczenie:

Nasilenie zjawiska starzenia się społeczeństw skłania nas do pochylenia się nad problemami ludzi starych i nad samą starością. Postępujące zmiany gospodarcze i zmiany w rodzinach powodują, że wielu ludzi ostatnie lata życia spędza samotnie, a w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia podejmuje decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

Powszechnie wiadomo, że każdy człowiek ma swoje potrzeby, które uczy się rozpoznawać i zaspokajać. Podobnie jest w starości. Zmianie ulegają tylko ich ważność i intensywność. Osoby w podeszłym wieku szczególnie mocno odczuwają samotność i osamotnienie. Dlatego tak ważnym zagadnieniem w kontaktach z osobami starszymi jest komunikowanie się – jedna z podstawowych codziennych aktywności człowieka. Okazuje się jednak, że nawet w obszarze komunikacji, przebywanie w jakimś układzie społecznym może wywoływać problemy. Dom pomocy społecznej jest szczególną instytucją, jest to świat osób starszych, wyrwanych z naturalnych środowisk, uzależnionych od pomocy drugich. I między innymi to, czy ci ludzie znajdą tu swoje miejsce i należy im szacunek, zależy od relacji interpersonalnych. Dla pracownika komunikowanie się jest podstawą dobrego wypełniania obowiązków wobec osoby starszej. W przypadku mieszkańca właściwe

komunikowanie się zapobiega izolacji, poczuciu poniżenia i degradacji. Tylko właściwy sposób nadawania i odbierania komunikatów może być podstawą prawidłowych relacji opiekuńczo-terapeutycznych.

Summary:

The ever-increasing aging of societies creates a need to focus on the problems of the elderly. Progressive changes in the economy and family structure result in many individuals spending the later years of their lives alone and, once their health conditions worsen, deciding to move into a nursing home.

The basic needs of human beings, which every individual learns to recognize and fulfill, remain similar throughout the lifespan. The elderly are particularly susceptible to loneliness and a feeling of isolation. Hence communication is such an important aspect of contacts with older people – it is a basic need and a quotidian human activity. It appears, however, that communication is not an automatic outcome of participation in a given society and can be problematic.

A nursing home is a specific institution; it is a world of elderly, who are removed from their customary environments and dependent on others. Whether these people find their place and respect they deserve, depends on interpersonal relationships. For careworkers communication is the basis of the satisfactory execution of duties towards the elderly. In case of nursing-home inhabitants, suitable communication prevents the feeling of isolation, degradation and humiliation. An appropriate way of sending and receiving messages is vital for correct care and therapeutic relations.

O tym, że starość jest kolejnym i nieuniknionym etapem życia, przed którym nie da się uciec, wie każdy z nas. Nasilenie zjawiska starzenia się społeczeństw skłania do pochylenia się nad problemami ludzi starych i nad samą starością. Coraz częściej zadajemy sobie pytanie, jaki los czeka w przyszłości osoby starsze (w tym nas samych)? Co możemy zrobić, aby ludzie młodzi i dorośli zaczęli dostrzegać, że długie życie jest wartościowe? Jak budować kontakty międzypokoleniowe? Świat osób starszych zaczyna być dostrzegany jako ten, który za parę lat będzie odgrywał ważną rolę, dyktował warunki podaży i popytu na rynku towarów i usług, skupiał na sobie uwagę polityków.

Starzenie się jest sztuką. Wymaga od człowieka zmiany stosunku do własnego organizmu, zrozumienia praw, jakie nim rządzą i dostosowania się do nich. W społeczeństwie na nowo zaczyna pojawiać się świadomość w odniesieniu

do tego, czego człowiek w wieku podeszłym może lub powinien oczekiwać. Jak wspomina Wolfgang Kleespies (Riemann, Kleespies, 2006, s. 9) już w starożytności wskazywano różnicę pomiędzy *seniūm* i *senectūs*, to znaczy pomiędzy starością widzianą jako stan upadku, degradacji, braków, a starością twórczą, pełną możliwości szans i rozwoju, wynikających z wkroczenia w drugą połowę życia. Coraz więcej mówi się też nie tylko o wychowaniu „przez” starość, ale również o wychowaniu „do” starości.

Z drugiej strony, alarmujące jest to, że pomimo tych faktów znanych wszystkim, do dziś nie wypracowano strategii budowania społeczeństwa, w którym ludzie starsi zajmą należne im miejsce. Okres transformacji gospodarczych, rewolucja technologiczna z komputerami, telefonami komórkowymi, kartami kredytowymi, chaos związany z reformą zdrowia, wszystko to sprawia, że osoby starsze czują się coraz bardziej zagubione. Odsyłane z miejsca na miejsce w poszukiwaniu potrzebnych im informacji, specjalistów, lekceważeni ze względu na swoje dolegliwości i niemożność dotrzymania szybkiego tempa, stają się problemem dla urzędów, instytucji, organizacji.

Nie bez znaczenia pozostają zmiany związane z rodziną. Rody wielopokoleniowe, w których osoby sędziwe miały stałe i trwałe miejsce, zastępuje rodzina dwupokoleniowa, składająca się z rodziców i dzieci, w której po prostu nie ma miejsca dla człowieka starego. Osłabienie więzi rodzinnych powoduje, iż ludzie starzy często nie mogą liczyć na opiekę bliskich, czy dalszych krewnych, a coraz częściej poszukują rozwiązania trudnej sytuacji w postaci zamieszkania w domu pomocy społecznej. W oczekiwaniach tych ludzi opieka instytucjonalna ma być substytutem lub kopią życia rodzinnego, tymczasem nie da się ukryć, że pomiędzy tymi dwoma światami występuje wiele sprzeczności. Często miejsce, które miało im dać bezpieczeństwo i poczucie przynależności, staje się dla nich „złotą klatką”, w której mają wszystko, oprócz akceptacji i miłości drugiego człowieka.

Sposobem osób starszych na walkę z osamotnieniem i samotnością, jest komunikacja, czyli jedna z podstawowych aktywności człowieka, w której uczestniczy on codziennie. Porozumiewanie się jest niezbędne dla ludzkiego przetrwania, tak jak oddychanie i odżywianie. Każdemu z nas trudno wyobrazić sobie życie w społeczeństwie, rodzinie czy organizacji bez komunikowania się z innymi. Dzięki komunikacji ludzie uczą się lubić siebie, szanować, budują wzajemne zaufanie i realizują wspólne cele.

Celem tego artykułu jest pokazanie czytelnikowi, jak ważne dla ludzi starszych, mieszkających w domu pomocy społecznej, jest komunikowanie się, a zwłaszcza jego jakość. Powszechnie wiadomo, że w zależności od okoliczności posługujemy się różnymi odmianami języka. To spostrzeżenie dotyczy również instytucji pomocowych, gdzie sposób porozumiewania się mieszkańca z pracownikiem nie zawsze przebiega prawidłowo.

W przeprowadzonych badaniach poznano opinie mieszkańców i pracowników na temat jakości komunikacji z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych. W okresie od lutego do kwietnia 2009 w jednym z krakowskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku przeprowadziłam badania, których celem było poznanie opinii mieszkańców i pracowników na temat jakości komunikacji z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych w Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku. Do zgromadzenia materiału, użyłam jednej z najpopularniejszych metod badań społecznych – techniki wywiadu kwestionariuszowego. Cechą szczególną tej techniki jest wykorzystanie komunikacji bezpośredniej między badaczem a respondentem. Wywiad oparty jest na uprzednio przygotowanym kwestionariuszu, który jest ujednolicony i sformalizowany i jest swoistą rozmową przeprowadzaną w sposób wysoce zaplanowany. Technika wywiadu kwestionariuszowego jest dobrą techniką do badania postaw i opinii (Sztumski, 1995, s. 131–140).

Kwestionariusz wywiadu powstał na bazie analizy literatury przedmiotu dotyczącej komunikowania się między ludźmi, a także komunikacji z osobami starszymi. Ponadto duże znaczenie miały też obserwacje czynione przeze mnie na przestrzeni ostatnich lat w miejscu mojej pracy.

Do przeprowadzenia badań zastosowałam dobór celowy próby, zwany selektywnym, stosowany, gdy populacja jest dobrze znana i można łatwo określić jednostki najbardziej typowe dla próby. Kwestionariusz wywiadu przeznaczony był dla dwóch grup respondentów (pracowników działu opieki nad mieszkańcami i mieszkańców), składał się z 22 pytań dostosowanych pod względem języka do możliwości poznawczych badanych. Pytania miały charakter półotwarty, otwarty i zamknięty, co pozwoliło na dokładne poznanie opinii osób badanych.

W badaniach udział wzięło 30 respondentów – 15 pracowników działu opieki nad mieszkańcami i 15 mieszkańców. Wśród badanych pracowników było 14 kobiet i jeden mężczyzna, wśród badanych mieszkańców było 12 kobiet i 3 mężczyzn. W grupie pracowników najmłodszy respondent miał 27 lat, najstarszy 58 lat. Średnia wieku badanych pracowników wyniosła 40 lat. Jeżeli chodzi o grupę mieszkańców, to najmłodszy respondent miał 66 lat, najstarszy 87 lat, średnia wieku 78 lat, a więc dwa razy więcej niż średnia wieku badanych pracowników.

Potrzeby ludzi starszych

Każdy wiek ma swoje potrzeby, które warunkują rozwój i prawidłowe funkcjonowanie człowieka, uzależnionego od otoczenia pod wieloma względami. Przez całe życie człowiek uczy się je rozpoznawać i zaspokajać. Podobnie jest w wieku podeszłym.

Jak twierdzi Maria Susułowska (1989, s. 329), u ludzi starych, występują wszystkie potrzeby wymienione przez Abrahama Masłowa (fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku i uznania, samorealizacji), choć zmianie ulegają ich ważność i intensywność. Dlatego ich potrzeb nie powinno się rozpatrywać w oderwaniu od ogólnie przyjętych klasyfikacji i nie jest wskazane budowanie dla nich specjalnej, osobnej hierarchii. Jednak specyficzność potrzeb człowieka starszego jest często wynikiem zmieniającej się sytuacji życiowej, zmiany pozycji społecznej, pogarszającego się stanu zdrowia, sprawności, sytuacji materialnej. Zdaniem Barbary Zuzanny Małeckiej osoba w podeszłym wieku szczególnie mocno odczuwa potrzebę bezpieczeństwa psychicznego, przynależności do grupy, bycia we wspólnocie, życzliwości, przyjaźni, a także bycia użytecznym (Małecka, 1985, s.72). Nawet gdy słabną siły, nie znika potrzeba uczestnictwa, która powinna być doceniona i uszanowana przez zazwyczaj młodsze i sprawniejsze fizycznie otoczenie (Drzyżdżyk, 2004, s. 141–158).

Waldemar Tłokiński zwraca uwagę na jeszcze jedną potrzebę – komunikacyjną. Jego zdaniem komunikacja jest najważniejsza w interakcjach społecznych i jest najistotniejsza w integracji osób starszych ze środowiskiem. Uważa on, że ludzie w podeszłym wieku nie są w wystarczającym stopniu przygotowani informacyjnie, w związku z tym nie mogą poradzić sobie ze zmianami w komunikowaniu wynikającymi ze starości. Trzeba zawsze pamiętać, że komunikacja zawsze przebiega w dwóch kierunkach, dlatego jest ona tak ważna w wychowaniu ludzi starych i młodych (Tłokiński, 1985).

Innym problemem nierozzerwalnie związanym z osobami starszymi jest samotność i osamotnienie. W powszechnej świadomości samotność człowieka starego jest czymś normalnym, zwyczajnym, nawet nie próbuje się nazywać jej problemem, gdyż uważa się ją za naturalną i nie wymagającą zastanowienia się. Nawet język potoczny te dwa słowa uznaje za synonimy, natomiast język naukowy wyraźnie je odróżnia definiując *samotność* – jako stan obiektywny oznaczający brak kontaktów z rodziną i innymi osobami, a *osamotnienie* – jako stan subiektywny, związany z poczuciem utraty lub braku bliskiej osoby (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 60).

Przyczyny osamotnienia mogą być różne:

- o charakterze obiektywnym – związane z okolicznościami zewnętrznymi, np.: brak akceptacji przez grupę, odmienność kulturowa, religia, odmienność w wyglądzie zewnętrznym, ograniczenie lub utrata kontaktów z osobami bliskimi lub koleżeńskimi, wiek,
- o charakterze subiektywnym – związane z osobowością człowieka, wynikające z jego natury, np.: lęk, agresja, bierność, nieśmiałość, utrudnienia w komunikacji, choroby, usposobienie człowieka, konflikty, lęki (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 60).

Osamotnienie może przybierać postać:

- osamotnienia społecznego – będącego skutkiem izolacji społecznej,
- osamotnienia emocjonalnego – wynikające z braku obecności cenionej osoby, czy grupy osób,
- społecznego osamotnienia sytuacyjnego – będące skutkiem istnienia czynnika instytucjonalnego (Zawada, 2005, s. 40).

Samotność nie ogranicza się do jakiegoś przedziału wiekowego, czy do określonej grupy ludzi, staje się udziałem osób starszych z różnych powodów i przybiera różne formy. Może to być stan przejściowy lub stopniowe, ale bardzo niebezpieczne odłączanie się od normalnego życia. Samotność i osamotnienie mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie, stan zdrowia i pozycję człowieka starszego. Mogą być różnie odczuwane, a związane są z odczuwaniem negatywnych przeżyć, brakiem aktywności i kontaktów z innymi. Bardzo ważne jest, aby współczesne społeczeństwo dostrzegło ten problem, chociaż w czasach szerokich możliwości kontaktowania się z innymi, nie powinien on w ogóle zaistnieć. Każdy człowiek ma w sobie potrzebę kontaktu i potrzebę samotności, a przeżywanie samotności zależy od tego, czy u jej podstaw leży decyzja dobrowolna, czy też doświadczenie jej zostało człowiekowi narzucone.

Komunikowanie się – podstawa życia społecznego

Komunikacja jest szansą na wymianę myśli, współdziałanie, podążanie w tym samym kierunku. Dzięki niej dowiadujemy się, co czują i myślą inni, a także możemy wyrazić siebie. Komunikując się, człowiek nie tylko przekazuje informacje, ale ma również sposobność wchodzenia w relacje interpersonalne, a kontakt z innymi ludźmi jest potrzebny każdemu. Śmiało można stwierdzić, że prawidłowe relacje interpersonalne są dla człowieka czymś w rodzaju pokarmu, dzięki któremu osoba realizuje ważne potrzeby psychiczne: bezpieczeństwa, akceptacji, dominacji, podporządkowania się, przynależności. Czasami nieważne jest, o czym się mówi, ale ważne jest zaistnienie przez nadanie komunikatu i pokazanie otoczeniu swojej potrzeby. Porozumiewając się z innymi każdy człowiek:

- czuje i buduje przynależność do grupy, kręgu, społeczności,
- ma poczucie wpływu na innych, ich działania, co podnosi jego wartość,
- ma możliwość sprawdzania swoich ocen na swój temat,
- uzupełnia swoją wiedzę odnośnie do świata, życia, ludzi podejmowanych ról społecznych (Janus, 2008, s. 384).

Najczęściej komunikowanie się rozumiemy jako przekazywanie wiadomości pomiędzy nadawcą, a odbiorcą. Pełny proces komunikowania się powinien przebiegać w dwóch kierunkach. Z jednej strony nadawca przekazuje swój komunikat, z drugiej odbiorca reaguje w taki sposób, że zwrotnie przesyła wiadomość nadawcy. Na taką dwukierunkowość procesu komunikowania się

wskazuje Zbigniew Nęcki (1996, s. 109) definiując komunikowanie się interpersonalne, jako: „podejmowaną w określonym kontekście wymianę werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów (symboli) w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania”. Brak skutecznej komunikacji jest jedną z najpoważniejszych przeszkód w codziennym życiu. Dotyczy to zarówno przekazywania odpowiednich wiadomości, jak również rozumienia ich znaczeń.

Komunikacja z osobą starszą należy do zagadnień nigdy nie tracących na swojej aktualności. Bez względu na wiek czy fazę życia, człowiek mówiąc, nie tylko przekazuje informacje, ale również uzewnętrznia całą swoją osobę. Komunikacja jest żywym procesem, a środki komunikacji są wspólnym dobrem ludzi. Osoby starsze są uczestnikami łańcucha pokoleń, dlatego wobec wzrastającej liczby seniorów, należy podjąć stosowne działania pomagające przygotować się i samym zainteresowanym i całym społeczeństwom do prawidłowego przeżywania jesieni życia. Kształcenie ludzi młodych i dorosłych w sferze komunikowania się ma ogromne znaczenie z wielu powodów. To właśnie kompetencje komunikacyjne osób pracujących z i na rzecz ludzi starych, są podstawą w prawidłowym podejściu do zagadnienia starości oraz osiągnięcia sukcesu w działaniach.

Wiedza i zdolności komunikacyjne odgrywają w pracy z osobami starszymi ogromną rolę, ze względu na pojawiające się w późnych latach życia przeszkody i utrudnienia. Już na początku każdej rozmowy można natrafić na podstawową przeciwność, jaką jest bariera międzypokoleniowa. Ograniczenie wspólnoty doświadczeń, zmieniająca się rzeczywistość powoduje, iż często osoby w podeszłym wieku mają poczucie, że za „ich czasów” było inaczej, a otoczenie staje się dla nich niezrozumiałe, drażniące, a niekiedy nawet złowrogie. Prawidłowe wykorzystanie komunikacji pozwala na lepsze zrozumienie seniorów i indywidualne podejście do każdej jednostki.

Ponadto, komunikując się z osobami starszymi, nie możemy zapominać o problemach pojawiających się wraz z wiekiem, między innymi w obrębie:

- *stuchu* – obniżenie ostrości słuchu pojawia się już około 50. roku życia, chociaż ubytek ten może być niezauważany, gdyż dźwięki jako takie pozostają nadal niezłe słyszane. Mimo istnienia aparatów słuchowych, seniorzy z upośledzeniem słuchu, nawet używając ich, nie odbierają mowy tak, jak inni ludzie, a dźwięki, które do nich docierają są zniekształcone, choć zachowują rytm, ton, wysokość i natężenie. W przypadku postępującego ubytku słuchu warto pamiętać, że komunikowanie się wymaga o wiele większego wysiłku. Osoba, zwłaszcza starsza, która źle słyszy, niezwykle uważnie patrzy na rozmówcę, obserwuje każdy gest, śledzi ruchy ust. Trzeba pamiętać także o różnicy, jaka istnieje pomiędzy słyszeniem, a rozumieniem języka. Ludzie z niedosłuchem często wychwytyją ze zdania tylko kilka słów, które łączą i subiektywnie interpretują. Zdarza się, że ich wypowiedzi są niezrozumiałe, a myślenie chaotyczne, spowolnione i oparte tylko na spostrzeżeniach. Do

osoby z upośledzeniem słuchu należy mówić wolniej, średnio głośno, zachowując dobrą artykulację, tak, aby widziała twarz i usta rozmówcy. Czasami, aby być dobrze zrozumianym, warto dotknąć rozmówcę, aby nas zauważył, powtórzyć lub napisać zdanie.

- *mowy* – zaburzenia mowy wpływają na obniżenie własnej wartości i znacząco utrudniają kontakt z innymi ludźmi, a należą do nich:
 - *dyzartria* – zaburzenie artykulacji, polegające na nieprawidłowej wymowie pewnych dźwięków lub niewłaściwym rytmie wymowy,
 - *afazja* – wywołuje ją uszkodzenie mózgu, szczególnie okolic mowy w tzw. półkuli dominującej.

Komunikując się z osobami starszymi cierpiącymi na wyżej wymienione zaburzenia trzeba pamiętać przede wszystkim o tym, że te osoby myślą normalnie i bardzo chcą coś przekazać. Istotną cechą w komunikacji z tymi osobami jest cierpliwość, uważność, mimika, gesty. Warto spróbować czasami alternatywnych metod komunikowania się, jak: pisanie, szablony liter, obrazki.

- *wzroku* – wzrok jest najintensywniej wykorzystywanym zmysłem człowieka, pozwala odbierać 80% wszystkich informacji. Typową zmianą w narządzie wzroku jest *dalekowzroczność starcza*, spowodowana zmniejszeniem się elastyczności oka, w wyniku czego człowiek w podeszłym wieku ma zmniejszoną zdolność do akomodacji szczególnie w stosunku do przedmiotów, osób znajdujących się blisko. Często ludzie starsi nie zdają lub nie chcą sobie zdatwać sprawy z tego. Rolą fachowo pomagającego jest wspomaganie orientacji osoby starszej poprzez informowanie co i gdzie się znajduje. Podstawowym sposobem komunikowania się z osobą o upośledzonej zdolności widzenia jest słowo mówione, a dodatkowym zmysłem ułatwiającym porozumiewanie się jest dotyk.
- *zaburzeń poznawczych*:
 - *demencja* – czyli ograniczenie możliwości umysłowych. Pomagając osobie z demencją trzeba pamiętać o jej osłabionej zdolności do zapamiętywania i uczenia się rzeczy, przy jednoczesnym motywowaniu do aktywności umysłowej. Trzeba pamiętać, że osoba z demencją nie zawsze rozumie wypowiedane słowa, a liczą się dla niej przede wszystkim brzmienie głosu, szybkość mówienia, głośność, intonacja, przerwy między zdaniami. Jeżeli dochodzą do tego elementy agresji, podstawowym celem komunikacji jest przemyślnie uspokajanie podopiecznego.
 - *zaburzenia pamięci* – osoby starsze mają obniżone możliwości zapamiętywania rzeczy bieżących przy jednoczesnym zachowaniu pamięci dotyczących faktów z przeszłości,
- *zmian w sferze osobowości* – *upór starczy* – przejawiający się zwłaszcza w skłonności do stosowania swoich przyzwyczajzeń (Janus, 2008, s. 390–398; Strugała, 2008, s. 276–282).

W zależności od okoliczności i możliwości percepcyjnych grupy odbiorców, w celu ułatwienia sobie komunikowania się, nadawca powinien odpowiednio dobierać (zarówno od strony werbalnej, jak i paralingwistycznej) odmianę mowy, a jej użycie powinno wynikać z konkretnej sytuacji, w której odbywa się proces komunikowania.

Komunikowanie się z osobami starszymi w warunkach instytucjonalnych

Bardzo ważnym elementem w procesie sprawowania opieki nad człowiekiem starszym, jest komunikowanie się. Prawidłowe przekazywanie informacji i zdolność do odbioru i rozumienia przekazu, zapewnia stronom uczestniczącym w relacjach opiekuńczo-terapeutycznych sukces, a także zapobiegnie mogącej pojawić się rutynie czy błędom.

Warto zauważyć, że starość w instytucji związana jest z wieloma czynnikami wpływającymi na życie osób w podeszłym wieku. Większość osób starszych podejmując decyzję o przeniesieniu się do placówki, traktuje ją jako swoje ostatnie miejsce zamieszkania, w którym będzie jej dane godnie przeżyć końcowe lata swojego życia, a część osób podejmujących pracę w takich ośrodkach nie zdaje sobie sprawy, że bez względu na stan psychofizyczny człowiek ma prawo do godności i poszanowania, i ten szacunek powinien być okazany także w sposobie komunikowania się. Zresztą jednym z niezbędnych elementów działania placówki jest, nie zawsze postrzegany jako bardzo ważny, a jednak stanowiący podstawę prawidłowego funkcjonowania zarówno dla mieszkańców jak i podopiecznych, obszar komunikacji interpersonalnej.

W domu pomocy społecznej osoby sprawujące opiekę są często dużo młodsze od mieszkańców, którymi się zajmują. Z reguły ludzie starsi korzystający z instytucjonalnego wsparcia postrzegani są jako bardziej bezradni, zależni i niesprawni niż ma to miejsce w rzeczywistości. Taki stereotypowy sposób postrzegania człowieka starszego powoduje, że w procesie komunikowania się z nim, osoby sprawujące opiekę, przyjmują specyficzną, uproszczoną odmianę języka, przypominającą język, jakim ludzie dorośli posługują się w rozmowach z małymi dziećmi – *baby talk*, który charakteryzuje się:

- prostą formą,
- dużą liczbą powtórzeń,
- dużą liczbą pytań i zdań rozkazujących,
- zastępowaniem imion własnych zaimkami „ja” i „ty”, np.: „To jest buzia Ani”, zamiast „to jest twoja buzia”,
- występowaniem licznych zdrobnień, np.: „kochaneczku”, „grzeczna dziewczynka”,

- stosowaniem w wypowiedziach formy „my”, zamiast „ja” i „ty”, np.: „pójdziemy” zamiast „pójdiesz” (Parlak, 2000, s. 40 – 41).

Stosowanie mowy-do-dzieci wobec osób starszych mieszkających w domach pomocy społecznej jest dosyć częste. Rezydenci placówek opiekuńczych, których ogólna sprawność i zdolność funkcjonowania uległy osłabieniu i w związku z tym potrzebowali więcej pomocy w codziennej aktywności, pozytywnie reagowali na wypowiedzi opiekunów w odmianie baby talk. Ale osoby starsze, których poziom aktywności codziennej był wyższy, odbierały taki sposób komunikowania się jako niewłaściwy, nieodpowiedni do ich poziomu. Wydaje się, że wybór i posługiwanie się specyficznym rodzajem języka w rozmowach z osobami starszymi odzwierciedla ogólniejszą postawę wobec ludzi starszych i starzenia się (Parlak, 2000, s. 41–42).

Warto zauważyć, że pojawiają się też opinie, wskazujące na bardzo negatywne skutki posługiwania się tą specyficzną odmianą języka w stosunku do ludzi starych: „*Kochaneczku*”, „*co mogę dziś dla ciebie zrobić młoda damo/kawalerze?*”, „*grzeczna dziewczynka/grzeczny chłopiec*” – oto niektóre typowe zwroty, jakich używa personel domów opieki i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w stosunku do pensjonariuszy. Tymczasem takie traktowanie wcale nie jest przez osoby starsze mile widziane, czują się poniżane i traktowane jak dzieci – to negatywnie odbija się na ich zdrowiu długości życia. „Taka retoryka jest jednym z elementów negatywnych stereotypów dotyczących osób starszych”, mówi profesor Becca Levy z Yale School of Public Health. „To kolejny przykład na to, jak traktuje się ludzi wiekowych nie tylko w placówkach zdrowia, ale i na rynku pracy i w życiu codziennym. Postanowiliśmy zbadać czy istnieje związek między sposobem odnoszenia się do ludzi starszych a ich zdrowiem i sposobem funkcjonowania”, dodaje Levy. Badanie, które po raz pierwszy zaalarmowało świat akademicki, dostarczyło danych, na podstawie których profesor Levy wyciągnęła wnioski, iż starsi ludzie traktowani przez otoczenie jak dzieci gorzej wypadają w testach na pamięć i utrzymywanie równowagi w porównaniu z rówieśnikami. Okazało się też, że osoby po pięćdziesiątym roku życia, które są pozytywnie nastawione do procesu starzenia się, żyją średnio o 7,5 roku dłużej niż ci, którzy mają odmienne nastawienie. Takie różnice notuje się również wówczas, gdy brane są pod uwagę inne czynniki – przede wszystkim zdrowotne. Profesor Kristine Williams z Kansas University odkryła, że rezydenci domów opieki z łagodną, bądź umiarkowaną demencją stają się wręcz agresywni i bardziej uparci, gdy personel zwraca się do nich jak do dzieci. Starsze osoby czują się upokorzone i traktowane niepoważnie, kiedy opiekunowie przemawiają do nich w sposób infantylny. Jednocześnie badacze zwrócili uwagę, że wśród personelu placówek opiekuńczych panuje przekonanie, że „dziecięca” retoryka jest mile widziana i świadczy o ich trosce wobec podopiecznych (Papiernik, 2009).

Bazując na doświadczeniu zawodowym, trudno jednoznacznie stwierdzić, czy w procesie pomagania ludziom starym posługiwanie się *baby talk* przynosi wsparcie i pozwala okazywać ciepło, czy też ich poniża i degraduje. Nie ule-

ga wątpliwości, że w pracy z osobami w podeszłym wieku ogromne znaczenie mają: znajomość problemów wieku podeszłego, umiejętności komunikowania się oraz wiarygodność, a relacje interpersonalne powinny mieć charakter partnerskiego współuczestnictwa obu stron. Zwłaszcza w warunkach instytucjonalnych fachowo pomagający nie mogą nie komunikować się z osobą starszą. Należy dołożyć wszelkich starań, aby proces ten przebiegał jak najbardziej prawidłowo, a w efekcie przyniósł lepszą pomoc osobie starszej.

Komunikowanie się w warunkach instytucjonalnych w opinii pracowników i mieszkańców domu dla osób w podeszłym wieku – komunikat z badań

Dom pomocy społecznej jest szczególną instytucją, to świat osób starych wyrwanych z naturalnych środowisk zamieszkania, często znajdujących się tu wbrew własnym oczekiwaniom, uzależnionych od pomocy drugih osób. To, czy ludzie starsi znajdują tu swoje miejsce i należy im szacunek, zależy między innymi od relacji interpersonalnych. Dla pracownika komunikowanie się jest ważną umiejętnością, przydatną nie tylko w życiu osobistym, ale jest podstawą dobrego wypełniania obowiązków wobec osoby starszej. Prawidłowa komunikacja pozwala człowiekowi starszemu realizować potrzeby, zapobiega jego izolacji i wyłączeniu.

Jednym z badanych obszarów była znajomość funkcji prawidłowego komunikowania się. Zdaniem wszystkich 30 badanych komunikowanie się jest bardzo ważne, gdyż uzupełnia wiedzę odnoszącą się do świata życia i ludzi, 27 badanych wskazało, iż buduje przynależność do grupy, zdaniem 25 osób pozwala wypowiedzieć swoje potrzeby oraz daje poczucie wpływu na innych. Jako inne dodatkowe zalety komunikowania się pracownicy wymieniali możliwość: poznania drugiego człowieka, poczucie bycia ważnym dla innych ludzi, wyrażenia siebie.

Opinie dotyczące tego, co jest podstawą właściwej komunikacji były bardziej zróżnicowane. Za najważniejsze respondenci uznali słowa i kontakt wzrokowy – 30 opinii, pozycję ciała – 29, następnie intonację i barwę głosu – 28, potem kolejno: gestykulację, mimikę twarzy, właściwy dystans fizyczny, organizację środowiska, kontakt fizyczny (głaskanie, trzymanie za rękę), dźwięki paralingwistyczne i wygląd fizyczny. Jak się okazało, dla mieszkańców najważniejsze oprócz słów i kontaktu wzrokowego, są kontakt fizyczny oraz wygląd rozmówcy (12 opinii), pracownicy wskazali na mimikę twarzy i pozycję ciała (14 osób).

Jeżeli chodzi o przeszkody w komunikowaniu się, to respondenci wskazywali na: różnice językowe, zbyt dużą ilość informacji, interpretowanie i selekcję in-

formacji, nadawanie znaczenia informacjom usłyszanym, reakcje emocjonalne. Dla pracowników czynnikami najmniej przeszkadzającymi w komunikowaniu okazały się gestykulacja i mówienie tego, co druga strona chciałaby usłyszeć, dodatkowo zwrócili uwagę na następujące przeszkody: lekceważenie osoby, krzyki – mówienie podniesionym głosem, hałas panujący wokół rozmówców. Dla mieszkańców przeszkodami okazały się wszystkie z wyżej wymienionych czynników, a jedna z mieszkanek wskazała dodatkowo na przesadne używanie określeń ze słownika urzędniczego.

Bardzo duża zgodność i jednomyślność zauważalna była wśród badanych, jeżeli chodzi o efektywność komunikowania się. Zarówno pracownicy jak i mieszkańcy wskazali (odpowiednio: 28 i 30 badanych), że zależy ona od: motywacji do słuchania, dbałości o nadanie komunikatu, oceniania usłyszanego wydarzenia w sposób zgodny ze stanem faktycznym, niezależnie od własnych opinii i interesów, cierpliwości, wnikliwości słuchania i właściwego zrozumienia komunikatu oraz dokładności, wrażliwości, podobieństwa postaw i doświadczeń.

Następny obszar badań dotyczył znajomości zasad komunikacji gerontologicznej. W kwestii czynników, które zdaniem respondentów mają wpływ na komunikowanie się na poziomie instytucji pomiędzy pracownikami, a osobami starszymi, zdecydowana większość mieszkańców (14 osób) uważa, że na ten rodzaj komunikacji mają wpływ: różnica wieku pomiędzy pracownikiem a mieszkańcem, pośpiech i brak czasu w pracy, różnica w poziomie wykształcenia, przekonania i postawa życiowa pracownika, jego wcześniejsze doświadczenia zawodowe, cechy osobowościowe, ilość powierzonych mu obowiązków.

Innego zdania byli pracownicy, którzy uznali, że największą przeszkodą dla nich są: ilość powierzonych obowiązków, własne cechy osobowościowe. Za najmniej przeszkadzające w procesie komunikowania się z mieszkańcem pracownicy uznali: różnicę wieku pomiędzy nimi a podopiecznymi oraz poziom wykształcenia. Obydwie grupy za mocno wpływające na jakość komunikowania się uznały czynniki wynikające z wieku, takie jak: zaburzenia słuchu, mowy i wzroku, zaburzenia poznawcze i zaburzenia w sferze osobowości. Jeżeli chodzi o sprawność fizyczną, to wszyscy badani mieszkańcy uznali że przeszkodą w komunikowaniu się jest jej utrata, natomiast wśród pracowników tylko 5 osób było tego zdania. Warto podkreślić, że zdecydowana większość mieszkańców i tylko 6 pracowników uznało, że osoby starsze wymagają innego rodzaju komunikowania niż w młodszych latach swego życia.

Wszyscy respondenci podkreślili, że aby komunikowanie się z osobami starszymi było prawidłowe i przyniosło oczekiwane rezultaty należy zadbać o utrzymywanie kontaktu wzrokowego w czasie rozmowy, okazywanie zainteresowania tematem rozmowy, postawę życzliwości i cierpliwości wobec osoby starszej, skoncentrowanie na rozmówcy, sprzyjającą atmosferę, konkretne formułowanie zdań i umiejętne interpretowanie wypowiedzi. Ponadto war-

to włączyć do rozmowy pochwały, uznanie, warto zaangażować osobę starszą w podejmowanie decyzji oraz upewniać się, że człowiek stary zrozumiał wyjaśnienia.

Kolejnym obszarem objętym badaniami był przebieg komunikowania się w placówce. Zapytano więc pracowników o to, jakie zabiegi stosują w swojej pracy, aby szybko i efektywnie porozumieć się z osobą starszą w trakcie wykonywania swoich obowiązków. Wszyscy badani stwierdzili, że używają krótkich, uproszczonych zdań, powtórzeń, modulacji głosu, zwalniają tempo wypowiedzi, odpowiednio ustawiają się do rozmówcy (osoba starsza widzi ich twarz i gesty), korzystają z alternatywnych metod komunikowania się (obrazki, pisanie). Dodatkowo 11 osób potwierdziło używanie licznych zdrobnień, 9 pracowników podało, że stosuje formę „my” zamiast „ja” i „ty”, a tylko 5 stosuje zamianę zaimków „ja” lub „ty” na imiona własne mieszkańców.

Natomiast mieszkańcy zauważyli, że pracownicy najczęściej stosują wobec nich następujące zabiegi: zdrobnienia, zwolnione tempo wypowiedzi, formę „my” zamiast „ja” oraz powtórzenia, modulację głosu, odpowiednie ustawienie się. Ponad połowa spośród badanych mieszkańców – 9, zwróciła uwagę na częste używanie zdań rozkazujących, a 6 osób wskazało zamianę „ja” lub „ty” na imiona własne. Zarówno pracownicy, jak i mieszkańcy podkreślali, że tego rodzaju zabiegi stosowane są przez personel w przypadku zaskakujących trudności lub w zależności od stanu psychofizycznego mieszkańca, a większość respondentów (11 pracowników i 9 mieszkańców) nie stwierdza stosowania tych zabiegów jednakowo wobec wszystkich mieszkańców. Jeden z pracowników podkreślił, że przebieg komunikowania się w placówce jest zależny od danego kontekstu sytuacyjnego, a stosowanie różnych form komunikowania się jest wynikiem rzeczywistych trudności, na jakie natrafiają pracownicy w bezpośrednich relacjach z konkretnymi podopiecznymi. Zdaniem pracowników, stosowanie uproszczonej formy języka wcale nie wskazuje na niższy status osoby starszej (13 opinii), ani nie wskazuje na zależność i bezradność osoby starszej (9 opinii), natomiast według mieszkańców (wszyscy badani), jest to wyraźne pokazanie zależności, bezradności i niższego statusu człowieka starego, chociaż jednocześnie mieszkańcy uważają, że tego rodzaju działania służą opiece, wsparciu i są wyrazem troskliwości i opiekuńczości. Z tą opinią zgadza się 8 spośród pracowników.

Zdaniem większości mieszkańców (13 opinii), pracownicy poświęcają dużo czasu na indywidualne i satysfakcjonujące rozmowy z nimi. Równocześnie osoby starsze widzą, że personel ma mało czasu i że są jeszcze takie obszary, gdzie ta komunikacja mogłaby być skuteczniejsza. Natomiast zdaniem pracowników (11 osób), nie poświęcają oni wystarczającej ilości czasu na rozmowy z mieszkańcami, gdyż ciągle się spieszą. W opinii pracowników przeprowadzane rozmowy powinny być zadowalające dla mieszkańców, ale równocześnie jest jeszcze wiele do zrobienia w kwestii polepszenia relacji pracownik – mieszkańiec.

Jak wskazały odpowiedzi badanych osób, rozmowy pomiędzy mieszkańcami, a pracownikami najczęściej dotyczą: samopoczucia, bieżących spraw, wspomnień, żalów, załatwienia spraw osobistych.

Na koniec zapytano osoby, wśród których przeprowadzono badania, o znajomość odmiany języka ludzi dorosłych „baby-talk”, stosowanej wobec osób starszych w instytucjach. Spośród mieszkańców jedynie 2 osoby słyszały o takim sposobie komunikacji, pozostałe 13 nie zna i nie spotkało się z takim sposobem mowy. Jeżeli chodzi o pracowników, to 6 respondentów potwierdziło znajomość tej odmiany języka, 3 przyznało, że słyszeli o tym sposobie komunikacji, natomiast 6 pracowników nigdy nie poznało i nie miało do czynienia z „baby-talk”.

Podsumowanie

Starość, pomimo ograniczeń wynikających ze słabości ludzkiego organizmu, powinna być złotą jesienią, a nie tematem skarg, narzekań czy utyskiwań. To, czy starość jest udana, czy nie, zależy od jednostki. Po prostu jest zadaniem, które należy podjąć i wykonać, trzeba ją przeżyć z pożytkiem dla innych, wśród których się żyje. Dom pomocy społecznej jest specyficznym miejscem: ma być domem, a jest instytucją i jak pokazuje rzeczywistość bardzo trudno połączyć te dwie rzeczy ze sobą. Niewątpliwie tym, co wprowadza odrobinę normalności do tego świata powinno być prawidłowe komunikowanie się na linii mieszkaniec – pracownik, a każdy pracownik powinien wiedzieć, że słowo jest podstawowym narzędziem jego pracy.

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań stwierdzam, że część spośród badanych pracowników stosuje wypowiedzi charakterystyczne dla odmiany języka „baby-talk” używanego w codziennym komunikowaniu się w odniesieniu do ludzi starszych w instytucjach. Tego rodzaju zabiegi stosowane są tylko wobec tych mieszkańców, u których pojawiły się różnego rodzaju problemy zdrowotne, uniemożliwiające normalne komunikowanie się. Nie da się ukryć, iż mieszkańcy postrzegają te działania jako pokazujące bezradność i zależność osób starszych, ale jednocześnie zgodnie twierdzą, że służą one wsparciu i są wyrazem troskliwości. Praca z osobami starszymi i niepełnosprawnymi wymaga od personelu dużego profesjonalizmu, ale i dużej elastyczności – również w sferze komunikowania się, wymaga wycucia, empatii i akceptacji podopiecznych takimi, jakimi są. Stan psychofizyczny ludzi starych może zmienić się z dnia na dzień i często pracownik, aby móc jak najlepiej służyć pomocą i uzyskać zamierzony skutek, musi dokonać wyboru pewnej strategii mówienia. Każdy z pomagających powinien pamiętać, że niewłaściwe posługiwanie się słowem mówionym może spowodować utratę dobrych kontaktów z mieszkańcami, a w końcowym efekcie przynieść osobom starszym rozczarowanie

i cierpienie. Mieszkańcy oczekują od pracowników po prostu rozmowy, wspólnego pośmiania się i popłakania. Specyficzna odmiana „baby-talk” funkcjonuje w instytucjach sprawujących opiekę nad osobami starszymi i każdy powinien sobie sam odpowiedzieć na pytanie, czy przynosi ona więcej pożytku, czy szkody.

Sprawowanie funkcji opiekuńczo-terapeutycznych w stosunku do ludzi w gorszym stanie psychofizycznym wymaga odpowiednich form komunikowania się, ale przede wszystkim wymaga okazania wsparcia, ciepłych uczuć. Wszak to samo zdanie „pogoda jest ładna” autor komunikatu może wypowiedzieć na różne sposoby, osiągając różne rezultaty. Trudno znaleźć „złoty środek”. Fundamentem w porozumiewaniu się z osobami starszymi jest zachowanie ich godności, indywidualności oraz partnerstwo. Nawet poważne osłabienie funkcji życiowych nie jest podstawą do zmniejszenia należnego człowiekowi szacunku. Wszystkie działania personelu w domu pomocy społecznej wymagają komunikowania się z innymi ludźmi. Dotyczy to w równej mierze pracowników i mieszkańców. Znajomość procesów komunikowania międzyludzkiego ma istotne znaczenie w wyjaśnianiu mechanizmów kształtujących zachowania społeczne człowieka. Życie ludzkie nie byłoby możliwe bez wzajemnego porozumiewania się. To dzięki komunikowaniu się ludzie uczą się szanować siebie, budują wzajemne zaufanie i realizują wspólne cele. Wszyscy, pracujący lub zamierzający pracować z osobami starszymi, powinni zdawać sobie sprawę z tego, jak ważne jest prawidłowe komunikowanie się. Prawidłowe, tzn. oparte na szacunku i godności drugiego człowieka. Tylko właściwy sposób nadawania i odbierania komunikatów pozwoli na osiągnięcie w domu pomocy społecznej celu, jakim są prawidłowe relacje terapeutyczno-opiekuńcze.

Literatura:

- Drzyżdżyk S., 2004, *Uczestnictwo – wolność – godność, jako kluczowe kategorie antropologii Jana Pawła II*, [w:] „Polonia Sacra”, Czasopismo Wydziału Teologicznego PAT, R. VIII (XXVI), nr 15/59, s. 141–158.
- Janus D., 2008, *Utrzymywanie właściwych relacji z podopiecznym i jego rodziną. Bariery w porozumiewaniu się z osobą starszą i przewlekle chorą*, [w:] Projekt Opiekun/Opiekunka osób starszych III. Materiały dydaktyczne. Program Kapitał Ludzki EFS, Kraków.
- Klimek K., 2004, *Sztuka życia a starość*, [w:] M. Krobicki, Z. Szarota (red.), *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*. Materiały konferencyjne III Galicyjskich Spotkań Medycznych, KTE, Kraków, s. 201–208.
- Leszczyńska-Rejchert A., 2006, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.
- Małecka B.Z., 1985, *Elementy gerontologii dla pedagogów*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.

- Nęcki Z., 1996, *Komunikacja międzyludzka*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
- Orzechowska G., 1999, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, WSP, Olsztyn.
- Papiernik J., *Osoby starsze traktowane jak dzieci żyją krócej*, <http://www.opieka.senior.pl> (otwarcia wielokrotne).
- Parlak D., 2000, *Komunikacja z ludźmi starszymi w ramach relacji opiekuńczo-terapeutycznych*, [w]: A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Wydawnictwo Text, Kraków, s. 39–47.
- Riemann F., Kleespies W., 2006, *Jak szczęśliwie przeżyć drugą połowę życia*, tłum. E. Łukaszyk, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Strugała M., 2008, *Komunikowanie się ze starszym pacjentem, z uwzględnieniem zaburzeń wzroku i słuchu oraz zaburzeń funkcji poznawczych*, [w:] K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 276–282.
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Szarota Z., 2004, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., 2006, *Podstawy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo ASPRA-JR, Warszawa.
- Sztumski J., 1995, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe „ŚLĄSK”, Katowice.
- Tłokiński W., 1985, *Mowa ludzi u schyłku życia*, PWN, Warszawa.
- Zawada A., 2005, *Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w zmieniającej się rzeczywistości*, „Problemy Społeczne” – wydanie specjalne.

Posługa kapelana wobec ludzi starych w placówce opiekuńczej w świetle opinii mieszkańców i pracowników domu pomocy społecznej

Słowa kluczowe:

człowiek stary, starość, ksiądz, potrzeba

Key words:

old man, old age, priest, need

Streszczenie:

Przepisy prawne przewidują zapewnienie usług religijnych osobom starszym przebywającym w placówce opiekuńczej. Wymóg ten jest realizowany poprzez umożliwienie księdzu wykonywania posługi duszpasterskiej. Kapelan odprawia mszę św., spowiada, uczestniczy w pogrzebach. Jednak oczekiwania mieszkańców i pracowników są większe. Kapłan powinien mieć czas dla seniorów, powinien potrafić ich wysłuchać, powinien umiejętnie towarzyszyć im w jesieni życia.

Summary:

Legal regulations ensure the possibility of religious services for the elderly staying in social care houses. That requirement is fulfilled by allowing a priest to perform his religious services. A chaplain celebrates mass, hears confessions and participates in funerals. However both residents' and staff's expectations are higher. A priest should devote his time for seniors, he should be able to hear them, he should accompany them skillfully in the autumn of their lives.

Cierpienia oraz choroby, to jeden z najtrudniejszych problemów zawsze niepokojących ludzkość (Drzyżdżyk, 2008). W sytuacjach, gdy różne deficyty dotyczące ludzi starych uniemożliwiają im normalną egzystencję w dotychczasowym środowisku, seniorzy mają możliwość skorzystania z opieki, jaką niosą rozmaite placówki opiekuńcze. Jedną z nich jest dom pomocy społecznej. Placówka taka nie tylko zaspokaja podstawowe potrzeby, jak dach nad głową czy wyżywienie, lecz stara się realizować także zadania wychodzące naprzeciw bardziej wyszukanyim oczekiwaniom seniorów, związanym na przykład z uczestnictwem w kulturze czy życiem religijnym. Współczesne domy pomocy społecznej w coraz mniejszym stopniu przypominają goffmanowską „instytucję totalną”, gdzie w ograniczonej przestrzeni zespół „nadzorców” wymusza na podwładnych określone zachowania i utrudnia kontakt ze światem zewnętrznym, gdzie każdy musi dostosować się do narzuconego planu dnia, a całe życie toczy się w jednym i tym samym miejscu (Goffman, 1975). Rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej obliuguje placówki opiekuńcze do umożliwienia podopiecznym kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych (Dziennik Ustaw nr 217, poz. 1837, § 5, ust. 1, pkt 3, ppkt c). Wywiązując się z tego obowiązku domy pomocy społecznej zapraszają do współpracy księży, którzy spełniają posługę kapelana¹.

Przedmiotem badań była posługa kapelana wobec ludzi starych w świetle opinii mieszkańców i personelu domu pomocy społecznej. Tak określony przedmiot badań implikuje konieczność określenia celu procesu badawczego, którym jest zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, pewnej, ogólnej, prostej, o maksymalnej zawartości informacji dotyczącej badanego zjawiska (Pilch, 1998). Jako cel wyznaczono rozpoznanie oczekiwań mieszkańców i personelu domu pomocy społecznej na temat posługi kapelana w placówce opiekuńczej. Podjęte badania miały ukazać jak ta posługa powinna być realizowana, jakie są oczekiwania, zarówno mieszkańców jak i pracowników domu pomocy społecznej, wobec kapelana. Zamiarem badawczym nie było dokonanie oceny jakości pracy kapelana, ale wypracowanie, w świetle opinii obydwu grup respondentów, postulatów odnoszących się do posługi kapelana wobec środowiska seniorów w placówce opiekuńczej. Nie chodziło o dokonanie analizy dotychczasowych form kapłańskiej pracy, ale o próbę sformułowania konstytutywnych cech tej specyficznej posługi, o wypracowanie propozycji i oczekiwań wobec kapłana pracującego w środowisku niesamodzielnym funkcjonalnie osób w podeszłym wieku.

Na początku badań naukowych usytuowany jest problem badawczy, który inspiruje badacza do podjęcia dociekań nad zgłębieniem danego zjawiska (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). W przeprowadzonych badaniach

¹ W razie potrzeby mogą spełniać swoją posługę przedstawiciele innych wyznań chrześcijańskich bądź innych religii.

problemem badawczym, czyli pytaniem o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska (Pilch, Bauman, 2002, s. 43.), było zatem rozpoznanie oczekiwań ludzi starszych oraz ich opiekunów wobec księży pracujących w domach pomocy społecznej, ustalenie priorytetów w posłudze kapelana w takich placówkach.

W świetle powyższego sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie są oczekiwania mieszkańców domu pomocy społecznej odnośnie do posługi kapelana wobec osób starszych?
2. Jakie są oczekiwania personelu domu pomocy społecznej na temat posługi kapelana wobec osób starszych?
3. Jakie są różnice w oczekiwaniach osób starszych – mieszkańców domu pomocy społecznej i pracowników placówki wobec pracy kapelana?

W związku z postawionymi pytaniami badawczymi określono następujące założenia badawcze:

1. Oczekiwania mieszkańców domu pomocy społecznej odnośnie do posługi kapelana wobec osób starszych koncentrują się na liturgicznych aspektach jego pracy: odprawianiu nabożeństw i udzielaniu sakramentów.
2. Oczekiwania pracowników domu pomocy społecznej wobec posługi księdza skupiają się na zaspokajaniu potrzeb psychicznych seniorów poprzez osobiste relacje z mieszkańcami, rozmowę i wsparcie psychiczne.
3. Różnice w oczekiwaniach mieszkańców i personelu domu pomocy społecznej wobec kapelana dotyczą liturgicznych i psychicznych aspektów usług świadczonych przez pracującego w placówce kapłana.

W badaniach przyjęto dwie metody: analizę dokumentów i wywiad, do którego, jako narzędziem, posłużono się kwestionariuszem. Kwestionariusz sporządzono w dwóch wersjach – dla mieszkańców i dla pracowników domu pomocy społecznej.

Metoda analizy dokumentów posłużyła do uzyskania podstawowych informacji o mieszkańcach (wiek, wykształcenie, czas pobytu w placówce) oraz do zdobycia informacji na temat formy zatrudnienia kapelana i jego statusu, jako pracownika domu pomocy społecznej. Analizowano takie dokumenty jak: „Wywiady środowiskowe” (dotyczące każdego badanego mieszkańca) i „Schemat struktury organizacyjnej Domu Pomocy Społecznej”. Badania przeprowadzono na przełomie maja i czerwca 2009 roku na terenie jednego z krakowskich domów pomocy społecznej. Jest to całodobowa placówka opiekuńcza przeznaczona dla osób przewlekle somatycznie chorych. Przebywało w niej wówczas 155 mieszkańców: 80 kobiet i 75 mężczyzn.

Badania przeprowadzono na dwóch grupach badawczych, do wyłonienia których zastosowano dobór warstwowo-losowy. Pierwsza grupa składała się z dziesięciu pensjonariuszy domu pomocy społecznej. Operatem, na podstawie którego wyłoniono respondentów, była lista wszystkich mieszkańców placówki. Ponieważ w placówce mieszka zbliżona liczba kobiet i mężczyzn, zde-

cydowano się na jednakową liczbę mężczyzn i kobiet, którzy mieli wziąć udział w badaniu. Mieszkańców podzielono pod względem płci, a następnie wykluczono wszystkie osoby, które nie ukończyły 65. roku życia. Oczekowaną trudnością była także niemożność nawiązania logicznego kontaktu (ze względu na stan zdrowia) z poszczególnymi seniorami. Dlatego, w dalszej kolejności, w oparciu o opinie personelu, wykluczono takie osoby. W wyniku tych działań otrzymano dwie listy: kobiet i mężczyzn, spośród których (na drodze losowania nazwisk) zakwalifikowano piętnaście osób do badań (w tym pięć „rezerwowych” na wypadek odmowy udziału w badaniach).

Drugą grupę badawczą stanowił personel placówki, ale tylko ci pracownicy, którzy codziennie, regularnie mają bezpośredni kontakt z mieszkańcami domu pomocy społecznej. Operatem była lista pracowników, na którą złożyło się dwadzieścia dziewięć opiekunek, dwadzieścia dziewięć pokojowych, szesnaście pielęgniarek, czterech terapeutów zajęciowych, trzech pracowników socjalnych, dwóch rehabilitantów oraz dietetyk. Spośród mniej licznych grup zawodowych (terapeuci, rehabilitanci, pracownicy socjalni i dietetyk) wyłoniono drogą losowania dwie osoby biorące udział w badaniu uczestników badań (plus osoby „rezerwowe”). Spośród pozostałego personelu wylosowano ośmiu pracowników (oraz respondentów „rezerwowych”), którzy mieli wziąć udział w badaniu. Jedna osoba odmówiła poddania się badaniu.

W wyniku zastosowanej procedury otrzymano dwie grupy badawcze, każda złożona z dziesięciu członków, liczące w sumie dwadzieścia osób. Grupa seniorów składała się z pięciu kobiet i pięciu mężczyzn. Ich wiek wahał się w przedziale od 66 do 88 lat. Średnia wieku wyniosła 75,5 lat. Czas pobytu w placówce wyniósł od pół roku do 19 lat. Średnia długość pobytu w Domu wyniosła 7,1 roku. Spośród badanych jedna osoba miała wykształcenie podstawowe niepełne, trzy – podstawowe, trzech respondentów zdobyło wykształcenie zawodowe, a trzech pozostałych – średnie. Wszyscy badani seniorzy oświadczyli, iż są „wierzącymi praktykującymi”.

Grupa pracowników składała się z dziewięciu kobiet i jednego mężczyzny. Wiek badanych wahał się od 30 do 52 lat, średnia wieku wyniosła 39,2 lat. Strukturę zatrudnienia badanego personelu ilustrują dane zamieszczone w tabeli 1.

Tabela 1. Zajmowane stanowiska

L.p.	Stanowisko	Liczba osób
1	opiekun	2
2	pielęgniarka	4
3	pokojowa	2
4	pracownik socjalny	1
5	terapeuta zajęciowy	1
Razem:		10

W odniesieniu do długości zatrudnienia w obecnym miejscu pracy stwierdzono, iż najkrócej pracujące osoby (dwoje badanych) są zatrudnione od pół roku. Natomiast staż pracy osoby, która najdłużej jest zatrudniona w domu pomocy społecznej, wynosi dziewiętnaście lat. Tyle też lat funkcjonuje ta placówka.

Wśród przebadanych pracowników jedna osoba miała wykształcenie podstawowe, jedna – zawodowe (obie osoby są zatrudnione jako pokojowe), sześćcioro badanych osiągnęło wykształcenie średnie (pielęgniarki i opiekunowie, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy), a następnych dwoje respondentów zdobyło wykształcenie wyższe magisterskie (opiekun oraz pielęgniarka). Każdy z badanych spełnia wymagania pod względem poziomu zatrudnienia, związane z zajmowanym stanowiskiem. Podobnie jak seniorzy, wszyscy badani pracownicy oświadczyli, że są osobami „wierzącymi praktykującymi”.

Każda z badanych osób została poinformowana o celu badań, dobrowolności uczestniczenia w nich oraz o ich anonimowym charakterze. Badania przeprowadzono zapewniając maksymalnie pełną swobodę wypowiedzi, bez obecności osób postronnych – w osobnym pomieszczeniu, a w przypadku osób, które nie opuszczają łóżka – w ich pokoju, ale w czasie nieobecności współlokatorów. Wywiad został przeprowadzony osobiście, ze względu na zalety takiej formy badania: większa elastyczność procedury, możliwość dodatkowych pytań, udzielania wyjaśnień, kontrolowanie sytuacji (Frankfurt-Nachmias, Nachmias, 2001), co ma znaczenie dla przebiegu procesu badawczego w przypadku osób starszych, ze względu na ich utrudnioną percepcję.

Rola kapelana w domu pomocy społecznej: opinia mieszkańców i personelu

Pierwszą kwestią, z jaką zwrócono się do badanych, było pytanie o to czy, ich zdaniem kapelan jest potrzebny w domu pomocy społecznej. Wszyscy wyrazili przekonanie o potrzebie obecności kapłana w placówce. Jako uzasadnienie, mieszkańcy wskazali umożliwienie uczestnictwa w praktykach religijnych. Natomiast pracownicy dodawali także poradę duchową, towarzyszenie w samotności, przygotowanie na śmierć oraz wsparcie w cierpieniu psychicznym.

Seniorzy mieli pewne problemy z wyróżnieniem najistotniejszych dla nich cech kapelana. Połowa badanych stwierdziła, iż najważniejsze dla nich jest, aby to był po prostu „dobry człowiek”. Oprócz tego wymagania najczęściej seniorów chciało, aby kapłan był osobą, która umie wysłuchać (cztery osoby). Oczekiwany od księdza jest także spokój i cierpliwość (trzech badanych) oraz otwartość (dwóch respondentów). Pozostałe pożądane cechy, wskazane przez pojedynczych respondentów to: empatia, wyrozumiałość, komunikatywność, „przychylność”, wrażliwość, uczciwość, „grzeczność”, szlachetność, powaga,

skromność, obowiązkowość, pobożność. Kapłan nie powinien także nikogo wyróżniać.

Wśród oczekiwanych cech osobowości księdza pracującego wśród ludzi starszych w domu pomocy społecznej, pracownicy najczęściej wskazywali cierpliwość, opanowanie i „spokój” (ośmiu respondentów), siedmiu badanych wskazało otwartość i kontaktowość, trzech – umiejętność słuchania, również trzy osoby pragnęłyby, aby ksiądz był wyrozumiały wobec podopiecznych. Po dwóch respondentów wskazało empatię, wrażliwość, życzliwość i dobroć. W pojedynczych przypadkach padły takie odpowiedzi jak: „odporność psychiczna na chorych”, skromność, „ludzkość” (w opozycji do „świętości”), uczynność, chęć głębszego poznawania mieszkańców, asertywność, stanowczość, pogoda ducha, serdeczność. Ksiądz powinien być przyjazny, serdeczny, winien szukać w ludziach nie zła, ale dobra, powinien traktować wszystkich jednakowo, nikogo nie wyróżniając, nie stwarzać dystansu w relacjach z innymi.

Seniorom najbardziej zależy na liturgicznym, wspólnotowym kontakcie z duszpasterzem, polegającym na udziale we mszy św. i nabożeństwach (ośmiu respondentów). Jednocześnie niemal tyle samo osób (siedmiu badanych) wskazało indywidualną rozmowę z duszpasterzem. Niemal jedna trzecia badanych seniorów wskazała na szczególne relacje, jakie powinny łączyć ich z kapłanem. To nie tylko przyjaźń, szacunek, to „coś innego”, coś wykraczającego poza zwykłe odniesienia. Natomiast wszyscy pracownicy opowiedzieli się zdecydowanie za indywidualnym kontaktem kapłana z podopiecznymi, polegającym na rozmowie. Połowa badanych wskazała także kontakt wynikający ze wspólnie sprawowanej liturgii. Podobnie jak seniorzy, pracownicy traktują księdza w wyjątkowy sposób. Pomimo, że wspólnie z nim pracują, nie wszyscy chcą, aby był jedynie kolegą z pracy. Dostrzegają konieczność zachowania pewnego, dobrze rozumianego, „zdrowego” dystansu. Większość chce w nim widzieć przyjaciela, duszpasterza personelu, (nie tylko mieszkańców), wreszcie przewodnika i powiernika.

Wśród sfer życia, w których ksiądz mógłby być pomocny seniorom, najwięcej mieszkańców (siedem osób) wymieniło wsparcie psychiczne. Miałoby ono dokonać się poprzez rozmowę o kłopotach i problemach podopiecznych, o prawdach wiary, czy o perspektywie zbliżającej się śmierci. Warto podkreślić, że wszystkie te oczekiwania miałyby być realizowane poprzez indywidualny kontakt z kapłanem.

W ocenie pracowników, najważniejszą sferą życia, w jakiej kapłan mógłby pomóc seniorom jest ich życie duchowe i rozwijanie relacji z Bogiem (siedmiu respondentów). Oprócz kwestii życia duchowego, ważna jest pomoc w postaci wsparcia psychicznego (sześciu respondentów) na drodze indywidualnej rozmowy i gotowości do wysłuchania. Ksiądz może także pomóc w przewyżeniu konfliktów i to zarówno tych dziejących się obecnie pomiędzy mieszkań-

cami domu pomocy społecznej (dwóch respondentów), jak również konfliktów pomiędzy pensjonariuszami a ich rodzinami (dwie osoby).

Mieszkańców placówki zapytano także o to, czy chcieliby, aby kapelan poznał ich najbliższą rodzinę i czy byłoby dobrze gdyby kapelan poznał ich rodzinę. Pytania te zostały poprzedzone zapytaniem o to, czy respondent ma rodzinę. Gdy okazywało się, że mieszkaniec nie ma rodziny, proszono o założenie, iż ta rodzina jest i udzielenie hipotetycznej odpowiedzi. Do personelu również zwrócono się z zapytaniem dotyczącym kontaktów kapelana z rodzinami podopiecznych.

Na dziesięciu badanych pensjonariuszy, sześć osób stwierdziło, że chciałoby, aby kapelan poznał ich rodzinę. W zasadzie, każdy z respondentów inaczej uzasadnił swoją opinię, stwierdzając, że przyczyniłoby się to do:

- wzrostu więzi pomiędzy kapelanem a mieszkańcem domu pomocy społecznej,
- lepszego poznania mieszkańca, jego spraw rodzinnych,
- przy pomocy rodzin kapelan mógłby wpływać na ich kolegów (sąsiadów) mieszkających w placówce, aby ci „nie pili i lepiej się prowadzili”,
- możliwości nawrócenia się rodziny mieszkańca,
- szansy złagodzenia konfliktów w rodzinie mieszkańca,
- naprawienia konfliktu pomiędzy mieszkańcem a jego rodziną,
- zachęcenia do odwiedzin w domu pomocy społecznej.

Pozostałych czterech mieszkańców nie chciałoby, aby kapelan poznał ich rodzinę. Wynika to z faktu, iż – ich zdaniem – rola księdza ogranicza się do sprawowania liturgii, w związku z czym respondenci (dwie osoby) nie widzą potrzeby ingerencji duszpasterza w ich sprawy rodzinne. Pozostali respondenci nie deklarują przyczyn takiej opinii.

Według przedstawicieli personelu zdecydowana większość uważa, że dobrze byłoby, gdyby kapelan poznał najbliższą rodzinę mieszkańców. Jedna osoba była odmiennego zdania, gdyż najważniejsza, w jej przekonaniu, powinna być indywidualna praca z mieszkańcem, a nie z jego krewnymi.

Czy zadaniem kapelana jest stawianie mieszkańcom placówki wymagań? Połowa badanych mieszkańców uważa, że tak – ksiądz powinien stawiać wymagania dotyczące moralności, podejmowania praktyk religijnych i kultury osobistej. Warto zwrócić uwagę, że wszystkie wymienione wymagania nie są żadnymi specyficznymi oczekiwaniami kierowanymi do starszych członków społeczeństwa. Takie oczekiwania powinien mieć kapelan wobec każdej wierzącej osoby. Pozostali respondenci są przekonani, że kapelan nie powinien im stawiać żadnych zadań, bowiem *od wymagań jest dyrekcja domu, ksiądz nie powinien wymagać, ale samemu dawać przykład życiem, bo każdy powinien wiedzieć co ma robić, a nie czekać na czyjeś wymagania, bo jesteśmy starzy, a ksiądz tylko powinien robić swoje.*

Zdaniem większości pracowników (siedem osób) kapelan powinien stawiać mieszkańcom wymagania. Wymagania te powinny dotyczyć wypełniania praktyk religijnych, przestrzegania zasad moralnych. Pojedyncze postulaty dotyczyły wymagań związanych z kulturą osobistą, modlitwą, szacunkiem dla pożywienia oraz zaangażowania (nie tylko biernej obecności) w liturgię. Trzeba zaznaczyć, iż wszyscy respondenci postulujący wymagania kapelana wobec seniorów, podkreślali, że wymagania te nie mogą stać się przymusem, ale raczej powinny mieć charakter zachęty. Pozostali respondenci (trzy osoby) są zdania, iż osobom starszym mieszkającym w domu pomocy społecznej kapelan nie powinien stawiać wymagań.

W odniesieniu do oczekiwanej tematyki kazań, czterech badanych seniorów chciałoby, aby ksiądz przybliżył im prawdy wiary. Kolejne dwie osoby oczekują, że kapłan będzie poruszał bieżące problemy środowiska domu pomocy społecznej: na przykład relacje między mieszkańcami i nieporozumienia między nimi. Powinien zwłaszcza wzywać, aby zaniechano kłótni. Także dwie osoby postulują, aby ksiądz zapoznawał mieszkańców z biografiami świętych i błogosławionych (jedna z nich proponuje, żeby było to robione zgodnie z kalendarzem liturgicznym) lub z życiem ojca świętego Jana Pawła II (jeden respondent). Pomimo, iż zadano pytanie o charakterze pozytywnym – jakie powinno być kazanie, jeden z respondentów dodatkowo odpowiedział jakie kazanie być nie powinno: kazanie nie powinno dotyczyć polityki.

Według personelu kazania mają dotyczyć zagadnień moralności, przygotowania do śmierci, sensu cierpienia, czy wreszcie powinny być reakcją na codzienne niepożądane zdarzenia w placówce: kłótnie i niesnaski między mieszkańcami. Natomiast jeden respondent uważa, że ksiądz powinien pytać mieszkańców, co chcieliby usłyszeć na kazaniu. Trzykrotnie padły też postulaty, aby na kazaniu nie zajmowano się polityką czy np. problematyką aborcji².

Wszyscy badani pracownicy placówki oczekują i liczą na współpracę z kapelanem. Taka współpraca miałaby polegać na wymianie informacji o podopiecznych w celu lepszego zaspokojenia ich potrzeb, przygotowania na śmierć, lub zapewnienia poprawności procesu leczenia. Ksiądz powinien zgłaszać personelowi wszelkie niepokojące objawy u seniorów (np.: myśli samobójcze), także personel powinien informować kapelana o manifestowanych przez seniorów problemach natury duchowej, czy o prośbach o spowiedź. Informacje te też powinny dotyczyć stanu zdrowia podopiecznych, aby duszpasterz był zorientowany, co do ich rzeczywistych możliwości uczestniczenia w praktykach reli-

² Na takie propozycje należy zapewne spojrzeć przez pryzmat kazań już wygłoszonych w placówce. W trakcie wywiadu przytoczono, jako anegdotę, wydarzenie kiedy to ksiądz, na kazaniu „mówił o Ziobrze”, a po zakończeniu nabożeństwa pensjonariusze, pytali pracowników, „kto to jest Ziobro?” A tematyka aborcji w domu pomocy społecznej? Trzeba mieć niezmiernie bogatą wyobraźnię lub ważne powody, żeby osiemdziesięcioletkom na kazaniu aplikować rozważania o aborcji.

gijnych, czy po prostu mógł ocenić wiarygodność informacji przekazywanych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Pomocna dla personelu byłaby gotowość księdza do dopingowania niektórych seniorów, aby podjęli niezbędne leczenie. Jeden z pracowników zasygnalizował inny obszar współpracy: jego zdaniem ksiądz, jak każdy inny pracownik, mógłby czasami nakarmić czy napoić niesprawnego seniora.

Natomiast spośród mieszkańców jedynie dwie osoby uważają, że kapelan powinien współpracować z personelem domu pomocy społecznej. Współpraca ta ma polegać na wpływaniu na pracowników, aby ci lepiej pracowali i *lepiej się odnosili do ludzi*. Współpraca to także pomoc mniej sprawnym mieszkańcom w dotarciu do domowej kaplicy na nabożeństwa.

Czy duszpasterz powinien reagować w sytuacji zaistnienia konfliktu pomiędzy mieszkańcami? Według opinii większości seniorów (siedmiu respondentów) ksiądz powinien w takich przypadkach działać. Ma to polegać na indywidualnej rozmowie z obiema stronami konfliktu w celu doprowadzenia do zgody. Spośród respondentów trzy osoby uznały, iż kapłan nie powinien interweniować w takich sytuacjach, gdyż *to nie jego sprawa*, a ponadto *problemy trzeba rozwiązać między sobą*.

Zdecydowana większość personelu (dziewięć osób) sądzi, iż kapłan powinien reagować w sytuacji konfliktowej. Podobnie jak mieszkańcy, pracownicy uważają, że jedyną słuszną reakcją jest rozmowa ze stronami konfliktu. Jeśli taka rozmowa nie przynosi skutku, duszpasterz (zdaniem jednego badanego) powinien porozmawiać z pracownikami, a nawet z rodzinami mieszkańców.

Tylko jedna osoba uważa, iż kapłan nie jest właściwą osobą do łagodzenia sporów, tym zajmować się powinien mediator lub psycholog.

Respondentów zapytano także o reakcję kapelana w przypadku konfliktu pomiędzy mieszkańcem a pracownikiem. Połowa badanych seniorów uważa, że ksiądz nie powinien podejmować żadnej interwencji. Uważają, iż nie jest to jego sprawa lub, że tym problemem powinni się zająć przełożeni. Pozostali mieszkańcy uważają, że ksiądz powinien reagować podejmując ze stronami konfliktu indywidualne rozmowy. Jednocześnie dwie osoby zastrzegły, że podjęcie interwencji przez kapłana jest uzależnione od zaistnienia dwóch okoliczności: ksiądz musi być bezpośrednim świadkiem kłótni, bądź musi zostać poproszony o interwencję przez jedną ze stron konfliktu.

Wśród badanych pracowników osiem osób stwierdziło, iż kapłan powinien interweniować w przypadku konfliktu pomiędzy pracownikiem a pensjonariuszem domu pomocy społecznej. Interwencja ta ma sprowadzać się do rozmowy ze stronami nieporozumienia. Jednak pięciu respondentów podkreśliło, że kapelan powinien reagować tylko na prośbę pracownika lub jeśli był naocznym świadkiem zdarzenia wywołującego konflikt (jeden badany). Dwie osoby wyraziły przekonanie, że kapelan nie powinien angażować się w konflikt, gdyż nie jest to jego rola, lecz przełożonych.

Dom pomocy społecznej to środowisko zróżnicowane pod względem religijnym, chociaż, w świetle badań, zdecydowana większość to katolicy. Czego należy oczekiwać od kapelana w odniesieniu do osób niewierzących? Najwięcej badanych seniorów (pięć osób) uważa, że kapłan powinien podjąć próby nawrócenia poprzez kilkakrotne indywidualne rozmowy. Ksiądz może i powinien też nawracać swoim postępowaniem (jeden respondent). Próby nawrócenia nie mogą być nachalne, a niewierzącym należy się szacunek ze strony duszpasterza. Ksiądz powinien traktować ich *tak samo jak innych* (trzech seniorów) i *nie dać im odczuć niechęci* (dwie osoby). Spośród respondentów jeden wyraził przekonanie, iż kapłan powinien niewierzących *omijać, bo go zmieszają z błotem*. Natomiast trzy osoby uważają, że nie należy nawracać niewierzących, bo to jest ich indywidualna sprawa oraz, że *od tego są misjonarze*.

Najczęściej postulowaną przez personel domu pomocy społecznej postawą kapelana wobec osób niewierzących jest *traktowanie ich jak innych*, szacunek i tolerancja. Ksiądz powinien podejmować próby nawrócenia, ponieważ, jak podpowiada jeden z respondentów, jest to jego rola. Ale próby te to niekoniecznie *nawracanie werbalne*: trzeba nawracać własnym przykładem lub *szukać innych dróg*. Na co dzień ksiądz może zachęcać do wiary, rozmawiać, próbować nawiązać więź, troszczyć się o niewierzących poprzez modlitwę i świadectwo życia, poprzez poszukiwanie w ich przeszłości przyczyn niewiary.

Jak ksiądz powinien traktować osoby innych wyznań i religii? Mieszkańcy zaproponowali postawę szacunku, odnoszenie się z kulturą, traktowanie *tak jak innych*. Pięciu seniorów uważało, iż nie należy ich nawracać. Natomiast trzy osoby są przeciwnego zdania: *tłumaczyć, przekonywać!* ponieważ *kto, jak nie ksiądz?* Inny badany postuluje, aby *być gotowym do dialogu w razie pytań*. Jeden mieszkaniec nie potrafił odpowiedzieć jak ksiądz ma traktować ludzi inaczej wierzących.

Pracownicy postulują szacunek, tolerancję i brak uprzedzeń. Ksiądz nie powinien różnicować swojego zachowania ze względu na wyznanie. Zdecydowana większość (ośmiu badanych) jest przeciwna próbom nawracania. Tylko jeden respondent zaproponował taką próbę (i to tylko jednorazową). Jednocześnie kapłan nie powinien być obojętny wobec mieszkańców innych wyznań. Pojedynczy respondenci zgłosili takie postulaty jak: rozmowa, modlitwa, bycie w pobliżu w razie zagrożenia śmiercią, sprowadzenie duchownego stosownie do religii lub wyznania mieszkańca. Zaproponowano nawet, aby w domu pomocy społecznej zorganizować spotkanie z przedstawicielami innych religii, aby pokazać, że *katolicy szanują ich wiarę*.

Interesujące były także opinie dotyczące stosunku księdza do katolików niepraktykujących. W większości badani mieszkańcy uważają, że osoba duchowna powinna odnosić się do takich osób z szacunkiem i kulturą. Jednocześnie niemal wszyscy respondenci uważają, że kapłan powinien próbować namawiać takie osoby do podjęcia praktyk religijnych i uporządkowania swojego życia

religijnego. Ma to się odbywać zawsze na drodze indywidualnego spotkania, życzliwej rozmowy, nigdy publicznie. Jedna osoba uważa, że duchowny w żadnym razie nie powinien podejmować prób ingerencji w sprawy życia religijnego innych, powinien *dać im spokój, niech sami te rzeczy ułożą*. Trzeba podkreślić, że oczekiwania mieszkańców wobec zachowań księdza w odniesieniu do osób niewierzących, niepraktykujących i wyznawców innych religii są świadectwem, iż sami seniorzy traktują takie osoby z szacunkiem, nie dyskryminują, nie uważają za kogoś gorszego od siebie. A przecież katolik w wieku emerytalnym, słuchający rozgłośni radiowej z Torunia (w pokojach często rozbrzmiewają „Rozmowy niedokończone” i rozpoznawalny tembr głosu „ojca dyrektora”) to, zdaniem wielu, typowy „moherowy beret”, fanatyk o skostniałych poglądach, serdecznie nienawidzący wszystkich myślących inaczej niż on. Okazuje się, w świetle badań, że trzeba zrewidować ten krzywdzący stereotyp.

Badani pracownicy placówki postulowali, aby kapelan odnosił się do niepraktykujących mieszkańców z delikatnością, szacunkiem i tolerancją. Ksiądz nie może ich potępiać, ani zmuszać do zmiany postaw. Jednocześnie wszyscy badani uważają, że kapłan powinien starać się wpływać na ich życie religijne. Drogą do tego powinna być indywidualna zachęta do uczestnictwa w liturgii. Lecz nie tylko. O ile zaproszenie okaże się skuteczne, duchowny powinien zadbać o to, aby udział w nabożeństwach nie ograniczał się jedynie do roli obserwatora. Chodzi o aktywne i czynne uczestniczenie: chociażby poprzez pomoc w przygotowaniu liturgii. Postulowano także poszukiwanie przyczyn zaniedbania praktyk religijnych oraz spotkania z mieszkańcami niepraktykującymi, w czasie których mogliby mówić co im się nie podoba lub wyrażać krytyczne uwagi i dawać propozycje.

Poproszono także badanych o wskazanie, kto jest dla nich „duchowym” autorytetem w domu pomocy społecznej. Spośród seniorów trzy osoby wskazały na księdza, jeden mieszkaniec stwierdził, że w placówce nie ma osoby, którą mogłaby uznać za autorytet „duchowy”. Pozostali respondenci wymienili pojedynczo czterech różnych pracowników oraz dyrektora placówki, a jeden badany zadeklarował, iż jego „duchowym” autorytetem jest *Biblia i książeczka do nabożeństwa*, natomiast jeden z badanych podkreślił, iż ksiądz nie jest dla niego autorytetem.

Największa liczba pracowników (cztery osoby) stwierdziła, że w placówce nie mają „duchowego” autorytetu. Jak dodali (trzech z nich) – *na pewno nie jest to ksiądz*. Spośród pozostałych sześciu osób, dwóch badanych wskazało na kapłana, kolejnych dwóch respondentów za autorytet uznało pracowników zatrudnionych w placówce (jeden z tych pracowników został wskazany także przez mieszkańca), jeden pracownik za autorytet uważa papieża Jana Pawła II. Natomiast jeden respondent nie potrafi wskazać, kto jest jego autorytetem.

Weryfikacja założeń badawczych

Pierwsze z założeń badawczych wyrażało przekonanie, że mieszkańcy domu pomocy społecznej w swoich oczekiwaniach, co do osoby kapelana, kładą nacisk na możliwość uczestniczenia w nabożeństwach i dostępie do sakramentów. Daleko mniej zależy im na osobistej, indywidualnej więzi z kapłanem, kontakcie bezpośrednim, wychodzącym poza liturgię. W celu zweryfikowania tego założenia posłużono się odpowiedziami na pytanie czy i dlaczego kapłan jest potrzebny w domu pomocy społecznej, pytaniem o preferowany typ kontaktów z osobą duchowną o dziedzinę życia, w której ksiądz byłby pomocny seniorowi, o kontakt duszpasterza z rodziną, a wreszcie najważniejsze cechy osobowości kapelana.

Za potwierdzeniem założenia przemawia odpowiedź na pytanie o to, dlaczego kapłan jest potrzebny w placówce. Wszyscy badani wskazali, że ksiądz jest przede wszystkim niezbędny do sprawowania liturgii: odprawiania mszy św. i nabożeństw. Również, jeśli chodzi o preferowany typ kontaktów z kapłanem, zdecydowanej większości seniorów zależy na kontaktach liturgicznych, wspólnych z innymi: msza św. i nabożeństwa. Ale już siedmiu respondentów chciałoby także spotykać się z księdzem w trakcie indywidualnej rozmowy (nie chodzi o sakramentalną spowiedź). Te kontakty służyłyby psychicznemu wsparciu, udzielaniu rad, miałyby dotyczyć nie tylko sfery życia religijnego, ale wykraczałyby poza tę tematykę.

Wyrażna zmiana następuje przy analizie odpowiedzi na pytanie dotyczące sfer życia, w jakich ksiądz mógłby pomóc pensjonariuszowi. Tu następuje istotne odejście od kwestii związanych z liturgią. Większość badanych oczekuje pomocy w sferze psychicznej: wsparcia w bieżących problemach, ale także w przygotowaniu do zbliżającej się śmierci, w uzyskaniu wewnętrznego spokoju, czy wreszcie w osiągnięciu poczucia, że ma się kogoś zaufanego, kogoś kto jest do dyspozycji.

Także pytanie dotyczące kontaktów duszpasterza z rodziną mieszkańca potwierdza, że usługi, jakich oczekują seniorzy od księdza, sięgają dalej niż odprawienie mszy św. i sprawowanie sakramentów. Większość z respondentów chciałaby, aby ksiądz poznał ich rodzinę. Kontaktów księdza ze swoją rodziną nie życzyłby sobie chyba nikt, kto traktowałby kapelana jedynie jako urzędnika, przedstawiciela wspólnoty kościelnej delegowanego do domu pomocy społecznej jedynie dla odprawiania nabożeństw. Sfera intymności, jaką jest zażyłość, czy choćby znajomość z rodziną, nie jest dostępna osobie traktowanej jako obcej, spełniającej jedynie swoje oficjalne obowiązki.

To, że seniorom bardziej zależy na indywidualnych relacjach z kapłanem, potwierdzają odpowiedzi na pytanie związane z oczekiwanymi cechami osobowościowymi kapłana pracującego z ludźmi starymi. Mieszkańcy chcą, aby był to „dobry człowiek”, aby umiał słuchać, oczekują od niego otwartości, em-

patii, komunikatywności, wrażliwości i wyrozumiałości. Jeżeli, zdaniem mieszkańców, ksiądz miałby być w placówce jedynie po to, aby odprawić mszę św., udzielić sakramentów, pobłogosławić i iść do domu, to dlaczego oczekują od niego, aby umiał ich wysłuchać? Kapłan odprawiający mszę św. nie musi być otwarty, wrażliwy i empatyczny, jak tego oczekują seniorzy. Bycie „dobrym człowiekiem” nie jest warunkiem *sine qua non* sprawowania liturgii.

Założenie badawcze, że oczekiwania osób starszych, przebywających w domu pomocy społecznej, koncentrują się na liturgicznym aspekcie posługi kapłańskiej zostało sfalsyfikowane. Owszem, według seniorów, obecność kapłana jest potrzebna ze względu na możliwość uczestniczenia w podstawowych praktykach religijnych. Mają świadomość, że w tym względzie jest on osobą niezastąpioną, a istotą jego posługi jest właśnie sprawowanie sakramentów. Jednak oczekują nie tylko posługi czysto „liturgicznej”, ale także „bycia z nimi”, zainteresowania i towarzyszenia na meandrach schyłku życia.

Kolejne z postawionych założeń badawczych dotyczyło personelu placówki. Według tego założenia, oczekiwania pracowników domu pomocy społecznej wobec posługi kapelana osobom starszym koncentrują się na aspektach związanych ze wsparciem psychicznym i duchowym.

Na pytanie: dlaczego kapelan jest potrzebny w domu pomocy społecznej, sześciu pracowników wskazało na odprawianie mszy św. i sprawowanie sakramentów (spośród badanych seniorów wszyscy uważali, że jest to główne zadanie księdza). Ale również sześć osób wymieniło „pomoc duchową”, trzy – wsparcie w samotności, również trzy – przygotowanie na śmierć, a jedna – wsparcie psychiczne. Zaznacza się tutaj podwójna rola duszpasterza domu pomocy społecznej: szafarz sakramentów oraz powiernik i przyjaciel.

Czego, zdaniem personelu, oczekują od księdza mieszkańcy placówki? Przede wszystkim pomocy duchowej – zwłaszcza w obliczu zbliżającej się śmierci oraz wsparcia psychicznego, na drodze indywidualnej rozmowy. Ten aspekt posługi kapłana potwierdza opinia, wyrażona przez wszystkich badanych pracowników, że – jeśli chodzi o kontakty z duszpasterzem – seniorom najbardziej zależy na indywidualnym spotkaniu i rozmowie z księdzem. Podobnie personel przekonany jest, że wskazane są kontakty księdza z rodzinami podopiecznych. Skutkowałoby to możliwością większego zrozumienia przez kapłana problemów mieszkańców, przyczyn – często tkwiących w dalekiej przeszłości – ich fobii, urazów czy drażliwych zachowań. U badanych da się zauważyć głębokie przeświadczenie, że Kościół – tu w osobie kapelana – powinien towarzyszyć człowiekowi w jego drodze poczynawszy od pierwszych chwil istnienia, aż po ostatnie lata życia (Drzyżdżyk, 2007b).

Także odpowiedzi na pytanie dotyczące oczekiwanych cech osobowości kapelana, potwierdzają, że najistotniejsze cechy to te odnoszące się do bezpośrednich relacji z innymi ludźmi, potrzebne przy spotkaniu *face to face*, zwłaszcza z osobami niepełnosprawnymi, wymagającymi szczególnie troski

i uwagi. Cechy dotyczące np.: staranności, czy poprawności prowadzenia akcji liturgicznej, obowiązkowości, czy pobożności, nie były w ogóle wymieniane. Natomiast najczęściej postulowano cierpliwość, opanowanie, spokój oraz otwartość i kontaktowość. Wymieniano też umiejętność słuchania, wyrozumiałość, wrażliwość, ale i odporność psychiczną (zapewne posiłkując się własnym doświadczeniem w kontaktach z osobami starszymi).

Drugie założenie badawcze zostało potwierdzone: według personelu, najważniejsza dla osób starszych jest psychiczna i duchowa pomoc oparta na osobistej więzi kapłana z podopiecznymi.

Tym samym zostało sfalsyfikowane ostatnie założenie badawcze odnoszące się do różnic pomiędzy oczekiwaniami seniorów i personelu wobec posługi kapłana. Zgodnie z przyjętym założeniem, oczekiwania mieszkańców koncentrują się na posłudze liturgicznej, sprawowaniu nabożeństw i sakramentów, a oczekiwania personelu skupiają się głównie na aspekcie psychologicznym kapłańskiej posługi. Tymczasem okazało się, że obie grupy badanych – seniorzy i pracownicy – oczekiwania swe wiążą głównie z indywidualnymi kontaktami seniorów z księdzem, z pomocą duchową i ze wsparciem psychicznym.

Czy były zatem jakieś istotne różnice w opiniach mieszkańców i personelu? Tak, pojawiła się wyraźna różnica dotycząca współpracy pomiędzy kapłanem a pozostałym personelem domu pomocy społecznej. Otóż w zdecydowanej większości seniorzy nie widzą pola współpracy pomiędzy duchownym i pracownikami. Separują obszary pracy księdza i czynności zawodowych pozostałego personelu. *Sacrum* staje w opozycji do *profanum*. Inaczej pracownicy: wszyscy przebadani widzą możliwość a nawet konieczność współpracy. Zdaniem personelu, powinna ona polegać na dwukierunkowym przekazywaniu informacji o poszczególnych mieszkańcach. Ma służyć dobru seniorów. Z jednej strony ksiądz może otrzymywać informacje od personelu o stanie zdrowia warunkującym zachowanie, samopoczucie, zdolność do interakcji, co może pomóc kapłanowi w dokonaniu właściwej oceny moralnej swego „parafianina”. Byłaby to, zatem, „podpowiedź” jak kapłan ma traktować konkretną osobę. Z drugiej strony ksiądz może zgłaszać personelowi dostrzeżone niepokojące objawy psychiczne, symptomy depresji, czy problemy, w których rozwiązaniu niezbędna jest pomoc innych pracowników placówki. Niekiedy dopiero przed kapłanem mieszkańcy decydują się wyjawic latami skrywane problemy, a ten może wskazać im, jeśli sam nie jest kompetentny, osoby, które potrafią im pomóc.

Oczekiwania mieszkańców i pracowników wobec kapłana

W oczekiwaniach badanych osób, kapłan nie powinien być osobą ograniczającą się jedynie do działań związanych z liturgią i sprawami życia duchowego.

wego pensjonariuszy. Obszar jego pracy to nie tylko kaplica i zakrystia. Ma być czynnym członkiem społeczności domu pomocy społecznej. Zarówno pracownicy, jak i mieszkańcy oczekują od niego większej aktywności. Pokazują to wyraźnie oczekiwania związane z rolą, jaką ma podejmować ksiądz, w sytuacji zaistnienia konfliktów. Powinien się włączać w ich rozwiązanie. Ten postulat zwraca uwagę na pewien problem: kapelan jest zatrudniony w domu pomocy społecznej (podobnie jak inni pracownicy) na podstawie umowy o pracę (w tym przypadku jest to umowa „na pół etatu”). Należy do grupy pracowników, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Wszyscy pracownicy mają określony zakres obowiązków, wchodzi w skład zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, które, zgodnie z wymogami prawa, opracowują indywidualne plany wsparcia mieszkańców i które wspólnie z mieszkańcami je realizują (Dziennik Ustaw nr 217, poz. 1837, § 2, p. 3). Byłoby z korzyścią dla podopiecznych, aby w składzie takich zespołów był także kapelan. Holistyczne podejście do mieszkańca wskazuje na potrzebę także duchowego wsparcia, opartego o merytoryczną, kompetentną wiedzę pracującego w placówce duszpasterza.

Tymczasem, w badanej placówce kapelan nie bierze udziału w tego typu działaniach. Faktycznie wykonywane obowiązki to codzienna (z wyjątkiem dnia wolnego) msza św. w domowej kaplicy, w niektórych okresach roku liturgicznego odprawienie dodatkowych nabożeństw (majówka, różaniec, droga krzyżowa), następnie udzielenie komunii św. mieszkańcom leżącym w swoich pokojach. Wtedy jest także okazja do rozmowy. Na prośbę mieszkańców kapelan spowiada, a w sytuacjach szczególnych udziela sakramentu namaszczenia chorych. Niekiedy uczestniczy w pogrzebie mieszkańców. Bywa też, że asystuje przy ich ślubie. Jak się okazało, pracujący w placówce kapelan nie ma określonego na piśmie zakresu obowiązków. Nie jest też, jak wszyscy pracownicy bezpośrednio obsługujący mieszkańców, członkiem działu opiekuńczo-pielęgnacyjnego.

W strukturze organizacyjnej domu pomocy społecznej, w skład której wchodzi cztery działy, kapelan podlega służbowo bezpośrednio dyrektorowi placówki, tak jak radca prawny czy kierownik kadr. Jest więc, z formalnego punktu widzenia, osobą traktowaną wyjątkowo.

Jakiego księdza potrzeba społeczności domu pomocy społecznej? Nie tylko takiego, który sprawnie odprawi nabożeństwo, udzieli komunii św. i wyspowiada penitentów. Nie kolegi, nie organizatora wycieczek i pielgrzymek. Nie takiego, który po szybko wypełnionych obowiązkach, udaje się do innych zadań. Nie ma znaczenia, czy umie śpiewać, czy dba o czystość obrusu na ołtarzu. Tym może zająć się domowa zakrystiana – emerytka lub ktoś z pracowników. Społeczności domu pomocy społecznej potrzeba księdza, który ma do zaoferowania czas. Który potrafi dostosować swoje tempo mówienia, myślenia i działania do możliwości podopiecznych. To ma być pasterz, który swoje owieczki wyprzedza, ale tylko o krok, by czuł jego bliskość. Pensjonariusze już przestali

się spieszyć, w jesieni życia mogą iść wolniej. Trzeba do nich dostosować swoje tempo. Choć mają dużo wolnego czasu w skali każdego dnia, to nie mają go wiele w skali całego życia. W świetle wiary religijnej, w obliczu zbliżającego się ostatecznego rozrachunku z całego życia, trzeba im tę resztę czasu pomóc przeżyć owocnie. Kapelan, bardziej niż każdy inny, powinien pamiętać o nieredukowalności aspektów ludzkiego bytu i uznawać człowieka za pełnowartościowy podmiot, zarówno w znaczeniu poznawczym jak i ontologicznym (Drzyżdżyk, 2005).

Seniorzy potrzebują kapłana, którego natura wyposażyła w obfite pokłady „świętej” cierpliwości. Przede wszystkim musi być to człowiek, który umie kochać i pojmuje tę miłość jako dawanie siebie, ofiarowanie tego, co w nim samym jest najpiękniejsze i najbardziej wartościowe (Drzyżdżyk, 2007a). To nie powinien być ktoś z przypadku, z konieczności, kto nie potrafi nawiązać specyficznych relacji z człowiekiem starym. Dla księży pracujących w zwykłych parafiach praca z ludźmi w podeszłym wieku jest nieobca, odwiedzają ich przecież w domach w pierwsze piątki miesiąca, mają z nimi do czynienia u krtek konfesjonału. Ale w placówce, gdzie praca ze światem ludzi starych jest codziennością i głównym zadaniem, powinien pracować kapłan, który swoją posługę podejmuje z wyboru.

Zazwyczaj w domach pomocy społecznej posługą kapelana zajmują się księża pracujący w parafiach, na terenie których te placówki się znajdują. Do pracy w domu pomocy trafia, więc, osoba, która do tego typu pracy niekoniecznie jest przygotowana. Być może warto pokusić się o specjalistyczne przygotowanie kapłanów, którzy mają pełnić posługę kapelana osób starych w domu pomocy społecznej. W strukturach Kurii Metropolitalnej w Krakowie funkcjonują między innymi duszpasterstwa specjalistyczne chorych oraz niepełnosprawnych (*Informator Archidiecezji Krakowskiej 2008/09*, 2008). Być może czas na duszpasterstwo seniorów³?

Jest jeszcze jeden problem, który wiąże się z pracą kapłana w placówce opiekuńczej. Werner Reichmann (1997) opisuje dwa typy duszpasterstwa w domu pomocy społecznej. Pierwsza koncepcja zakłada autonomię placówki, społeczność mieszkańców jest wydzieloną wspólnotą, która ma swojego duszpasterza, a życie i praktyki religijne dokonują się wyłącznie w środowisku mieszkańców. Dom ma swojego księdza, który sprawuje pieczę nad swoją „parafią”.

Drugi model nie izoluje placówki, lecz traktuje ją jako część szerszej wspólnoty parafialnej, której duszpasterze zajmują się także mieszkańcami domu pomocy społecznej. O ile w drugim ujęciu kapłan traktuje posługę w placówce jako jeden z wielu obowiązków i, siłą rzeczy, nie jest w stanie wejść w głębsze

³ Ten postulat należy jednak stawiać przez pryzmat malejącej liczby zgłaszających się do seminariów chętnych do kapłaństwa i niewystarczającej liczby, zwłaszcza w diecezjach Polski zachodniej, pracujących kapłanów.

i bliższe relacje z podopiecznymi, to pierwsza koncepcja, w świetle badań, wydaje się bardziej oczekiwana przez starsze osoby. Kapłan ma szansę nie tylko na wykonywanie obowiązków służbowych i świadczenie pracy wśród seniorów, ale na „stanie przy boku”, spełnianie posługi i życzliwe towarzyszenie w jesieni życia.

Przeprowadzone badania miały charakter rozpoznawczy i przyczynkowy. Liczebność grupy badawczej pochodzącej tylko z jednego domu pomocy społecznej, nie pozwala na uogólnianie wyników badań na szersze zbiorowości. Wyniki dotyczą tylko przebadanej placówki i mogą być jedynie głosem w dyskusji nad miejscem kapelana w zespole pracowników świadczących usługi seniorom. Na ich kanwie można się także pokusić o próbę formułowania pewnych postulatów, dla których wsparcia potrzebne jest jednak rozszerzenie badań na większą populację z różnych placówek.

Literatura:

- Frankfurt-Nachmias C., Nachmias D., 2001, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Goffman E., 1975, *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w]: W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych*, PWN, Warszawa, s. 150–177.
- Informator *Archidiecezji Krakowskiej 2008/09*, 2008, Tekieli K. (red.), Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków.
- Rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z dnia 19 października 2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. Nr 217, poz. 1837.
- Drzyżdżyk Sz., 2007a, *Communio personarum w nauczaniu Jana Pawła II. O tworzeniu dojrzałej wspólnoty małżeńskiej*, „Polonia Sacra”, R XI(XXIX), nr 20/66, s. 169–183.
- Drzyżdżyk Sz., 2005, *Człowiek w antropologii Jana Pawła II*, „Bielsko-Żywieckie Studia Teologiczne”, t. 6, s. 139–151.
- Drzyżdżyk Sz., 2008, *Sakrament chorych a odpuszczanie grzechów*, „Polonia Sacra”, R XII(XXX), nr 22/66, s. 127–139.
- Drzyżdżyk Sz., 2007b, *Sakrament w ewolucji – o namaszczeniu chorych*, „Polonia Sacra”, R XI(XXIX), nr 21/65, s. 129–143.
- Pilch T., 1998, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo ŻAK, Warszawa.
- Pilch T., Bauman T., 2002, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo ŻAK, Warszawa.
- Reichmann W., 1997, *Koncepcje opieki duszpasterskiej nad seniorami*, „Tematy”, nr 6, s. 25–29.

Śmierć jako wyzwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych

Słowa kluczowe:

śmierć, umieranie, opieka, wsparcie, opieka paliatywna, terapia egzystencjalna, wychowanie do śmierci, modele umierania, teorie umierania, pacjent terminalny, wsparcie duchowe, terapia

Key words:

death, dying, care, support, palliative care, existential therapy, bringing up for death, dying models, dying theories, terminally ill patient, spiritual support, therapy

Streszczenie:

Śmierć jest zjawiskiem, które dotyka każdego. W opiece nad osobami starszymi obecność śmierci jest naturalnym elementem. W fazie terminalnej pacjenta proces umierania determinuje działania opiekuńcze. Teorie umierania kładą podwaliny pod konstruowanie modeli pracy opiekuńczej z osobami umierającymi, by zapewnić im rozwój w ostatnim etapie życia. W niniejszym artykule przedstawiono wybrane teorie umierania oraz modele pracy opiekuńczej z pacjentami terminalnymi. Wskazano także na multidyscyplinarność w opiece paliatywnej, zorientowanej egzystencjalnie, w której znaczenia nabiera wsparcie psychiczne i duchowe. Swoje miejsce w zinstytucjonalizowanej opiece znajdują psychologowie, terapeuci, duchowni a także wolontariusze i najbliżsi osoby chorej.

Summary:

Death is a phenomenon that concerns everybody. Its presence is a natural element connected with taking care of elderly people. With the terminally ill patients the process of dying determines the caring actions. Dying theories lay foundations of constructing models connected with looking after dying people in order to provide them with some development in the last phase of their lives. This article presents the chosen theories of dying and some models of looking after terminally ill patients. It also indicates the multi-

disciplinarity in palliative care which is existentially orientated and in which psychological and spiritual support acquires significance. In the institutionalized care, psychologists, therapists, clergymen as well as volunteers and relatives find their places.

Wprowadzenie

Choć mogą nas otaczać przyjaciele, choć inni mogą umierać z tej samej przyczyny, a nawet w tym samym czasie (jak w starożytnym Egipcie, gdzie służących zabijano i grzebano razem z faraonem, albo jak w przypadku paktów samobójczych¹), nadal na najbardziej podstawowym poziomie umieranie jest najbardziej samotnym doświadczeniem człowieka (Yalom, 2008b, s. 367). Jest doświadczeniem jednorazowym, dotyczącym każdą istotę ludzką, jedynym w swoim rodzaju i niepoznawalnym, jak głosi antyczny sofizmat: jest śmierć, nie ma mnie – jestem ja, nie ma śmierci. Śmierć od wieków jest tematem rozważań filozofów, gdyż stanowi największą tajemnicę ludzkiej egzystencji. I właśnie myśliciele kojarzeni z egzystencjalizmem (np. Nietzsche, Kierkegaard, Scheler, Sartre, Camus, Heidegger, Husserl) dostarczają interpretacji tego zjawiska, które mogą posłużyć do budowy dalszych rozważań teoretycznych związanych z opieką i wsparciem osób umierających i ich bliskich.

Śmierć jest zjawiskiem społecznym, zmienia się w czasie i przeobraża w wyniku oddziaływań zbiorowości i grup społecznych. W różnych kulturach, religiach, na różnych szerokościach geograficznych i w różnych okresach historycznych zjawisko śmierci, umierania, towarzyszenia umierającemu oraz zwyczaje i rytuały pogrzebowe przybierały rozmaite formy².

We współczesnej cywilizacji Zachodu trudno jest nawet oswoić się ze śmiercią, gdyż coraz rzadziej się z nią obcuje. Istnieje co prawda, jednak jako wirtualne zdarzenie, gdzieś „poza”. Kolejne życie stracił bohater gry komputerowej, w dalekich krajach dzieci umierają z głodu, wojny między plemionami dziesiątkują Afrykańczyków, nowotwory zbierają swoje żniwo, ktoś z dalszej rodziny

¹ Pakt samobójczy – zbiorowe samobójstwo, przygotowane wspólnie przez kandydatów na samobójców. Są to akty samobójcze popełniane wraz z najbliższą osobą, rodziną a nawet całą społecznością. Współcześnie pakty samobójcze organizowane są często za pomocą Internetu [przyp. A. F.].

² Por. P. Aries, *Człowiek i śmierć*, Warszawa 1992; M. Kerrigan, *Historia śmierci. Zwyczaje i rytuały pogrzebowe od starożytności do czasów współczesnych*, Warszawa 2009; M. Zawiła, *Religia i śmierć. Trajektoria umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce*, Kraków 2008; K. P. Kramer, *Śmierć w różnych religiach świata*, Kraków 2007; L. Rinpocze, J. Hopkins, *Śmierć, Stan Pośredni i Odrodzenie w Buddyźmie Tybetańskim*, Kraków 1999.

umiera w hospicjum. Śmierć jest wszechobecna, ale na odległość, bezpośrednio doświadczonych ze śmiercią jest niewiele. Śmierć z bliska jest rzadkością. Ludzie umierają z dala od domu, rodziny, w miejscach obcych, publicznych. Coraz częściej w naszej kulturze umieranie dokonuje się w instytucji, w tłumie, ale w samotności zarazem. Rodzina straciła przywilej opieki nad chorym, starym i umierającym człowiekiem. Przemiany cywilizacyjne, społeczne, kulturowe w krótkim czasie skazały polskie rodziny wielopokoleniowe na rozproszenie, podział i samotność. Członkowie mało licznych rodzin, rozrzuconych po całym świecie skazani są na dokonywanie życia wśród obcych ludzi z dala od najbliższych.

Wybrane teorie i modele wsparcia umierających

Śmierć jest jednocześnie zjawiskiem jednostkowym, indywidualnym, intymnym. Każdy człowiek w jakiś sposób doświadcza śmierci innych i żyje ze świadomością własnej śmiertelności. Groza śmierci jest wpisana w życie każdego, a refleksja nad skończonością i wizja własnej śmierci pojawia się nie tylko jako świadectwo dojrzałości, ale jest także reakcją na bodźce zewnętrzne. I tak, jak źródła refleksji nad umieraniem są kompilacją wewnętrznych uwarunkowań oraz wpływów środowiska, tak i ochroną przed trwogą śmierci są wewnętrzne mechanizmy wyparcia oraz poczucie własnej wartości osadzone w kulturze, ideologii, systemie światopoglądowym, religii. Zgodnie z Teorią Opanowania Trwogi (Terror Management Theory – TMT) (Rosenblatt i inni), trwoga przed śmiercią powiązana jest z poczuciem bezpieczeństwa. Poczucie bezpieczeństwa zależy od poczucia własnej wartości, budowanej na postrzeganiu zgodności własnego działania z normami otoczenia. W przypadku dzieci, źródłem tych norm jest środowisko rodzinne. Później, gdy jednostka uświadamia sobie śmiertelność wszystkich, także osób znaczących – rodziców oraz samego siebie, poczucie bezpieczeństwa zapewnić mu może kultura, światopogląd, ideologia. Działanie zgodne z zasadami, normami, wzorami tychże ideologii daje poczucie przynależności i wpisania się w system, jest podtrzymaniem pozytywnego obrazu samego siebie, daje poczucie własnej wartości.

Ideologie te są buforem chroniącym człowieka przed brakiem poczucia bezpieczeństwa zapewniając transcendencję, nieśmiertelność symboliczną, a religia nawet rzeczywistą nieśmiertelność. Jeśli posiada się przeświadczenie o ważności światopoglądu, utożsamia się z jego wartościami, a także ma się wiarę, że się w ramach tych wartości funkcjonuje, zapewniony jest mechanizm buforowania. Radzenie sobie z lękiem przed śmiercią, jako unicestwieniem może przybierać różne formy, takie jak chęć pozostawienia po sobie jakiegoś śladu dla potomnych, postrzegając młodsze generacje jako ciągłość współczesnego istnienia i zapewnianie tej ciągłości poprzez posiadanie własnych dzie-

ci. U niektórych lęk przejawia się w postaci silnego pragnienia gromadzenia bogactw, budowania okazałych domów, sponsorowania wzniosłych celów, angażowania w akcje charytatywne czy w tworzeniu dzieł artystycznych, naukowych. Symboliczna nieśmiertelność, pozostawienie po sobie wartościowej spuścizny umacnia przekonanie, że w tej kulturze, w tej religii, w tym społeczeństwie odgrywa się znaczącą, akceptowaną rolę.

Drugim elementem teorii opanowania trwogi jest hipoteza efektów ekspozycji na śmierć. Wynika z niej, że człowiek konfrontowany z tematyką śmierci, przemijania pobudzony jest do refleksji nad własną śmiertelnością. Uznaje uwarunkowania kulturowe, w których żyje, za wartościowe, utożsamia się z nimi, chroni je. Wtedy też w sposób bardziej surowy, krytyczny funkcjonuje z osobami reprezentującymi inny system wartości albo zagrażającymi przyjętemu światopoglądowi. Jest to – zdaniem zwolenników tej teorii – mechanizm obronny, chroniący przed zniszczeniem bufora, jakim są reprezentowane wartości w utożsamianym systemie. Jednocześnie wszyscy, wspierający tenże bufor będą pozytywnie przyjmowani i akceptowani (Por. Rosenblatt i inni, 2008, s. 35 i nast.).

Yalom potwierdza tezę, że w przygotowaniu do śmierci zasadniczą rolę odgrywa konfrontacja z lękiem przed śmiercią. *Śmierć i życie wzajemnie się ze sobą wiążą: choć fizycznie śmierć nas niszczy, „idea” śmierci nas zbawia. Gdy uznamy rzeczywistość śmierci, życie nabiera smaku, radykalnie zmienia się perspektywa życiowa, a my, zamiast wypełniać życie rozrywkami, sposobami na uspokojenie i miałkami obawami, zaczynamy żyć w sposób bardziej autentyczny* (Yalom, 2008b, s. 47). Osoby, które doświadczyły grozy śmierci, przeszły zagrażające życiu choroby czy dowiadują się o konkretnym czasie jaki im pozostał, zmieniają swoje podejście zarówno do życia jak i śmierci. Doceniają relacje z innymi ludźmi, porządkują sprawy rodzinne, często przewartościowują swoje życie i żyją bardziej świadomie.

Badania przedstawiane przez Yaloma (tamże) pokazują, iż istnieje pozytywna korelacja pomiędzy wysokim poziomem lęku przed śmiercią a depresją, wcześniej doświadczoną w życiu stratą, brakiem przekonań religijnych i wykonywanym zawodem. Badacze podkreślają, że często lęk przed śmiercią nie jest uświadamiany, że wśród ludzi starszych bardziej boją się śmierci osoby psychicznie niedojrzałe i mało aktywne życiowo. Do walki z lękiem przed śmiercią ludzie często wykorzystują wiele mechanizmów obronnych, które mogą prowadzić do patologii. Można w tym miejscu znów powołać się na TMT, która fobie i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne wyjaśnia jako przemianę lęku przed śmiercią w zagrożenia fiksacyjne, które można łatwiej opanować (Por. Arndt i inni, 2008, s. 110 i nast.).

Zjawisku umierania nieodłącznie towarzyszy izolacja. Yalom (2008b, s. 364) wyróżnia trzy rodzaje izolacji – izolacja *interpersonalna* rozumiana jako samotność, izolacja *intrapersonalna* polegająca na oddzieleniu przykrych doświad-

czeń od uczuć oraz izolacja *egzystencjalna* polegająca na oddzieleniu jednostki od świata. *Izolacja egzystencjalna to dolina samotności, do której wiedzie wiele dróg. Konfrontacja ze śmiercią i wolnością nieuchronnie do tej doliny prowadzi* (tamże, s. 367). Izolacja interpersonalna powodowana jest przez wiele czynników. Są to m.in. coraz słabsze więzi rodzinne, bądź przynależność osób starszych do środowiska lokalnego czy trudności emocjonalne wywołane lękiem przed śmiercią własną czy bliskich. Dużą rolę w pokonywaniu tego rodzaju izolacji ma zorganizowana opieka instytucjonalna, cały zespół współpracujących ze sobą specjalistów: lekarzy, pielęgniarek, duchownych, psychologów, terapeutów, wolontariuszy, opiekunów. Izolacja intrapersonalna jest o tyle niebezpieczna, że może prowadzić do patologii. Powoduje, że człowiek zaczyna gubić się w gąszczu własnych uczuć, traci zdolność rozumienia różnicy pomiędzy pragnieniami a powinnościami. Ogromną rolę do odegrania w tym obszarze mają psychoterapeuci.

Pomimo tego, że śmierć jako zwieńczenie życia, dotyka absolutnie wszystkich i jest nieunikniona, to w wielu cywilizacjach nie jest postrzegana jako integralna część życia. A to nie starość musi być ostatnim etapem rozwojowym, lecz właśnie śmierć – ostatnim, nieuniknionym aktem, także o charakterze rozwojowym, do którego można i należałoby się przygotować. Świadomość nieuchronności starzenia się i perspektywa śmierci, charakteryzują z reguły wiek późnej dorosłości, a refleksja nad przemijaniem, starzeniem się i w końcu umieraniem występuje coraz częściej w miarę upływu lat człowieka. Wynika to nie tylko z samego faktu zbliżania się do kresu. Niewątpliwie samo doświadczenie życiowe, biografia, przeżywanie straty, czy uczestnictwo w cierpieniu i umieraniu bliskich sprawia, że perspektywa własnej śmierci staje się bliższa i bardziej świadoma. Z kolei zamykanie kolejnych etapów rozwoju dorosłego człowieka skłania do bilansowania swojego życia. Rachunek tego bilansu istotnie determinuje przygotowanie się do odejścia. Im człowiek ten bilans postrzega jako bardziej pozytywny, tym większe są szanse na godne przyjęcie własnej śmierci.

Rodzi się zatem wyzwanie dla tych, którzy stają przed zadaniem – towarzyszyć w umieraniu drugiemu – najbliższej osobie, znajomemu, obcemu. Wyzwanie to przyjmuje personel medyczny i niemedyyczny, psychologowie, duchowni, rodzina, wolontariusze.

W 1969 roku Elisabeth Kübler-Ross wydała książkę *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, kamień milowy we współczesnej psychotanologii i psychoonkologii. W książce, w formie poruszających rozmów–seminariów, terminalnie chorzy dzielili się ze studentami, personelem medycznym i niemedyycznym swoimi refleksjami na temat cierpienia i przemijania, wyrażali swoje potrzeby, oczekiwania i emocje. Wydanie książki było zwieńczeniem jej badań rozpoczętych 1965 roku, badań które przerwały barierę milczenia wobec problemów śmierci, cierpienia, umierania i niesienia pomocy odchodzącym. Dzieło to,

zapoczątkowało dyskusje o umieraniu i śmierci oraz dało asumpt do rozważań nad wsparciem umierającego i jego rodziny, a następnie do rewolucyjnych wręcz zmian w opiece nad umierającymi. Choć z wielkimi oporami, przeobrażeniom jakościowym uległy relacje personelu medycznego, a przede wszystkim lekarzy, z chorymi terminalnie oraz ich rodzinami i bliskimi. Umieranie zostało „uczłowieczone”, nabrało cech humanitaryzmu, zdewaluowaniu uległo ortodoksyjne medyczne podejście do zjawiska śmierci, w zamian za zaspokajanie potrzeb emocjonalnych pacjentów i ich najbliższych. Choć można odnaleźć wiele głosów krytycznych wobec interpretacji badań Kübler-Ross (Por. Ostrowska 2005, s. 127; Bee 2004, s. 626; Yalom 2008b, s. 115), to bezdyskusyjny jest wkład tej uczoney w rozwój badań nad umieraniem, a bez tej publikacji i jej humanitarnej koncepcji opieki nad chorym, postęp nauki w obszarze umierania i śmierci byłby znacząco uboższy. Istotnym wkładem w teorię i praktykę opieki nad osobami umierającymi jest stworzony przez uczoną model etapowego umierania (i przeżywania wszelkiego rodzaju straty), zakładający 5 stadiów: zaprzeczania, gniewu, targowania się, depresji i pogodzenia się. Stał się on podstawą do dalszych konceptualizacji procesu umierania, doskonalenia modelu etapowego czy do tworzenia nowych modeli np. postrzegających umieranie jako „zadania” do zrealizowania przez umierającego.

Równie istotnym wydarzeniem, było powstanie w Londynie pierwszego hospicjum, ośrodka holistycznej opieki nad chorymi terminalnie. I choć tradycje ruchu hospicyjnego sięgają czasów pogańskich, to dopiero rozpoczęte w drugiej połowie XX wieku intensywne zainteresowanie problematyką godnego umierania, pomocy umierającym i wsparcia rodzin chorych oraz osieroconych, doprowadziło do dynamicznego rozwoju ruchu hospicyjnego. Medycyna paliatywna powstała jako nowa dziedzina zajmująca się sposobami leczenia i tworzeniem odpowiednich warunków opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, a jej podstawowym celem stało się łagodzenie dolegliwości. *Rozwijający się nurt opieki paliatywnej po opracowaniu głównego problemu, którym niewątpliwie jest umiejętność opanowania dolegliwości fizycznych (zwłaszcza bólu), za rzecz równie istotną uznał zwrócenie uwagi na często pomijane potrzeby psychiczne osób umierających. Bezdyskusyjny obecnie jest związek stanu fizycznego chorych z ich przeżyciami psychicznymi, stąd w centrum zainteresowania znalazły się takie sprawy, jak reakcja na chorobę i proces leczenia, problemy komunikacji i wzajemnych układów w rodzinie, w zespole leczącym, możliwość pomocy psychicznej w przystosowaniu do choroby, a także związanych z nią zaburzeń równowagi psychicznej* (de Walden-Gałuszeko, 2004, s. 40).

Ruch hospicyjny zapoczątkowany przez Cicely Saunders, symbolicznie datowany na 1967 rok, kiedy to powstał pierwszy dom dla umierających, rozwijał się prężnie na całym świecie. Chorzy obejmowani byli holistyczną opieką domową bądź stacjonarną przez wykwalifikowany personel medyczny i nieme-

dyczny, którego celem było towarzyszenie w ostatnich dniach życia choremu i jego rodzinie. Poza uśmierzaniem fizycznego bólu i opieką pielęgniarską, czym zajmuje się wykwalifikowany personel medyczny, kluczową rolę odgrywać zaczęło łagodzenie bólu psychicznego, wsparcie duchowe, sama obecność, towarzyszenie, a metodami pracy stały się: rozmowa, słuchanie, dotyk, przebywanie w jednym pomieszczeniu. Personel pozamedyczny, także niewykwalifikowany stworzył trzon wsparcia dla chorych i ich rodziny. Nieocenioną stała się rola duchownego, psychologa, a nade wszystko wolontariusza (Por. Kędziora, Fabiś, 2009).

W książce *Okno nadziei*, opisującej fascynujące życie Saunders – założycielki ruchu hospicyjnego, w tak prosty sposób przedstawia się pierwsze hospicjum: *Opieka nad umierającym jest działaniem zespołowym, w które angażuje się cały personel hospicjum. Pielęgniarki dbają o wygodę pacjenta. Lekarze przepisują mu leki i odpowiadają na zadawane przez niego pytania. Ksiądz niesie duchowe pocieszenie. Fizjoterapeuta pomaga wrócić do formy. Osoba prowadząca warsztaty wynajduje ciekawe zajęcia. Pracownicy kuchni podsycają jego apetyt. Personel centrum dydaktycznego propaguje wiedzę na temat jego potrzeb* (Boulay, Rankin, 2009, s. 148).

Ogromną popularnością w ostatnich latach cieszy się program poznawczo-behawioralny stworzony przez Carla Simontona. Ten wybitny psychoonkolog zauważył, jak wielką rolę w przebiegu chorowania na nowotwór jak również w umieraniu odgrywa psychika człowieka. Program ukierunkowany jest na poprawę emocjonalnego funkcjonowania chorego i jego rodziny, ulepszeniu komunikacji pomiędzy członkami rodziny chorego. Osoby objęte tym programem uczą się jak radzić sobie z lękiem, złością i poczuciem bezradności (Por. Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993; Wirga 1998).

Wskazania do pracy z pacjentami terminalnymi – wybrane modele

Wyżej wymienione teorie i modele umierania oraz przyjęte w praktyce rozwiązania wynikające z bezpośredniej pracy z osobami umierającymi, upoważniają do postawienia tezy, iż odpowiednie działania specjalistów, członków rodziny, przyjaciół i obcych osób inspirowane potrzebami umierającej osoby mogą w znacznym stopniu wpłynąć na podniesienie jakości życia chorego w jego ostatnim etapie, a w szczególności z poradzeniem sobie z grozą śmierci. Konsekwencją tej tezy będą pytania o taki model opieki nad umierającym, który zapewni optymalny rozwój aż po kres życia. Kluczową rolę w niej ma akceptacja nieuchronności cierpienia. Jak przekonuje Krystyna de Walden-Gałuszko (2000, s. 20) *Wydawać się to może trudne do przyjęcia, ale podejmując wszelkie możliwe starania, aby złagodzić dolegliwości chorego i zaspokoić wszystkie*

ważne dla niego potrzeby, dochodzimy do bariery własnych ograniczeń i okazuje się, że po prostu nie jesteśmy w stanie sprawić, by człowiek nie odczuwał żadnych przykrości. Co więcej, musimy uznać, że cierpienie i żal, lęk są głęboko ludzkie, naturalne i mogą odegrać pozytywną rolę w życiu. Odważne i konsekwentne przyjęcie tej zasady sprawi, że nasza pomoc i opieka staną się bardziej realne.

Choć tematyka śmierci wciąż nie jest szeroko podejmowana w badaniach i dyskursach naukowych, to zasadne wydaje się przeanalizować wybrane propozycje zagranicznych badaczy, odnoszące się do opieki nad terminalnie chorymi.

Według niemieckiej gerontolog Ulrike Marwedel (2004, s. 305) wysoki standard opieki nad umierającym można osiągnąć spełniając następujące warunki:

- *Już w trakcie kształcenia powinno się poświęcić wystarczająco wiele czasu na tematykę umierania i śmierci.*
- *Opiekunom powinno się zagwarantować dodatkowe kształcenie, doskonalące umiejętności wspierające umierającego i jego rodzinę.*
- *Tematyka śmierci i umierania nie powinna być pomijana z codzienności zawodowej opiekunów. Należy zagwarantować dostatecznie dużo czasu i miejsca na omówienie przypadków z praktyki. Sami opiekunowie nie powinni tłumić swoich uczuć, choć nie mogą być zmuszani do ich odkrywania. Za propozycją Kübler-Ross, w instytucjach opiekuńczych powinny być odpowiednie pomieszczenia, w których opiekunowie, gdy tego potrzebują, mogliby znaleźć odosobnienie, by odreagować, np. wypłakać się, gdy jest im smutno.*
- *Organizatorzy opieki powinni zatroszczyć się o higienę psychiczną personelu opiekuńczego, np. poprzez superwizję oraz zapewnienie im uczenia się odpowiednich strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach.*
- *Standardy dotyczące towarzyszeniu przy śmierci powinny być realizowane według odpowiedniej całościowej idei. „Całościowy” oznacza tu, że pod uwagę wzięte będą potrzeby fizyczne, społeczne i psychiczne. Standardy powinny zapewniać dużą efektywność w opiece nad umierającym. W przeciwnym razie, bez ram działań opiekunowie muszą pod presją czasu i potrzeby rozwijać własne strategie funkcjonowania, którymi się najchętniej posługują w pracy z umierającym i jego rodziną. Ale wtedy są zazwyczaj sami z problemem. Ramy działań nie powinny być jednak sztywne lecz dawać możliwość koniecznych działań. Powinny być omawiane, dyskutowane i wypróbowywane. Personel opiekuńczy powinien dzięki swojemu doświadczeniu ulepszać ramy działań, by stały się praktycznym orężem w pracy opiekuna.*

Zaproponowane wyżej warunki ograniczają się do troski o jakość kompetencji przedstawicieli fachowej opieki, odsuwając samego chorego na dalszy plan. Autorka w dużej mierze uzależnia prawidłową opiekę nad terminalnie chorymi od odpowiedniego przygotowania zawodowego, a następnie doskonalenia wyspecjalizowanych kadr. Niewątpliwie warto podkreślić znaczenie su-

perwizji w pracy pomocowej na rzecz drugiego człowieka, co zostało uwzględnione w powyższych wytycznych ze względu na holistyczny charakter opieki. Takie całościowe podejście i sama specyfika pracy z pacjentami terminalnymi wymusza na zespole medycznym i pozamedycznym udział w różnych formach superwizji (Por. Fabiś, Wąsiński 2008). Z pewnością są to godne odnotowania uwagi choć nie może umknąć uwadze wyjątkowo schematyczne, formalne, służbowe, fachowe podejście do pacjenta, z niewielkim marginesem na improwizację, elastyczność, indywidualizację podejścia. Rodzina i bliscy są jedynie odbiorcami usług opiekuńczych, a nie ich nosicielami. W szczególności brakuje w wyżej wymienionych zasadach odwołania się do bliskich i do osób wspierających, nie będących członkami zespołu, jak do współuczestników procesu opiekuńczego.

Amerykańskie podejście reprezentowane przez Arlene D. Houldin podkreśla istotę aktywizowania pacjenta przewlekle chorego z zachowaniem pewnych ram działania (Houldin 2000, za: Gawęcka 2007, s. 356–357):

- *Oceniać na bieżąco stan emocjonalny podopiecznego. Taka ewaluacja warunkuje sposób i formę prowadzenia dialogu z pacjentem terminalnym.*
- *Fachowo pomagający ustala na bieżąco pierwszoplanowe cele pacjenta i cechuje na tym etapie jego własny stosunek do procesu umierania. Czy obecny etap życia ma dla podopiecznego sens? Na czym ten sens polega? Z jakimi problemami o subiektywnie postrzeganym największym znaczeniu boryka się podopieczny? W jaki sposób możemy pomóc osobie umierającej w osiągnięciu przez nią jak najlepszej jakości życia na tym etapie?*
- *Fachowo pomagający respektuje indywidualność osoby w stanie terminalnym. Stosuje techniki aktywnego słuchania, dzięki którym może na bieżąco poznawać zdolności i zapasy sił podopiecznego oraz możliwości rozwiązywania problemów.*
- *Opieka paliatywna łączy podejście zdroworozsądkowe, a jednocześnie wrażliwość, empatię i współczucie.*
- *Opieka paliatywna pozwala podopiecznemu znajdującemu się w stanie terminalnym ustosunkować się do własnej choroby w sposób komplementarny, a nie jednostronny.*
- *Pomoc opiera się na wszystkich elementach, które pomagają i ułatwiają przeżycie przez umierającego „dzisiejszego dnia”.*
- *Opieka paliatywna pomaga uświadomić cierpiącemu, że właśnie cierpienie może stawać się czynnikiem wspomagającym regenerację sił.*
- *Najlepszym sposobem przekazania pacjentowi, że nadal pomimo nieuleczalnej choroby może sprawować kontrolę nad własnym życiem, jest zalecanie, aby stosował te strategie pokonywania problemów, które sam uważa za najbardziej efektywne.*
- *Opieka paliatywna motywuje podopiecznego do dzielenia się przez niego z innymi własnymi odczuciami i emocjami.*

- *Rodzina i bliscy osoby umierającej oraz inni ważni dla niej ludzie powinni być uwrażliwiani na niezbędność angażowania się w sytuację cierpiącego człowieka. Powinni zrozumieć jego problemy i respektować jego potrzeby. Właściwą i zawsze pomocną reakcją jest cierpliwe i uważne wsłuchiwanie się i obserwacja osoby umierającej.*
- *Osobie umierającej należy komunikować, że okazywanie przez nią, że cierpi, nie jest oznaką słabości. Właśnie w takich okolicznościach trzeba szukać pomocy drugiego człowieka. Taka postawa wyraża siłę i człowieczeństwo osoby umierającej. Jest aktywnym ustosunkowaniem się do swoich granicznych problemów.*

W wymienionych wyżej wskazówkach odnaleźć można ukierunkowanie opieki nad osobami terminalnymi na wspomaganie chorego. On i jego problemy są w centrum zainteresowania i determinują dalsze działania. Uwypuklona jest sfera emocjonalności pacjenta. Celem jest dbałość o jakość życia w ostatnim jego etapie. Opiekujący się stale czuwają nad chorym, aktywizują pacjenta, są empatyczni, wysłuchują go, dzięki czemu na bieżąco dostosowują działania opiekuńcze na aktualne potrzeby. Także osoby bliskie mają do spełnienia ważną rolę wspomagającą opiekę, a specjalistyczne kompetencje personelu medycznego i niemedyckiego wzbogacone są o umiejętności niezbędne do diagnozowania potrzeb, prowadzenia rozmów, wysłuchiwanie.

John Davy i Susan Ellis (2000, za: Gawęcka, s. 355) określają sześć zasad, determinujących opiekę nad osobami terminalnie chorymi:

- *pomoc nakierowana na cele podopiecznego,*
- *odnoszenie się pierwszoplanowo do mocnych stron chorego, a nie do obciążających go deficytów,*
- *uwzględnianie kontekstu problemów a równocześnie poszukiwanie możliwych rozwiązań,*
- *wzmacnianie podopiecznego na bazie osobistych relacji bezwarunkową akceptacją, poszanowaniem godności chorego i szczerością,*
- *pomaganie choremu w nadawaniu obiektywnych znaczeń czynionym przez niego doświadczeniom,*
- *pomaganie choremu w życiu nadzieją, w rozwoju szeroko pojmowanej nadziei.*

Jest to wyjątkowo humanistyczna perspektywa opieki. Autorzy tych zasad wychodzą od potrzeb chorego, na plan pierwszy wysuwa się poszanowanie godności pacjenta. To jego potrzeby oraz możliwości ich zaspokajania stają się pierwszorzędnym zadaniem. Pozytywne wzmocnienie wydaje się kluczem w pracy z chorymi terminalnie, przy jednoczesnym zachowaniu szczerości wobec chorego i jego całkowitej akceptacji.

Uogólnienia, wnioski i implikacje

Śmierć to pewnego rodzaju najbardziej samotne doświadczenie, pomimo tego, że wokół znajdują się bliscy. Ludzie umierający potrzebują kontaktu z innymi, potrzebują wsparcia, opieki, w ostatnim etapie swojego życia, bo wszystko, co nieznanne budzi obawy. Współcześnie jednak własnej śmierci doświadcza się zazwyczaj poza domem, z dala od rodziny. Właśnie w ostatnim akcie życia, kiedy tak bardzo potrzebne jest wsparcie duchowe najbliższych, a także innych ludzi, umierający jest najczęściej odosobniony. To zazwyczaj poczucie bezradności, brak profesjonalnego przygotowania personelu medycznego sprawia, że obecność tych służb jest niewystarczająca i ograniczyć się może wyłącznie do czynności czysto medycznych i pielęgnacyjnych. Rodzina, postawiona w kryzysowej sytuacji towarzyszenia bliskiej osobie w ostatnim etapie życia, nierzadko nie potrafiąc wspomóc duchowo umierającego, angażuje się również z pietyzmem w pielęgnację i zaspakajanie potrzeb fizjologicznych umierającego. Model opieki nad osobami chorymi, umierającymi ewoluuje. Uśmierzenie bólu, odpowiednia pielęgnacja czy dbałość o komfort fizyczny, choć pomagają i podnoszą jakość życia w ostatnim jego stadium, nie zapewniają spokoju psychicznego, duchowej równowagi. Wydaje się zatem, że należy na opiekę nad osobą umierającą spojrzeć z szerszej perspektywy, gdyż jakość życia w ostatnim etapie życia, to wypadkowa wielu czynników, ze znacznym udziałem sfery emocjonalnej.

Należałoby wyjść z podstawowego założenia egzystencjalistów, że każdy człowiek jest indywiduum, a jednostka stoi ponad zbiorowością, jest niepowtarzalna i tylko, jeśli nie boi się być sobą osiąga to, co najważniejsze. Jest więc człowiek-indywiduum, który potrzebuje samookreślenia, poznania siebie, transcendencji, posiada багаż doświadczeń, przeżyć, ma rodzinę, funkcjonuje w społeczeństwie. Dopiero taki fundament, określający podopiecznego daje możliwość określenia roli poszczególnych „sił” w opiece nad chorym terminalnie.

Wychowanie i edukacja

Do śmierci można się przygotować. Wychowanie do śmierci, tak jak wychowanie do starości, jest procesem całościowym. Przygotować się do śmierci można ucząc się z biografii innych, poprzez własne doświadczenia ze śmiercią innych, poprzez kształtowanie postaw wobec życia, poprzez internalizację odpowiednich wartości, poprzez refleksje. Samo obcowanie ze śmiercią w dzieciństwie, młodości czy dorosłości jest szkołą umierania. Czuwanie przy umierającym, rozmowa z nim, wysłuchiwanie jego przemyśleń wyposa

w wiedzę, której nie można wyczytać z książek, wyposaża w cenne doświadczenie. Jak podkreśla w swoich publikacjach Elizabeth Kübler-Ross – osoba, która przeprowadziła tysiące wywiadów z umierającymi – nikt tak nie uczy życia jak osoba umierająca. A od tego jak człowiek żyje w głównej mierze zależy, jak będzie umierać. W każdym wieku można doświadczać śmierci innych i należy z tych doświadczeń korzystać. Izolacja od śmierci nie chroni przed śmiercią, sprawia jedynie, że jest ona niezrozumiała. Rodzina, szkoła, media i inne środowiska wychowawcze mają możliwość stwarzania warunków do uczenia się, doświadczenia, refleksji pomocnych w przygotowaniu się do odpowiednich postaw wobec śmiertelności własnej i innych. Zawsze jednak należy mieć na uwadze, by wiedzę na temat śmierci przekazywać w formie intelektualnie dostępnej, stosownie do potrzeb rozwojowych. Skoro wychowanie jest procesem całościowym, wpisane jest w jego celach przygotowanie do ostatniego etapu rozwojowego. Szeroko rozumiane wychowanie jest naznaczone śmiertelnością, skończonością na każdym etapie życia. Świadomość śmiertelności może stać się narzędziem oddziaływań wychowawczych afirmujących życie. Wychować człowieka mądrego, to wychować człowieka, który nie tylko potrafi żyć, zmieniać rzeczywistość, współdziałać z innymi, reprezentować uznane normy i wartości, ale także przygotowany jest do kresu swojego istnienia.

Medycyna

Z pewnością całościowe podejście do opieki paliatywnej zobowiązuje do uzupełnienia medycznego postrzegania zjawiska umierania. Uśmierzenie bólu staje się istotne w szczególności w opiece nad pacjentami terminalnymi. Także działania pielęgnacyjne nad pacjentem w dużej mierze wpływają nie tylko na rzeczywisty stan zdrowia, co na samopoczucie chorego. Poczucie dobrego stanu zdrowia (istotniejsze niż rzeczywisty jego stan), które w dużej mierze jest zasługą lekarzy, jest istotnym elementem postrzegania rzeczywistości, satysfakcji życiowej, zadowolenia z obecnej sytuacji osoby starszej czy chorej. W konsekwencji w znaczący sposób wpływa na rozwój w ostatnim etapie życia. Członkowie zespołu medycznego z racji niebywałego zaufania, jakim obdarzają ich osoby starsze, a w szczególności chorzy, zobowiązani są uczestniczyć w pozamedycznych działaniach, przygotowujących do śmierci, wspierać personel niemedyczny, rodzinę, duchownych w ich aktywności na rzecz umierającego. Najtrudniejsze wydaje się być pogodzenie się lekarzy z odejściem pacjenta, by śmierć nie była odbierana przez nich jako porażka.

Trudne dla służb medycznych jest przyznanie, że medycyna niewiele już może w tym przypadku zdziałać i należy przekazać opiekę nad chorym tym, którzy zajmą się wsparciem chorego w jego bólu psychicznym, w jego troskach egzystencjalnych. Nie jest to łatwe, gdyż wymusza na lekarzach konieczność

uznania działań niemedyycznych za równie istotne w opiece nad terminalnie chorymi, co dla wielu jest nie do zaakceptowania. Zresztą doświadczenia pracowników i pacjentów hospicjów z lekarzami nie będącymi członkami zespołu opiekuńczego hospicjum, niejednokrotnie są negatywne. Znane są nieodrodnione przypadki ignorowania opieki hospicyjnej przez lekarzy, czy wręcz podważania sensowności takiej opieki. Można założyć, że przygotowanie zawodowe części personelu medycznego do pracy z osobami starszymi czy umierającymi pozostawia wiele do życzenia, na co zwracają w szczególności uwagę osoby zaangażowane w ruch hospicyjny, a także sami lekarze i pacjenci.

Yalom (2008b s. 141) zauważa, że śmiertelna choroba powoduje u człowieka w pierwszym etapie mierzenia się z nieuchronnością rychłej śmierci, uruchomienie mechanizmów obronnych tj. zaprzeczanie czy podtrzymywanie swojej wiary w „nadkompetencje” lekarza. Lekarz urasta w oczach pacjenta do niebywałych rozmiarów, a pacjent staje się nadmiernie uniżony. Śmiertelnie chorzy pacjenci boją się zezłościć lub rozczarować swojego lekarza; często przepraszają za zajmowanie im czasu i są zbyt zdenerwowani, by zapytać o dręczące ich sprawy, a nawet zadać pytania, które wcześniej mieli przygotowane. Pacjenci podtrzymują swój obraz lekarza jako wybawcy od śmierci, ukrywając stan faktyczny swojego samopoczucia. Lekarz często ostatni dowiaduje się o cierpieniu i wielkiej rozpacz chorego, bo pacjent zazwyczaj nie jest autentyczny w relacji z nim. Lekarze miewają przekonanie, że pacjenci radzą sobie w tym ostatnim okresie życia bardzo dobrze i nie są chętni do kierowania pacjentów w obliczu śmierci, na psychoterapię. W podobnym tonie pisze Kübler-Ross. Autorka *Rozmów o śmierci i umieraniu* w swojej ostatniej książce-autobiografii (2010, s. 129) pisze: *Medycyna ma swoje ograniczenia, to fakt, o którym nie uczy się w akademii. Nie uczy się tam także o tym, że współczujące serce może uleczyć prawie każdą chorobę. Kilka miesięcy na wsi przekonało mnie, że bycie dobrym lekarzem nie ma nic wspólnego z anatomią, chirurgią czy przepisywanie właściwych lekarstw. Największą pomocą dla pacjenta jest lekarz, który jest dobrym, troskliwym czułym i kochającym człowiekiem.*

Opieka psychologiczna

Wspieranie osoby umierającej polega przede wszystkim na pomocy w zaspokajaniu jej potrzeb psychicznych. W pierwszej kolejności terapeuta uważnie słucha i pomaga w formułowaniu przeżyć psychicznych pacjenta – jego emocji, rozumienia sytuacji i potrzeb. A. Maslow tworząc hierarchię potrzeb zauważył, że potrzeby człowieka powinny być zaspakajane w określonej kolejności, od fizjologicznych, bezpieczeństwa, przynależności i miłości poprzez potrzebę uznania i szacunku po samorealizację i transcendencję. Często w opiece nad chorym personel medyczny, rodzina skupia się wyłącznie na zaspokajaniu po-

trzeb fizjologicznych, nie wnikając w jego sposób rozumienia rzeczywistości. Ludziom łatwiej jest szukać i udzielać pomocy w obliczu cierpienia fizycznego, cierpienie psychiczne jest bardziej niezrozumiałe.

Śmierć jest nieznaną, a wszystko, co jest nieznanie budzi poczucie zagrożenia i przerażenie. Pomoc psychologiczna świadczona jest na życzenie i za zgodą pacjenta, a najczęściej związana jest z lękiem przed śmiercią, sensem życia i umierania, z porządkowaniem relacji z bliskimi. [...] *lęk i obawa powodują, że myślenie ustępuje często miejsca emocjom. Nie w tym rzecz, że pacjenci reagują na wszystko irracjonalnie, ale że patrzą przede wszystkim na chorobę w ten sposób. Uczucia decydują o tym, co rozumieją, co z tym robią, co słyszą. Fakt, że odbierają informacje w niewłaściwy sposób, jest często błędnie interpretowany jako brak współpracy. Lęk jest poważną przeszkodą w dobrej komunikacji* (Keirse 2007, s. 358).

Świadomość własnej śmiertelności wywołuje często smutek dotyczący utraconych możliwości i błędnych wyborów życiowych. Człowiek w obliczu śmierci zadaje sobie pytanie o sens, spogląda w przeszłość i ją analizuje. Wynikiem takiej analizy bywa obniżenie nastroju i depresja. Psycholog – psychoterapeuta nie stosuje w tym czasie głębokiej terapii wglądowej, ale raczej towarzyszy pacjentowi „tu i teraz”, pomagając odszukać pozytywne elementy jego bilansu życiowego, uporządkować relacje, odejść z godnością.

Opieka psychologiczna polega przede wszystkim na towarzyszeniu umierającemu i jego rodzinie. Jedną z najczęściej stosowanych form pracy psychologicznej wobec umierających jest praca nad zaakceptowaniem szeroko rozumianej straty – utraty możliwości realizacji planów, świadomości utraty bliskości innych.

Opieka pozamedyczna

W opiece instytucjonalnej nad osobami starszymi zauważyć można także zjawisko zwane „śmiercią społeczną”. Jest ona konsekwencją minimalizowania czy unikania kontaktu z umierającym człowiekiem. Powstaje sytuacja, w której człowiek umiera dla innych zanim dokona się ostateczny akt śmierci. „Śmierć społeczna” to zanik interakcji pomiędzy umierającym a najbliższymi i personelem. Częściej zjawisko to dotyka ludzi starych, gdyż, to z nimi trudniej jest nawiązać kontakt i łatwiej pogodzić się z ich odejściem. Zjawisko to objawia się traktowaniem przez otoczenie osoby w ostatnim stadium życia jako już nieżyjącej, traktowanie jej wyłącznie w kategorii ciała, nie zważając na uczucia, nie respektując potrzeb, poprzez rozmawianie o niej w czasie przeszłym, wyprzedzając zbliżający się akt śmierci.

Przecież prawdziwy strach u wielu ludzi nie jest strachem przed umieraniem, lecz obawą przed sposobem, w jaki to nastąpi. Świadomość tego, że człowiek bę-

dzie do końca otoczony ludźmi, z którymi łączy go szczere relacje daje nadzieję (Keirse, 2007, s. 62).

Aby towarzyszyć umierającej osobie jako profesjonalny opiekun w instytucji bądź w opiece domowej, wspomagać ją i jej najbliższych, potrzebne są niewątpliwie kompetencje społeczne, takie jak empatia czy akceptacja oraz odpowiednie cechy osobowościowe. Jednak praktyka wykazuje ogrom barier natury systemowej. Przede wszystkim brak czasu i odpowiednich warunków oraz nieadekwatne przygotowanie zawodowe, które utrudniają wypełnianie tej misji. Jednak opieka pozamedyczna, to w dużej mierze samo przebywanie z chorym. Aby towarzyszyć w umieraniu nie trzeba posiadać żadnych wyjątkowych kompetencji. Dlatego nieocenioną rolę we wspieraniu chorych w ich ostatnim etapie życia odgrywają wolontariusze gotowi do pomocy chorym i ich rodzinom (Por. Kędziora, Fabiś 2009). To oni często stają się powiernikami dla umierających, odpowiednio przygotowani – wysłuchują chorych, pomagają im rozliczyć się z życiem, przejmują rolę terapeutyczną, wspierają duchowo. Niejednokrotnie wolontariat staje się formą kompensacji więzi rodzinnych (także dla samych wolontariuszy).

Wsparcie duchowe

Podstawowe troski egzystencjalne to śmierć, wolność, (bez)sens życia i izolacja (samotność). U kresu życia istnieje swoista potrzeba zmierzenia się z tymi troskami, a szczególną rolę mogą w tym zadaniu pełnić przewodnicy duchowi. Dla osób wierzących ważną rolę odgrywa duchowny, który podtrzymuje u umierających nadzieję życia wiecznego, ale również poprzez odwiedziny u chorych i starszych ludzi daje im poczucie ważności i troski. Duchowny może w sposób ludzki starać się wyjaśnić, co nieludzkie, to on staje się przewodnikiem po nowym, przyszłym życiu. Choć nie zawsze to musi być osoba duchowna, wsparcie duchowe odnaleźć można wśród najbliższych albo przeciwnie – wśród obcych ludzi. Naturalnymi i często najważniejszymi towarzyszami w umieraniu są zaangażowani emocjonalnie członkowie rodziny. Umieranie w towarzystwie osób kochających czyni śmierć bardziej humanitarną, a samych towarzyszących umierającemu czyni spokojniejszymi, łagodząc ich własne troski i oswajając ich ze śmiercią.

Trudniej umiera się ludziom niewierzącym. Śmierć dla nich jest zazwyczaj absolutnym końcem, choć poradnictwo filozoficzne (Yalom, 2008a), słabo jeszcze rozpowszechnione w Polsce, pozwala odnaleźć sens życia i śmierci także niewierzącym w istnienie Boga czy wątpiącym. Wystarczy sięgnąć po lektury Nietzschego, Sartre'a czy podjąć dyskusję filozoficzną ze znawcą tematu, uspokoić się argumentami Epikura.

Zakończenie

Na zakończenie niniejszego tekstu najbardziej właściwe wydaje się przytoczenie przesłania, które zapoczątkowała E. Kübler-Ross. Istotą jest dostrzeżenie człowieczeństwa w działaniach opiekuńczych, nakierowanie się na potrzeby duchowe pacjentów, zaangażowanie wszystkich tych, którzy potrafią pomóc, na zasadach, określanych przez chorego. Koncentrowanie się na rozwoju w ostatnim etapie życia, na włączeniu serca do działań rozumnych. Zarówno fachowe kompetencje, pozwalające rzetelnie wykonywać czynności zaspokajające potrzeby zrodzone z ciała i ducha osób umierających, jak i również humanistyczne podejście do człowieka w jego ostatnim etapie, stanowią niezbędną składnik holistycznej opieki nad terminalnie chorymi. Współpraca personelu medycznego i niemedycznego z rodziną chorego na rzecz pacjenta, na jego warunkach i zgodnie z jego potrzebami podnosi jakość życia chorego. Instytucjonalna opieka nad terminalnie chorymi obliuguje do stworzenia warunków wsparcia dla członków rodzin, przyjaciół chorego, wolontariuszy, którzy w naturalny sposób przygotowują bliską osobę na łożu śmierci do godnej egzystencji w ostatnim etapie rozwojowym swojego życia.

Pedagogiczna perspektywa opieki nad umierającymi obliuguje jednocześnie do postulatu świadomego i celowego włączenia w proces wychowania problematyki tanatologicznej. *Death Education*, choć budzi także kontrowersje i sprzeczności, może stać się orężem w „oswojeniu” problematyki śmierci, nadaniu jej odpowiedniej rangi i wartości, stanowiąc jednocześnie istotny element w przygotowaniu się do własnej śmierci. Śmierć, jako element całościowej edukacji, a więc także w dorosłości i starości, wzmacnia człowieka w jego konfrontacji z własną śmiertelnością.

Literatura:

- Arndt J., Routledge C., Cox C., Goldenberg J.L., 2008, *Robak we wnętrzu wszystkich naszych źródeł radości. O źródłach dysfunkcji psychologicznych z punktu widzenia teorii opanowania trwogi*, [w:] Rusaczyk M. (red.), *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, Scholar, Warszawa, s. 92–134.
- Bee H., 2004, *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Warszawa
- Boulay du S., Rankin M., *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*, Znak, Kraków 2009.
- Fabiś A., Wąsiński A., 2008, *Opiekun osób starszych – więcej frustracji niż satysfakcji*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.) *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 227–237.
- Gawęcka M., 2007, *Tanatologiczne aspekty w opiece nad ludźmi starszymi*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Sereżyńska (red.), *Pomoc i opieka w starości*, Zapol Szczecin, s. 347–359.

- Keirse M., 2007, *Życie z chorobą*, Polwen, Radom.
- Kędziora S., Fabiś A., 2009, *Wsparcie społeczne dla rodzin pacjentów chorych terminalnie jako forma aktywności społecznej*, [w:] A. Fabiś, S. Kędziora (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa dorosłych*, Wydawnictwo GWSP, Mysłowice–Zakopane, s. 151–160.
- Kojer M., Schmidl M., Zsifkovics M., 2007, *Die multidisziplinäre Betreuung schwerstkranker und sterbender alter Menschen*, [w:] G. Gatterer (red.) *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein Praxisbezogenes Handbuch*, Springer-Verlag, Wien, s. 127–143.
- Kübler-Ross E. (red.), 2008, *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, Laurum, Warszawa.
- Kübler-Ross E., 1998, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań.
- Kübler-Ross E., 2010, *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu*, Laurum, Warszawa.
- Merwedel U., 2004, *Gerontologie und Gerontopsychiatrie lernfeldorientiert*, Verlag Europa-Lehrmittel Haan-Gruiten.
- Rosenblatt A., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Lyon D., 2008, *Teoria opanowania trwogi. Efekty eksponowania śmiertelności a reakcje na tych, którzy naruszają lub podtrzymują wartości kulturowe*, [w:] Rusaczyk M. (red.), *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej* Scholar Warszawa, s. 35–56.
- Rusaczyk M. (red.), 2008, *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, Scholar Warszawa.
- Simonton C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L., 1993, *Triumf życia*, Wydawnictwo Ravi, Łódź.
- Walden-Gałużko de K., 2000, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk.
- Walden-Gałużko de K., 2004, *Opieka hospicyjna – wczoraj i dziś*, [w:] W. Falkowski, E. Lewandowska-Tarasiuk, J. Sienkiewicz (red.), *Hospicja nadziei*, Akademia Pedagogiki Specjalnej, The Polish University Abroad, Warszawa–Londyn, s. 35–50.
- Wirga M., 1998, *Zwyciężyć chorobę*, Wydawnictwo Kos Katowice.
- Yalom I. D., 2008a, *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Yalom I. D., 2008b, *Psychoterapia egzystencjalna*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.

