

# 12

Agata Chabior  
Artur Fabiś  
Joanna K. Wawrzyniak

## Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej

**Nowa Praca Socjalna**

Agata Chabior

Artur Fabiś

Joanna K. Wawrzyniak

# **Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej**

Warszawa 2014

**Autorzy:**

Andrzej Kacprzak  
Iwona Kudlińska

**Korekta językowa:**

Marzena Kiryjczuk

**Wydawca:**

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich  
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa  
Tel.: 22 237 00 00  
Fax: 22 237 00 99  
e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl  
www.crzl.gov.pl

**Opracowanie merytoryczne, druk i dystrybucja serii publikacji na zlecenie CRZL:**

WYG International Sp. z o.o.

ISBN 978-83-7951-301-7 (seria)  
978-83-7951-313-0 (12)

**Skład:**

AgrafKa Sp. z o.o.  
Publikacja bezpłatna  
Nakład: 3000 egzemplarzy

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



# Słowo wstępne

Oddajemy do rąk Czytelników serię publikacji będących efektem pracy ekspertów i specjalistów z zakresu polityki społecznej, w szczególności pomocy społecznej. Celem niniejszej serii było przybliżenie najważniejszego dorobku teoretycznego i praktycznego państw Europy Zachodniej i USA w zakresie nowatorskich koncepcji i metod prowadzenia pracy socjalnej. Chodziło o przybliżenie nie tylko rozwiązań i teorii zupełnie nowych również w tamtych krajach, ale także i takich, które już zdążyły „okrzepnąć” i były poddawane wielostronnym ocenom, choć w naszym kraju wiele z nich wciąż pozostaje nieznanymi lub niedocenianymi. Część publikacji dotyczy nowych rozwiązań, co prawda już funkcjonujących w naszych realiach, jednak często realizowanych jedynie w ramach pojedynczych projektów, wartych jednak szerszego upowszechniania, adaptowania i testowania w polskich warunkach. Przykładem może tu być chociażby tworzenie sieci franszyzy społecznej czy asystentury dostępnej w różnych sferach życia osób z niepełnosprawnością.

Adresatami opracowań są przede wszystkim praktycy, działający w jednostkach pomocy społecznej i realizujący jej ustawowe cele. Szczególnie ważnymi odbiorcami są pracownicy socjalni, których chcemy wyposażyć w nowe informacje oraz dostarczyć im wiedzę, która może zaowocować nowymi przedsięwzięciami, podejmowanymi przez nich w społecznościach lokalnych. Pracownicy socjalni w naszym kraju są bowiem grupą zawodową, której powierzono w ostatnich latach wiele zadań z zakresu pomocy społecznej, nie zawsze jednak wyposażając ich w odpowiednie i niezbędne do ich realizacji instrumenty. Najważniejszym zadaniem pracowników socjalnych jest wsparcie słabszych grup społecznych w pokonywaniu ich problemów: w wychodzeniu z ubóstwa, izolacji społecznej i nieporadności życiowej. Od sposobu zdefiniowania problemu, z którym boryka się człowiek – adresat przedsięwzięć podejmowanych w sferze pracy socjalnej, przyjętej wobec niego postawy (paternalistycznej bądź partnerskiej), dostrzegania całego kontekstu sytuacyjnego, często wiele zależy. Pracownik socjalny może w swojej pracy pełnić wiele ról – być coachem, doradcą, brokerem, pośrednikiem, mediatorem, negocjatorem bądź inicjatorem aktywności lokalnej. Aby unikać zrutynizowanego działania i jednocześnie zwiększać kompetencje zawodowe pracowników

socjalnych, potrzebna jest szeroka wiedza w zakresie różnorodności metod ich pracy, obowiązujących standardów, znaczenia tworzenia sieci wsparcia koleżeńskiego, eksperckiego, superwizyjnego – zarówno nieformalnego, jak i ujętego w zasady współpracy, które można i należy wypracowywać lokalnie, także z reprezentantami innych instytucji.

W jaki sposób pracownicy instytucji pomocy społecznej mogą zatem towarzyszyć swoim klientom, beneficjentom, podopiecznym? Jak mogą wspomagać proces ich powrotu do życia w rodzinie i społeczeństwie, nauczyć dbania o istotne relacje międzyludzkie, odpowiedzialności za własny los, pokonywania lęków związanych z podejmowaniem nowych zobowiązań, wskazywać drogi wyjścia z sytuacji kryzysowych? Która z ról, w danym czasie, będzie najodpowiedniejsza w tym konkretnym, indywidualnym przypadku? Ufamy, że na te i wiele innych pytań, pracownicy znajdują odpowiedzi w przekazanych im publikacjach.

W polityce społecznej, w tym pomocy społecznej, coraz częściej zwraca się uwagę na efektywność i racjonalność podejmowanych działań. Zawsze zbyt mała ilość dostępnych środków finansowych w stosunku do zwiększającej się wciąż skali potrzeb, wymusza szukanie i podejmowanie prób implementowania na grunt społeczny rozwiązań wcześniej kojarzonych głównie z biznesem, pochodzących z teorii zarządzania. Od pracownika socjalnego wymaga się umiejętności menadżerskich, jego zadaniem jest „zarządzanie przypadkiem”, „generowanie zmiany”. Wymaga się od niego znajomości instrumentów nowego zarządzania publicznego oraz rozumienia uwarunkowań decydujących o skuteczności ich stosowania, prowadzących do wpisywania się na trwałe w pejzaż lokalnych partnerstw publiczno-prywatnych.

Opublikowane opracowania mogą być wreszcie użytecznym narzędziem dla innych aktorów polityki społecznej: polityków wyznaczających jej instytucjonalne ramy, naukowców i badaczy spierających się o zasadność przyjmowania za obowiązujące takich, a nie innych paradygmatów, wyznaczających cele i sposoby ich realizacji, a także samych uczestników życia społecznego. Nie chodzi o to, aby działać „na rzecz” osób i grupy, czy „wobec” jakichś problemów, lecz „z” osobami i grupami, będącymi często niewykorzystanym potencjałem dla samych siebie i swoich środowisk.

Przedstawiana Państwu „Nowa Praca Socjalna” ma szansę stać się źródłem inspiracji dla przedstawicieli wielu środowisk zaangażowanych w realizację zadań z zakresu pomocy społecznej.

Zachęcam do lektury.

dr hab. Olga Kowalczyk, prof. UE  
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

## Od Rady Redakcyjnej

Przedstawiamy Państwu ważną serię wydawniczą, która została zatytułowana jako „Nowa Praca Socjalna”, wskazując na jej innowacyjny, często nowatorski charakter. Seria składa się z trzydziestu publikacji – dwudziestu przygotowanych przez wybitnych polskich ekspertów i praktyków, zajmujących się zagadnieniami pomocy społecznej i pracy socjalnej oraz dziesięciu, które zostały przetłumaczone z języka angielskiego i ukazują aktualny dyskurs międzynarodowy w omawianej problematyce.

Celem serii poświęconej nowym zagadnieniom lokalnej polityki społecznej, szczególnie w aspekcie systemu pomocy społecznej i pracy socjalnej, jest popularyzacja w Polsce nowych metod i instrumentów wsparcia społecznego oraz ukazanie aktualnych zagadnień instytucjonalno-organizacyjnych oraz prawnych, które kształtują ramy dla działań pracownika socjalnego i środowiskowego.

Treść publikacji niewątpliwie wzbogaca istniejący w Polsce dorobek intelektualny, zarówno naukowy, jak i praktyczny, który musi być jednak stale uzupełniany przez nowości płynące z naszych doświadczeń 25 lat transformacji, ale także z rozwiązań, które sprawdziły się w krajach o rozwiniętych systemach zabezpieczenia społecznego. Aby właściwie ocenić, w jakim miejscu rozwoju pracy socjalnej, czy szerzej pomocy społecznej, jesteśmy w Polsce, musimy mieć punkty odniesienia w innych państwach, które funkcjonują w różnych modelach polityki społecznej.

Wybór publikacji do druku miał charakter otwartego konkursu, do którego przystępowali eksperci z różnych środowisk akademickich oraz instytucji praktyki społecznej. Dziesięcioosobowa Rada Redakcyjna, składająca się z przedstawicieli nauki oraz instytucji pomocy społecznej, podczas swych posiedzeń oceniała merytoryczne uzasadnienie i cel pracy, strukturę książki oraz jej metodologię z bibliografią. Ważnym aspektem wyboru opracowań do publikacji była ich innowacyjność i nowatorskie podejście, chociaż nie

oznacza to, że wszystkie książki prezentują tylko i wyłącznie nowe podejście do zagadnień pracy socjalnej. Siłą wsparcia społecznego jest również istniejąca tradycja i dorobek, który także docenialiśmy, łącząc to co wartościowe z przeszłości, z tym, co konieczne w przyszłości. Daje się to szczególnie zauważyć w niektórych publikacjach, które wskazują na istniejący współcześnie renesans sprawdzonych idei, rozwiązań i metod.

Wszystkie publikacje wydane w ramach serii były recenzowane przez trzech niezależnych ekspertów – specjalistów z zakresu polityki społecznej, pomocy społecznej i/lub pracy socjalnej. Recenzenci byli wybrani przez Radę Redakcyjną w procedurze konkursowej – są to wybitni specjaliści z obszarów: nauki i praktyki, najczęściej dobrze znani w środowisku polityków społecznych. Nierzadko recenzje były bardzo wnikliwe i krytyczne, co skutkowało koniecznością dokonywania uzupełnień i poprawek. Kilka publikacji po recenzjach Rada Redakcyjna odrzuciła.

Wydaje się, że istotną wartością całej serii jest to, że z jednej strony ukazuje ona teoretyczne i praktyczne wątki pracy socjalnej z konkretnym typem klienta lub społecznością lokalną; a z drugiej, że prezentuje szersze powiązania pracy socjalnej z takimi zagadnieniami jak przedsiębiorczość społeczna, nowe zarządzanie publiczne i *governance*, czy wreszcie ukazuje swe silne związki z koncepcją *empowerment*. Ukazanie międzynarodowych doświadczeń w realizacji pracy socjalnej jest dodatkowym „ładunkiem” intelektualnym, który poszerza naszą wiedzę o rozwiązania w innych *welfare states*.

Jako Rada Redakcyjna zachęcamy wszystkich pracowników systemu pomocy społecznej, w tym pracowników socjalnych, działaczy społecznych oraz decydentów do zapoznania się z treścią rekomendowanych przez nas i opublikowanych publikacji. Mamy nadzieję, że znajdziecie Państwo w części z nich inspirujące wątki teoretyczne i praktyczne, które przydadzą się Państwu w życiu zawodowym.

Życzymy miłej lektury!

dr hab. Mirosław Grewiński, prof. WSP  
Przewodniczący Rady Redakcyjnej

## Rada Redakcyjna:

**dr hab. Mirosław Grewiński, prof. WSP** – Przewodniczący Rady Redakcyjnej – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie

**dr Ewa Flaszyńska** – Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m. st. Warszawy

**mgr Hanna Gumińska** – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku

**dr hab. Jolanta Grotowska-Leder, prof. UŁ** – Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki

**mgr Barbara Kamińska-Skowronek** – Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tyszowcach

**prof. zw. dr hab. Janusz Kirenko** – Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

**mgr Danuta Koczkojad** – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku

**mgr Krzysztof Kratofil** – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tarnowskich Górach

**dr hab. Jerzy Krzyszkowski, prof. UŁ** – Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki

**dr Anna Zasada-Chorab** – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka, Warszawa oddział Katowice i Kolegium Pracowników Służb Społecznych, Czeladź

### **Zespół Projektu Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich:**

dr Adam Krzyżanowski – Kierownik Projektu

mgr Andrzej Bogdański – Sekretarz Projektu

Dominika Szeląg – Ekspert ds. e-learningu

### **Zespół realizacyjny WYG International Sp. z o.o.:**

mgr inż. Ewa Płodzień-Pałasz – Kierownik Projektu

dr Monika Miedzik – Ekspert merytoryczny

dr Jarosław Pichla – Ekspert merytoryczny





## Nota o Autorach:

**Artur Fabiś** - doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, uzyskany na Wydziale Humanistycznym, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w 2003 roku. Andragog, gerontolog. Koordynator badań statutowych Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie, autor raportów z badań społecznych. Uczestnik kilku międzynarodowych projektów badawczych (ministerialnych i unijnych) z zakresu uczenia się w dorosłości i w starości oraz bezpieczeństwa w Internecie. Obecnie pełniona funkcja: Dyrektor Instytutu Pedagogiki w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Oświęcimiu, wcześniej pełnione funkcje: Prorektor Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej, Kierownik Instytutu Edukacji Ustawicznej przy WSA w Bielsku-Białej, Kierownik Zakładu Andragogiki i Gerontologii Górnośląskiej WSP w Mysłowicach. Wicedyrektor Zespołu Szkół Ponadpodstawowych im. Brata Alberta w Tychach. Obecnie zatrudniony w Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie na stanowisku adiunkta oraz w PWSZ w Oświęcimiu. Autor monografii „Edukacja ustawiczna w Szwajcarii”, współautor monografii „Starość w Polsce, aspekty społeczne i edukacyjne”, redaktor i współredaktor 13 monografii wieloautorskich i czasopism naukowych, autor i współautor ponad 40 tekstów w monografiach wieloautorskich oraz czasopismach naukowych z zakresu andragogiki i gerontologii. Zainteresowania naukowe koncentruje wokół problematyki dorosłości i starzenia się ze szczególnym uwzględnieniem uczenia się, rozwoju, a także trosk egzystencjalnych, wparcia i opieki w późnej dorosłości. Pozostała aktywność: członek Komitetu Redakcyjnego Rocznika Andragogicznego, wieloletni członek Zarządu Akademickiego Towarzystwa Andragogicznego, współzałożyciel i Prezes Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych, założyciel i zastępca Redaktora Naczelnego Biblioteki Gerontologii Społecznej. Inicjator i organizator kilkunastu konferencji naukowych, w tym cyklu „Zakopiańskich Konferencji Andragogicznych”.

**Agata Chabior** - doktor, zatrudniona w Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach na stanowisku adiunkta na Wydziale Pedagogicznym i Artystycznym, Instytucie Pedagogiki i Psychologii, Zakładzie Pracy Socjalnej i Promocji Zdrowia.

Uzyskane wykształcenie: 1990 rok – magisterium, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Pedagogiczny, pedagogika pracy kulturalno-oświatowej; 1999 rok – doktorat, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny. Od 12 lat aktywny członek Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego oraz Andragogicznego Towarzystwa Akademickiego z siedzibą w Warszawie. Zaangażowana w powołanie Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Oddział Świątokrzyski, który powstał w 2002 roku. Od 2007 roku Prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Oddział Świątokrzyski. Od 2010 roku członek założyciel Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych. Aktywnie uczestniczy w pracach ww. Towarzystw zarówno na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym. Inicjatorka wielu lokalnie podejmowanych działań na rzecz ludzi starych, współpracuje z instytucjami lokalnymi działającymi na rzecz osób starszych, między innymi MOPR, Kluby seniora, Stowarzyszenie Dobroczynności, uniwersytet trzeciego wieku.

Od 2012 roku realizatorka (funkcja badacz-gerontolog) międzynarodowego grantu projektu naukowego Edu Care nr: 527360-LLP-1-2012-1-IT-GRUNDTVIG- GMP, zakres obowiązków i zadań wynika z przyjętej i realizowanej funkcji. Na dorobek naukowy skupiony wokół problematyki gerontologii społecznej, andragogiki i kształcenia ustawicznego, pedagogiki społecznej i pracy socjalnej składa się około 40 publikacji, w tym dwie prace zwarte.

**Joanna Wawrzyniak** - doktor pedagogiki; studia ukończyła w 2005 roku na Uniwersytecie Opolskim. Specjalizuje się w andragogice i gerontologii, a główny obszar jej zainteresowań naukowych stanowią zagadnienia związane ze starością, jak funkcjonowanie społeczne, stereotypizacja, dyskryminacja, style życia w starości i na emeryturze, a także: wspomnienia, procesy adaptacyjne, edukacja, rozwój. Jest autorką kilkunastu artykułów poruszających problematykę m.in. badań biograficznych, aktywności na emeryturze, stylu życia ludzi starszych, wizerunku seniorów w społeczeństwie. Jest również autorką monografii „Oblicza starości. Biografia jako źródło czynników adaptacyjnych”, współautorką podręcznika „Autobiografia jako twórcze wyzwanie. Scenariusze warsztatów biograficznych” oraz redaktorką trzech prac zbiorowych. Jest członkinią Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Oddział Łódzki oraz Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych. Współtworzyła Uniwersytet Trzeciego Wieku przy AHE w Łodzi oraz WSHE

w Sieradzu. Pracuje na stanowisku adiunkta w Katedrze Andragogiki i Pracy Socjalnej Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.

**Recenzenci publikacji:**

**prof. dr hab. Julian Auleytner** – Rektor Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie

**dr hab. Arkadiusz Karwacki, prof. UMK** – Instytut Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**dr Arkadiusz Wąsiński** – Dziekan Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych, Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej



# Spis treści

<b>SŁOWO WSTĘPNE</b> .....	3
<b>OD RADY REDAKCYJNEJ</b> .....	5
Rada Redakcyjna: .....	7
<b>NOTA O AUTORACH:</b> .....	9
<b>WSTĘP</b> .....	15
<b>1. CZŁOWIEK STARY I JEGO WSPARCIE W ŚRODOWISKU</b> .....	19
1.1. Starość i starzenie się .....	19
1.1.1. Wymiar podmiotowy i społeczny starości (J. K. Wawrzyniak) .....	19
1.1.2. Zmiany intelektualne i biopsychiczne w późnej dorosłości (J. K. Wawrzyniak) .....	29
1.1.3. Adaptacja do starości (J. K. Wawrzyniak) .....	32
1.2. Diagnoza potrzeb osób starszych .....	36
1.2.1. Diagnoza potrzeb jednostkowych i grupowych osób starszych (A. Chabior) .....	36
1.2.2. Możliwości wsparcia osób starszych w zaspokajaniu potrzeb (A. Chabior) .....	44
1.3. Sytuacja rodzinna i zdrowotna osób starszych .....	49
1.3.1. Rodzina i jej znaczenie w życiu ludzi starszych (A. Chabior) .....	49
1.3.2. Zdrowie jako wyznacznik jakości życia w starości (A. Chabior) .....	65
1.4. Aktywność i aktywizacja osób starszych .....	76
1.4.1. Uczenie się osób starszych (A. Fabiś) .....	76
1.4.2. Aktywność i aktywizacja społeczna osób starszych (A. Chabior) .....	80
1.5. Zagrożenia, patologie i trudności życia w starości .....	85
1.5.1. Strata i żałoba w życiu człowieka starszego (A. Fabiś) .....	85
1.5.2. Uzależnienia osób starszych. Profilaktyka i terapia (J. K. Wawrzyniak) .....	91
1.5.3. Przemoc wobec osób starszych. Diagnozowanie zjawiska i strategie pomocowe (J. K. Wawrzyniak) .....	95
<b>2. PRACA SOCJALNA Z OSOBAMI STARSZYMI</b> .....	103
2.1. Pomoc, opieka i wsparcie na rzecz seniorów .....	103
2.1.1. Opieka nad osobami starszymi (A. Fabiś) .....	103
2.1.2. Opieka paliatywna (A. Fabiś) .....	113
2.1.3. Jakość życia i satysfakcja życiowa w starości. (J. K. Wawrzyniak) .....	118
2.1.4. Wsparcie społeczne i jego rodzaje (A. Chabior) .....	125
2.1.5. Instytucje pomocowe i organizacje pozarządowe w pracy na rzecz osób starszych (J. K. Wawrzyniak) .....	133

2.1.6. Zabezpieczenie socjalne w starości (Joanna K. Wawrzyniak) .....	143
2.2. Zagrożenia w pracy na rzecz drugiego człowieka .....	151
2.2.1. Pomaganie innym – szanse i zagrożenia w profesjach pomocowych (A. Fabiś) ..	151
2.2.2. Wypalenie zawodowe (A. Fabiś) .....	154
2.2.3. Mobbing (A. Fabiś) .....	158
2.2.4. Zapobieganie zagrożeniom i profesjonalizacja w działaniach pomocowych (A. Fabiś) .....	161
<b>ZAKOŃCZENIE</b> .....	<b>167</b>
<b>SŁOWNIK</b> .....	<b>171</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>179</b>
Netografia: .....	187
Źródła formalne: .....	189
<b>NOTATKI</b> .....	<b>191</b>

# Wstęp

Problematyce starości poświęca się ostatnio bardzo wiele uwagi, co wynika przede wszystkim z zaawansowanego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego. Skala problemu starzenia się społeczeństwa urosła do rangi kwestii o strategicznym znaczeniu dla Polski. Wydłużenie czasu trwania życia stanowi niewątpliwie osiągnięcie cywilizacyjne, lecz równocześnie generuje szereg wyzwań w sferze ekonomicznej, społecznej, kulturowej i edukacyjnej, a także socjalnej.

Proces starzenia się społeczeństwa wymusza zasadnicze zmiany w polityce społecznej we wszystkich jej obszarach. Koncentrują się one na rosnących wydatkach na świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego, szczególnie z zakresu ubezpieczeń emerytalnych. Następuje wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekę długoterminową z uwagi na pogarszającą się wraz z wiekiem kondycję zdrowotną tej grupy ludności. Zwiększa się potrzeba wprowadzenia nowych form usług pomocy społecznej (np. asystent/opiekun osoby starszej, pielęgniarka środowiskowa, doradca). Dużym wyzwaniem jest też problem niedostosowanej do potrzeb ludzi starszych infrastruktury społecznej, która wymagać będzie rozbudowy i odpowiedniego przystosowania do tej szczególnej grupy odbiorców. Koniecznością staje się uzupełnienie i rozszerzenie oferty kształcenia akademickiego o takie kierunki i specjalności, które umożliwią kompleksowe podejście do wsparcia człowieka w funkcjonowaniu społecznym, nie tylko w wymiarze wsparcia zdrowotnego, ale także aktywizującego, reintegracyjnego. Zwiększający się udział ludzi starszych, legitymujących się coraz wyższym poziomem wykształcenia, skutkować będzie zapotrzebowaniem na nowe jakościowo usługi o charakterze edukacyjnym (realizacja idei *Life Long Learning*), kulturalnym, wypoczynkowo-rekreacyjnym, sportowym, fizjoterapeutycznym, doradczym, socjalnym.

Jednym z najważniejszych procesów demograficznych współczesnego społeczeństwa jest starzenie się populacji. Jest to skutek spadku współczynnika rozrodczości, ale również



umieralności, co powoduje wydłużenie się przeciętnego trwania życia i wzrost liczby osób starszych w porównaniu do liczby osób młodych. Starzenie się społeczeństwa, w tym również polskiego, staje się procesem stawiającym ogromne wyzwania przed całą ludzkością, a w szczególności przed polityką społeczną, zdrowotną, socjalną, ekonomiczną i edukacyjną państw, także Polski. „Powiązanie wzrastającej średniej długości życia ludzkiego z zachowaniem jego jakości, wymaga metodycznego i naukowego podejścia do starzenia się jako procesu o szybko wzrastającej dynamice i ogromnej złożoności”.

Podjęmowane refleksje i działania zmierzające do włączenia grupy seniorów w struktury społeczeństwa obywatelskiego, prowadzące do integracji wewnątrzpokoleniowej jak i międzypokoleniowej, nie są niczym nowym. Od wielu lat podejmuje się działania mające na celu podniesienie jakości życia w okresie starości w rozciągłości wszystkich jej etapów. Spektakularnym działaniem było ustanowienie w 2002 roku w Madrycie Międzynarodowego Planu Działania w sprawie Starzenia się. To właśnie wtedy prof. B. Szatur-Jaworska przedstawiała referat „Wizja społeczeństwa dla wszystkich grup wieku”. Istotą tej koncepcji jest celowe, zaplanowanie tworzenie w każdym kraju warunków dla rozwoju społeczeństwa, w którym nie ma miejsca na dyskryminację ze względu na wiek, a stosunki międzypokoleniowe opierają się na zasadzie solidarności i poszanowania wartości, jakie niosą ze sobą różne fazy życia człowieka. Potrzebna jest więc strategia rozwoju poszczególnych krajów Europy, w tym Polski, do procesu starzenia się ludności. To dbałość o zapewnienie dobrej jakości życia w starości i lansowanie pomyślnego starzenia się stały się kwestiami priorytetowymi w podejmowanych strategiach społecznych i edukacyjnych wielu krajów Europy, w tym Polski.

Działania mające na celu podnoszenie jakości usług i pracy z osobami starszymi oraz wpływanie na jakość życia w tej fazie stają się ważnym elementem polityki społecznej Polski, czego wyrazem są między innymi opracowywane liczne programy aktywizacyjne, metodyczne oraz opracowania naukowe.

Przedkładane opracowanie jest w zamyśle autorów propozycją ujęcia w sposób optymalnie skondensowany zarówno problematyki teoretycznej fazy starości i funkcjonowania seniora w społeczeństwie, jak i wskazówek praktycznych dla osób pracujących i opiekujących się osobami starszymi. Celem pracy jest przybliżenie zjawisk towarzyszących starości i problematyki, z jaką spotykają się seniorzy oraz osoby towarzyszące im na drodze rozwoju i społecznego funkcjonowania.

Publikacja ma charakter podręcznika i może być traktowana jako rodzaj poradnika dla osób zawodowo i/lub prywatnie zaangażowanych w pracę i pomoc seniorom. Autorzy

publikacji są pedagogami zajmującymi się problematyką starzenia się oraz pracą na rzecz seniorów w obszarze zarówno naukowym, jak i praktycznym.

Opracowanie zbudowane jest z dwóch zasadniczych części. Pierwsza część opisuje najistotniejsze z punktu widzenia funkcjonowania człowieka starego w środowisku zagadnienia związane ze starością jednostkową i społeczną, potrzebami seniorów, ich sytuacją rodzinną i zdrowotną, aktywnością seniorów oraz trudnościami i patologią życia codziennego. Druga natomiast wskazuje na związki człowieka starego z jego socjosferą – głównie w wymiarze działań pomocowych, konieczności wsparcia, rozwiązań z zakresu polityki społecznej.

Treści zawarte w przedstawianej publikacji mogą być przydatne zarówno praktykom – pracownikom socjalnych i szeroko pojmowanym pracownikom służb społecznych, jak i studentom kierunków przygotowujących do pracy z osobami starszymi – na przykład w strukturach pomocy społecznej. Podręcznik może okazać się pomocny również nauczycielom akademickim, osobom prowadzącym zajęcia i realizującym programy na rzecz seniorów, animatorom i działaczom społecznym. Może zainteresować też samych seniorów lub ich najbliższych.

Ideą publikacji jest zainspirowanie na drodze pracy zawodowej i społecznej w kontakcie z osobami starszymi, uzupełnienie, poszerzenie wiedzy na temat starości globalnie i indywidualnie ujmowanej oraz ukazanie, co i kiedy może okazać się ważne dla rozwoju seniorów, pomocy im niesionej, a także współdziałania i pracy na rzecz satysfakcjonującej jakości życia w fazie późnej dorosłości.



# 1. CZŁOWIEK STARY I JEGO WSPARCIE W ŚRODOWISKU

## 1.1. Starość i starzenie się

### 1.1.1. Wymiar podmiotowy i społeczny starości (J. K. Wawrzyniak)

Starość jako faza życia nie jest okresem wyczekiwany, nie towarzyszy mu pozytywny lub choćby neutralny wizerunek, a autorytet osób starszych jest zjawiskiem zanikającym we współczesnych czasach. Ostatnie dekady to gloryfikacja młodości, sprawności, zabawy i sukcesów, a starość się z tymi atrybutami popkultury nie kojarzy.

Przemiany kulturowe, w tym technologiczne oraz społeczne sprawiły, że szczególnie wysoko ceniona jest najnowsza wiedza, najświeższe umiejętności i kompetencje, których wymaga nowoczesny świat pełen wyzwań, nowości i wynalazków.

Rewolucja technologiczna, a także przeobrażenia obyczajowe, doprowadziły do dewaluacji pozycji seniorów, którzy jako grupa społeczna nie w pełni dysponują poszukiwanymi powszechnie atrybutami – zarówno na rynku pracy, jak i w powszechnym społecznym funkcjonowaniu.

Stereotypowy wizerunek osób starszych jest w znacznej mierze uwarunkowany oczekiwaniami społecznymi wobec tej grupy. Oczekiwania te dotyczą najczęściej stylu życia, ról społecznych (rodzinnych), jakie są często narzucane seniorom oraz wymagań, co do sposobu zachowania się i aktywności, w których główną funkcję odgrywa dystynkcja emeryta (czyli biorcy). Starość w życiu społecznym jest przeciwstawiana (zbyt) silnie młodości, a biegunowość tych zjawisk skutkuje antagonizmami we wszystkich sferach życia społecznego. Stereotyp nie uwzględnia heterogeniczności starości czyli tego, że faza ta jest pojęciem wieloznacznie ujmowanym. Starość człowieka w wieku 65 lat różni się przecież od starości 80- i 90-latka.

Coraz mniejszy zakres ról społecznych udostępnianych populacji emerytów powoduje obawę młodszej części społeczeństwa przed starością i emeryturą. Proces ten działa we współczesnej rzeczywistości zgodnie z zasadą sprzężenia zwrotnego: niechęć do emerytów jako biernej części społeczeństwa skutkuje alienowaniem ich ze sfer aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, co jest coraz większym problemem także gospodarczym. Dodatkowo zakończenie pracy zawodowej owocuje wycofaniem się z kontaktów społecznych i powoduje poczucie izolacji od reszty społeczeństwa.

Jakkolwiek duża część populacji dzisiejszych seniorów cieszy się dobrym zdrowiem, jest aktywna, sprawna i gotowa do międzypokoleniowych działań, społeczny wizerunek osób starszych oparty jest w dużej mierze na stereotypie, który opisuje seniorów jako grupę osób niedołączonych, schorowanych, biernych, niechętnych czy nawet niepotrzebnych, bezużytecznych.

Stereotyp ten jest, co oczywiste, krzywdzący, ale równie znaczące jest to, że jest nieprawdziwy i wymaga weryfikacji głównie ze względu na rosnącą populację seniorów w większości społeczeństw współczesnego świata. Traktowanie (stereotypowe) w sposób jednakowy (głównie negatywny) grupy ponad 17 proc. populacji Polski jest niemożliwe ze względu na znaczne zróżnicowanie wewnątrz tej grupy, będące choćby wyrazem podziału seniorów na III i IV wiek.

W 2020 roku co czwarty, a w 2050 co trzeci człowiek przekroczy sześćdziesiąty rok życia (*Mały Rocznik Statystyczny GUS*, 2003, s. 81–84). Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego niski przyrost naturalny w Polsce doprowadzi za ćwierć wieku do zmniejszenia się liczebności naszego kraju o prawie 2,5 miliona. Jednak ludzi starszych przybędzie. Szacuje się, że populacja seniorów zwiększy się prawie o 75 proc.! Będzie ich wówczas w Polsce ponad 8,5 miliona.

Obecnie cała Europa jest w trakcie stuletniego procesu (1950–2050), podczas którego odnotowany zostanie wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej (tzw. IV wiek) z 1,1 proc. do 10 proc. całej populacji (z 3 proc. w roku 2000 do 5,5 proc. w 2025 roku). Ten niemal dziesięciokrotny wzrost seniorów w wieku 80+ prawdopodobnie wymusi znaczące zmiany w polityce społecznej i sposobach pracy z najstarszym pokoleniem w poszczególnych krajach.

W sensie jednostkowym za początek starości uważa się przekroczenie 60. roku życia (według postanowień Światowej Organizacji Zdrowia) lub 65. roku życia według ustaleń ONZ,

a próg ten powiązany jest jednocześnie z osiągnięciem wieku emerytalnego w obecnie funkcjonującym (starym) systemie emerytalnym. Według danych ONZ ludzie w wieku 60 lat i starsi stanowią obecnie 20 proc. całej populacji świata.

Opracowania demograficzne poddają, że średnia długość życia człowieka zwiększyła się od 1700 roku (wynosiła wówczas 35 lat) o 37 lat (na rok 2011), co oznacza między innymi możliwość doświadczania roli dziadka/babci, a nawet pradziadka/prababci przez seniorów (dane Banku Światowego cytuję za: Szarota, 2013, s. 7). Wielopokoleniowość staje się zatem kwestią coraz bardziej powszechną w społeczeństwach rozwiniętych. Jednocześnie rośnie liczba najstarszych spośród starych, co nazywane jest zjawiskiem podwójnego starzenia się. W analizach procesu starzenia się ludności zwraca się na ten fakt szczególną uwagę ze względu na poważne zmiany w strukturze wieku, jakich nie było nigdy wcześniej. Zjawisko przyrostu liczby osób powyżej 80. roku życia występuje z dużą intensywnością w większości krajów Europy, w tym w Polsce. Udział osób w wieku 80+ w całej populacji Polski wzrósł z 2 proc. do 4 proc. w ciągu ostatniej dekady, a w 2060 roku wyniesie 12 proc. wg prognozy EUROPOP 2010 (Za: Józwiak, 2013, s. 15).

Przemiany i intensyfikacja pracy i opieki nad seniorami wymuszona zostanie nie tylko przez zwiększającą się systematycznie ilość seniorów w poszczególnych krajach Europy (i świata), lecz także przez znaczną feminizację i singularyzację tej grupy, która jawi się również jako tendencja ogólnoświatowa.

Odrębną demograficznie, kulturowo i społecznie grupę seniorów stanowią ci reprezentujący najstarsze pokolenie, czyli osoby powyżej 80. roku życia (tzw. IV wiek). W grupie tej specyficzną kategorię stanowią stulatkowie, których liczba zwiększa się każdego roku. Według szacunków ONZ w roku 2050 na świecie żyć będzie ponad 2 miliony stulatków. W Polsce według różnych badań i danych pozyskiwanych m.in. z Narodowego Spisu Danych PESEL oraz Powszechnego Spisu Ludności w 2002 roku grupa (ponad)stulatków liczy od 1500 do 2500 osób, szacuje się ponadto, że do 2060 roku liczba stulatków na świecie osiągnie 2,5 mln osób (Por. Szukalski, 2006, s. 13).

Dla pracy socjalnej duże znaczenie ma podział starości na trzeci i czwarty wiek. Jest to bowiem stratyfikacja nie tylko o znaczeniu demograficznym, ale przede wszystkim – socjalnym: wiek trzeci jest traktowany jako okres aktywności i niezależności, opartej na samodzielności i sprawności w znacznie większym stopniu aniżeli w wieku czwartym, gdzie częściej pojawia się zależność od innych i konieczność opieki/alimentacji.

### Warto pamiętać

---

- ➔ Nie należy traktować jednakowo osób w wieku 60+ oraz 80+, choć wszystkich zaliczamy do kategorii seniorów, różni ich jedno pokolenie. Pomędzy osobami w tym wieku występują znaczne różnice nie tylko w sferze zdrowia i sprawności, ale przede wszystkim w sferze mentalności, doświadczeń życiowych, możliwości, a nade wszystko – potrzeb.
  - ➔ Warto zwracać uwagę na stereotypowe prezentowanie seniorów np. w reklamach telewizyjnych, gdzie wizerunek osób starszych jest najczęściej fałszywy i/lub negatywny. Dobrze jest głośno wyrażać swoją opinię i rozmawiać np. z młodymi ludźmi na temat prawdziwości wizerunku osób starszych w mediach, z dziećmi o ilustracjach babci i dziadka w podręcznikach szkolnych (babcia o siwych włosach robi szal na drutach, dziadek w fotelu czyta gazetę). Należy konfrontować te obrazy z rzeczywistością jaka jest znana rozmówcom – ludziom młodszym.
- 

Okres między 60. a 80. rokiem życia to czas wolności od obowiązków zawodowych i rodzinnych (rodzicielskich), usamodzielnienie się dzieci, czas na własne zainteresowania i autonomia w organizowaniu czasu wolnego oraz stosunkowo dobry stan zdrowia. Wiek 80+ to częściej, niż we wcześniejszych latach, schyłek samodzielności i początek uzależnienia od innych ze względu na pogarszający się stan zdrowia, osamotnienie (wdowieństwo), gorszy status materialny.

Wśród głównych konsekwencji starzenia się społeczeństwa powinny się znaleźć działania zmierzające do zmiany granicy wieku emerytalnego, zmiany rytmu i czasu pracy, polepszenia obsługi medycznej, zoptymalizowania świadczeń społecznych oraz pomocy socjalnej dla seniorów i ich rodzin.

Starzenie się jest procesem – naturalnym, a w przypadku człowieka – bardzo indywidualnym i zależnym od wielorakich czynników. Starość jest nieuchronna i nieodwracalna.

Starzenie się przebiega w sferze biologicznej, psychologicznej i społecznej człowieka, a zmiany w obrębie jednej ze sfer wpływają na funkcjonowanie w pozostałych, bowiem wszystkie się przenikają i warunkują. Stąd konieczne jest rozpatrywanie wieku człowieka w kategorii biologicznego, psychicznego, społecznego, ekonomicznego i socjalnego.

**Wiek biologiczny** mówi o stopniu ogólnej sprawności i żywotności organizmu, określanym często jako stopień sprawności życiowej, istotny na przykład dla dalszej pracy zawodowej. Podstawę określenia wieku biologicznego stanowią biologiczne i medyczne pomiary funkcjonowania organizmu człowieka (funkcje życiowe i zmiany w funkcjonowaniu narządów).

Wiek biologiczny nie jest jednoznacznym wskaźnikiem, gdyż jakość starzenia się i jego tempo zależne jest w dużej mierze od indywidualnych – biograficznych i psychicznych

uwarunkowań. Mimo nieodwracalności procesu starzenia się, można go spowolnić, opóźnić, dzięki działaniom aktywizującym, podejmowaniu prawidłowego stylu życia. Jest to o tyle istotne, że biologiczny aspekt starości wpływa na sferę psychiczną człowieka, ta zaś ma duże znaczenie dla jakości życia i postaw społecznych w starości.

**Wiek psychiczny** określa jakość funkcji intelektualnych, sprawności zmysłów i zdolności przystosowawczych człowieka.

W starości pojawiają się liczne oraz trudne zadania rozwojowe, których wykonanie związane jest z biologicznymi, psychicznymi i społecznymi zmianami w aktywności człowieka. Zadania te przyjmują w tej fazie życia postać kryzysów dla podkreślenia ich wagi oraz stopnia trudności w procesie rozwoju człowieka. Kryzys pojawia się najczęściej wówczas, gdy mamy do czynienia z sytuacją trudną i jednocześnie nową, dla której brak sprawdzonych rozwiązań, sposobów postępowania oraz radzenia sobie. Człowiek zmuszony jest wówczas do samodzielnego poszukiwania rodzaju adaptacji, zmiany sposobu zachowania, wypracowania postaw, a nawet stylu życia. Kryzysy przejawiają się uczuciem bezradności i beznadziejności, niezdolności do dalszego działania i aktywności, poczuciem utraty kontroli nad własnym życiem, niezdolności do realizowania ról społecznych i rodzinnych, a w konsekwencji zwiększeniem zależności od innych, wysokim poziomem lęku z towarzyszeniem objawów somatycznych.

Do kryzysów w tej fazie należą:

- pogorszenie się zdrowia, kondycji fizycznej i atrakcyjności,
- utrata bliskiej osoby,
- opuszczenie domu przez dorosłe dzieci (kryzys *pustego gniazda*),
- samotność i osamotnienie (słabnące więzi z rodziną, śmierć rówieśników),
- przejście na emeryturę,
- utrata prestiżu i obniżenie statusu społecznego,
- utrata poczucia użyteczności,
- zmiana miejsca zamieszkania (np. przeniesienie do domu opieki),
- świadomość zbliżającego się końca życia (Por. Harwas-Napierała, Trempała, 2002; Szatur-Jaworska, 2006, s. 48).

**Wiek społeczny** odzwierciedla sytuację społeczną jednostki poprzez określenie jej miejsca w społeczeństwie i pełnienie przez nią określonych ról. Zwykle dominującą rolą jest rola użytkownika czasu wolnego (konsumenta) oraz emeryta (biorcy), następująca po roli pracownika (dawcy). Oznacza to, że z ról centralnych człowiek przechodzi w role peryferyjne, często marginalne w rozumieniu systemu społecznego funkcjonowania. Tego



rodzaju zmiana ma swoje konsekwencje w postaci obniżenia statusu społecznego i ekonomicznego, zmiany stylu życia, zmian w układzie ról rodzinnych (z żywiciela i opiekuna staje się osoba wymagająca opieki i wsparcia). Częstokroć wiąże się z utratą szacunku oraz marginalizacją osób starszych.

Z pojęciem wieku społecznego łączą kategorie **wieku ekonomicznego i socjalnego**, z których pierwszy wiąże się z zajmowanym przez człowieka miejscem w systemie społecznego podziału pracy i jest najczęściej określany przy pomocy takich pojęć, jak: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny, poprodukcyjny. Początek starości określany jest zatem za pomocą końca aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę, w związku z czym następuje zmiana głównego źródła utrzymania i człowiek starszy z dawcy staje się biorcą.

Wiek socjalny związany jest z prawem do świadczeń z zabezpieczenia socjalnego na podstawie aktów prawnych uznających okres starości za uprzywilejowany w tym zakresie. Prawa tego senior nabywa na podstawie (domniemanego bądź rzeczywistego) ograniczenia (lub utraty) możliwości samodzielnego zdobywania środków utrzymania. Wiek socjalny oznacza możliwość korzystania z uprawnień emerytalnych (60/65 lat), zasiłku pielęgnacyjnego (75 lat), zniżek i zwolnień z różnych opłat (przejazdu komunikacją miejską, abonament telewizyjny) oraz usług pielęgnacyjnych (w miejscu zamieszkania) i opiekuńczych (miejsce w domu opieki), przywilejów, pomocy, wsparcia, opieki, a także świadczeń pieniężnych dla kombatantów i weteranów II wojny światowej oraz wdów po nich (dodatek kombatancki, kompensacyjny) (Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 18.07.2006).

Funkcjonujące w formalnym i pozaformalnym obiegu określenia wieku w różnym stopniu wspierają istnienie stereotypowego postrzegania ludzi starych, które stało się tak powszechne, że opisane zostało przez Roberta Butlera pojęcie *ageizmu* czyli dyskryminacji ze względu na wiek (Fennell, Philipson, Evers, 1988, s. 53). Z tym negatywnym zjawiskiem związane jest pojęcie **deprywacji i ekskluzji społecznej** starszego pokolenia, czyli odsunięcia osób starszych od uczestnictwa społecznego oraz udziału w szeroko pojętym podziale dóbr (Synak, 2002, s. 18–19).

Osoby starsze, odsunięte od możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym, przejawiają większe trudności w pogodzeniu się z nową sytuacją, z adaptacją do fazy starości. Otoczenie bowiem może także obniżać właściwy potencjał osób starszych: Jeśli osoby starsze są traktowane jak produktywni, kompetentni członkowie społeczeństwa, będą zachowywać się w ten sposób. Jeśli natomiast będą traktowani jako bezradni, zacofani i bierni – przyjmą taką postawę i tak też będą o sobie myśleć.

### Warto pamiętać

---

- Starość jest procesem niehomogenicznym, a jej charakter zależy od wielu czynników i zjawisk.
  - Pojęcie wieku człowieka ma różne wymiary, którego podstawą jest społeczne, fizyczne, psychologiczne i ekonomiczne rozumienie zjawiska.
  - W starości przed człowiekiem stają specyficzne zadania rozwojowe oraz kryzysy typowe dla tej fazy życia mające wpływ na dalsze funkcjonowanie człowieka w sensie indywidualnym i społecznym.
  - Cechą starości są zmiany intelektualne i biopsychiczne, których pojawienie się nie jest typowe dla wszystkich i w znacznej mierze zależy od stanu zdrowia i profilaktyki gerontologicznej.
  - Adaptacja do starości jest procesem o wielorakich uwarunkowaniach, nad którym można pracować w celu jej optymalizacji.
  - Jakość życia w starości ma istotne znaczenie w odczuwaniu satysfakcji życiowej seniorów. Kształtuje ją głównie sprawność i stan zdrowia, relacje międzyludzkie, zaangażowanie oraz warunki ekonomiczne życia.
- 

W starości człowiek musi się zmierzyć z licznymi zmianami w sferze fizycznej (biologicznej), społecznej i psychicznej swojego funkcjonowania. Wśród nich są zmiany, które następują gwałtownie oraz te, które dokonują się stopniowo.

W zależności od otrzymywanego wsparcia ze strony najbliższych, środowiska oraz od własnych zasobów jak inteligencja, doświadczenie życiowe, temperament adaptacja do zmian oraz mierzenie się z kryzysami fazy późnej dorosłości mogą przebiegać z różnymi efektami.

**Kryzysy** w fazie starości są rozumiane jako punkty zwrotne, sytuacje trudne, w rozwiązanie których człowiek musi włożyć (różnego rodzaju) wysiłek i aktywność (Badura-Madej, 1999, s. 16).

Kryzys pojawia się najczęściej wówczas, gdy mamy do czynienia z sytuacją trudną i jednocześnie nową (biograficznie), dla których nie ma wypracowanych sposobów radzenia sobie i postępowania. Człowiek zmuszony jest wówczas do samodzielnego poszukiwania sposobu radzenia sobie – wypracowania postaw, zmiany sposobu zachowania, a nawet stylu życia.

Kryzysy najczęściej przebiegają w sferze:

- emocjonalnej człowieka: lęk, strach, poczucie winy, krzywdy,
- biologicznej: objawy somatyczne i fizjologiczne: nudności, wymioty, pocenie się,
- poznawczej: trudności w podejmowaniu decyzji, brak umiejętności rozwiązywania codziennych problemów,
- zachowania: niezdolność do pełnienia dotychczasowych ról społecznych, izolowanie się, zachowania nietypowe i patologiczne jak agresja, ucieczka w nałogi, zachowania przestępcze (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dziegielewska, 2006, s. 66).

Wśród kryzysów traktowanych często jako koszty starzenia się (straty) najczęściej zaliczane są scharakteryzowane niżej zdarzenia:

➔ **Pogorszenie się zdrowia, sprawności i atrakcyjności fizycznej** wynika z naturalnych procesów biologicznych okresu starości, jest nieuniknione w kontekście fizycznego starzenia się. Starzenie się fizyczne staje się widoczne w wyglądzie człowieka i w jego funkcjonowaniu- ruchach, tempie poruszania się i jego precyzji. Do typowych zjawisk w okresie starości należy obniżenie sprawności i mnoga patologia, wielochorobowość, która najczęściej obejmuje schorzenie układu ruchu (np. zwyrodnienie stawów, osteoporoza), układu nerwowego (bezsensowność, zaburzenia nastroju), zaburzenia widzenia i słuchu, choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze) i schorzenia metaboliczne (cukrzyca) oraz zaburzenia odżywiania i choroby układu pokarmowego (otyłość, choroba wrzodowa żołądka) (Por. Twardowska-Rajewska, 2007, s. 37–50).

Mnoga patologia to istotny wyróżnik starości biologicznej, oznaczający występowanie kilku dolegliwości równocześnie u tej samej osoby.

Największy lęk i obawę u osób starszych wzbudza konieczność alimentacji i uzależnienia własnego funkcjonowania od pomocy osób trzecich, często instytucjonalnej opieki, a także od świadczeń opiekuńczych oraz pielęgnacyjnych. Uzależnienie od innych, postrzeganie siebie jako ciężaru dla innych (opiekunów zawodowych, a zwłaszcza rodziny) stanowi bardzo poważny problem adaptacyjny osób w tym wieku. W tym kontekście przeprowadzka do domu opieki nie zmniejsza lęku przed starością. Zwłaszcza osoby funkcjonujące jako samodzielne, niezależne i aktywne we wcześniejszych fazach życia źle znoszą szybkie pogorszenie się zdrowia i sprawności oraz konieczność korzystania z pomocy i/lub poważnego ograniczenia aktywności. Kryzys tego okresu wiąże się właśnie z obniżeniem sprawności fizycznej, która przejawia się ograniczeniem zdolności do wysiłku, zwiększoną podatnością na zmęczenie, a tym samym ograniczeniem aktywności oraz ogólnym spadkiem wigoru, który traktowany jest jako główna zaleta wieku młodego.

Powszechny jest pogląd, że choroby są nieodłącznym składnikiem starości. Błędem jest przede wszystkim to, że ludzie starsi godzą się z takim stereotypem. Jednak odpowiednia aktywność fizyczna (i społeczna), właściwa profilaktyka chorób i odpowiednio wczesne zgłaszanie lekarzom i opiekunom dolegliwości może pomóc wieść zdrowe i pogodne życie w starości.

Starzenie się organizmu pociąga za sobą również wiele zmian w fizjonomii i wyglądzie człowieka, jak siwienie i słabnięcie włosów, pojawianie się plam starczych, zmarszczek, zmian rysów twarzy i sylwetki, pochylenie postawy ciała czy drżenie rąk. Te niekorzystne

zmiany fizyczne pozostają nie bez wpływu na psychikę człowieka, który odczuwa różnicę w swoim wyglądzie na niekorzyść w porównaniu z młodszymi grupami wiekowymi.

Fizyczne konsekwencje starzenia się w znacznie większym stopniu odczuwane są przez kobiety z powodu silniejszej społecznej presji, by zachować fizyczną atrakcyjność i młodość, co związane jest z istnieniem we współczesnej obyczajowości podwójnych standardów starości – dla kobiet i dla mężczyzn. Kobiety podlegają zatem podwójnej marginalizacji – ze względu na wiek oraz płeć – kobieca starość traktowana jest jako gorsza, bo mniej atrakcyjna niż męska.

➔ **Utrata bliskiej osoby** polega najczęściej na zjawisku wdowieństwa i częściej kobiety przeżywają ten kryzys, ponieważ to one żyją dłużej.

Śmierć małżonka to bolesne wydarzenie, które wymaga mobilizacji i uruchomienia zasobów indywidualnych oraz społecznych w celu poradzenia sobie z tą trudną sytuacją.

Strata małżonka jest trudna nie tylko ze względów osobistych, emocjonalnych, lecz również z powodów społecznych, gdyż małżonek traktowany jest jako „naturalny” wspierający, źródło dóbr pozamaterialnych, jak opieka, pomoc i wsparcie. Zjawisko to jest szczególnie istotne w populacji osób starszych.

Konsekwencją wdowieństwa jest gorsza ocena jakości własnego życia przez seniorów w porównaniu z osobami, których małżonek żyje.

➔ **Opuszczenie domu przez dorosłe dzieci** jawi się jako kryzys związany z usamodzielnieniem się dzieci i założeniem przez nie własnych gospodarstw domowych; nazywany jest kryzysem *pustego gniazda*.

Opustoszenie domu przyjmowane jest negatywnie przez tę grupę seniorów, w życiu których dzieci i ich sprawy odgrywały rolę najistotniejszą, którzy odczuwali silną więź z dziećmi, a aktywność rodzinna była podstawową i najważniejszą formą aktywności. Seniorzy radzą sobie z tym kryzysem w zależności od postawy wobec własnego życia, zainteresowań, możliwości podjęcia dodatkowych form aktywności.

➔ **Samotność i osamotnienie** to dwa zjawiska kojarzone ze starością, lecz występujące w sposób rozdzielny. Samotność ma wymiar fizyczny i wiąże się z realnym brakiem innej osoby w najbliższym otoczeniu. Osamotnienie zaś jest zjawiskiem typu emocjonalnego i polega na poczuciu braku więzi oraz zrozumienia z najbliższymi

osobami. Samotność jest poważnym problemem stwarzającym konieczność otoczenia opieką, wsparcia w realizacji najistotniejszych potrzeb, alimentacji, zapewnienia pomocy. Samotność i osamotnienie wywołują lęk, obawę przed każdym nowym dniem – zwłaszcza w przypadku słabego zdrowia i niskiej sprawności – strach przed nieporadzeniem sobie z problemami dnia codziennego, niesprawnością, niedostatkiem, zdaniem się na czyjąś łaskę.

Samooceń osób samotnych – podobnie jak w przypadku wdowieństwa – jest niższa niż osób pozostających w związkach i posiadających rodzinę. Samotność najboleśniej odczuwają osoby bierne, bez wyraźnego celu działania, samotność staje się wówczas tak poważną udręką, że starość przeobraża się w oczekiwanie na śmierć.

→ **Przejście na emeryturę** jako zjawisko kryzysowe nazwane zostało przez Alexa Comforta (1968, s. 131) „śmiercią społeczną”, bowiem oznacza dla człowieka koniec wykonywania zawodu, prestiżu z nim związanego, utratę obowiązków, ale i praw z wykonywania ich płynących. Czynnikiem ułatwiającym odnalezienie się w nowej roli jest możliwość realizacji wcześniej poczynionych planów, oddanie się zainteresowaniom, hobby, rodzinie, zajęcie się działką, poszerzenie zakresu obowiązków domowych, możliwość wykonywania konkretnego zajęcia lub kontynuowanie pracy w zmienionej formie. Adaptacja przebiega znacznie gorzej, jeśli poza obowiązkami zawodowymi człowiek nie prowadził żadnej działalności, nie rozwijał zainteresowań, nie pełnił żadnych innych obowiązków ani ról, wówczas trudno mu będzie wypełnić wolny czas równie satysfakcjonującym, co praca zawodowa, zajęciem. Seniorzy najczęściej odczuwają uszczerbek lub utratę poczucia użyteczności związane z przejściem na emeryturę i kompensują go aktywnością rodzinną i pełnieniem ról dziadków, rodziców, teściów. Kompensacja ta realizowana jest najczęściej przez pomoc w prowadzeniu gospodarstwa, opiekę nad wnukami lub pielęgnację w chorobie. Ponadto angażują się w działania wspólnotowe, najczęściej religijne, czasem w szerszą działalność społeczną (stowarzyszenia, wolontariat), edukacyjną (uniwersytety trzeciego wieku), kulturotwórczą i artystyczną (zespoły ludowe, chór, rękodzieło), rekreacyjną (podróże, sport, praca na działce).

→ **Zmiana miejsca zamieszkania** w okresie starości pojawia się kiedy koniecznym okazuje się przeniesienie do domu opieki lub innej placówki wskutek wyraźnej potrzeby zapewnienia opieki i pomocy. Stres wynikający ze zmiany miejsca zamieszkania wiąże się z poczuciem tożsamości – przywiązania do miejsca. Miejsce zamieszkania to najbliższe otoczenie człowieka starszego, w którym przez lata toczyła się jedna z najistotniejszych form jego aktywności. Przeprowadzka do domu opieki natomiast niesie ze sobą ryzyko utraty kontaktu ze znanymi sobie osobami (np. z sąsiedztwa)

oraz z własnymi przedmiotami (meble, sprzęty) lub nawet utratę możliwości odwiedzania i doświadczania odwiedzin znajomych i bliskich.

Osobom przyzwyczajonym do samodzielności, autonomii i niezależności trudno jest się adaptować do nowych, odmiennych od dotychczasowych, warunków życia. Dla osób opuszczonych, zaniedbanych, ubogich i samotnych, przeprowadzka do domu opieki może stanowić wybawienie od problemów i poważnych zagrożeń dnia codziennego.

➔ Świadomość zbliżającego się końca życia pojawia się intensywniej w okresie starości, kiedy ważnym wyzwaniem staje się pogodzenie się ze śmiercią jako naturalnym zjawiskiem. Śmierć w życiu osób starszych staje się coraz bardziej powszechna z powodu odchodzenia rówieśników, bliskich i znajomych oraz zbliżania się perspektywy własnej śmierci. W starości pojawia się tendencja do rozpamiętywania przeszłości, porządkowania doświadczeń, bilansowania życia i poszukiwania jego sensu, co często może wiązać się z poczuciem winy. Nieuporządkowana przeszłość jest źródłem poczucia winy oraz powoduje nasilanie się poczucia zagrożenia i lęku.

Krytyczne zdarzenia w okresie starości są dla człowieka wyzwaniem, źródłem nowych, trudnych zadań. Umiejętność rozwiązywania kryzysów w fazie starości, stopień radzenia sobie w sytuacjach trudnych określa jakość tej fazy życia i pozostaje nie bez wpływu na bilans życia.

### Więcej na ten temat:

- T. Kirkwood, *Czas naszego życia*, Wyd. Charaktery, Kielce 2005.
- J. Auleytner, *Polityka Społeczna w Polsce i w Świecie*, Wyd. WSP TWP, Warszawa 2012.
- K. Lasocińska, J. K. Wawrzyniak, *Autobiografia jako twórcze wyzwanie. Scenariusze warsztatów biograficznych*, „Żak”, Warszawa 2013.

### 1.1.2. Zmiany intelektualne i biopsychiczne w późnej dorosłości (J. K. Wawrzyniak)

W starości zachodzi wiele zmian w sferze intelektualnej i biopsychicznej, które w dużej części kojarzone są z pogarszającym się stanem zdrowia fizycznego i sprawności motorycznej. Pamiętać należy jednakże, iż istnieje duża różnica, jeśli idzie o kwestie zdrowia i sprawności pomiędzy grupą osób w wieku 60–75 (III wiek) a grupą osób w wieku 75–85 oraz najstarszą: powyżej 85. roku życia. To w grupie najstarszej mówi się o zniedołężnieniu starym, czyli takim stanie zdrowia, w którym senior wymaga stałej opieki. Zdarza się jednak niemało przypadków, kiedy i we wcześniejszych grupach wiekowych zdrowie nie

pozwała na samodzielne funkcjonowanie, a dodatkowa okoliczność, jaką jest osamotnienie, powoduje konieczność stałej, a przynajmniej regularnej, systematycznej pomocy ze strony odpowiednich służb.

Upośledzenie czynności fizycznych w starości określane ogólnie jako niepełnosprawność, oznacza ograniczenie zdolności do wypełniania pewnych ról i zadań, zwłaszcza czynności związanych z samoobsługą i obowiązkami domowymi. Sprawność w tym zakresie ocenia się na podstawie działań wykazywanych w dwóch kategoriach: czynności dnia codziennego (**ADL: activities of daily living**), jak utrzymywanie higieny, ubieranie się, odżywanie oraz złożone czynności dnia codziennego (**IADL: instrumental activities of daily living**), wymagające większej sprawności umysłowej, jak gospodarowanie pieniędzmi, planowanie dnia (Boyd, Bee, 2008, s. 529–530).

Liczba osób wykazujących niesprawność w obydwu kategoriach zwiększa się wraz z wiekiem; upośledzenie obydwu kategorii czynności powodują lub pogłębiają najczęściej takie dolegliwości wieku starszego jak artretyzm (zapalenie stawów), osteoporoza, nadciśnienie tętnicze, arterioskleroza, oraz – co zrozumiałe – choroby Parkinsona i Alzheimerera.

Jak w innych, tak i w tym przypadku istnieje duży związek pomiędzy sprawnością i stanem zdrowia w starości a stylem życia we wcześniejszych jego fazach, profilaktyką chorób, nawykami zdrowotnymi, aktywnością fizyczną oraz poziomem opieki zdrowotnej w danej grupie.

Specyficznym rodzajem dolegliwości w starości jest **słabnący wzrok** (starcowzroczność czyli dalekowzroczność) oraz **słuch**.

**Pogarszanie się wzroku** często związane jest z gorszym ukrwieniem gałki ocznej, powodującej pojawienie się „ślepej plamki”, czyli ograniczenia pola widzenia. Nadto gorsze widzenie w nocy lub przy zmiennym świetle powoduje dodatkowe kłopoty z orientacją w (nawet znanym) terenie i kłopoty z samodzielnym poruszaniem się.

**Starcze przytępienie słuchu**, spowodowane zużyciem elementów narządu słuchu, powoduje stopniowe pogorszenie się słuchu, które zaczyna być zauważane jako niesprawność dopiero w okresie starości. Dolegliwość ta jest bardzo uciążliwa, gdyż utrudnia komunikację z seniorami, powoduje że są oni postrzegani jako roztargnieni, nieobecni, nie rozumieją komunikatów i nie uczestniczą aktywnie w dialogu. Sytuację utrudnia niechęć seniorów do przyznania się do problemów ze słuchem, co uniemożliwia udzielenie właściwej pomocy, czy nawet diagnostykę w tym zakresie. Człowiek z osłabionym słuchem

czuje się wyizolowany społecznie, nieszczęśliwy, choć istnieją współcześnie sposoby, by problem ten niwelować (implanty, aparaty słuchowe).

Inną znaczącą zmianą biopsychiczną w starości są **zmiany snu i odżywiania się**. Zmiana rytmu snu wiąże się najczęściej z płytszym i krótszym snem w ciągu nocy oraz wcześniejszym kładzeniem się do snu i rannym wstawaniem. Ponieważ sen nocny jest płytszy, często przerywany, osoby starsze uzupełniają niedobory snu podczas (nawet kilku) drzemek w ciągu dnia.

Z wiekiem zwiększa się często poziom cukru we krwi, co powoduje uczucie sytości, więc seniorzy mogą nie odczuwać głodu tak intensywnie, jak osoby młodsze.

Poważnym problemem okresu starości jest zwiększone **ryzyko wystąpienia depresji** (Boyd, Bee 2008, s. 546). Jednak diagnozowanie jej napotyka pewne trudności, ponieważ prócz wielu kryzysów okresu starości, które negatywnie odbijają się na psychice człowieka, symptomy bywają mylone z otępieniem objawiającym się dezorientacją, brakami w pamięci, utratą apetytu, zaburzeniem snu i brakiem energii. Ważne jest również odróżnienie nastroju depresyjnego od klinicznej depresji, która obejmuje zaburzenia o charakterze długotrwałym, utrudniającym codzienne funkcjonowanie, jak: poczucie beznadziejności, bezsensu życia, utrata zainteresowań, brak apetytu, bezsenność (Boyd, Bee, 2008, s. 546).

**Zmiany w uczeniu się (zmiany w sferze poznawczej)** w starości związane są z wydłużonym czasem reakcji na bodźce, która to sprawność najwyraźniej dostrzegana jest w konfrontacji z nowymi zadaniami, z jakimi przychodzi zmierzyć się seniorom. W życiu codziennym nie jest to tak zauważalne, gdyż wiele czynności wykonuje się automatycznie.

Uczenie się wiąże się również z **uwagą** – jej pojemnością, podzielnością, selektywnością. U osób starszych, szczególnie w trudniejszych zadaniach, widoczne jest ograniczenie pojemności uwagi. Ograniczeniu ulega także koncentracja, gdyż osoby starsze szybciej wykazują zmęczenie, a także mają trudności z rozróżnieniem ważnych informacji.

**Pamięć** z pewnością w pewnym stopniu ulega degradacji, przypuszczalnie pamięć długoterminowa w niewielkim zakresie słabnie, natomiast pogarsza się pamięć krótkoterminowa oraz prospektywna, która odpowiada za terminowe wykonywanie czynności w przyszłości oraz za ich kontrolę. W znacznym stopniu trudniej jest docierać do informacji zapamiętanych. Odzyskiwanie i odtwarzanie treści z pamięci, czyli przypominanie, zakłócać jest innymi nieistotnymi informacjami. Zapominanie, jako najbardziej dokuczliwa



właściwość pamięci, wiąże się z niemożnością odtworzenia informacji uprzednio przyswojonej (Jagodzińska, 2008, s. 275). Upływ czasu jest głównym czynnikiem powodującym zapominanie, lecz powtarzanie i regularne ćwiczenia mogą spowolnić ten proces.

Przywoływanie wspomnień i zapisanych zdarzeń, na bazie którego konstryuuje się doświadczenie życiowe, uruchamia pamięć trwałą, która kompensuje ewentualne deficyty w pamięci operacyjnej odpowiedzialnej za kodowanie i przetwarzanie danych. Z wiekiem pogarsza się więc wykonywanie zadań związanych z pamięcią operacyjną i deklaratywną (przypominanie nazw, kontekstów zdarzeń i ogólnych sytuacji), ale nie wpływa to negatywnie na wiedzę ogólną, słownik czy rozpoznawanie informacji z pamięci epizodycznej (Jagodzińska, 2008, s. 465).

Pamięć trwała nie ulega degradacji wraz z wiekiem, choć w tym aspekcie ważne są techniki, jakimi posługują się seniorzy w wydobywaniu zdarzeń z pamięci, czyli stosowanie różnego rodzaju ćwiczeń oraz zabiegów odświeżania pamięci przez częste i angażujące (także emocjonalnie) przywoływanie wspomnień i ich analizowanie (Wawrzyniak, 2013).

W funkcjonowaniu pamięci osób starszych ważne są dwie kwestie: pogarszanie się niektórych funkcji pamięci oraz podejmowanie starań nastawionych na radzenie sobie z tym stanem. Z najważniejsze w tej sytuacji uznać należy, że pomimo świadomości ograniczeń własnej pamięci, ludzie starsi wciąż podejmują wysiłek korzystania z niej i pracy nad nią. Starania te w sposób znaczący zwiększają ich możliwości uczenia się i samorozwoju, co niewątpliwie wzbogaca ich funkcjonowanie psychiczne oraz społeczne.

### **Więcej na ten temat:**

- J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna*, PWN, Warszawa 2004.
- S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 2011.
- E. Kryńska, P. Szukalski (red.), *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w krajach UE*, UŁ, Łódź 2010.

### **1.1.3. Adaptacja do starości (J. K. Wawrzyniak)**

Pojawiające się w życiu człowieka starszego zadania rozwojowe oraz kryzysy wymagają przystosowania się. Przystosowanie się do nowej fazy życia powinno być wyrazem harmonii pomiędzy warunkami zewnętrznymi a stanem wewnętrznym człowieka. Na przystosowanie się ma wpływ wiele czynników, między innymi: doświadczenia życiowe człowieka, jego temperament, stan zdrowia, wykształcenie, możliwość realizacji aktywności i udostępniane mu role, otoczenie seniora, wymagania stawiane przed nim i oczekiwania

wobec niego, stereotyp starości obecny w jego środowisku, odczuwana satysfakcja i postawy wobec innych, a także udzielana mu pomoc i wsparcie.

W literaturze gerontologicznej prezentowanych jest wiele typologii postaw wobec własnej starości i sposobów przystosowania się do niej. Warto się z nimi zaznajomić, by móc je rozpoznać u seniorów w najbliższym otoczeniu.

**Tabela 1. Typologie postaw i sposobów przystosowania się do starości według autorów**

	Suzanne Reichard	Izabela Muchnicka-Djakow	Joanna Staręga-Piasek	Henryk Zajączkowski
1	<b>Postawa konstruktywna</b> – pozytywne nastawienie do życia, tolerancja, obiektywna ocena siebie i innych, satysfakcjonujące kontakty z innymi i emocjonujące związki, co pozwala liczyć na pomoc otoczenia. Brak obaw przed starością, śmierć uważana jest za naturalną kolej rzeczy.	<b>Integracja i przystosowanie</b> – postawa pozytywna polegająca na aktywności, chęci pomocy i życzliwości dla innych oraz na włączaniu się do życia szerszej zbiorowości i traktowaniu problemów zdrowotnych jako sprawy osobistej, o której nie informuje się otoczenia.	<b>Aktywny – zachowawczy</b> to człowiek chcący zachować wszystkie cechy życia z wcześniejszych lat, aktywność dopóki siły pozwolą, pełną samodzielność.	Wielcy starcy – potrafią nadać swej starości przebieg najbardziej pozytywny i odznaczają się wysokim poziomem aktywności społecznej, użyteczności i dojrzałości emocjonalnej, chętnie pracują, służą radą, odznaczają się mądrością, umieją wykorzystać doświadczenie życiowe.
2	<b>Postawa zależności</b> – seniorzy bierni, zależni od innych, ulegli, bez aspiracji i chętnie wycofujący się z życia zawodowego. Są domatorami, życie rodzinne daje im poczucie bezpieczeństwa i harmonię, nie odczuwają lęków, są zrównoważeni emocjonalnie lecz podejrzliwi wobec nowości, oportunistów.	<b>Przewrotne postępowanie</b> służy zdobyciu wyższej pozycji społecznej i zainteresowaniu swoją osobą innych.	<b>Aktywny – sybaryta</b> chce odpocząć na stare lata, planuje podróże i chce teraz robić to, na co wcześniej nie miał czasu.	Seniorzy, którzy zachowali zdrowie, lecz charakteryzuje ich obniżenie dynamizmu życiowego i zmniejszenie zainteresowań. Niektórzy bywają pogodni, pracowici i życzliwi, ponieważ czują się pożyteczni.

	Suzanne Reichard	Izabela Muchnicka-Djakow	Joanna Staręga-Piasek	Henryk Zajączkowski
3	<p><b>Postawa obronna</b> cechuje ludzi przesadnie opanowanych, samowystarczalnych zaabsorbowanych aktywnością zawodową, obawiających się bierności na emeryturze. Nie potrafią oni mówić o swoich problemach, są sztywni w swoich zasadach i przyzwyczajeniach, odczuwają zazdrość wobec młodych i obawiają się własnego niedołęstwa.</p>	<p><b>Dobrowolna izolacja</b> to postawa bierności i ograniczanie do minimum kontaktów z otoczeniem.</p>	<p><b>Typ rodzinny</b> charakteryzuje skoncentrowanie się na pomocy rodzinie, którą uważa za największą wartość i radość życia.</p>	<p>Duża część osób o dobrym zdrowiu z powodu obniżonej żywotności oraz zmniejszonych zainteresowań nie potrafi znaleźć sobie miejsca w życiu, dlatego są złośliwi, kapryśni i z rezygnacją czekają na śmierć.</p>
4	<p><b>Postawa wrogości wobec innych –</b> skłonność do obwiniania innych za własne błędy, skłonność do konfliktów, niezadowolone z kontaktów z innymi. Brak akceptacji starości, pesymizm i izolacja, co sprzyja depresjom i stanom lękowym.</p>	<p><b>Ucieczka</b> to zmiana miejsca zamieszkania, by stworzyć złudzenie uniknięcia trudności związanych ze starością.</p>	<p><b>Zagrożony</b> to człowiek, który martwi się o swoją przyszłość, obawia się samotności, jest niezaradny, byłby wdzięczny za czyjąś opiekę.</p>	<p>Ludzie starsi, którzy ze względu na swój stan psychofizyczny wymagają postępowania opiekuńczego.</p>
5	<p><b>Postawa wrogości wobec samego siebie –</b> niechętny stosunek do własnego życia, pasywność, podatność na depresje, poczucie pokrzywdzenia przez los i osamotnienia. Brak pasji i zamiłowań, nieudane życie rodzinne; śmierć traktowana jest jako wybawienie od nieszczęśliwego losu.</p>	<p><b>Regresja</b> to wymuszanie pomocy i opieki, chociaż stan zdrowia tego nie wymaga.</p>	<p><b>Pasywny – sybaryta</b> uważa, że dosyć się napracował w życiu, teraz należy mu się opieka państwa i nie chce już mieć żadnych poważnych obowiązków.</p>	<p>Osoby starsze, które straciły zdrowie i poczucie rzeczywistości, w związku z czym wymagają stałej opieki.</p>

Opracowanie własne na podstawie: Bromley 1969, s. 132–139; Staręga-Piasek 1982, s. 140–141; Muchnicka-Djakow 1984, s. 16.

Osoby, które dobrze przystosowują się do starości, potrafią korzystać z jej zalet, do których należą:

- dysponowanie dużą ilością wolnego czasu,
- możliwość wykonywania ulubionych zajęć,

- uwolnienie się od konieczności rywalizacji społecznej,
- możliwość realizacji osobistych planów i zainteresowań,
- podejmowanie działań w trosce o własny rozwój i satysfakcję.

W przypadku nieodpowiedniego przystosowania natomiast przeważają takie odczucia, jak osamotnienie, cierpienie czy obawa przed zależnością.

### Warto pamiętać

- Należy unikać wartościowania w kontaktach z seniorem, którego uważa się za źle przystosowanego do starości. Wyrażanie swojej oceny może pogłębić jego frustrację i negatywny stosunek, spowodować zamknięcie się na propozycje zmian i aktywności, które powinno się składać seniorom o negatywnej postawie wobec starości dyskretnie i nienatarczywie.
- Nie każda osoba starsza i chora/niesprawna życzy sobie pomocy czy towarzystwa. Zawsze trzeba pytać seniora o jego potrzeby w tym zakresie, preferencje i upodobania. Nic nie może być dla opiekuna oczywiste i z góry założone. Autonomia osoby starszej jest jedną z najważniejszych wartości w opiece nad nią, a jej przyzwyczajenia i upodobania powinny być zawsze uszanowane, jeśli tylko nikomu nie szkodzą.

Postawa wobec własnej starości jest zmienna, na co wpływają zdobywane w okresie starości doświadczenia i przeżycia. Zdarzeniami, które najsilniej wpływają na postawy w późnym wieku, są przede wszystkim:

- zmiany fizjologiczne i ich wpływ na aktywność oraz sprawność fizyczną, a także intelektualną,
- zdarzenia związane z życiem zawodowym (przejście na emeryturę, zwolnienie z pracy, dyskryminacja, co prowadzi do obniżenia standardu życia i statusu),
- zdarzenia w życiu osobistym jak utrata trwałych związków uczuciowych, wdowieństwo, odejście dzieci.

Zarówno z indywidualnego, jak i społecznego punktu widzenia, potrzeby ponadpodmiotowe to te, których zaspokojenie wymusza konieczność przyjęcia we własną przestrzeń życiową, we własną egzystencję drugiego człowieka (opiekuna), co więcej, to właśnie ten drugi człowiek – opiekun, doradca, staje się warunkiem utrzymania naszej własnej egzystencji, własnego życia na właściwym poziomie. Jakość życia człowieka przejawiającego potrzeby ponadpodmiotowe zależy więc od jakości relacji, jaka połączy te dwa podmioty tej samej relacji pomocowej podopiecznego i opiekuna, bez względu na fakt, czy relacja ta przebiega w obrębie środowiska rodzinnego czy środowiska odpowiednich i określonych instytucji. Istotą tej relacji bowiem jest nie środowisko, w którym zachodzi, a działanie i porozumienie/komunikacja, które w konsekwencji przyniesie zachowanie ciągłości tożsamości osoby starszej jej podmiotowości i godności, a także bezpieczeństwa jego samego i jego opiekuna.

**Dobrze przystosowany człowiek** w sprzyjającym mu środowisku częściej czuje się zdrowy i spełniony. Niska ocena z przystosowania jest wówczas, gdy człowiek nie potrafi przewyciężyć frustracji, rozwiązywać konfliktów i uzyskiwać zadowolenia przy pomocy

społecznie akceptowanych zachowań. Złe przystosowanie cechuje wrogość, brak radości, obawa przed ludźmi, chorobliwe lęki, poczucie winy, apatia, poczucie niższości, izolacja społeczna lub zależność od innych. Człowiek źle przystosowany przejawia niepokój, napięcia nerwowe, apatię i frustracje. Odbija się to nie tylko na stanie jego psychiki, lecz także na zdrowiu fizycznym.

Wraz z badaniami na temat pozytywnej postawy wobec starzenia się, próbuje się jednocześnie określić cechy osobowości utrudniające ten proces. Do cech wykluczających dobrą adaptację zalicza się: sztywność poglądów (myślenia), negatywność (pesymizm), martwienie się, egocentryzm i żal (Ellis, 1987, za: Hill, 2010, s. 153–175). Każdej z tych cech towarzyszą określone skłonności, które można niwelować i pracować nad ich ograniczaniem w procesie terapeutycznym. Terapie zmniejszające poszczególne cechy u osób starszych są szansą na pomyślny przebieg adaptacji do fazy starości oraz na satysfakcjonującą oceną własnego życia.

Człowiek chory może dobrze przystosować się do starości. Przy odpowiednim nastawieniu otoczenia, wsparciu i pomocy instytucji społecznych oraz przy własnych predyspozycjach psychicznych (np. optymizmie, poczuciu humoru, samoakceptacji) może łagodnie znosić niedogodności związane z chorobą. Jednak skłonność do depresji, bierność i uległość może powodować niezaradność i hipochondrię.

### **Więcej na ten temat:**

- A. Chabior, *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom 2000.
- J. Halicki, *Obrazy starości rysowane przezyciami seniorów*, Wyd. UwB, Białystok 2010.
- E. Kępa, *Historie wydobyte z cienia. Autobiograficzne relacje starszych kobiet*, Universitas, Kraków 2012.

## 1.2. Diagnoza potrzeb osób starszych

### 1.2.1. Diagnoza potrzeb jednostkowych i grupowych osób starszych (A. Chabior)

Potrzeby to jedno z kluczowych pojęć pracy socjalnej, a to dlatego, że jednym z podstawowych jej zadań jest poznawanie potrzeb i pomaganie w ich zaspokajaniu we wszystkich tych sytuacjach, w których jednostka samodzielnie nie może, nie chce lub nie potrafi zaspokoić. Zmierza do stwarzania warunków, okoliczności i sytuacji w których wspomaganie w zaspokajaniu potrzeb daje możliwość układania ludzkiego życia w taki sposób, aby przebiegało pomyślnie.

Różnorodność stanowisk w analizie potrzeb rzutuje na wielość jej definicji. Potrzeba najczęściej definiowana jest jako aktualnie występujący stan u człowieka, najczęściej jest to stan niedoboru, braku, zakłócenia równowagi w zakresie ważnych dla człowieka właściwości organizmu lub otoczenia. Potrzeba zatem, to inaczej brak czegoś, co motywuje do uruchomienia działania, celem którego jest wyrównanie tego braku i przywrócenie organizmowi zaburzonego życiowego optimum. Termin „potrzeba” nie jest jednoznaczny ze względu na interdyscyplinarny charakter pojęcia.

Z. Szarota wskazuje, że potrzeba jednostkowa lub grupowa to „zespół czynników stwarzających sytuację, kiedy jej brak lub nieodpowiedni stan powoduje zaburzenia i zagrożenia życia, rozwoju, wychowania, jednostek lub grup, a których one same nie są w stanie osiągnąć, dostrzec, wybrać lub regulować. Owe niekorzystne sytuacje wymagają podjęcia odpowiednich działań (pedagogicznych, prawnych, socjalnych, profilaktycznych, kompensacyjnych) przez określone osoby lub instytucje” (Szarota, 2010, s. 100). Zupełnie inne podejście prezentują K. W. Frieske i P. Poławski. Według tych autorów „potrzeby to warunki, jakie muszą zostać spełnione, żeby ludzie mogli ze sobą współdziałać, podejmować autonomiczne decyzje i w ogóle uczestniczyć w życiu zbiorowym” (Frieske, Poławski, 1999, s. 76).

A. Kamiński na gruncie pedagogiki społecznej określił potrzebę jako „brak czegoś wprowadzający jednostkę w niepożądaną stan, będący zwykle motywem do działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu, czyli zaspokojenia potrzeby” (za: Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 65). Poglądami swoimi nawiązuje do koncepcji Abrahama Masłowa, zgodnie z którą istnieją dwie zasadnicze grupy potrzeb: wynikające z niedostatku i ludzkiego rozwoju.

Podstawowym założeniem koncepcji A. H. Masłowa jest twierdzenie, że potrzeby wyższego rzędu ujawniają się, gdy zostaną zaspokojone potrzeby niższego rzędu. Jeśli potrzeby fizjologiczne są dość dobrze zaspokojone, pojawia się nowy zbiór potrzeb: potrzeby bezpieczeństwa (pewności, stabilności, oparcia, opieki, wolności od strachu, lęku i chaosu, porządku, prawa i granic, silnego opiekuna). Ludzkie potrzeby bezpieczeństwa często znajdują szczególny wyraz w poszukiwaniu opiekuna, a więc jakiejś silniejszej osoby lub systemu, które mogą dać im wsparcie. Kolejny zestaw to potrzeby przynależności i miłości, które obejmują zarówno obdarzanie uczuciem, jak i przyjmowanie uczucia. Kiedy nie są zaspokojone, człowiek odczuwa nieobecność przyjaciół, partnera, dzieci. Występuje wtedy pragnienie związków z ludźmi, tęskni za miejscem w grupie czy rodzinie i z dużą intensywnością dąży do osiągnięcia tego celu. Następnym poziomem są potrzeby szacunku, ponieważ wszyscy ludzie w naszym społeczeństwie mają potrzebę czy też pragnienie stałej mocno ugruntowanej, zwykle wysokiej samooceny,

szacunku dla siebie, poczucia własnej wartości oraz poważania ze strony innych. Potrzeby te można zatem podzielić na dwie grupy. Do pierwszej z nich należy pragnienie: mocy, osiągnięć, kompetencji, mistrzostwa i fachowości, pewności siebie w konfrontacji ze światem oraz niezależności i wolności. Do drugiej grupy, zaś pragnienie dobrej opinii i prestiżu, statusu, sławy i chwały, dominacji, uznania, zainteresowania, znaczenia, godności czy docenienia. Zaspokojenie potrzeby szacunku dla siebie prowadzi do poczucia pewności siebie, własnej wartości, siły, zdolności i kompetencji, jak również poczucia, że jest się pożytecznym i potrzebnym w świecie. Kolejny zbiór potrzeb to potrzeby samorealizacji odnoszące się do występującego u ludzi pragnienia spełnienia, a mianowicie tendencji do realizowania swojego potencjału. Oprócz wymienionych podstawowych potrzeb Maslow wymienia również poznawcze, do których zalicza pragnienie wiedzy i rozumienia. Potrzeby te są wolicjonalne (mają charakter drażeniowy). Zaspokojenie impulsów poznawczych przynosi w rezultacie subiektywne zadowolenie i doświadczenie osiągnięcia celu. Są tak samo potrzebami osobowościowymi jak potrzeby podstawowe. Do ostatniej kategorii należą potrzeby estetyczne, których wyraźne wyodrębnienie nie jest możliwe, gdyż pokrywają się one w znacznym stopniu z potrzebami wolicjonalnymi i poznawczymi. Są to takie potrzeby jak potrzeba porządku, symetrii czy też domykania całości (Maslow, 2006, s. 65 -76).

W pracy socjalnej chodzi przede wszystkim o harmonijne zaspakajanie potrzeb człowieka tak, aby jego życie przebiegało pomyślnie. Dla pomyślnego rozwoju człowieka niezbędnym jest zaspokajanie potrzeb indywidualnych związanych z dążeniem do samorealizacji, które stanowią o jego oryginalności, niepowtarzalności i w jakimś sensie samostęrowności. Potrzeby indywidualne mogą być zaspakajane w sferze prywatnej jednostki i jej indywidualnej sieci wsparcia jak rodzina, koledzy i przyjaciele, sąsiedzi oraz w sferze publicznej, w tym szeroko rozumianej płaszczyźnie działalności organizacji non-profit.

W odniesieniu do człowieka starszego i jego potrzeb właściwym wydaje się odwołanie do koncepcji potrzeb ponadpodmiotowych. Uznaje się za nie te spośród całości potrzeb człowieka, których nie jest on zdolny – przejściowo lub trwale, częściowo lub całkowicie – samodzielnie zaspakajać i regulować. „Potrzeby ponadpodmiotowe są funkcją dwóch nakładających się na siebie bezpośrednich czynników, które stanowią dwie grupy fundamentalnych, gatunkowych właściwości człowieka: potrzeb ludzkich jako niezmienników antropologicznych oraz określonych niezdolności do względnie samodzielnego zaspakajania i regulowania tych potrzeb jako niezmienników antropologicznych oraz ujemnych, relatywnych składników losu człowieka” (Lisowska, 2008, s. 116). Oznacza to, że potrzeby ponadpodmiotowe, są wypadkową treści i kierunku ich samych, braku zdolności do ich samodzielnego zrealizowania przy jednoczesnym występowaniu niekorzystnego układu uwarunkowań środowiskowych i losowych do ich zaspokojenia.

Potrzeby ponadpodmiotowe traktowane jako niezdolność człowieka do samodzielnego zaspakajania i regulowania swoich potrzeb są warunkowane wieloma czynnikami endogennymi i egzogennymi, do których, w odniesieniu do człowieka starszego i starzejącego się, można zaliczyć:

- ➔ inwolucyjne następstwa procesu starzenia się;
- ➔ różnego rodzaju odchylenia od normy, upośledzenia zarówno dziedziczne, wrodzone, jak i nabyte;
- ➔ przewlekłe choroby, nieszczęścia, wypadki losowe;
- ➔ przekraczające siły i środki trudne sytuacje życiowe, wśród których w okresie starości najistotniejszymi wydają się być: traumatyczne wydarzenia w życiu człowieka, takie jak śmierć współmałżonka i stan wdowieństwa oraz często generowana nimi samotność i osamotnienie, niektóre negatywne wyjścia z frustracji, obsesje będące skutkiem dominacji potrzeb niezaspokojonych, cierpienie, regresje, nałogi, choroby;
- ➔ niezaradność życiowa i uzależnienie zaspakajania pewnego zakresu potrzeb człowieka od opiekuńczej interwencji państwa i instytucji pomocowych, na przykład potrzeb wynikających z niskiego poziomu dochodów, biedy i ubóstwa;
- ➔ postawa zależności, permanentna „podopieczność”, czyli trwałe nastawienie na opiekę, uzależnienie od innych (Za: Lisowska, 2008, s. 118–123).

W relacji do potrzeb ponadpodmiotowych należy wskazać na potrzeby osób starszych będących użytkownikami instytucji wspomagających, typu domy pomocy społecznej. Taką klasyfikację potrzeb zaproponowała Z. Szarota, która potrzeby człowieka starego, mieszkańca domu pomocy społecznej, podzieliła na trzy zasadnicze grupy i w każdej z nich wydzieliła potrzeby charakterystyczne dla każdej z tych grup. Skategoryzowała je (1998, s. 106) jako potrzeby:

- ➔ bytu (pokarmowe, regeneracji sił, mieszkaniowe, odzieżowe, lokomocyjne, bezpieczeństwa, zdrowotne),
- ➔ społeczne (swobody i autonomii, przynależności i integracji, mocy – czyli szacunku, godności, uznania, pracy, pełnienia ról),
- ➔ indywidualnego rozwoju (kulturalne-receptywne czyli korzystanie z ofert instytucji kultury, słuchanie radia, oglądanie telewizji, kulturalne-kreatywne i tu mamy udział w zespołach artystycznych, konkursach i kółkach zainteresowań; wiedzy – samokształcenie, czytelnictwo, uczestnictwo w odczytach; ludyczno-towarzyskie, rekreacyjne – możliwość czynnego biernego wypoczynku, religijno-eschatologiczne).

Typologia ta ma służyć standaryzacji usług domów opieki, co wydaje się zabiegiem bardzo pożądanym i słusznym w sytuacji zwiększającej się liczby osób starszych w społeczeństwie i jednoczesnym rozluźnieniu więzi wewnątrzrodzinnych. Znaczną część potrzeb



osób starszych, w zaspokajaniu których zwyczajowo uczestniczyła rodzina, przejmować będą placówki i instytucje, co może powodować trudności, zwłaszcza w realizacji potrzeb indywidualnego rozwoju oraz potrzeb społecznych.

Potrzeby dzielimy również ze względu na ich źródła. I tak źródeł potrzeb należy upatrywać w uwarunkowaniach biologicznych (wewnętrzne, pierwotne, podstawowe) i wyznaczonych społecznie (zewnętrzne, wtórne, pochodne). Źródło pierwsze wyznaczają czynności niezbędne do życia, źródłem drugich jest otoczenie, fakt przynależności jednostki do danego kręgu kulturowego do społeczeństwa. Te drugie implikują taką oto klasyfikację: potrzeba pokonania samotności (przystosowanie do grupy), potrzeba transcendencji, potrzeba zakorzenienia (budowanie więzi międzyludzkich), potrzeba poczucia tożsamości (chęć bycia sobą) (Rybczyńska, Olszak-Krzyżanowska, 1995).

Przytaczanie ogólnych klasyfikacji potrzeb i poglądów na ich temat, ma swoje uzasadnienie w tezie funkcjonującej w literaturze przedmiotu, mówiącej, że istnieje pewnego rodzaju zgoda co do poglądu, że potrzeby ludzi starszych w kategorii podstawowych nie różnią się od tych, jakie występują u każdego człowieka. Co więcej – potrzeb ludzi starszych nie można analizować w oderwaniu od pozostałych grup i poza szeroko rozumianym społeczeństwem, wszak są oni jego integralną i ważną częścią (Trafiałek, 2003, s. 106). Potrzeby osób starszych nie różnią się w sposób znaczący od potrzeb odczuwanych w poprzednich etapach życia, wszystkie potrzeby wymieniane w klasyfikacji Masłowa mają znaczenie także w fazie starości (Susułowska, 1986, s. 329). Poziom potrzeb jest jednak inny, niż w przypadku osób młodych – na pierwszy plan wysuwają się potrzeby bezpieczeństwa oraz zrozumienia i pomocy ze strony innych osób okresie starości zmienia się także ważność i intensywność poszczególnych potrzeb, niektóre z nich odczuwane są bardziej dojmująco i to często ze względu na stopień ich zaspokojenia bądź realne zagrożenie deprivacją. Do potrzeb takich należą:

- potrzeba bezpieczeństwa (w starszym wieku nasilają się niepokoje),
- potrzeba przynależności (nasila się poczucie osamotnienia, maleje liczba kontaktów międzyludzkich),
- potrzeba niezależności (zagrożona przez czynniki biologiczne i ekonomiczne) i jej przeciwieństwo – potrzeba uzależnienia (wymaganie opieki, także jako spełnianego obowiązku wobec starszego człowieka),
- potrzeba użyteczności (zagrożona we współczesnym, szybko modernizującym się świecie),
- potrzeba prestiżu (zanikający szacunek dla osób starszych) (Por. Staręga-Piasek, 1975, s. 133–138).

Najczęściej wymienia się potrzebę bezpieczeństwa, która ma szczególne znaczenie dla człowieka starszego, a jej niedostateczne zaspokojenie odbija się we wszystkich dziedzinach ludzkiego życia. Jak pisze G. Orzechowska (2001, s. 26): „Potrzeba bezpieczeństwa fizycznego jest wynikiem gorszego zdrowia i sprawności ruchowej, gospodarskiej i samoobsługowej człowieka starszego. Bezpieczeństwo psychiczne zaś i jego odczuwanie wynika z dwóch sfer życia: osobistego i społecznego oraz takiej organizacji zdarzeń i sytuacji tych sfer, by zachowały one pewien ład, porządek, rytm, tradycje i nawyki. Wszelkie zmiany bowiem wywołują poczucie zagrożenia i narastające niebezpieczeństwo osamotnienia”.

E. Trafiątek w odniesieniu do seniorów stwierdza, że „Są grupą społeczną, która odczuwa ogromną potrzebą akceptacji oraz aktywności, pełnienia różnorodnych ról społecznych, prawdziwego i w miarę swoich możliwości pełnego uczestniczenia w codziennym życiu wspólnot rodzinnych, towarzyskich, sąsiedzkich, religijnych oraz lokalnych. Rodzina jest dla nich najważniejsza, ale równie ważny jest klimat społeczny najbliższego otoczenia, czyli przyjaźnie nastawieni sąsiedzi, życzliwy lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, uprzejmy urzędnik i ekspedientka. Są wrażliwi i czuli na wszelkie przejawy akceptacji lub odrzucenia, głęboko odczuwają brak szacunku i empatii. Ich obawy związane z przewidywaną utratą samodzielności i sprawności są równie poważne jak lęk przed odrąceniem i brakiem użyteczności. To, że ich smutek jest niemy, nie znaczy, że nie istnieje; to, że nie manifestują swych uczuć, nie znaczy, że ich nie doświadczają; podobnie jak to, że niechętnie wyciągają ręce po pomoc, nie znaczy, że jej nie potrzebują (2003, s. 104).

Przyjmuje się także, że jedną z najważniejszych potrzeb seniorów jest potrzeba bycia aktywnym, gdyż aktywność warunkuje zaspokajanie wszystkich potrzeb człowieka. Zmiany w zakresie pełnionych ról społecznych i ustanie aktywności zawodowej prowadzą do powstania dużej ilości czasu wolnego i konieczności zmiany przeważającej wcześniej formy aktywności instrumentalnej (związanej z pracą, w której człowiek zmierza do określonego celu, czerpiąc z niej korzyści i satysfakcję) na ekspresywną (z wyboru, dla zaspokojenia swoich pragnień i potrzeb).

Nie można też pominąć bardzo istotnych dla człowieka starego potrzeb, jakimi są potrzeby miłości, przynależności i bezpieczeństwa. Zwraca na nie uwagę H. Hrapkiewicz, wskazując, iż „potrzeby miłości, przynależności i bezpieczeństwa są to potrzeby psychiczne, które człowiek posiada od urodzenia. Niezaspokajane permanentnie mogą być przyczyną poważnych zaburzeń w rozwoju jednostki” (2005, s. 105). Seniorzy tak jak inne grupy wiekowe pragną być kochani, akceptowani, gdyż tylko człowiek akceptowany przez innych będzie godził się na siebie. Oznaką afirmacji jest właściwa komunikacja z osobą starszą. Dla seniorów ważne jest spotkanie się, poświęcenie im czasu, wysłuchanie ich. Niezwykle

istotne znaczenie ma potrzeba przynależności. Świadczyć o tym może przejście na emeryturę, które łączy się z wykluczeniem z grupy pracowników, z którą łączyła ich więź przez wiele lat. Często człowiek „trzeciego wieku” żyje samotnie, dlatego też ważną kwestią jest dla niego znalezienie takiej grupy, z którą mógłby się identyfikować. Poprzez wspólne spotkania z innymi można odwrócić uwagę od swoich problemów, ale również pomóc drugiemu człowiekowi.

Zaspokojenie potrzeb osób starszych, a także ich zakres, jest kształtowane w dużym stopniu przez sytuację seniora: zdrowotną, ekonomiczną oraz społeczną. Pogarszający się stan zdrowia i sprawności fizycznej może powodować ograniczenia w realizacji niektórych potrzeb (np. integracji, uczestnictwa) i/lub pojawienie się innych, dotychczas nieodczuwanych (np. opieki, zależności). Sytuacja społeczna człowieka starszego może wpływać na zakres potrzeb, kształtując je, na przykład potrzebę rozwoju, edukacji w sytuacji emerytury i możliwości, jakie stwarza zamieszkiwanie w dużym mieście, lub potrzebę uczestnictwa społecznego w najbliższym otoczeniu (osiedle, parafia, stowarzyszenie) czy pełnienia roli babci w sytuacji posiadania wnuków.

Ludzie starzejący się i starzy należą do tej kategorii osób, których funkcjonowanie może i często jest zagrożone, podobnie jak zaspakajanie ich potrzeb. Stąd za szczególnie ważny należy uznać *proces diagnozowania potrzeb człowieka starszego*, zwłaszcza tych ponadpodmiotowych, a to ze względu na projektowane i realizowane kierunki działań zmierzających do ich zaspakajania. W procesie diagnozowania potrzeb ponadpodmiotowych należy ustalić i wielostronnie poznać jakich potrzeb jednostka lub grupa nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić i regulować, jakie są podstawowe czynniki niezdolności do samoregulacji, przyczyny i skutki niezaspokajania potrzeb oraz warunki i możliwości przywracania stanu pożądanego równowagi i względnej stabilizacji.

Z punktu widzenia pomocy społecznej i pracy socjalnej diagnozowanie potrzeb i innych wymiarów sytuacji życiowej ludzi starych opiera się na następujących założeniach:

### Warto pamiętać

---

- Potrzeb osób starszych nie należy rozpatrywać w oderwaniu od innych grup społecznych, ale trzeba pamiętać że zmienia się ich ważność i kolejność zaspakajania, co jest wynikiem zmian zachodzących w życiu człowieka pod wpływem wieku.
- Wsparcie społeczne realizowane w obszarze pracy socjalnej traktować należy jako szczególny rodzaj relacji i akceptującego współdziałania, a jeśli tak, to za przydatną definicję potrzeb można przyjąć „potrzeby to warunki, jakie muszą zostać spełnione, żeby ludzie mogli ze sobą współdziałać, podejmować autonomiczne decyzje i w ogóle uczestniczyć w życiu zbiorowym” (Frieske, Poławski, 1996).

- Główne potrzeby lub najsilniej odczuwane potrzeby w wieku starym to: potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba przynależności, potrzeba niezależności i jej przeciwieństwo – potrzeba uzależnienia, potrzeba użyteczności, potrzeba prestiżu, wreszcie potrzeba aktywności, integracji i komunikacji.
  - Z punktu widzenia pomocy społecznej i pracy socjalnej przedmiotem diagnozowania potrzeb i innych wymiarów sytuacji życiowej ludzi starych uczynić należy: cechy społeczno-demograficzne ludzi starych, poziom zaspokajania potrzeb seniorów i działania prowadzone na ich rzecz przez różnorodne podmioty lokalne (Raport, 2010, s. 9).
- 

Przedmiotem diagnozy powinny być: cechy społeczno-demograficzne ludzi starych – mieszkańców danego terenu, poziom zaspokajania potrzeb ludzi starszych i działania prowadzone na ich rzecz przez różnorodne podmioty lokalne.

- Do diagnozy wykorzystujemy różnorodne źródła zastane, a więc te gromadzone i opracowywane przez różnorodne instytucje, dokumenty urzędowe, ale także przekazy informacyjne wytworzone przez lokalne media, a nie wykorzystuje się lub bardzo rzadko źródeł wywołanych, które wymagają socjologicznej wiedzy metodologicznej, a ponadto jest bardzo czasochłonne i kosztowne.
- W diagnozie wykorzystuje zarówno ilościowe, jak i jakościowe techniki badawcze (Raport, 2010, s. 9).

Wiadomości dotyczące *struktury demograficznej* mieszkańców mają podstawowe znaczenie dla kształtowania polityki społecznej i polityki zatrudnienia w ich lokalnych wymiarach. W ramach polityki społecznej największą rolę odgrywają dane demograficzne w przypadku polityki pomocy społecznej, polityki zdrowotnej, polityki oświatowej, polityki organizacji czasu wolnego, polityki kulturalnej, rekreacji i wypoczynku oraz w przypadku polityki mieszkaniowej. Już ten przegląd wskazuje dobitnie na znaczenie wiadomości o strukturze demograficznej.

Szczególne znaczenie dla planowania działań na terenie powiatu czy gminy mają takie informacje, jak *struktura mieszkańców według wieku, płci, miejsca zamieszkania, jak również struktura gospodarstw domowych według wielkości i wieku głowy gospodarstwa*. W dalszej kolejności należałoby sięgnąć po takie informacje społeczno-demograficzne, jak *struktura ludności według stanu cywilnego oraz według wykształcenia*. Uzyskane informacje pozwalają nie tylko na określenie obrazu struktury mieszkańców według podstawowych cech społeczno-demograficznych, ale i na wskazanie najważniejszych i potencjalnie najbardziej zapalnych punktów, w których niezbędne jest wsparcie osób starszych i ich rodzin ze strony administracji samorządowej i jej wyspecjalizowanych placówek.

Innym ważnym aspektem planowania działań adresowanych do osób starszych jest trafna identyfikacja *potrzeb związanych z usługami opiekuńczymi*. Biorąc pod uwagę ograniczony dostęp do tych usług, korzystają z nich głównie osoby samotnie prowadzące

gospodarstwo domowe lub pozostające we wspólnym gospodarstwie tylko ze współmałżonkiem. Z tej racji dysponowanie informacjami o strukturze gospodarstw domowych jest bardzo istotne. Informacje te są dostępne przede wszystkim w rocznikach statystycznych, wprawdzie nie w odniesieniu do poszczególnych powiatów, ale informacje dostępne w ośrodkach pomocy społecznej i biurach ewidencji ludności pozwalają na oszacowanie liczby jednoosobowych gospodarstw domowych (Tamże, s. 17).

Dla podejmowania właściwych decyzji, co do wspierania osób starszych, potrzebna jest także wiedza na temat *przeciętnego czasu trwania życia*. GUS publikuje regularnie informacje dotyczące przeciętnego czasu trwania życia. Dla zainteresowanych podmiotów działalności lokalnej szczególnie ważne są informacje na temat przeciętnego czasu trwania życia osób w wieku 60 lat, bowiem one najbardziej precyzyjnie pokazują, przez jaki przeciętnie okres osoba, która ukończyła właśnie 60 lat będzie adresatem działań i odbiorcą świadczeń. Wydłużający się czas trwania życia oznacza dla podmiotów polityki społecznej nie tylko większą liczbę osób, mających uprawnienia lub zmuszonych na skutek okoliczności do korzystania ze świadczeń w tym samym okresie, ale i znaczne wydłużenie okres, w którym świadczenia powinny być udzielane. Ponadto fakt, iż dzieci urodzone w ostatnich latach mają przed sobą średnio 80 lat życia, wskazuje na to, że demograficzne starzenie się społeczeństwa jest procesem trwałym, wymagającym odpowiedniego przygotowania i stworzenia konkretnej bazy, łącznie z domami pomocy społecznej, dziennymi domami pobytu i placówkami ochrony zdrowia.

### **Więcej na ten temat:**

- P. Błądowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych*, SGH, Warszawa 2002.
- A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. UWM, Olsztyn 2007.
- A. Nowicka, *Wybrane problemy osób starszych*, Impuls, Kraków 2006.

### 1.2.2. Możliwości wsparcia osób starszych w zaspokajaniu potrzeb (A. Chabior)

W Polsce nie ma wyodrębnionego systemu działań na rzecz osób starszych. Korzystają one z rozwiązań prawnych na ogólnych zasadach, mają uprawnienia do korzystania ze świadczeń takie jak inne grupy społeczne. W polityce społecznej przyjęte jest założenie, że osoba starsza jest pełnoprawnym i pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, wraz z całym bagażem doświadczeń i potrzeb oraz z całą sferą emocjonalną, duchową

i fizyczną. Stąd dążenie, by na problemy osób starszych patrzeć przez pryzmat ich możliwości i sprawstwa. Ustawodawstwo polskie nie traktuje starości jako dysfunkcji.

Cechą charakterystyczną współczesnej starości w Polsce jest, między innymi:

- „odmłodzenie” starości dzięki większej gotowości osób osiągających wiek emerytalny do przejmowania nowych wzorców,
- wzrastające zróżnicowanie kategorii wiekowych osób starszych,
- wzrost poczucia podmiotowości osób starszych w polityce społecznej,
- świadomość swoich praw,
- aktywne włączanie się w struktury społeczeństwa obywatelskiego.

Dotychczas realizowana polityka państwa nastawiona była na zapewnienie osobom starszym dochodów (emerytury i renty, w pewnym stopniu pomoc społeczna) i opieki zdrowotnej oraz wspieranie lub zastępowanie, choć w ograniczonym zakresie, rodziny w jej funkcjach opiekuńczych. Zmiany liczebności i struktury grupy osób starszych (wykształcenie, aspiracje społeczne, ekonomiczne, kulturalne, stan zdrowia), różnicowanie aktywności życiowej i zawodowej oraz, z drugiej strony, malejące możliwości rodziny zapewnienia pomocy i oparcia, rodzą potrzebę nowego podejścia do problemów osób starszych.

Zwiększa się presja finansowa na system emerytalny, nie tylko ze względu na rosnącą liczbę świadczeniobiorców. Świadczenia nie mają już tylko gwarantować zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, ale – w coraz większym stopniu – w związku ze zmianami stylu życia, aspiracji, mają umożliwić czynny udział w życiu społecznym, kulturalnym, korzystanie z edukacji, oferty wypoczynku. Rośnie także zapotrzebowanie na usługi realizujące coraz większe potrzeby osób starszych w sferze ochrony zdrowia oraz pomocy w czynnościach życia codziennego. Za praktycznie nowe zadanie, bo jakościowo innym i w zasadniczo większym wymiarze niż dotychczas, trzeba uznać tworzenie warunków zaspokojenia rosnących potrzeb niematerialnych. Problemem, z jakim trzeba się zmierzyć, jest pomoc osobom starszym w odnalezieniu się w świecie gwałtownego postępu technologicznego. Wreszcie, trzeba przygotować ludzi młodych do starości – własnej, rodziców, jak i ugruntować, nie tylko deklarowany, szacunek dla starości.

Obowiązek budowania systemu wspierania osób starszych spoczywa na organach administracji rządowej i samorządowej, organizacjach pozarządowych, ale również, a może przede wszystkim, na rodzinie.

Wspieranie rodziny w różnych wymiarach i postaciach daje człowiekowi starszemu możliwość bycia dostrzeganym społecznie jako osoba aktywna, bycia społecznie użytecznym, bycia potrzebnym. Rola babci i dziadka jest wciąż jedną z atrakcyjniejszych społecznie pełnionych ról. Rola człowieka starszego jako edukatora młodego pokolenia daje szansę na przetrwanie tradycji i wartości, często zanikających we współczesnym, zglobalizowanym świecie.

Działania na rzecz osób starszych, realizowane przez podmioty należące do sektora pozarządowego, są dofinansowywane w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (FIO – konkurs ofert).

FIO jest instrumentem wdrażania Strategii Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego na lata 2009–2015, proponującą całościową formułę wsparcia organizacji pozarządowych w procesie budowy społeczeństwa obywatelskiego. Celem głównym jest zwiększanie udziału organizacji pozarządowych oraz podmiotów kościelnych i związków wyznaniowych prowadzących działalność pożytku publicznego w realizacji zadań publicznych, w ramach kształtowanych i prowadzonej na zasadach partnerstwa i pomocniczości polityki publicznej.

Z FIO współfinansowane są działania dotyczące następujących zagadnień:

- ➔ *Priorytet I.* Aktywni, świadomi obywatele, aktywne wspólnoty lokalne – projekty powinny w różnych formach angażować obywateli, dając im możliwość aktywnego działania oraz łączenia aktywności ze zdobywaniem wiedzy w sferze działań obywatelskich (programy na rzecz obywatelskiego zaangażowania w sprawy publiczne, na przykład poprzez udział w debatach publicznych, konsultacjach społecznych, udział w wyborach, wolontariat, filantropię, członkostwo w stowarzyszeniach).
- ➔ *Priorytet II.* Sprawne organizacje pozarządowe w dobrym państwie – projekty powinny przyczyniać się do wzmocnienia potencjału ludzkiego i instytucjonalnego realizujących je organizacji.
- ➔ *Priorytet III.* Integracja i aktywizacja społeczna. Zabezpieczenie społeczne – projekty powinny stosować zasadę *empowerment*, czyli włączania beneficjentów w działania i decyzje podejmowane w ramach projektów.
- ➔ *Priorytet IV.* Rozwój przedsiębiorczości społecznej – projekty powinny w różnych formach promować ideę łączenia aktywności ekonomicznej (zawodowej) z aktywnością społeczną.

## Warto pamiętać

---

Cele działania i wsparcia osób starszych to:

- wspieranie samodzielności i autonomii osób starszych – gdzie własne dochody (świadczenie emerytalne, rentowe) plus ewentualne wsparcie z pomocy społecznej umożliwia samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego, a to daje im poczucie bezpieczeństwa i zabezpieczenia własnej egzystencji. Trzeba jednak pamiętać, że cel i priorytet, jakim jest zachowanie samodzielności, samowystarczalności, autonomii i podmiotowości osób starszych, uzyskujemy nie tylko za pomocą takich instrumentów, jak zabezpieczenie socjalne, ale może także, a może głównie, poprzez szeroko pojmowaną aktywizację jako proces społeczny zmierzający do zapewnienia warunków aktywności i wsparcia rozumianego jako szczególny rodzaj relacji pomocowej wspomagającej seniorów w ich dążeniu do realizacji zadania rozwojowego, jakim jest starość, a w szerszej perspektywie ich integracja ze społeczeństwem – utrzymywanie więzi społecznych, zarówno wewnątrz grupy, jak i pozostałą częścią społeczeństwa – poprzez organizowanie placówek dziennego pobytu, spotkań w różnego rodzaju klubach, ośrodkach, uniwersytetach trzeciego wieku;
  - opieka nad osobami wymagającymi wsparcia, zwłaszcza w sytuacji ujawniania się potrzeb ponadpodmiotowych, realizowana jest zarówno w miejscu zamieszkania poprzez świadczenie usług opiekuńczych, jak i w placówkach całodobowego wsparcia, jakimi są domy pomocy społecznej wraz z placówkami całodobowej opieki i pielęgnacji przeznaczonymi dla osób starszych i chorych, do których zaliczyć należy między innymi ZOL, ZOP czy hospicjum;
  - za priorytet w działaniach wspierających seniorów w zaspokajaniu potrzeb uznać należy skoncentrowanie uwagi na profilaktyce zdrowotnej, zapewniającej coraz większą sprawność w zawansowanej starości, umożliwienie bycia aktywnym, uznania starszego pokolenia za wartościową część zasobów społecznych, wspieranie/ budowanie solidarności międzypokoleniowej;
  - jeśli tak, sprawą niebagatelną jest właściwe kształcenie profesjonalnych służb socjalnych (A. Chabior, 2009, s. 235–247). Podobnie jak i doświadczenia innych państwa w zakresie aktywizacji seniorów (A. Fabiś, 2007).
- 

Jeżeli chodzi o działania na rzecz osób starszych, to w latach 2008–2010 priorytetowe znaczenie nadano działaniom w zakresie aktywizacji seniorów i integracji międzypokoleniowej (rozwijanie form uczestnictwa seniorów, wzmacniających podmiotowość w środowisku lokalnym, rozwój solidarności międzypokoleniowej, działania integrujące seniorów i młodych, wykorzystujące różne potencjały tych dwóch grup społecznych).

*Kwestię aktywizacji zawodowej i ekonomicznej osób starszych, włączających tę grupę w szeroko pojmowaną zmianę społeczną, uznano za jeden z priorytetowych działań w celu poprawy sytuacji społecznej seniorów w ramach realizowania Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Rok Aktywności Seniorów stał się sposobnością (i koniecznością) do zaplanowania i podjęcia szeregu działań mających na celu podniesienie świadomości problemu oraz promowanie środków stwarzających większe i lepsze możliwości dla utrzymania aktywności i niezależności osób starszych, w tym aktywności zawodowej i samodzielności ekonomicznej.*



Narzędzie służące realizacji tych zadań może stanowić **Wskaźnik Aktywnego Starzenia** (*Active Ageing Index – AAI*), opracowany wspólnie przez Komisję Europejską, Europejską Komisję Gospodarczą Narodów Zjednoczonych (UNECE) oraz Europejskie Centrum Polityki Socjalnej i Badań (*European Centre for Social Welfare Policy and Research*) w Wiedniu w ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Wskaźnik ten identyfikuje potencjał osób starszych w obszarze zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się.

Ze względu na rosnącą liczbę osób starszych w społeczeństwie oraz malejący przyrost naturalny, a co za tym idzie, zmniejszającą się liczbę potencjalnych oraz przyszłych pracowników, czyli wytwórców produktu krajowego brutto, jednym z najistotniejszych celów polityki społecznej w dobie starzenia się społeczeństwa jest wspieranie aktywnego starzenia się i wydłużanie okresu życia zawodowego w celu utrzymania bądź pozyskania odpowiedniego poziomu zatrudnienia osób w wieku dotąd uznawanym za poprodukcyjny. Jest to priorytet społeczny i ekonomiczny większości krajów europejskich.

**Krótki ranking** – Wskaźnik Aktywnego Starzenia składa się z 22 indywidualnych wskaźników i dotyczy osób powyżej 55. roku życia. Dla Polski wskaźnik ten wynosi 27,3 przy założeniu, że sto opisuje sytuację idealną, tzn. stu procentową realizację zadań wszystkich obszarów oraz stu procentową partycypację osób starszych we wszystkich obszarach. W rankingu ogólnym krajów UE Polska zajmuje 27 – ostatnie miejsce. W ramach obszarów Polska zajęła odpowiednio miejsce 24 w obszarze zatrudnienia, miejsce 27 w obszarze partycypacji społecznej, miejsce 21 w obszarze samodzielnej egzystencji oraz miejsce 22 w obszarze możliwości aktywnego starzenia się. Mamy najsłabsze wyniki w zakresie aktywności społecznej osób starszych i ich zatrudnienia. Najlepszymi wielkościami wskaźnika mogą pochwalić się: Szwecja, Finlandia, Dania, Holandia, Irlandia oraz Wielka Brytania. (Projekt z dn. 29 sierpnia 2013 r. wersja 11.0 Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020)

Priorytetem staje się tworzenie strategii aktywizacji zawodowo-ekonomicznej osób w wieku 60+ przynoszących wymierne korzyści, takie jak umożliwianie zaspokajania potrzeb seniorów w różnych sferach ich funkcjonowania, głównie w obszarach: aktywności zawodowej i usamodzielniania lub polepszenia własnej sytuacji ekonomicznej, partycypacji społecznej, dzięki czemu aktywni seniorzy będą tworzyć i włączać się w struktury społeczeństwa obywatelskiego; obszarze samodzielności życiowej, wreszcie edukacyjnej i szeroko pojmowanego aktywnego/pomyślnego starzenia się. Wypracowanie takich strategii będzie zapobiegać dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu osób starszych. Pozwoli przełamywać stereotypy dotyczące seniorów i ich niezaangażowania zawodowego, przywracając należną wartość pracy osób starszych, zarówno w jej funkcjach ekonomicznych, jak i pozaekonomicznych. Wykaże potencjał, kapitał ludzki i doświadczenie zawodowo-życiowe seniorów, wzmocni więzi pokoleniowe i międzypokoleniowe.

Wpływając na zachowania osób starszych, wzmocni ich pozycję w rodzinie, społeczności lokalnej i społeczeństwie, poprawi samopoczucie i stan zdrowia, przywróci prestiż społeczny.

**Więcej na ten temat:**

- Projekt z dnia 29 sierpnia 2013 r. wersja 11.0 Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 Warszawa, 2013 na: <http://www.mpips.gov.pl>
- Portal „Zysk z dojrzałości” prowadzony przez Akademię Rozwoju Filantropii w Polsce zawierający informacje dotyczące aktywizacji zawodowej osób dojrzałych i starszych: [www.zysk50plus.pl/](http://www.zysk50plus.pl/).
- Program „Seniorzy w Akcji” realizowanego przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e” ze środków Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności, zawierająca przykłady projektów społecznych realizowanych przez seniorów: [www.seniorzywakcji.pl/](http://www.seniorzywakcji.pl/).
- Portal kierowany do kobiet po 50.: [www.kobieta50plus.pl/](http://www.kobieta50plus.pl/).

## 1.3. Sytuacja rodzinna i zdrowotna osób starszych

### 1.3.1. Rodzina i jej znaczenie w życiu ludzi starszych (A. Chabior)

Na rodzinę wskazuje się jako na podstawowe środowisko funkcjonowania emocjonalnego i aktywności życiowej seniorów, której ocena warunkowana jest wieloma czynnikami jak: jej struktura, poziom więzi międzypokoleniowej, system wzajemnej wymiany i pomocy, sytuacja materialna i zdrowotna.

Polskie rodziny w opiniach ogółu pozostają nadal głównym źródłem pomocy ludziom starszym. Jest to motywowane tradycją, obowiązkami moralnymi, może to być również wyraz wdzięczności za miłość i pomoc od nich wcześniej otrzymaną. Seniorzy, gdy jeszcze pracują, pomagają materialnie. Jako emeryci – ofiarowują swój czas i chęć pomocy w gospodarstwie młodej rodzinie, np. zajmując się wnukami” (Szarota, 2010, s. 109).

Rodzina stanowiła, stanowi i – jak można zakładać – stanowić będzie najważniejszą dla ludzi starszych płaszczyznę emocjonalnego wsparcia i funkcjonowania, traktowana jest jako kontekst możliwości wspomagania osoby starszej w zaspokajaniu społecznie akceptowanych potrzeb seniorów. Jednak obecnie coraz powszechniejsze są spostrzeżenia, że człowiek stary potrzebuje opieki nawet wówczas, gdy żyje w rodzinie, gdyż z różnych powodów nie jest ona wydolna opiekuńczo (Kawczyńska-Butrym, 2001). Postrzegana jako instytucja niekompletna, tracąca swoje dotychczasowe podstawy w wyniku masowego pojawienia się nietradycyjnych form rodzinnych. Coraz częściej zwraca się także uwagę na problemy adaptacyjne rodziny do pomocy osobom starszym, takie jak: *syndrom*

wypalenia, misja *niosącego pomoc* czy brak poradnianych oraz profilaktycznych działań dla rodziny na różnych szczeblach i przy zastosowaniu różnych strategii.

Gdzie **wypalenie** to „stan psychiczny często występujący u ludzi, którzy pracują z innymi (przede wszystkim, ale nie tylko, w zawodach polegających na niesieniu pomocy) i którzy w swych relacjach z klientami lub pacjentami, przełożonymi lub kolegami są stroną dającą. Mają poczucie bezradności i braku perspektyw, nie są w stanie emocjonować się pracą i brakuje im radości życia. Wypalenie zawodowe najczęściej nie jest konsekwencją sporadycznych traumatycznych zdarzeń, lecz następującym powoli wyniszczaniem psychicznym” (S. M. Litzke, H. Schuh, 2007, s. 167).

Pomimo wielu przemian w funkcjonowaniu współczesnych rodzin ciągle ma ona do spełnienia wiele istotnych i ważnych, z punktu widzenia funkcjonowania osób starszych, funkcji, a wśród nich wskazać należy na: ekonomiczną, socjalizacyjną, wychowawczo-kulturową i emocjonalno-ekspresyjną.

- ➔ Funkcja ekonomiczna pokazuje, że niezależność finansowa seniorów buduje i umacnia więzi rodzinne, bo starzejący się rodzice nie tylko nie stanowią ciężaru dla swoich dzieci, ale dzięki stałym dochodom w postaci emerytury lub renty mogą świadczyć wsparcie dla nich lub wnuków.
- ➔ Funkcja socjalizacyjna – dzięki kontaktom międzypokoleniowym seniorzy mają poczucie uczestnictwa społecznego, bycia w nurcie spraw codziennych, rodzinnych i społecznych.
- ➔ Funkcja wychowawczo-kulturowa – osoby starsze stanowią w rodzinie pomost pomiędzy tradycją, obyczajem a współczesnością, stanowią swojego rodzaju przekaznik tradycji rodzinnej i narodowej, a ich wiedza i umiejętności, a także postawa wobec wartości narodowych, są nie tylko potrzebne, ale bezcenne dla kolejnych pokoleń.
- ➔ Funkcja emocjonalno-ekspresyjna – rodzina dla seniorów stanowi płaszczyznę budowania bliskości i porozumienia. To miejsce, w którym ludzie starsi mogą utrzymywać stałe i bliskie kontakty międzyludzkie, pielęgnować tradycje rodzinne i uczestnictwo w ważnych uroczystościach i wydarzeniach rodzinnych, rodzina stymuluje aktywność seniorów, ułatwiając tym samym ich adaptację do starości.

Istnieją różne typologie rodzin tworzonych przez osoby starsze. Z. Szarota, *uwzględniając kierunki pomocy rodzinne i jakość wsparcia rodzinnego udzielanego seniorom*, wymienia kilka typów takich rodzin, a wśród nich znalazły się: rodziny, które charakteryzuje *wspólne zamieszkiwanie i wspólne gospodarowanie*. Ten typ charakteryzują silne więzi osobowe i emocjonalne w relacjach rodzice–dzieci–wnuki, rodzinność, wspólnotowość oraz religijność. Wspólne zamieszkiwanie jest wynikiem chęci bycia razem, występuje tu mocno zakorzeniona norma wzajemnych zobowiązań i odpowiedzialności za członków rodziny;

wszystkie pokolenia: rodzice, dzieci i wnuki potrzebują się nawzajem, są do siebie przywiązane i działają na rzecz wspólnego dobra. Finansowanie funkcjonowania i zaspakajania potrzeb rodziny rozkłada się proporcjonalnie i analogicznie do możliwości poszczególnych członków (Szarota, 2010, s. 110). Drugi typ to *mieszkający wspólnie gospodarujący oddzielnie* – osoby starsze i rodziny, które z nimi mieszkają, mają osobne budżety domowe, osobno przygotowują posiłki, osobno je spożywają, każdy dba o własne dobro i interesy. Wspólne zamieszkiwanie nie jest wynikiem autentycznych i mocnych więzi międzypokoleniowych, a raczej wynika z trudności mieszkaniowych dzieci i konieczności wspólnego zamieszkiwania. W trzecim typie *osób starszych mieszkających osobno* wyróżnia się dwa rodzaje: 1. Seniorzy mieszkający osobno w niedalekiej odległości od swoich krewnych. 2. Osoby starsze mieszkające osobno daleko od członków rodziny. Upowszechnianie zamieszkiwania poszczególnych pokoleń z zgodnie z formułą „oddzielnie, ale blisko” sprzyja kontaktom i więziom rodzinnym przy jednoczesnym zachowaniu wzajemnej niezależności, ta jakość kontaktów odpowiada zarówno preferencjom osób starszych, jak i ich rodzinom. W sytuacji opisanej jako druga częstotliwość kontaktów jest znacznie mniejsza, a duży wpływ na jakość tych kontaktów ma kondycja psychofizyczna seniora, jego możliwości finansowe, wreszcie przywiązanie do członków rodziny i chęć utrzymania więzi. Trzeba jednak zaznaczyć, że zamieszkiwanie osobno nie jest oznaką zaniku więzi międzypokoleniowych, może jednak prowadzić do osłabienia pomocy wzajemnej i zmniejszenia roli rodziny jako oparcia w rodzinie (Tamże, s. 111).

Inną, ważną z punktu widzenia oceny funkcjonowania człowieka starego w rodzinie i jakości więzi i porozumienia międzypokoleniowego, jest klasyfikacja rodzin seniorów wydzielona na podstawie *kryterium postaw, jakie przyjmują wobec osób starszych pozostali członkowie rodziny*. Mówiąc o postawie, zwracamy uwagę na jej trójczłonową koncepcję, w której uwzględnia się komponenty: poznawczy (znać i rozumieć); emocjonalny (akceptować i chcieć) oraz behawioralny (umieć i robić). Zatem możemy mieć do czynienia z różnymi wariantami postaw wobec seniora. D. Serdyńska zaproponowała i opisała następujące sytuacje:

- ➔ *rodzina dostrzega problem seniora* i zna normy, wzory, wartości postępowania, dzięki którym może spełnić oczekiwania seniora względem danego problemu, ale go nie rozumie (np. wie, że ośmieszanie działa deprymująco, ale nie rozumie, dlaczego wobec seniora, skoro w jego wieku nie powinno mu to przeszkadzać; wie, że ludzie mają swoje filozofie życia, ale nie rozumie, dlaczego człowiek stary upiera się przy pewnych poglądach, czynnościach, działaniach, skoro są one tak bardzo nieefektywne);

- ➔ *rodzina dostrzega i rozumie problemy seniora*, zna normy, wzory, wartości postępowania, dzięki którym może spełnić oczekiwania seniora względem danego problemu, ale ich nie akceptuje (np. zna i rozumie normy, wzory, wartości takiego postępowania, by zachować dobre imię seniora, ale nie akceptuje ich, bo nie sprzyja to jego oportunistycznym planom życiowym);
- ➔ *rodzina dostrzega i rozumie problemy seniora*, zna normy, wzory, wartości postępowania, dzięki którym może spełnić jego oczekiwania względem danego problemu, także je akceptuje i chce postępować zgodnie z nimi, lecz nie potrafi (np. zna, rozumie oraz akceptuje i chce postępować według takich wzorów, by senior miał możliwość i satysfakcję z efektywności swoich decyzji, jednak nie potrafi przekazać mu istotnych informacji z tym związanych);
- ➔ *rodzina chce przestrzegać zasad, norm i wartości wyznaczających humanitarne postawy wobec innych*, ale nie zna ich, a tym samym nie rozumie (np. czerpiąc wzory ze społecznego funkcjonowania osób starszych generalizuje na wszystkie inne osoby starsze). Z pewnością możliwości jest więcej. Problem w tym, by zdawać sobie sprawę tego, że w każdej postawie wobec seniora dominować może któryś z jej komponentów lub też któregoś może zabraknąć.

### Warto pamiętać

---

- ➔ Rodzina jest środowiskiem aktywnym, to znaczy takim, które ulega przekształceniom i zmianom zarówno pod wpływem upływającego czasu, jak i różnorodnych zdarzeń rodzinnych warunkowanych kulturowo i obyczajowo. Życie rodzinne seniorów jest procesem dynamicznym podlegającym różnorodnym zmianom.
  - ➔ Pomimo wielu przemian w funkcjonowaniu współczesnych rodzin ciągle ma ona do spełnienia wiele istotnych i ważnych z punktu widzenia funkcjonowania osób starszych funkcji, a wśród nich wskazać należy na: ekonomiczną, socjalizacyjną, wychowawczo-kulturową i emocjonalno-ekspresyjną.
  - ➔ Rodzina to najodpowiedniejszy kontekst rozwoju w starości.
  - ➔ Środowisko rodzinne stwarza jednostce możliwość rozwoju i zaspokajania wielu potrzeb i to w każdym wieku, co więcej, można zaryzykować tezę, że w okresie starości jej znaczenie wzrasta, opierając się na niej, człowiek starszy pozostaje osobą samodzielną i niezależną, wolną od pozarodzinnych, instytucjonalnych form wsparcia. Rodzina ułatwia osobom starszym proces adaptacji do starości i wszystkich zmian z nią związanych, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, a niejednokrotnie jest źródłem wsparcia finansowego, emocjonalnego oraz duchowego.
- 

Trafnym, z punktu widzenia możliwych form wspomagania seniorów i ich rodzin w sytuacji, kiedy powstaje taka konieczność, wydaje się podział faz życia rodzinnego seniorów, w którym za kryterium przyjmuje się moment dorastania dzieci. Wskazuje się wtedy na:

- ➔ *Rodzinę na etapie późnej dorosłości*, w której małżonkowie mają około 45–54 lata, a ich dzieci są już pełnoletnie, ale ze względu na pobieranie nauki zamieszkują razem z rodzicami. Następuje rozluźnienie więzi między rodzicami a dziećmi, rodzice mają coraz mniej obowiązków wynikających z roli rodzica, a dzieci coraz bardziej poszerzają pola swojej niezależności życiowej. Małżonkowie są aktywni zawodowo.

Jak twierdzi Barbara Szatur-Jaworska (2006, s. 107), „jest to bardzo ważny etap, gdyż wzory wzajemnych odniesień starzejących się rodziców i usamodzielniających się dzieci będą się odnosiły do następujących etapów życia rodzinnego”.

- ➔ *Rodzinę w wieku przedemerytalnym* – cechuje rodziców w wieku 55–64 lat. Na tym etapie zazwyczaj dzieci zakładają własne rodziny i zamieszkują oddzielnie, a rola rodziców ogranicza się do pomocy w organizowaniu ich gospodarstw domowych oraz w opiece nad wnuczętami. Małżonkowie znajdują się jeszcze w optymalnej sytuacji zdrowotnej i stopniowo zaczynają przygotowywać się do roli emeryta.
- ➔ *Rodzinę w wieku wczesno emerytalnym*, w której rodzice są w wieku 65–74 lata, ich źródłem utrzymania jest emerytura. Kontakty z dziećmi najczęściej oparte są na przyjaźni, natomiast relacje z wnukami układają się najlepiej w porównaniu z pozostałymi członkami rodziny i przynoszą satysfakcję zarówno dziadkom, jak i wnukom.
- ➔ *Rodzinę w wieku późno emerytalnym*, w której zaawansowani wiekowo rodzice najczęściej ukończyli 75 rok życia. Życie rodzinne jest wtedy uzależnione od kondycji fizycznej i psychicznej najstarszych członków rodziny. Zazwyczaj rodzice wymagają opieki ze strony najbliższych, bo w większości nie są w stanie samodzielnie zaspakajać swoich potrzeb. Jeżeli oboje małżonkowie żyją, wówczas wykazują dużą aktywność życiową, ale spowolnieniu ulega ich tempo życia. Ich dzieci wchodzą już w okres późnej dorosłości, a wnuczęta osiągają samodzielność życiową (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 107–108).

Rodzina stanowi specyficzny układ relacji międzyosobowych i wewnątrzrodzinnej wzajemności, jest układem wsparcia i pomocy. Środowisko rodzinne to także miejsce wzajemnej wymiany usług i pomocy. Starsi rodzice chętnie przyjmują pomoc od swoich dzieci i odwrotnie, dzieci także przyjmują pomoc ze strony starszych, lecz jeszcze sprawnych i mobilnych rodziców.

Dzieci swoim starszym rodzicom najczęściej pomagają w pracach domowych, robieniu zakupów, załatwianiu spraw urzędowych oraz zabiegach pielęgnacyjnych. Natomiast starsi rodzice pomagają swym dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego, opiekują się wnukami, udzielają swym bliskim wsparcia finansowego, nierzadko udostępniają mieszkanie.

Z punktu widzenia funkcjonowania rodzin i gospodarstw domowych seniorów ważnym jest też i to, że wśród osób starszych najbardziej rozpowszechnionym modelem zamieszkiwania jest mieszkanie w pojedynkę, ale blisko swoich dzieci tak, aby mogli liczyć na ich pomoc w razie nagłych i trudnych zdarzeń. Chcą zachować samodzielność

i samowystarczalność, ale jednocześnie zachować świadomość bliskości tych, na których w razie potrzeby mogą liczyć. Niestety na skutek generowanych demograficznym starzeniem się społeczeństw zjawisk i procesów coraz częściej wskazujemy na singularyzację, czyli samotne, prowadzenie w pojedynkę przez osobę starszą gospodarstwa domowego, co skutkuje wieloma ujawniającymi się problemami wynikającymi z konieczności utrzymania mieszkania na właściwym poziomie.

Współczesna rodzina, nacechowana zmianami transformacyjnymi, odzwierciedla w swojej strukturze przeobrażenia ogólnospołeczne, łącząc tradycję z nowoczesnością, nie przypomina już wielopokoleniowej, tradycyjnej rodziny, w której wzajemne powinności były regulowane normami i zasadami z zewnątrz. Wzajemne relacje wewnątrzrodzinne obecnie bardziej opierają się na uczuciach, co wydaje się być konsekwencją wyzwolenia się rodziny spod kontroli przepisów kulturowych oraz obyczajowych. Gwałtowny rozwój technologiczny, przekształcenia kulturowe i wysoki wzrost liczebności osób w wieku emerytalnym w ogólnej strukturze społeczeństwa spowodowały nie tylko wspomniane zmiany w obrębie struktury rodziny (między innymi zmniejszenie się wskaźnika wspólnego zamieszkiwania dorosłych dzieci z rodzicami i rodziców z dziadkami), ale także doprowadziły do zaburzeń czynników integrujących rodzinę, jak i do rozluźnienia więzi międzygeneracyjnych. Rozwój cywilizacyjny przyniósł również stopniowy zanik obowiązków wynikających z pełnienia poszczególnych ról społecznych, w tym roli babci i dziadka (Synak, 2002, s. 140). Ponadto redukcja kompetencji zawodowych, a nierzadko i rodzinnych, powoduje zachwianie pozycji i miejsca człowieka starszego w rodzinie, przyczyniając się tym samym do poczucia bezużyteczności wśród seniorów, które potwierdzone jest także przez zachowanie najbliższych (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dzięgielewska, 2006, s. 88).

### **Więcej na ten temat:**

- D. Seredyńska, *Rodzina jako kontekst rozwoju seniora. UKW, Bydgoszcz, na: [www.kpsw.edu.pl/menu/pdf](http://www.kpsw.edu.pl/menu/pdf).*
- R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

## **Partnerstwo i seksualność seniorów (A. Fabiś)**

Seniorzy deklarują chęć bardziej aktywnego życia seksualnego. Rzadko stosują środki antykoncepcyjne. W porównaniu z innymi grupami wiekowymi są bardziej otwarci na legalizację prostytucji. Marzą o partnerach/partnerkach na jedną noc, szukają ich także w Internecie (Raport Durex 2008). Życie erotyczne na każdym etapie dorosłości odgrywa

ważną rolę. Nic więc dziwnego, że w starości aktywność seksualna ciągle stanowi istotny obszar życia. Niewątpliwie to dla młodych ludzi seks nabiera ogromnego znaczenia, by z czasem zająć stałe, ale nie koniecznie dominujące miejsce w katalogu obszarów życia wpływających na poczucie zadowolenia z życia. Całościową satysfakcję z życia kreują wszystkie jego sfery, tworząc nierozzerwalną całość. Jednocześnie radość z codzienności wpływa pozytywnie na długowieczność seksualną. Ale żeby cieszyć się sprawnością seksualną do późnych lat życia, należy przygotować się do starości jeszcze za młodu i stale dbać o swoją sferę seksualności. Zasada jest prosta: kondycja seksualna, jak i fizyczna, psychiczna, kontakty ze środowiskiem lokalnym czy rodziną budowane są przez całe życie i zależą w dużej mierze od tego, jak były pielęgnowane w poprzednich etapach życia. W późnych latach biografie człowieka wypełniają trwałe postawy wykształcone na przestrzeni całego życia, także wobec seksualności. Od każdego człowieka zależeć będzie jego seksualność w starości. Przeszkodą mogą być zdarzenia, które w istotny sposób zmieniają tę kształtującą się całe życie ciągłość (np. choroba, śmierć współmałżonka).

Mity na temat seksualności seniorów:

- Osoby starsze i schorowane nie interesują się seksem.
- Osoby starsze i schorowane po 60. roku życia powinny przystosować się do życia w celibacie.
- Osoby starsze, które myślą o seksie, są infantylnie.
- Masturbacja osób starszych jest niezdrowa.
- Mężczyźni po 60. roku życia są impotentami.
- U kobiet pożądanie seksualne kończy się wraz z menopauzą.
- Kobiety po 60. roku życia nie przeżywają orgazmów.
- Abstynencja seksualna po 60. roku życia sprzyja utrzymaniu dobrego stanu zdrowia.
- Osoby starsze uprawiają jedynie kontakty waginalne.
- Osoby aktywne seksualnie po 60. roku życia są niemoralne (Woodward i Rollin, 1981).

Deklaracje aktywności erotycznej seniorów nie budzą wątpliwości, że czynnych seksualnie osób w najstarszej grupie wiekowej jest dużo. Badania Starr i Weiner (1981) nad osobami starszymi dowodzą, że dla seniorów seksualność jest bardzo ważnym aspektem funkcjonowania. Wynika z nich także, że 97 proc. sześćdziesięciolatków i siedemdziesięciolatków oraz 93 proc. osiemdziesięciolatków deklaruje, że nie tylko myśli o seksie, ale także za nim tęskni (Za: Wingchen, 2004). Około 10–20 proc. starszych mężczyzn i 35 proc. nie ma żadnego życia płciowego (Gibson 1992, za: Stuart-Hamilton, s. 158). Zadowolenie z życia seksualnego spada wraz z wiekiem, a mniej usatysfakcjonowane okazują się być kobiety. Ale to kobiety mają większe oczekiwania wobec życia, co może sprawiać, że w okresie późnej dorosłości nie mają partnerów i nie mogą czerpać radości z aktów seksualnych.



Jednak inne badania dowodzą (Por. Cichocka, 2004), że to właśnie najstarsza grupa dorosłych jest najbardziej usatysfakcjonowana ze swoich stosunków seksualnych, a najmłodszy najmniej. Pewne jest jednak, że bardziej usatysfakcjonowani, bez względu na wiek, są ci bardziej aktywni i ci zdrowsi. U seniorów istnieje jeszcze jedna prawidłowość: bardziej zadowoleni z życia seksualnego są osoby posiadające stałego partnera, aniżeli ci, którzy takiego nie mają. To stały partner zapewnić może, istotne w aktywności płciowej w późnej dorosłości: spokój, pewność, przewidywalność, zrozumienie. Sztuka miłosna osób w okresie późnej dorosłości jest wypadkową możliwości, doświadczenia i fantazji. Ludzie starsi przywiązują wagę do odpowiedniego nastroju, ze spokojem i zrozumieniem przyjmują ewentualne problemy partnera. Mają więcej czasu nie tylko na sam akt seksualny, ale przede wszystkim na poznawanie partnera, przebywanie z nim. Mogą celebrować akt miłosny, co zresztą jest wskazane, bo akt płciowy w tym wieku wymaga cierpliwości i czasu. Sama sztuka miłosna na przestrzeni życia ulega ewolucji. Na znaczeniu zyskują bodźce dotykowe zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Bodźce wzrokowe, często otępione, zastąpione zostają właśnie dotykowymi. Uruchamianie wyobraźni staje się także jednym z substytutów doznań wzrokowych. Bodźce słuchowe odgrywają szczególną rolę dla kobiet. To one oczekują wyznań miłosnych, komplementów. Wraz z wiekiem potrzeba ta wśród kobiet wyraźnie zyskuje na znaczeniu. Mężczyźni są mniej podatni na bodźce słuchowe, znaczenia nabierają dopiero podczas samego stosunku. Nie należy lekceważyć bodźców zapachowych i smakowych, choć w sztuce miłosnej nie mają one dużego znaczenia, jednak są osoby, dla których pobudzenie węchowe czy smakowe jest sposobem na urozmaicenie pożycia seksualnego (Por. Lew-Starowicz, s. 42–46). Dla wielu, nie tylko seniorów, satysfakcjonujące są same pieszczoty, atmosfera intymności, bliskość osoby. Dlatego też dla osób w późnej dorosłości życie erotyczne, to współpraca z partnerem w erotycznej przygodzie i odnajdywanie w niej przyjemności i satysfakcji. Jednak życie seksualne w późnej starości (i na każdym etapie życia) nie jest też, co trzeba podkreślić z całą stanowczością, sferą niezbędną do osiągnięcia satysfakcji życiowej w ogóle. Dlatego upatrywanie w seksualności człowieka czynnika znacznie podnoszącego jakość życia może okazać się dla wielu seniorów nietrafne.

Aktywność seksualna osób starszych z wiekiem ulega osłabieniu, ale nie jest to obszar jedyny, w którym seniorzy zwalniają tempa. I choć wysoka aktywność osób trzeciego i czwartego wieku na wszelkich obszarach jego działalności jest wskazana, jeśli jest w zgodzie z jego możliwościami i akceptowane przez najbliższe środowisko, to stopniowe wycofywanie staje się naturalną konsekwencją procesów starzenia się. A aktywność seksualna seniorów zależy od wielu czynników. Różnica między kobietami i mężczyznami w częstotliwości odbywanych stosunków z wiekiem stale się zwiększa – kobiety wcześniej rezygnują z odbywania stosunków. Problemy związane z zaspokajaniem swoich potrzeb

seksualnych stają się istotne szczególnie w przypadku „starości w instytucji”. Nie bez znaczenia jest także postrzeganie seksualności przez najbliższe środowisko. Seniorzy mogą zrezygnować z poszukiwania partnera i w ogóle z życia seksualnego w obawie przed reakcją najbliższych.

Z wiekiem przybywa dolegliwości. Starość zresztą charakteryzuje się wielochorobowością. Problemy z życiem seksualnym także nie omijają osób w okresie późnej dorosłości. Po siedemdziesiątce trzech na czterech mężczyzn skarży się na różnego rodzaju zaburzenia. Na problemy seksualne wpływ ma wiele czynników. Wielochorobowość wiąże się z przyjmowaniem wielu leków, a te często negatywnie oddziałują na sprawność seksualną. Bardzo istotny jest także styl życia seniorów oraz ich wcześniejszy jego przebieg. Oczywiście wskazany jest zdrowy tryb życia z odpowiednią dietą, stroniącą od tłuszczów zwierzęcych, bez papierosów, nadmiernej ilości alkoholu. Zbawienna jest aktywność ruchowa, umiejętność wypoczyniania, relaksowania się, odpowiednia dawka snu.

Moment krytyczny w życiu seksualnym człowieka to andropauza czy menopauza, stan przejściowy, polegający na występowaniu zmian hormonalnych. To w tym czasie dochodzi do zaburzeń takich jak: spadek podniecenia seksualnego, bolesność odczuwana w trakcie współżycia seksualnego, zaburzenia orgazmu, czy specyficzne u mężczyzn przedwczesny/opóźniony wytrysk, zaburzenia erekcji, a u kobiet: niedostateczne nawilżenie pochwy, utrata potrzeb seksualnych.

Wśród zaburzeń seksualnych, specyficznych dla seniorów, wiele ma podłoże psychologiczne i jest wynikiem utraty wiary w samego siebie, w swoją atrakcyjność. Pojawia się zazdrość patologiczna, która może przerodzić się w obsesję. Nieudany kontakt seksualny może być przyczyną paniki seksualnej, a ponowne zbliżenie obciążone będzie lękiem przed kolejną nieudaną próbą, która utwierdzi tylko w przekonaniu, że sprawność uległa obniżeniu i że należy się liczyć z utratą dawnej sprawności. W ostateczności obserwuje się także zjawisko zwane frustracją seksualną. Gdy trzeba sięgnąć po środki farmakologiczne na pierwszym planie pojawia się Viagra. I choć Viagra pomaga większości pacjentów wywołać erekcję, to cudownym lekiem nie jest. Nie wpływa na intensywność odczuć i nie zwiększa ochoty na seks. Poza tym, środek ten ma wiele przeciwwskazań np. dla osób z problemami z sercem i nadciśnieniem. W ostateczności można także zastosować implanty, które pomagają stymulować naturalną erekcję w przypadku impotencji. Jedną z podstawowych przyczyn impotencji u mężczyzn jest wpływ leczenia farmakologicznego i chirurgicznego innych schorzeń. Widoczny jest związek problemów seksualnych z takimi chorobami jak cukrzyca, choroby serca, choroby urologiczne. Istnieje jednak wiele metod leczenia zaburzeń seksualnych wśród nich następujące:

- ➔ farmakoterapia – leczenie środkami farmakologicznymi; leki pobudzające (hamujące) seksualnie;
- ➔ fizykoterapia – pobudzanie impulsami elektrycznymi; stosowana głównie w leczeniu impotencji;
- ➔ zewnętrzne aparaty próżniowe – wytwarzanie wokół członka próżni, powodującej napływ do niego krwi i erekcję;
- ➔ akupresura – masaż stosowany przy impotencji i oziębłości;
- ➔ hydroterapia – bicz wodne stosowane przy zaburzeniach erekcji, wzmacniające czynności seksualne;
- ➔ akupunktura – wprowadzanie igieł w odpowiednie punkty, wykorzystywana w leczeniu zaburzeń erekcji członka;
- ➔ leczenie chirurgiczne;
- ➔ metody treningowe (Por. Lew-Starowicz, s. 123–156).

Seksualność nierozzerwalnie wiąże się z intymnością. Zamieszkiwanie w instytucji, w której pod jednym dachem przebywają dziesiątki, a nawet setki osób, nie sprzyja tworzeniu odpowiednich warunków, gwarantujących prywatność. Choć wydaje się, że bardziej w tym procesie przeszkadza brak świadomości bądź ignorancja, co do potrzeb seksualnych starszych podopiecznych. W instytucjach opieki ciągle nie przewiduje się stwarzania możliwości do realizowania potrzeb seksualnych. Domy pomocy społecznej, działające według nowych standardów, zapewniają co prawda w większości zamieszkiwanie w pokojach jednoosobowych i dwuosobowych, co sprzyja stwarzaniu strefy prywatności i intymności mieszkańców, jednak rzeczywistość wygląda często inaczej. Nie wszyscy mieszkańcy DPS-u mają szansę wybrać sobie pokój i zdecydować o tym, czy mieszkać będą sami czy z innym lokatorem. Partnerstwo i seksualność nie pasują do osób starszych – taka jest często perspektywa nie tylko samej społeczności, ale także personelu danej instytucji. Z pewnością pary zamieszkujące instytucje posiadają więcej możliwości wspólnego przebywania i zaspokajania potrzeb seksualnych. Sprawa się znacząco komplikuje, gdy dwoje ludzi zawiązuje partnerstwo w instytucji. Poza tym nawet zagwarantowanie samej przestrzeni fizycznej, umożliwiającej kontakty seksualne, nie rozwiązuje problemu. Ze strony personelu oczekiwać by należało nie tyle akceptacji życia intymnego seniorów, co nawet pewnego rodzaju zaangażowania się w tworzenie odpowiednich warunków, sprzyjających aktywności seksualnej. Natomiast w postawie mieszkańców dostrzec można zazdrość i niezrozumienie, wsparciem byłaby większa akceptacja i wyrozumiałość dla życia intymnego innych mieszkańców. Dla osób starszych, szczególnie samotnych, rozwiązaniem swoich potrzeb seksualnych pozostaje masturbacja. Dlatego

też pozostawienie seniorom autonomii i zagwarantowanie intymności przez opiekunów ograniczyć może częstotliwość stwarzania sytuacji trudnych dla obu stron. Niezbędne jest więc poszanowanie prawa do prywatności i jej ochrona.

### Warto pamiętać

---

Aby pozostać długo sprawnym seksualnie, należy:

- znać dobrze partnera i być rozumianym – dbać o związek;
  - urozmaicać życie seksualne;
  - utrzymywać „kondycję seksualną” – unikać dłuższych „przebojów”;
  - nie palić!
  - utrzymywać aktywność ruchową;
  - relaksować się, korzystać z wypoczynku;
  - stale dbać o kondycję psychiczną.
- 

Badania nad homoseksualizmem osób starszych są rzadkością. Można jednak zakładać, że tak jak w przypadku par heteroseksualnych ich życie seksualne może być satysfakcjonujące także w późnej dorosłości, a ich aktywność seksualna jest porównywalna z aktywnością osób heteroseksualnych. Można jednak zakładać, że życie erotyczne homoseksualistów w starszym wieku mogłoby być bogatsze, gdyby łatwiej można było znaleźć partnera, a w szczególności stałego towarzysza życia. Podobnie jak u osób heteroseksualnych ich aktywność seksualna z wiekiem ulega zmniejszeniu. Pewne jest, że ich dotychczasowe życie społeczne napiętnowane preferencjami seksualnymi, łamiące stereotypy, bardziej przygotowało ich na trudności związane z akceptacją społeczną ich homoseksualności w starości. Homoseksualizm jest w wielu społecznościach zjawiskiem nieakceptowanym. W przypadku starszych par homoseksualnych nasila się jeszcze brak zrozumienia i akceptacji. Składają się bowiem na ten obraz dwa tematy tabu: seks osób starszych i homoseksualizm. W kulturze Zachodu wzrasta jednak akceptacja homoseksualizmu, także wśród osób w okresie późnej dorosłości. Ma to z pewnością związek z emancypacją tej mniejszości seksualnej oraz ze wzrostem świadomości społecznej.

Czasami brak seniorom odwagi na nowy związek. Mężczyznom jest łatwiej znaleźć partnerkę, chociażby ze względu na większy odsetek kobiet w populacji, a w okresie późnej dorosłości proporcje te stają się jeszcze bardziej wyraziste. Kobiety chciałyby kontynuować aktywność seksualną, także w późnej dorosłości, ale w większości bez potrzeby łączenia się węzłem małżeństwa. Potrzebują związku erotycznego, ale z dystansem, bez zobowiązań.

Życie seksualne człowieka starszego, jak wszystkie inne elementy życia, ulega ewolucji i zmianom w całym cyklu życia, także w okresie późnej dorosłości. Nie musi oznaczać to, że seksu w starości jest mniej, jest gorszy i mniej satysfakcjonujący. Jest inny! I sami seniorzy mogą przygotować się do starości i to jeszcze w młodości, wybierając odpowiedni tryb życia i znajdując sobie odpowiedniego partnera. W opiece zapewnienie odpowiednich warunków przyjaznych intymność wspomóc może osoby starsze w zaspokajaniu ich potrzeb seksualnych.

### Więcej na ten temat:

- Z. Lew-Starowicz, *Seks w jesieni życia*, Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2000.
- Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI w. Studium badawcze*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- J. Skarbek, *Jak pozostać aktywnym seksualnie aż do późnej starości*, Studio Astropsychologii, Białystok 2003.

### Przestrzeń fizyczna osób starszych i jej zagospodarowywanie (A. Chabior)

Przestrzeń fizyczna, w której żyje i działa człowiek, ma ogromne znaczenie, ponieważ wyznacza i w znacznym stopniu decyduje o poziomie jego życia. Szczególnego znaczenia kwestia ta nabiera w okresie starzenia i starości, a to głównie ze względu na zmiany, jakie zachodzą pod wpływem wieku w funkcjonowaniu i sprawności osób starszych, wyznaczające także konieczność przeobrażeń w ich przestrzeni fizycznej tak, aby jej atrybuty odpowiadały na potrzeby osób starszych.

Prawo każdego człowieka do własnego mieszkania jako przestrzeni decydującej o poziomie jego życia określa wiele dokumentów, począwszy od uchwalonej przez ONZ w 1948 roku Powszechnej deklaracji praw człowieka, poprzez wiele dokumentów Rady Europy i Unii Europejskiej. Szczególnym dokumentem w tym zakresie jest Deklaracja praktyczna i Madrycki międzynarodowy plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw z 2002 roku, który w priorytecie III Zapewnienie środowisk wspierających i wspomagających zawarł szereg zaleceń dotyczących środowiska mieszkaniowego i środowiska życia, wyznaczając jako cele promowanie „starzenia się na miejscu” we wspólnocie z uwzględnieniem indywidualnych preferencji i niedrogich opcji mieszkaniowych dla osób starszych, poprawę sytuacji w budownictwie mieszkaniowym i środowisku w celu promowania samodzielnego życia, z uwzględnieniem potrzeb osób starszych, w szczególności osób niepełnosprawnych oraz poprawa dostępności przystępnych cenowo środków transportu dla osób starszych (Zrałek, 2012, s. 117–118).

Przestrzeń/środowisko fizyczne ma istotny wpływ na wzory zachowań i aktywne uczestnictwo w przestrzeni publicznej i mieszkaniowej oraz samej powierzchni mieszkania osób starszych. W odniesieniu do jakości życia seniorów, szczególnego znaczenia nabierają zwłaszcza te aspekty ich przestrzeni fizycznej, które umożliwiają poczucie zadowolenia z życia, satysfakcję, więź z ludźmi i światem, podtrzymywanie aktywności

i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa wreszcie szerszą partycypację społeczną osób starszych.

Zagadnienia zagospodarowania przestrzeni publicznej i mieszkaniowej, zwłaszcza w odniesieniu do osób starszych, w ostatnich latach rozpatrywana jest w ramach szeroko pojmowanej i propagowanej teorii aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej.

Starość bywa czasem naznaczonym przebywaniem w domu. Stan zdrowia, zmiana ról społecznych, bariery architektoniczne i wiele innych czynników mogą spowodować ograniczenie aktywności pozadomowej, co w konsekwencji sprawia, że seniorzy coraz rzadziej opuszczają mury swojego domu, stając się domatorami. Niewątpliwie dla większości zdrowych, samodzielnych seniorów własny dom/mieszkanie jest najlepszą formą całonocnego pobytu, jednak najbliższa przestrzeń fizyczna, dotychczas nieograniczająca aktywności, może zamienić własne mieszkanie w uciążliwe lokum, nieprzyjazne i nieodpowiadające zmieniającym się potrzebom starzejącego się mieszkańca. I właśnie wtedy ujawnia się jedna z najtrudniej przyjmowanych przez seniorów sytuacji, w której zmuszeni są do zamiany własnego domu na dom pomocy społecznej lub innej, zastępczej (jakkolwiek źle by nie brzmiała ta terminologia) formy instytucjonalnej pomocy dla osób starszych. To właśnie taka sytuacja uznawana jest za najtrudniejszą dla osób w okresie starości. Zwykle wtedy mają oni poczucie utraty wszystkiego, co dawało im poczucie tożsamości indywidualnej i rodzinnej, poczucie ciągłości i trwania w czasoprzestrzeni przeszłości, teraźniejszości, a przede wszystkim przyszłości, dookreślenia swojego miejsca na ziemi tu i teraz, jeszcze tu i teraz. Nie można pominąć także i tego, że środowisko, w którym człowiek spędził znaczną część życia, stanowi bardzo ważny aspekt jego tożsamości.

Wszystkie wcześniejsze ustalenia powinny być brane pod uwagę w dyskusji nad adaptowaniem mieszkań seniorów do ich potrzeb, wynikających z wieku i sytuacji rodzinnej w pierwszej kolejności i bardziej ogólniejszych ustaleń, wynikających z założeń polityki mieszkaniowej i zagospodarowania przestrzeni publicznej osób starszych – z drugiej. Tym bardziej, że priorytetem w myśleniu o zagospodarowywaniu, oswojaniu przestrzeni mieszkania na starość jest nie opcja jego zmiany, ale adaptacji do zmian i to zmian zachodzących w życiu osób starszych i ich samych. W nowej perspektywie myślenia o przestrzeni fizycznej seniorów, mieszkaniowej i publicznej, sprawą zasadniczą są zalecenia wynikające z badań do adaptowania przestrzeni publicznej i mieszkaniowej do potrzeb seniorów w taki sposób, aby stanowiła ona swoiste przyjazne środowisko do promowania aktywnego, pomyślnego starzenia się obecnych i przyszłych seniorów.

## Warto pamiętać

Aktywne starzenie się – to optymalizacja wszelkich warunków dla pełnego uczestniczenia osób starszych/ starzejących się we wszystkich obszarach życia społecznego; zapewnienie właściwej jakości życia w zdrowiu, poczuciu bezpieczeństwa oraz włączeniu w społeczne procesy partycypacyjne w kulturze, edukacji, sztuce, polityce itp.

Prawidłowa realizacja idei aktywnego starzenia się w zdrowiu uzależniona jest od szeregu czynników, zarówno indywidualnych, odnoszących się do osobistych sytuacji życiowych i doświadczeń ludzi, jak i zewnętrznych uwarunkowań społecznych, instytucjonalnych, politycznych czy *infrastrukturalnych*.

W proponowaniu, planowaniu i projektowaniu rozwiązań, zmierzających do realizacji zmian sprzyjających idei „aktywnego starzenia się w zdrowiu”, należy doskonale poznać i uwzględnić owe „czynniki indywidualne”. W przeciwnym razie dokonywać się będzie pogłębianie wykluczenia i braku dostępności dla znacznej grupy społecznej ([www.seniorzy-hipokamp.pl](http://www.seniorzy-hipokamp.pl)).

### Mieszkanie w aspekcie fizycznym – praktyka

- **wejście i wyjście**; swobodne dla osób z kulami, na wózkach inwalidzkich, dla 2 osób jednocześnie, kiedy jedna prowadzi drugą;
- **przedpokój**: stworzenie możliwości zmiany obuwia (zydelki, krzesetka);
- **całe mieszkanie**: uchwyty poziome w ciągach pieszych; jak poręczce, ale mniejsze w przekroju; uchwyty okienne i zamki do drzwi na odpowiedniej wysokości; niskie położenie łucfików; miejscowe małe lampki w miejsce dużych żyrandoli; podłogi odpowiednie do sytuacji osoby starszej, likwidacja chodników i dywanów grożących poślizgiem, podłogi antypoślizgowe; usunięcie pieców węglowych i wprowadzenie lokalnego ogrzewania centralnego;
- **łazienka**: uchwyty poziome i pionowe; prysznic w miejsce wanny; ze spływem na podłogę, bez brodzików;
- **łazienka i kuchnia**: zimna i ciepła woda oraz kanalizacja w mieszkaniu; wypływ wody na poziomie rąk osoby niesprawnej; położenie wieszaków i uchwytów na ręczniki, odzież, ścierki;
- **miejsce do spania**: odpowiednia wysokość łóżka, lampka nocna dostępna z pozycji leżącej; możliwość zamontowania uchwyty typu drabinka;;
- **kuchnia**: dostępność do zawartości lodówki, odpowiednie pomieszczenia dla naczyń kuchennych (szafki, regały);
- **ubikacja**: uchwyty poziome, sedes odpowiednio wysoki do potrzeb osoby starszej;
- **Winda** z poziomu terenu (bez dojścia po schodach), Wyeliminowanie wszelkich progów i przeszkód poprzecznych po poziomie podłóg oraz w wejściu do budynku.

Stąd też przyjęto, że celem zasadniczym w zakresie zagospodarowywania przestrzeni fizycznej zwłaszcza mieszkalnej seniorów na najbliższe lata w naszej rzeczywistości gospodarczo-ekonomiczno-kulturowej będzie umożliwienie ludziom starszym pozostawanie w mieszkaniu/domu tak długo, jak tylko jest to możliwe, życie w bezpiecznym środowisku zamieszkania, przystosowanym do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości. Tak postawiona teza zakłada, że na działania etapowe składać powinny się działania w obszarach:

*Mieszkanie i środowisko zamieszkania w aspekcie fizycznym:*

- ➔ przystosowanie mieszkań do zwiększających się potrzeb ludzi starszych wynikających z pogarszającej się wraz z wiekiem kondycji psychofizycznej (usuwanie barier architektonicznych i urbanistycznych). Przyrostowi lat w okresie starości towarzyszy odmienna sprawność. Wobec tego w centrum uwagi powinna znaleźć się adaptacja przestrzeni życiowej – mieszkalnej. Z literatury oraz doświadczeń praktycznych znane są różne możliwości wspierania osoby mniej sprawnej. Życie we własnym mieszkaniu i możliwość prowadzenia gospodarstwa domowego to szczyt marzeń osób tracących sprawność. Jednym ze sposobów, często spontanicznie urzeczywistnianym, jest przystosowanie przestrzeni mieszkalnej do aktualnych indywidualnych możliwości (umocowanie uchwytów, instalacja przycisków w miejsce pokręteł, likwidacja barier i inne);
- ➔ wdrażanie nowych rozwiązań opartych na nowoczesnych technologiach informatycznych umożliwiających komfortowe, niezależne i bezpieczne funkcjonowanie człowieka starego we własnym mieszkaniu i wspomagające opiekunów osób starszych;
- ➔ osadzenie mieszkania w dostępnym, właściwie skomunikowanym środowisku zamieszkania, umożliwiającym swobodne poruszanie się w przestrzeni osiedla, dzielnicy czy miasta;
- ➔ prowadzenie działań rewitalizacyjnych zmierzających do poprawy jakości mieszkań, budynków i otoczenia;
- ➔ kształtowanie przestrzeni publicznej pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa – szczególnie osób starszych.

*W społecznym aspekcie mieszkania i środowiska zamieszkania:*

- ➔ rozwój i poprawa jakości systemu wsparcia osób starszych pozostających w mieszkaniach poprzez zróżnicowane, dostosowane do ich potrzeb usługi opiekuńcze i medyczne, a także usługi wspierające osoby starsze w wykonywaniu prac domowych;
- ➔ wykorzystanie potencjału i doświadczenia osób starszych w integracji społecznej w środowisku zamieszkania;
- ➔ zapobieganie wykluczeniu społecznemu i segregacji przestrzennej (gettyzacji) osób starszych w środowisku zamieszkania;
- ➔ tworzenie warunków dla aktywności ludzi starych w środowisku lokalnym i na jego rzecz (Tamże, s. 119).



### Warto pamiętać

---

Zagospodarowywanie przestrzeni fizycznej, zwłaszcza mieszkalnej seniorów zmierza do stworzenia im jak najlepszych warunków do pozostania w mieszkaniu/domu tak długo, jak tylko jest to możliwe, przystosowania go do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości osób starszych zarówno w aspekcie fizycznym, jak i społecznym.

- ➔ Nie tylko ważnym jest przystosowanie do możliwości seniora przestrzeni mieszkalnej, równie ważnym jest uczynienie przyjazną przestrzeni publicznej, najbliższego otoczenia – osiedla/dzielnicy/miasta.
  - ➔ Do czynników/zasad ułatwiających adaptację osób starszych do przestrzeni fizycznej, zamieszkania: osiedla, dzielnicy, miasta uznano:
    - znajomość – dotycząca zakresu, w jakim zabudowa miejska jest znana seniorom, a na ile stanowi zabudowę intuicyjną;
    - specyficzność – unikalny charakter poszczególnych ulic, ułatwiający osobom starszym ich lokalizację i określenia dokąd prowadzą;
    - bezpieczeństwo i komfort – odbieranie przestrzeni fizycznej przez seniorów jako atrakcyjnej i bezpiecznej;
    - dostępność – satysfakcja korzystania z ulic niezależnie od fizycznych, psychicznych i zmysłowych ograniczeń;
    - czytelność – wspomaganie orientacji przestrzennej osób starszych poprzez dookreślenia jej poprzez określone znaki, symbole (Bujacz, Skrzypska, Zielińska, 2012, s. 73).
- 

Sprawą absolutnie zasadniczą jest poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad sferą zamieszkania u osób starszych. Stąd stworzono listę zaleceń, których realizacja zwiększyłaby poczucie bezpieczeństwa osób starszych w miejskich przestrzeniach publicznych, a wśród nich znalazły się:

- ➔ ulepszenie oznaczeń chodników i poprawa ich nawierzchni;
- ➔ zwiększenie liczby miejsc do odpoczynku, zwłaszcza ławek, które okazały się jednym z ważniejszych elementów przestrzeni fizycznej seniorów, gdyż ich obecność koreluje pozytywnie z atrakcyjnością terenu jako potencjalnego miejsca do spacerów,
- ➔ odróżnienie chodników od jezdni i ścieżek rowerowych,
- ➔ dobudowanie podjazdów przy schodach lub zamiast nich,
- ➔ zadbanie o wystarczającą liczbę sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej,
- ➔ wprowadzenie dwuetapowych przejść dla pieszych i/lub wydłużenie czasu ekspozycji zielonego światła dla pieszych (Bujacz, Skrzypska, Zielińska, Poznań 2012, s. 79).

Realizacja tych zaleceń wzmocniłaby poczucie kontroli i samodzielności osób starszych, a w konsekwencji aktywność seniorów, co w znacznym stopniu podniosłoby jakość ich życia.

Rolę przestrzeni publicznej w życiu ludzi starszych omawiano z punktu widzenia możliwości zwiększania ich dobrostanu poprzez interwencję w jeden z obiektywnych jego wyznaczników, jakim jest środowisko fizyczne, w tym przestrzeń publiczną i mieszkanie. Stwierdzono, że w projektowaniu takiej przestrzeni trzeba brać pod uwagę przykładowe

aktywności jej przyszłych użytkowników o różnym stopniu sprawności, a także sytuacje, w których będą oni uczestniczyć. Jednym z obszarów ich dobrostanu jest zagospodarowanie przestrzeni publicznej. Założono, że empatyzowanie wzorów zachowań pieszych, w tym osób starszych, i kreatywne uchwycenie związków między nimi a strukturą otoczenia, pozwala na stworzenie środowiska, w którym uczucie dyskomfortu spacerowiczów – osób starszych jest niwelowane, niezależne od ich stanu zdrowia.

**Więcej na ten temat:**

- S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski, (red.), *Starzenie się z godnością*, Wyd. KUL, Lublin 2011.
- M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Łódź 2000.
- *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa 2012, na: [www.brpo.gov.pl/](http://www.brpo.gov.pl/).

### 1.3.2. Zdrowie jako wyznacznik jakości życia w starości (A. Chabior)

Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami za jeden z głównych elementów kształtujących jakość życia, zwłaszcza w okresie starości, uznać należy *zdrowie*. Określenie zdrowia jest procesem złożonym i nie może być kojarzone tylko z brakiem choroby. Najpełniejszą definicję zdrowia zaproponowała Światowa Organizacja Zdrowia, w której uwzględniła aspekty psychospołeczne, inicjując tym samym zainteresowanie „problemami medycznymi” człowieka i społeczeństwa, przedstawicieli pozamedycznych środowisk naukowych (głównie psychologii i socjologii) – odpowiednio do zakresów badań i metodologii tych dyscyplin naukowych. Zgodnie z tą definicją, zdrowie to stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, dobre funkcjonowanie biopsychospołeczne.

Zatem zdrowie nie jest tylko dobrym stanem narządów, zmysłów i układów, ale też dobrym stanem psychicznym, emocjonowanym i satysfakcjonującym funkcjonowaniem w społeczności oraz właściwą dla wieku aktywnością.

Z. Kawczyńska-Butrym podkreśla cztery wzajemnie powiązane czynniki tworzące właściwe rozumienie definicji zdrowia oraz wynikającego z niego samopoczucia i stopnia funkcjonowania społecznego:

- ➔ zdrowie fizyczne – prawidłowe funkcjonowanie organizmu (dobre samopoczucie fizyczne);

- ➔ zdrowie psychiczne, w ramach którego uwzględniono: zdrowie umysłowe – czyli zdolność do jasnego, logicznego myślenia, a także zdrowie emocjonalne – czyli zdolność do rozpoznawania i wyrażania uczuć zgodnie z normą kulturową oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem;
- ➔ zdrowie społeczne – zdolność pełnienia ról społecznych i utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi (dobre samopoczucie społeczne);
- ➔ zdrowie duchowe – interpretowane jako aktywność związana z wierzeniami i praktykami religijnymi, jak też prowadząca do zachowania wewnętrznego spokoju zgodność życia z przyjętymi zasadami, wiarą, normami i świadomość kontaktu z Bogiem (2008, s. 52).

Włączenie do definicji zdrowia aspektu psychospołecznego zaowocowało na gruncie socjologii definicjami łączącymi zdrowie z pełnieniem ról społecznych. Talcott Parsons określił zdrowie jako „optymalną zdolność do efektywnego wykonywania cenionych zadań, w rozumieniu ról społecznych, a chorobę jako ograniczenie tej zdolności” (Za: Kawczyńska-Butrym, 2008, s. 54). Przyjęcie takiej definicji z jednej strony pozwoliło na określenie związków między zdrowiem a realizacją ról społecznych, z drugiej – opisać i scharakteryzować ograniczenia w ich pełnieniu w sytuacji choroby.

Dla określenia i oceny zmian w realizacji ról społecznych (społecznego aspektu zdrowia) zaproponowano kategorię, jaką jest sprawność w czynnościach codziennych. Wykorzystano ją do opracowania skal sprawności osób chorych, niepełnosprawnych i starych. Każda taka skala to indeks czynności i poziom samodzielności w ich wykonywaniu. W skalach tych istotna jest sprawność związana z czynnościami:

- ➔ samoobsługowymi: czynności higieniczne, fizjologiczne, przemieszczanie się w domu;
- ➔ prowadzenia gospodarstwa domowego;
- ➔ wychodzenia z domu: robienie zakupów, wizyty u lekarza, wyjścia do pracy, kościoła, teatru itp.;
- ➔ oceny podstawowej mobilności, czyli przemieszczanie się w najbliższej przestrzeni, łącznie z możliwością zmiany pozycji ciała;
- ➔ komunikowania się bezpośredniego (rozumienie, słuch, mowa), a także komunikowanie przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii.

Wszystkie te czynności podlegają ocenie w skali: od wykonywanych „w pełni samodzielnie”, przez „przy użyciu pomocy”, aż do „całkowitego braku samodzielności”. W zależności od oceny samodzielności osób starszych, od zachowanego przez nich stopnia sprawności

i samodzielności w zakresie czynności podstawowych i codziennych, kierowana jest do seniorów oferta pomocy.

**Geriatrya** to dział interny, który zajmuje się schorzeniami osób po 60. roku życia, który „integruje w swoich kompetencjach zdolność do całościowej, innymi słowy kompleksowej oceny, a zatem i diagnozy pacjenta geriatrycznego, tj. osoby, u której konstelacja rozmaitych problemów zdrowotnych i dysfunkcji narządowych wykracza poza możliwości diagnostyczne jednego, nawet najwyższej klasy specjalisty wąskiej dyscypliny” (Bień, 2012, s. 152). Można stwierdzić, że geriatra może zastąpić lekarzy z wąskich specjalizacji, ale nikt nie jest w stanie zastąpić geriatry. Celem geriatry jest utrzymanie jak najdłużej maksymalnej sprawności i samodzielności pacjenta oraz ograniczenie zbędnej instytucjonalizacji.

W przyjętej definicji zdrowia podkreślana jest ocena potrzeb w zakresie opieki i wsparcia, w zdecydowanie mniejszym stopniu natomiast eksponowane są inne sfery aktywności (chorych) seniorów, jak: uczestnictwo w kulturze, czas wolny, wypoczynek itp. Choroba i niepełnosprawność stanowią poważną i uciążliwą barierę w samodzielnym życiu, lecz nie eliminują zainteresowań, planów na przyszłość, potencjału intelektualnego. Zmiany społeczne i zmiany w standardach opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi w konsekwencji przyniosły kolejną koncepcję rozumienia zdrowia i choroby: „Zdrowie to jak najdłuższe samodzielne, aktywne i twórcze życie bez chorób i niepełnosprawności, ale także razem z nimi, jeśli nie udało się ich uniknąć” (Kawczyńska-Butrym, 2008, s. 60).

Bez względu na przyjętą definicję zdrowia, sprawą bardzo trudną jest obiektywne określenie stanu zdrowia populacji osób starszych. Wynika to głównie z wieloczynnikowości uwarunkowań zdrowia osób starszych. Jak twierdzi B. Bień (2003, s. 35), „zdrowie seniorów z jednej strony zależy od tempa naturalnego osobniczo zmiennego procesu starzenia się, z drugiej zaś jest następstwem chorób, w tym zależnych od wieku, przebytych urazów, wypadków, jak i również przeszłych i bieżących oddziaływań środowiska. Ocena zdrowia oparta jedynie na badaniach klinicznych nie jest w stanie objąć ani wyrazić całego zakresu i wewnętrznej złożoności elementów składających się na poczucie zdrowia w indywidualnych przypadkach, a tym bardziej odnosić się do populacji” (Tamże, s. 35).

Trudność oceny stanu zdrowia starzenia się społeczeństwa, w tym również polskiego staje się procesem stawiającym ogromne wyzwania przed polityką społeczną, zdrowotną, socjalną i ekonomiczną wielu państw Europy w tym także Polski. „Powiązanie wzrastającej średniej długości życia ludzkiego z zachowaniem jego jakości, wymaga metodycznego i naukowego podejścia do starzenia się jako procesu o szybko wzrastającej dynamice i ogromnej złożoności” (Derejczyk, 2004, s. 127). Potrzeby te spowodowały wyeksponowanie problematyki i przedmiotu nie tylko gerontologii, ale w szczególności **geriatryi**.

W Polsce brakuje geriatrów, a bywa, że wśród pielęgniarek, ratowników i opiekunów poziom wiedzy na temat starości i potrzeb osób starszych jest niewystarczający. Warto kształcić tego rodzaju personel z zakresu specyfiki wymagań i potrzeb seniorów, nawet w tak podstawowych kwestiach, jak godność i potrzeba zapewnienia intymności. Bezcenne okazuje się zwracanie się do osób starszych, zwłaszcza mieszkańców domów opieki z szacunkiem, pytanie o ich preferencje i życzenia, a nawet pukanie przed wejściem do ich pokoju. Jest to problem tym istotniejszy, że jak podaje PolSenior, ponad jedna trzecia seniorów wymaga pomocy w codziennych czynnościach, a 12 proc. osób po 87. roku życia – stałej opieki (Polsenior/sites/monografia Polsenior.pdf).

Zmiany w sposobie definiowania oraz rozumienia zdrowia i choroby stały się w konsekwencji przyczyną coraz powszechniejszego rozpatrywania *starzenia się z dwójki perspektywy*: jako stanu niepatologicznego, lecz zagrożonego chorobami bezpośrednio związanymi z wiekiem, bądź jako statusu o wysokiej funkcjonalności z niewielkim ryzykiem chorobowym. (Z. Kawczyńska-Butrym, Lublin 2008, s. 60–62).

Osoby starsze są najtrudniejszymi i najdroższymi pacjentami w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Spowodowane jest to złożonością problemów socjoekonomicznych, zdrowotnych, psychospołecznych pojawiających się podczas opieki nad nimi. Pomimo to właśnie w dziedzinie geriatry edukacja polskiej kadry medycznej jest najsłabsza. Kształcenie z zakresu geriatry znajduje się w standardach nauczania na wszystkich kierunkach medycznych (pielęgniarstwo, fizjoterapia, logopedia, dietetyka, stomatologia, zdrowie publiczne) oprócz kierunku lekarskiego, gdzie realizowany jest tylko obligatoryjne dla uczących się w Polsce studentów anglojęzycznych lub na wybranych uczelniach dla polskich studentów kierunku lekarskiego jako fakultet. Oznacza to, że przeciętny absolwent medycyny w Polsce, kończąc studia, nie zna swoistości przebiegu choroby czy farmakologii wieku podeszłego ani instrumentarium oceny geriatrycznej, czyli „zestawów standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych” (Tamże, s. 153) – normy, która jest przyjęta na świecie. Wpływa to również na możliwości edukacji lekarzy rodzinnych, „w których programach specjalizacyjnych nie ma możliwości szkolenia z geriatry z uwagi na deficyt modelowej bazy klinicznej, z której tradycyjnie słynie baza akademicka” (Tamże, 156). W niektórych miejscach, choć niewielu, prowadzone są staże częstkowe z geriatry dla przyszłych lekarzy rodzinnych w oparciu o nieliczne w kraju pełnoprofilowe kliniki geriatryczne. Nierównomierny rozkład godzin podczas studiów przeznaczonych na geriatrę (wymiar symboliczny dla lekarzy i dostatecznie duży dla np. pielęgniarek) powoduje, iż zespół geriatryczny nie ma możliwości wielostronnej i skutecznej współpracy na rzecz zróżnicowanych potrzeb i problemów pacjenta starszego, ponieważ całość nie może spełniać oczekiwań z powodu niekompetencji lekarza.

Czynnikiem społecznym i środowiskowym, który ma decydujący wpływ na jakość zdrowia osób starszych, jest rodzaj polityki zdrowotnej państw, czyli „wybrany system pozyskiwania środków na leczenie wraz z pakietem świadczeń zdrowotno-opiekuńczych i socjalnych dla osoby ubezpieczonej z mechanizmami gwarantującymi dostępność tych świadczeń” (J. Derejczyk, 2004, s. 129).

W Polsce osoby starsze to najbardziej zaniedbana pod względem medycznym grupa, choć to właśnie oni częściej korzystają z usług opiekuńczych, zabiegów pielęgnacyjnych, porad lekarskich czy zabiegów rehabilitacji niż osoby młode. Obecnie w Polsce nie istnieje model Kompleksowej Opieki Geriatrycznej (KOG) polegający na systematycznym, kompleksowym badaniu stanu zdrowia osoby starszej, biorąc pod uwagę jej sytuację rodzinną i bytową. Tę podstawową opiekę dla osób starszych mogło by zagwarantować jedynie prawidłowe współdziałanie lekarza (najlepiej geriatry), pielęgniarki i pracownika socjalnego. Zasadniczy wpływ na taką sytuację ma nie najlepiej zorganizowana ochrona zdrowia i jej niedofinansowanie.

System finansowania, który obecnie jest w Polsce stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, opiera się na tzw. Jednorodnych Grupach Pacjentów. Polega on „refundacji kosztów diagnostyki i terapii jednej choroby, niezależnie od rodzaju dyscypliny medycznej” (Bień, 2012, s. 153). Z powodu takiego podejścia NFZ geriatry z góry jest skazana na przegraną pozycję, ponieważ traktuje ona pacjenta jako całość z perspektywy funkcji. Stara się ona przywrócić starszego i schorowanego człowieka do jak najwyższego poziomu funkcjonowania poprzez poszukiwanie indywidualnych przyczyn, które doprowadziły do pogorszenia się stanu psychofizycznego pacjenta, w celu jak najszybszej interwencji. To wszystko generuje koszty, które są ignorowane przez NFZ, który refunduje tylko wartość świadczeń medycznych przypisanych do jednej choroby. Nie sprawdza się to w wypadku ludzi starszych, ponieważ problemem jest opisanie patologii przez jedną lub najwyżej dwie jednostki chorobowe u człowieka, który wymaga leczenia pięciu lub więcej chorób. Wprowadzenie tego systemu w przypadku geriatry jest nieudanym eksperymentem. W konsekwencji prowadzi to do zamykania i tak już niewielkiej ilości oddziałów czy poradni geriatrycznych, które generują zadłużenie placówki.

Obecnie Polska zostaje daleko w tyle pod względem dostępności opieki geriatrycznej w porównaniu z innymi krajami Europy. Mierząc ją liczbą lekarzy geriatrów i liczbą łóżek geriatrycznych w systemie, można stwierdzić, że na sto tysięcy mieszkańców Polski przypada 0,2 geriatry, gdzie w Wielkiej Brytanii ten wskaźnik wynosi 1,3 – a w Szwecji nawet 7,7. By zagwarantować prawidłową opiekę osobom starszym, współczynnik ten powinien wynosić dwóch geriatrów na sto tysięcy mieszkańców kraju, czyli przeliczając, w Polsce powinniśmy mieć 760 lekarzy ze specjalizacją z geriatry, a aktualnie posiadamy ich aż pięciokrotnie mniej, poza tym duża ich część nie jest w ogóle zatrudniona w opiece geriatrycznej.

Innym błędem, powielanym od wielu lat w Polsce w stosunku do człowieka starszego, jest ograniczenie jego potrzeb zdrowotnych do instytucjonalnej opieki długoterminowej bez gwarancji dostępu do geriatry, psychogeriatry, rehabilitacji geriatrycznej. Skutkiem tego jest „zbędna instytucjonalizacja tysięcy starych chorych ludzi i ich przedwczesna umieralność” (Derejczyk 2004, s. 133). Podstawą do rozwoju opieki długoterminowej były duże liczby osób chorych na przewlekłe choroby, którzy oczekiwali na oddziałach ostrych na miejsca w domu pomocy społecznej. Jednak osoby przyjęte do tego typu ośrodka nie mogą być w sposób bezpośrednio przyjęci na oddział ostry w stanie pogorszenia się ich stanu zdrowia, więc jest to rozwiązanie niekorzystne. Nie zważa się również na fakt, że w trakcie kilkuletniego pobytu w placówce opieki długoterminowej zapewne wielokrotnie wystąpi sytuacja potrzeby konsultacji z geriatrą.

W ocenie stanu zdrowia seniorów za najbardziej subiektywne kryterium oceny przyjęto samookreślenie (samoocenę) stanu zdrowia dokonywaną przez same osoby starsze w kategoriach od „bardzo dobra” do „bardzo zła”.

Badania stanu zdrowia polskich seniorów z 2009 roku przeprowadzone przez CBOS pokazały, że tylko 5 proc. badanych seniorów jest ze swojego zdrowia bardzo zadowolonych, podczas gdy raczej niezadowolonych jest 29 proc. oraz bardzo niezadowolonych aż 14 proc. (CBOS, 2010, s. 14). Analiza wyników badań wykazała także, że polscy seniorzy oceniają swoje zdrowie w większości źle, choć w ostatnich latach ocena ta uległa nieco zmianie na lepsze, lecz jedna tendencja w tych ocenach została zachowana – w każdych badaniach kobiety określają swoje zdrowie znacznie gorzej niż mężczyźni (Bień, 2003, s. 36). Dane te zostały potwierdzone przez program badawczy PolSenior.

**PolSenior** program badawczy z 2012 służył ocenie różnych aspektów starzenia się ludzi w Polsce, w tym stanu zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej seniorów. W ramach tego programu przebadano 5100 osób powyżej 65. roku życia, a także osoby u progu starości (55–59 lat), którzy mieli stanowić grupę odniesienia.

Powszechnym zjawiskiem u starszych chorych jest „nakładanie się zmian chorobowych na zmiany będące konsekwencją procesu starzenia się” (Wieczorkowska-Tobis, 2011, s. 19). Ich odróżnienie stanowi wyzwanie dla geriatry. Najbardziej charakterystyczną cechą pacjentów geriatrycznych jest wielochorobowość (polipatologia), „czyli współwystępowanie kilku przewlekłych chorób. U pacjentów stwierdza się na przykład chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, osteoporozę, chorobę zwyrodnieniową stawów i depresję” (Tamże, s. 19). Najczęściej występującym problemem w starości jest choroba zwyrodnieniowa stawów, którą stwierdza się nawet u 80 proc. pacjentów po 75. roku życia. W dalszej

kolejności wymienia się nadciśnienie, objawy choroby niedokrwiennej serca, cukrzycę. Charakterystyczną cechą wielochorobowości jest współistnienie chorób psychicznych i somatycznych. Co jest przeszkodą w prowadzeniu skutecznej fizjoterapii, ponieważ w przypadku każdej z występujących chorób należy rozpatrzyć wszystkie wskazania i przeciwwskazania do określonych typów terapii i następnie uwzględnić je w stworzonych schematach postępowania. Obecnie lekarze rodzinni, a także wąskich specjalizacji nie są sobie w stanie poradzić z wielochorobowością pacjentów w podeszłym wieku, gdyż wymaga ona od lekarza prowadzącego dużo doświadczenia i wiedzy, a także całościowej opieki nad osobą starszą, którą mogą zapewnić tak naprawdę tylko lekarze geriatrzy. Lekarze specjaliści, którzy są ekspertami wyłącznie w jednej wąskiej dziedzinie, nie potrafią pomóc choremu, który obarczony jest wieloma problemami zdrowotnymi. Podobny problem mają także lekarze pierwszego kontaktu, którzy, aby pomóc swoim pacjentom w podeszłym wieku, powinni poszerzyć swój zakres kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych.

**„Efekt domina”** oznacza on, że w przypadku uszkodzenia jednego narządu ryzyko zmian wielonarządowych jest znaczne. Podobnie jak w przypadku kostek domina załamanie homeostazy w obrębie pierwszego narządu powoduje reakcję lawinową, która może kończyć się niewydolnością wielonarządową” (K. Wieczorowska-Tobis, 2011, s. 19–20).

Następstwem wielochorobowości jest wielolekowość, „czyli jednoczesne stosowanie przez chorego codziennie znacznej liczby leków” (Tamże, s. 20). Wielolekowość używa się zamiennie z pojęciem polipragmazji, jednak nie do końca jest to zgodne z prawdą, gdyż mają one różne znaczenia. Polipragmazja definiowana jest jako „pobieranie przez chorego co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań” (Tamże, s. 20). Zamiennie stosowanie tych dwóch terminów jest rezultatem tego, że ryzyko polipragmazji narasta wraz ze wzrostem liczby przyjmowanych przez osobę starszą leków. Wielolekowość przeważnie jest określana jako przyjmowanie co najmniej pięć leków – dotyka to mniej więcej co drugą osobę starszą, natomiast ostra wielolekowość – co najmniej dziesięć leków, ta pojawia się częściej niż u co dziesiątej osoby w podeszłym wieku.

Inną przyczyną wielolekowości jest samoleczenie, czyli pobieranie przez pacjentów leków, które są wydawane bez recepty i mogą być stosowane bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą. W myśleniu pacjentów w podeszłym wieku leki te nie wywołują działań niepożądanych. Wręcz przeciwnie, wraz z wielolekowością zwiększa się ryzyko pojawienia skutków niepożądanych i nie ma tu znaczenia rodzaj stosowanych leków. Wystąpienie działań niepożądanych u ludzi w podeszłym wieku może być nietypowe i znacznie odbiegać od tych dostrzeganych u pacjentów młodszych. Wówczas lekarze



rodzinni (pierwszego kontaktu), zamiast odstawić dany lek wywołujący działania niepożądane, często włączają go do leczenia. W Polsce zjawisko to wzrasta również z powodu braku lub małej komunikacji pomiędzy lekarzami zajmującymi się danym pacjentem, szczególnie gdy leczenie prowadzi kilku specjalistów, a także niedostatecznej komunikacji na drodze lekarz–pacjent.

Demograficzne starzenie się społeczeństwa prowadzi do zwiększenia się liczby osób z chorobami przewlekłymi, co najczęściej doprowadza do **niepełnosprawności** lub pogorszenia się sprawności funkcjonalnej. Największym wyzwaniem jest właśnie opieka nad niepełnosprawnymi osobami starszymi, których ciągle przybywa.

Niepełnosprawność dzielimy na:

- ➔ Niepełnosprawność prawną, do której kwalifikują się ludzie z orzeczeniem o inwalidztwie,
- ➔ Niepełnosprawność biologiczną, do której zaliczają się ludzie, którzy deklarują ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności (odczucie subiektywne),
- ➔ Niepełnosprawność prawną i biologiczną kwalifikują się do niej ludzie zarówno z orzeczeniem o inwalidztwie, jaki i występowaniem ograniczeń.

**Niepełnosprawność** wg WHO to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu, ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka" (A. Wilmowska-Pietruszyńska, 2012, s. 139).

„Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych" (Tamże, s. 84).

„Głównymi przyczynami niepełnosprawności oraz ograniczeń mobilności, czyli możliwości poruszania się są choroby układu krążenia oraz choroby układu ruchu, następnie schorzenia neurologiczne, choroby narządu wzroku, choroby narządu słuchu i inne schorzenia. Są to najczęściej choroby niezwiązane z pracą zawodową" (Car, 2004, s. 49). Najczęstszą formą usprawniania niepełnosprawnych osób starszych jest leczenie, a drugim miejscu znajduje się rehabilitacja. Jednak wraz z wiekiem seniorzy poddają się rehabilitacji coraz rzadziej, a to powoduje wzrost zapotrzebowania na stałą pomoc i opiekę.

Najczęściej występującą niepełnosprawnością u osób w podeszłym wieku jest niepełnosprawność biologiczna. Wraz z wiekiem zwiększa się liczba osób starszych z niepełnosprawnością, której znacznie częściej towarzyszą choroby przewlekłe. Wszystko

to prowadzi do ograniczenia możliwości samodzielnego poruszania się oraz sprawności fizycznej, co doprowadza dodatkowo do pogorszenia się stanu psychicznego, a także spadku wiary w prawdopodobieństwo poprawy stanu zdrowia. Wpływa to, na jakość życia osób niepełnosprawnych. Wraz ze stwierdzeniem przez lekarza złego stanu zdrowia pacjenta jego samoocena pogarsza się, co wpływa na i tak już zły stan emocjonalny tych osób. Istnieje możliwość, iż sytuacja ta może oddziaływać na rehabilitację niepełnosprawnych seniorów, która stanie się mniej efektywna.

Starzenie się oraz choroby wpływają na **obniżenie sprawności życiowej** człowieka która określana jest w trzech kategoriach:

1. Sprawność lokomocyjna – czyli zdolność do przemieszczania się.
2. Zdolność do samoobsługi – sprawność w samodzielnym wykonywaniu czynności higienicznych, takich jak: mycie się, korzystanie z łazienki i toalety, samodzielne ubieranie się i rozbieranie, czyli podstawowe codzienne czynności.
3. Instrumentalne codzienne czynności – zdolności do wykonywania codziennych czynności, takich jak: przygotowanie posiłku, sprzątanie mieszkania, korzystanie z telefonu, robienie zakupów, korzystanie z publicznych środków lokomocji” (Halicka, 2004, s. 243).

Niesprawność osób starszych ma wiele przyczyn, które mogą prowadzić do uzależnienia. W gerontologii kładzie się nacisk zwłaszcza na „czynniki zdrowotne takie jak: przewlekła choroba somatyczna lub psychiczna, zespoły geriatryczne (np. nietrzymanie moczu/stolca, upadki, upośledzenie lokomocji), upośledzenie zmysłów (wzroku, słuchu), kalectwo (nabyte we wcześniejszym okresie życia lub w starości), niedożywienie, zaawansowana starość; oraz społeczne: samotne zamieszkiwanie, złe warunki bytowe, bezdzietność, sytuacja socjalna (ubóstwo), zespoły utraty (wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci i syndrom »pustego gniazda«), pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej, nadużycia, zaniedbania i przemoc w rodzinie, zamieszkanie w instytucji opiekuńczej, wydarzenia losowe (wypadek, pożar, kradzież)” (Tamże, s. 244). W Polsce najczęstszą przyczyną niesprawności seniorów są choroby związane z wykonywanym w przeszłości zawodem, na drugim miejscu znajdują się choroby zawodowe, a w dalszej kolejności wypadek i choroby wrodzone.

**Opieka** – to działania podejmowane wobec osób ze względu na faktyczne lub potencjalne zagrożenie ich istnienia, przy braku lub ograniczonych możliwościach przewyciężania własnymi siłami tych osób” (Kachaniuk, 2008, s. 256).

Powyższy stan rzeczy powoduje pogarszanie się stanu zdrowia i sprawności u osób starszych, co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, szeroko pojmowaną opiekę.

#### Projekt **EUROFAMCARE**

2003–2005 – wyniki badań: najliczniejszą grupę **opiekunów rodzinnych** osób starszych stanowiły ich dzieci (51,1 proc.). Na drugim miejscu znajdowali się małżonkowie seniorów (18,2 proc.), w następnej kolejności ich synowie i zięciowie (13,4 proc.) oraz wnuki (6,6 proc.). Pozostali członkowie rodziny sporadycznie sprawowali opiekę nad osobami starszymi. Taka sytuacja wynika ze struktury demograficznej rodzin w Polsce (dość duża liczba dzieci) oraz modelu opieki nad seniorami (opieka podejmowana przez najbliższych krewnych, przede wszystkim w domu). Potencjalny opiekun rodzinny powinien charakteryzować się określonymi cechami, takimi jak: tolerancja, życzliwość, wyrozumiałość.

Jednym ze sposobów klasyfikacji opieki jest podział na opiekę formalną i nieformalną. *Opieką formalną* „jest profesja, a podmioty w stosunku opiekuńczym łączy zobowiązanie kontraktowe” (Jurek, 2009, s. 71), świadczą ją podmioty publiczne i prywatne (pozarządowe i komercyjne). Odbywa się ona w miejscu zamieszkania osoby, wobec której są sprawowane działania opiekuńcze lub w wyspecjalizowanej placówce. Jest to opieka zarejestrowana i zarobkowa podejmowana ze względu na korzyści finansowe. Opiekunowie formalni posiadają wymagane kwalifikacje zawodowe i najczęściej są dobrze przygotowani do sprawowania przez dłuższy czas opieki. Natomiast *opieka nieformalna* jest świadczona przez rodzinę i grupy samopomocowe w miejscu zamieszkania osoby starszej. Jest to typ działalności opiekuńczej nierejestrowanej i niezarobkowej. Motywem podejmowania opieki nieformalnej jest altruizm, więzy uczuciowe, poczucie obowiązku. Jest świadczeniem dobrowolnym zarówno w wypadku „nadawcy, jaki i adresata” opieki. Dominuje ona wśród osób posiadających rozbudowane i trwałe więzi rodzinne. Osoba „realizująca czynności doraźne i długoterminowe, które są różnorodne i obejmują głównie troskę o zdrowie podopiecznego, bezpieczeństwo, odpowiednie warunki życiowe, pomoc”, to opiekun (Kachaniuk, 2008, s. 256).

W naszym kraju rodzina jest nadal bez względu na środowisko zamieszkania najważniejszą grupą świadczącą pomoc i opiekę wobec osób starszych oraz najistotniejszym miejscem, w którym zaspokajane są ich potrzeby emocjonalne, opiekuńcze i społeczne. Głównym nieformalnym filarem systemu opiekuńczego Polski są **opiekunowie rodzinni**, którzy realizują działania opiekuńcze w stosunku do swoich niesamodzielnych krewnych. Sprawują oni opiekę nie tylko nad seniorami ze swoich rodzin, ale także nad osobami młodszymi, którymi są przeważnie ich własne dzieci. Należy podkreślić fakt, że osoby w podeszłym wieku preferują opiekę świadczoną wobec nich przez ludzi, których bardzo dobrze znają i którym ufają.

### Warto pamiętać

---

- Zdrowie i jego stan tak w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym, jak i duchowym jest podstawowym kryterium oceny jakości życia w starości, a jednocześnie podstawowym determinantem wszelkiej działalności/aktywności podejmowanej w tym okresie życia.
  - Pojęciami opisującymi stan zdrowia seniorów i jego ocenę są: poziom sprawności życiowej, niepełnosprawność, choroba, wielochorobowość, wielolekowość, samoleczenie, psychogeriatrya, rehabilitacja geriatryczna, opieka i wsparcie.
  - Osoby starsze to najbardziej zaniedbana pod względem medycznym grupa, choć to właśnie one częściej korzystają z usług opiekuńczych, zabiegów pielęgnacyjnych, porad lekarskich czy zabiegów rehabilitacji niż osoby młode. Obecnie w Polsce brak modelu Kompleksowej Opieki Geriatrycznej (KOG), podobnie jak wyspecjalizowanej grupy lekarzy – geriatrów.
  - System finansowania, który obecnie jest w Polsce stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia opiera się na tzw. Jednorodnych Grupach Pacjentów, co prowadzi do wielu nieprawidłowości, a w efekcie nieskutecznych metod leczenia seniorów, w tym do zbędnej instytucjonalizacji tysięcy starych chorych ludzi i ich przedwczesnej umieralności.
  - Ważnym elementem w sprawowanej nad seniorami opiece są opiekunowie zarówno formalni, jak i nieformalni, a wśród nich opiekunowie rodzinni.
- 

Członkowie rodziny, którzy pełnią funkcje opiekunów rodzinnych akceptują swoje powinności wobec niesamodzielnych seniorów, a niekiedy wykonują je z satysfakcją. Motywacja jest jednym z najistotniejszych czynników warunkujących sposób sprawowania opieki nad osobami w podeszłym wieku. Więzy uczuciowe to zasadniczy powód jej podejmowania nad starszymi krewnymi. Główną rolę odgrywa pod tym względem miłość i przywiązanie do seniorów w rodzinie. W wypadku podejmowania działań opiekuńczych wobec starszych krewnych ważne jest także osobiste poczucie zobowiązania w stosunku do osoby starszej jako członka rodziny, a także poczucie obowiązku w odniesieniu do niej samej. Motywy te są oczywiste, gdyż wynikają bezpośrednio z więzów i relacji rodzinnych. Niekiedy powodami podejmowania się opieki przez opiekunów rodzinnych są zbyt wysokie koszty opieki profesjonalnej lub brak innych alternatyw.

W działaniach na rzecz zachowania przez seniorów jak najdłużej zdrowia i dobrej kondycji psychofizycznej, właściwe jest promowanie szeroko rozumianej aktywności. To właśnie w aktywności, aktywizacji i reaktywacji upatruje się czynników mających służyć poprawie i utrzymaniu jakości życia w starości oraz zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa socjalno-zdrowotnego osobom najstarszej generacji.

Aktywnemu starzeniu sprzyjać będzie promocja zdrowego stylu życia, tworzenie warunków służących utrzymaniu zdrowia i rewitalizacji, wykorzystywanie zasobów jednostki i jej otoczenia oraz minimalizowanie zależności ludzi starych i kształtowanie pozytywnego obrazu starości. W ostatecznym rachunku wszystko to służyć ma tworzeniu warunków

sprzyjających aktywności i elastyczności w konfrontacji ze zmianami w otoczeniu, budowaniu poczucia godności i zaufania do własnego potencjału oraz możliwości dokonywania osobistych wyborów w różnych fazach cyklu życiowego.

**Więcej na ten temat:**

- A. Chabior, *Family caregiver of an elderly person*, [w:] M. Bargiel, E. Janigova, E. Jarosz (red.), *Dilemata socialni pedagogiky v postmodernizm Sete*, Institut Mezioborovych Studii, Brno 2012. s. 199–207.
- B. Tokarczyk, *Uwarunkowania zdrowia osób starszych i organizacja zakładów opieki dla osób starszych*, na: [www.uwarunkowaniapoprawyziacien.pdf](http://www.uwarunkowaniapoprawyziacien.pdf).
- M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Akademia Medyczna, Białystok 2004.
- B. Tobiasz-Adamczyk, *Polityka społeczna wobec starości – materiały z konferencji*, Kraków 2000.

## 1.4. Aktywność i aktywizacja osób starszych

### 1.4.1. Uczenie się osób starszych (A. Fabiś)

Uczenie się jest, jak już powszechnie wiadomo, procesem całościowym. Dzięki uczeniu się na każdym etapie życia człowiek przygotowuje się do stojących przed nim wyzwań, dzięki czemu może się zmierzyć z nowymi zadaniami, w końcu to uczenie się prowadzi do wszechstronnego rozwoju, jest więc niezbędnym elementem życia człowieka w każdej jego fazie. Uczenie się w starości dalekie będzie w swoich formach i treściach od uczenia się we wcześniejszych etapach. Człowiek stary uczy się więcej z doświadczenia, będąc uczestnikiem tak zwanej edukacji nieformalnej. Oznacza to, że instytucjonalne formy edukacji nie będą posiadać tak dużego znaczenia, jak wszelkiego rodzaju samokształcenie, uczenie się przy okazji czy uczenie się z doświadczenia. Nie oznacza to ignorowania zorganizowanych form kształcenia. Takim szczególnym miejscem rozwoju intelektualnego osób w późnej dorosłości jest uniwersytet trzeciego wieku. Od ponad czterdziestu lat idea tej instytucji ewoluuje i przybiera różne kształty w różnych społecznościach. W Polsce uniwersytety dla seniorów mają już swoje stałe miejsce na mapie edukacyjnej i z roku na rok więcej osób starszych uczestniczy w życiu społeczności UTW. Obecnie w ponad czterystu placówkach kształci się około stu tysięcy osób (Por. *Zoom na UTW*, 2012). Jest to jednak w odniesieniu do ponad pięćmilionowej grupy osób po sześćdziesiątym roku życia bardzo niewielki odsetek, skupiający tych najbardziej wyemancypowanych seniorów. Współczesne UTW są placówkami, które pod szyldem kształcenia uniwersyteckiego wypełniają przede wszystkim wartościowo czas wolny osób starszych. Równie istotne,

co sam program kształcenia jest uczestnictwem słuchaczy UTW w życiu tej społeczności, głównie towarzyskim, rekreacyjnym, kulturalnym.

Podobnie zresztą dzieje się w innego typu ośrodkach aktywności osób starszych. Kluby seniora stają się współcześnie niezwykle istotne w budowaniu społeczności lokalnych. Jest to miejsce spotkań najstarszych członków tych społeczności, tworzące płaszczyznę kontaktów interpersonalnych, głównie ukierunkowując swoje działania na pożytecznym wypełnianiu czasu wolnego i rozwoju kompetencji społecznych poprzez organizowanie i ułatwianie seniorom dostępu do różnych form aktywności; fizycznej, kulturalnej, twórczej, edukacyjnej, społecznej i itp. Kluby seniora stwarzają warunki do zaspokajania potrzeb kulturalno-oświatowych, rozbudzania nowych zainteresowań i promowania zdrowego stylu życia w starości, a także kształtowania umiejętności bycia aktywnym przez całe życie.

### Warto pamiętać

---

Funkcje współczesnych uniwersytetów dla seniorów mają wartość:

- Edukacyjną – upowszechniają wiedzę z wielu dziedzin odgrywają ważną rolę w profilaktyce gerontologicznej, stymulują aktywność umysłową;
  - Terapeutyczną – poprawiają samopoczucie, pozwalają spotkać się z osobami o podobnych problemach i poznać ich strategie radzenia sobie z nimi, przeciwdziałają izolacji i patologiom wynikającym z samotności, poczucia bezużyteczności;
  - Integracyjną – wzmacniają kontakty społeczne, także międzygeneracyjne, zachęcają do samopomocy i nawiązywania nowych znajomości, ułatwiają kontakty ze środowiskiem lokalnym.
- 

Ludzie starsi uczą się, by być samowystarczalnymi w podejmowaniu kolejnych zadań wynikających z rozwoju osobowościowego. Globalnymi celami kształcenia seniorów są, zdaniem E. Skibińskiej (2006, s. 99), „zrozumienie świata połączonego z umiejętnością jego interpretacji”, „ukształtowanie postawy odpowiedzialności za samego siebie i własną przyszłość”, a także pozyskanie „umiejętności rozwiązywania problemów życia codziennego”. Biorąc pod uwagę specyfikę uczenia się w starości, a więc głównie za pomocą edukacji nieformalnej, można jej charakterystykę i cel określić słowami O. Czerniawskiej: „Edukacyjne aspekty jakości życia polegają na akceptacji reinterpretacji własnych doświadczeń, własnej przeszłości, poszukiwaniu w niej wartości zapomnianych lub niedocenionych, przeżywaniu ich na nowo dla rozwoju siebie, dla lepszego życia w teraźniejszości, dla akceptacji przemiany własnej osoby przez dojrzewanie do dziś, do jutra, przez stałe projektowanie swego życia, dostrzeganie perspektyw przyszłości, nawet jeśli ta perspektywa ma dotyczyć jutra, tygodnia, miesiąca” (2000, s. 178). Zgodnie z teorią aktywności, seniorzy, by godnie przeżyć starość, muszą zadbać o swoją aktywność, także na płaszczyźnie edukacyjnej, tak by sprawiała im ona satysfakcję, a jednocześnie, by społeczność te aktywności akceptowała i po części mogła z tej aktywności

również skorzystać. Edukacja jest więc nie tylko celem aktywności, ale także narzędziem pozyskiwania nowych kompetencji, pozwalających na rozwój, na działanie. Można zaproponować model edukacji jako narzędzie do samostanowienia i samowystarczalności w starości w oparciu w głównej mierze o trzy podstawowe jej funkcje: emancypacyjną, altruistyczną i egotyczną (Por. Fabiś, 2005).

Funkcja emancypacyjna ma na celu wzmocnienie całej generacji. Edukacja zapewnia nie tylko podtrzymanie pozycji i miejsca seniorów we wszystkich środowiskach, co stały rozwój, uwolnienie się od zależności, opresywnych warunków, stereotypów, przesądów, aż po podniesienie generacji seniorów w hierarchii społecznej, usamodzielnienie – zarówno w skali jednostkowej, jak i w odniesieniu do całej populacji. Tak rozumiana edukacja spożytkowana będzie poprzez uczestnictwo w życiu społecznym poprzez udział w gremiach decyzyjnych, do tworzenia dla seniorów – jako generacji, ważnego miejsca w strukturze społecznej, do dbania o interesy najstarszych obywateli.

Druga funkcja – altruistyczna pomaga urzeczywistnić potrzebę wspomagania innego. Uczenie się pozwala rozumieć innych i wyposaża w niezbędną wiedzę i umiejętności do działania na rzecz drugiego człowieka. Poprzez otwarcie się na innych i zaangażowanie się w otaczający świat, poprzez pracę na rzecz innych oraz poprzez uczenie się dla innych i od nich, seniorzy mogą odnaleźć się w roli wolontariuszy, opiekunów czy polityków lokalnych, animatorów w środowisku lokalnym członków zespołów charytatywnych.

Trzeci kierunek uczenia pozwala urzeczywistnić potrzeby związane z własnym rozwojem, to uczenie się egoistyczne, wycelowane w samego siebie, prowadzące do samourzeczywistnienia, do samorealizacji, do spełnienia własnych ambicji, marzeń aspiracji i dążeń. Dzięki uczeniu się człowiek dojrzały nie tylko poszerza swoje zainteresowania, czy rozwija się osobowo, staje się także bardziej doskonały w przestrzeni duchowej. Potrafi zmierzyć się z troskami egzystencjalnymi, z problemami życia codziennego w starości, łatwiej też mu przygotować się do śmierci.

Dla człowieka starszego edukacja stwarza ogromne możliwości rozwoju. W życiu naznaczonym dużą ilością czasu wolnego staje się alternatywą dla nudy i mało rozwojowych czynności. Bez względu na poziom wykształcenia i biografię edukacyjną w starości każdy człowiek może odnaleźć dla siebie odpowiednie aktywności edukacyjne. Dla osób wspierających ludzi starych jest to istotne zadanie: odszukanie obszarów aktywności edukacyjnej, odpowiedniej dla danej osoby. Z pewnością uniwersytet trzeciego wieku będzie doskonałą ofertą dla ludzi wykształconych, szukających kontaktów z innymi, dla ludzi otwartych, towarzyskich, chętnych do nauki i dyskusji do innych aktywności

wolnoczynowych, takich jak sport, turystyka, sztuka, ale także nauka zbliżona do tradycyjnego uczenia się w szkole. Dużym zainteresowaniem w większości UTW cieszą się kursy językowe i obsługi komputera. Uniwersytety dla seniorów stają się miejscem spotkań lokalnej elity, najbardziej wyemancypowanej części seniorów. Nieco inną grupę docelową tworzą uczestnicy klubów seniora. Te mają charakter bardziej lokalny, są nastawione na twórcze i wartościowe spędzanie czasu wolnego. Jednakże propozycje te stawiają mniej wymagań od uczestników. Są to często spotkania z ciekawymi ludźmi, wspólne gry i działania artystyczne, ale także aktywności o typowo ludycznym charakterze. Pozwalają one nawiązywać i umacniać kontakty w społecznościach lokalnych, podtrzymywać kondycję umysłową i fizyczną, a przede wszystkim pozwalają spędzić ciekawie i twórczo czas, wspomagając rozwój w późnej dorosłości.

### Warto pamiętać,

---

że uczący się seniorzy będą mieli lepsze efekty, gdy:

- wykorzystywane są oswojone treści z życia codziennego;
  - uczący się sam może decydować o tempie pracy;
  - poziom jest wyższy od szkolnego czy zawodowego;
  - uczący się są zdrowsi fizycznie;
  - środki dydaktyczne korygują sensoryczne deficyty (np. poprzez wielkość liter, kontrasty, oświetlenie);
  - mają szansę zaznajomić się z nowym materiałem i nową sytuacją dydaktyczną, i rozumieją czego się mogą spodziewać;
  - polecenia są konkretne i jednoznaczne;
  - możliwe jest korzystanie z pomocy z zewnątrz;
  - uczący się nie pracują ponad siły i pod presją czasu;
  - trudności przy wprowadzaniu materiału są niewielkie;
  - uczenie się jest dopasowane do indywidualnych potrzeb i indywidualnego zapotrzebowania na wsparcie (Martin, Kliegel, 2005, s. 164–165).
- 

Praca edukacyjna z osobami starszymi jest istotnym narzędziem bezpośredniego działania pracownika socjalnego. Z pewnością podstawową metodą będzie dialog. Tak zwana metoda sokratejska pozwala przede wszystkim poddać pod wątpliwość sytuację opresyjną, w której znajduje się osoba starsza. Poprzez mądry dialog pracownik socjalny może doprowadzić do sytuacji, w której starszy człowiek, znajdujący się w niekorzystnych warunkach, dostrzega swoje problemy i pozwala podjąć odpowiednie kroki, by dokonać zmiany. Zadaniem pracownika socjalnego jest uruchomić wszystkie możliwe sposoby, by wzbudzić świadomość seniora odnośnie swojego życia i jego jakości. Szczególnie istotne jest odwołanie się do doświadczenia. Biografia jest źródłem wiedzy o sobie i otaczającym świecie, a refleksyjność osób starszych stać się może narzędziem do budowania swojej przyszłości, w odniesieniu, do tego, co już doświadczone. Deklaracja chęci zmiany jest pierwszym krokiem do dalszej pracy edukacyjnej, celem wspólnego odnalezienia najbardziej korzystnego rozwiązania zdiagnozowanej sytuacji trudnej. Kluczowym



warunkiem dialogi jest słuchanie. Dzięki temu to sam senior poznaje siebie i diagnozuje swój stan, a pracownik socjalny poznaje swojego klienta, uczy się od niego. Wychodząc z założenia, że każdy człowiek jest w stanie najlepiej odkryć samego siebie, metoda sokratejska prowadzić może do zakwestionowania sensowności postawy seniora, wskazując mu jego absurdalność myślenia i doprowadzając do przyznania się do bezradności i niewiedzy. Może też być wspólnym dochodzeniem do prawdy, która jest w człowieku, należy tylko pomóc jej wyjść na światło dzienne, mówiąc słowami Sokratesa – dać „urodzić się” prawdzie. Dzięki temu odnalezienie problemu i próba jego rozwiązania, będące wspólnym zadaniem, stają się bliższe klientowi i będzie on stale w nie zaangażowany.

### Więcej na ten temat:

- E. Dubas, A. Wąsiński (red.) *Edukacyjna przestrzeń starości*, BGS 1/2012, Wyd. „Śląsk”, Katowice 2012.
- A. Fabiś (red.) *Instytucjonalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne*, Wyd. Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała 2007.
- A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zralek, *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, PWSZ, Oświęcim 2014.

## 1.4.2. Aktywność i aktywizacja społeczna osób starszych (A. Chabior)

W pomyślnym, jak i pozytywnym starzeniu się podkreśla się dążność do osiągnięcia wysokiej jakości życia w starości, a tę – jakość życia – koreluje się z aktywnością w okresie starości, zarówno w wymiarze jej rodzajów, jak treści i funkcji.

### Cele/funkcje aktywizacji:

- utrzymanie sprawności fizycznej i zdrowotnej człowieka starszego poprzez np. gimnastykę, sport,
- usamodzielnienie seniora, pobudzenie jego zaradności,
- naukę współżycia w grupie i w środowisku poprzez dbanie o kontakty i relacje międzyludzkie, kulturę życia codziennego, umiejętność spędzania czasu z rówieśnikami i nawiązywanie kontaktów sąsiedzkich,
- utrzymanie lub pobudzenie odczuwania sensu życia,
- rozwijanie zainteresowań,
- rozwijanie osobowości (Mogielnicka, 2007, s. 372–373).

Aktywność jawi się więc jako warunek, element i efekt udanego starzenia się, a tym samym podstawowa kategoria opisująca zjawisko i proces starzenia się. Trudno więc nie odwołać się do teorii aktywności R. Cavan, którą uznać można za zespół hipotez, zgodnie z którymi dobre samopoczucie, udane starzenie się, dobrostan ludzi starszych jest związany z utrzymaniem przez nich wysokiego poziomu aktywności fizycznej, emocjonalnej,

intelektualnej, społecznej i w ogóle z szeroko rozumianym kontynuowaniem zaangażowania w życie rodzinne i społeczne do jak najpóźniejszych lat życia.

Pojęciem współwystępującym z aktywnością jest aktywizacja, czyli proces podejmowany dla osiągnięcia określonych celów, a także rezultat tego procesu. Aktywizacja, jako czynienie aktywnym, pobudzanie do działania, może też być określana przez użycie następujących pojęć: inicjowanie, motywowanie, zachęcanie, pobudzanie, inspirowanie, wskazywanie możliwości do działania i zmian. Jest podstawowym przejawem społeczeństwa obywatelskiego. Aktywizacja społeczna to złożony proces społeczny, której celem jest włączenie osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem w struktury społeczne, poprzez podejmowaną aktywność. Należy stworzyć warunki, okoliczności, sytuacje i miejsca, które będą pobudzać do działania. Jest to również proces tworzenia społecznych inicjatyw na rzecz aktywności osób w okresie późnej dorosłości (Chabior, 2011).

Aktywizacja realizowana jest w różnych formach, a ich dobór uzależniony jest w głównym stopniu od indywidualnych cech człowieka jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, zainteresowania, stan psychiczny, zdrowie fizyczne; oraz czynników zewnętrznych jak: program aktywizacji oraz możliwości organizacyjne i materialne podejmowanych działań.

**Akademia e-Seniora UPC** – cel projektu to zwiększanie umiejętności osób starszych w zakresie obsługi komputera, a także promocja korzyści, jakie z korzystania z Internetu mogą wynieść seniorzy. Akademia e-Seniora to wkład w walkę z wykluczeniem technologicznym osób 50+. W ramach akcji powstało dziewięć pracowni UPC w ośmiu miastach Polski (Kraków, Szczecin, Warszawa, Wrocław, Opole, Kielce, Lublin, Katowice, Bydgoszcz), pracownie komputerowe z szerokopasmowym dostępem do Internetu, gdzie we współpracy z lokalnymi partnerami organizowane są kursy internetowe. Korzystania z globalnej sieci uczą się w nich ci, którzy nie mają takiej możliwości na co dzień (<http://www.upc.pl/akademia-e-seniora/> [dostęp: 13.01.2013]).

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych klasyfikacji rodzajów aktywności realizowanych w okresie starości jest ta zaproponowana przez G. Orzechowską, wymienia się w niej:

- ➔ Aktywność domowo-rodzinna, którą rozumie się jako wykonywanie różnych czynności, związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i z życiem najbliższej rodziny.
- ➔ Aktywność kulturalna – przejawia się ona głównie miejskim stylem życia i dotyczy np. czytelnictwa, oglądania telewizji, słuchania radia, korzystania z instytucji kulturalnych, klubów seniora.
- ➔ Aktywność zawodowa – zaspokaja ona potrzebę uznania, użyteczności i przydatności. Chroni także przed obniżeniem się pozycji społecznej, poprawia samopoczucie, a także samoocenę zdrowia czy ułatwia np. samookreślenie kulturowe.

- ➔ Aktywność społeczna – która jednak jest najslabiej rozpowszechnioną formą aktywności w tej grupie. Uczestniczą w niej najczęściej te osoby, które już wcześniej wyróżniały się aktywnością działacza w danym środowisku.
- ➔ Aktywność edukacyjna – która umożliwia człowiekowi starszemu ciągle doskonalić siebie. Nauka w starszym wieku staje się ćwiczeniem umysłu, pamięci, przyjemnością poznawania nowych zagadnień i ludzi.

**Koalicja Cyfrowego Włączenia Generacji 50+ „Dojrzałość w sieci”** – powstała w marcu 2010 roku z inicjatywy UPC Polska i Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce. Jej cel to zjednoczenie firm, organizacji pozarządowych, urzędów i instytucji na rzecz zachęcenia osób starszych do aktywnego korzystania z Internetu. Aktywizowanie w tym zakresie osób powyżej 50. roku życia przez popularyzowanie wśród nich wiedzy na temat nowoczesnych technologii, a także podejmowanie wspólnych inicjatyw służących poprawie dostępu i umiejętności posługiwania się nimi. Koalicja zamierza również zabierać głos w debatach publicznych dotyczących spraw istotnych dla przeciwdziałania e-wykluczeniu w Polsce oraz inicjować dyskusje na ten temat (<http://dojrzaloscwsieci.pl/o-koalycji.html>).

- ➔ Aktywność religijna – z wiekiem wzrasta znaczenie przypisywane religii i uczestniczenie w jej obrzędach, dlatego też na szczególne podkreślenie zasługuje ten rodzaj aktywności. Można tu wskazać na pozytywny związek między praktykami religijnymi a przystosowaniem się do starości.
- ➔ Aktywność rekreacyjna – osobie starszej potrzebny jest również wypoczynek, ruch fizyczny i ulubione zajęcia wykonywane dla przyjemności (Orzechowska, 1999, s. 28–29).

Aktywność społeczna w rozumieniu uczestnictwa ludzi starszych w strukturach społeczeństwa obywatelskiego wyraża się w ich aktywności i zagospodarowywaniu przestrzeni życiowej poprzez realizowaną działalność w organizacjach i stowarzyszeniach społecznych, grupach samopomocowych, wolontariat, czy działalność na rzecz społeczności parafialnej. Jest to dla nich jedną z najlepszych strategii adoptowania się aktualnej sytuacji życiowej, do życia w starości.

Celem długofalowym działań projektu **„Zysk z dojrzałości”** jest poprawa sytuacji osób w wieku 50+ na rynku pracy, w szczególności przeciwdziałanie dyskryminacji i negatywnym stereotypom na temat aktywności zawodowej tej grupy wiekowej. Projekt skierowany jest przede wszystkim do pracodawców i przedstawicieli służb zatrudnienia, których decyzje i działania mogą być tutaj kluczowe. Promuje korzyści z zatrudniania pracowników 50+ oraz koncepcje zarządzania wiekiem wraz z przykładami i praktykami jej wdrażania (<http://www.zysk50plus.pl/>).

Grupy samopomocowe nakierowane są na wywoływanie określonych sposobów zachowania lub stanów psychicznych osób nią objętych. W wymiarze praktycznym jako grupy stowarzyszeniowe skupiają ludzi, którzy zgadzają się ze sobą w zasadniczych sprawach,

tak aby miało w nich miejsce współdziałanie. Już sam fakt przystąpienia do współpracy lub zgłoszenia pomocy zmienia zachowania ludzi ją deklarujących. Jeśli ta pomoc zostaje przyjęta, zmienia zachowania drugiego człowieka, partnera naszych działań pomocowych. Inaczej bowiem zachowuje się ktoś, komu ktoś drugi pomaga, a inaczej ten, kto jest pomocy pozbawiony. Współdziałanie jest wynikiem przeżycia określonej motywacji w stosunku do osoby, z którą współdziałamy. W samym współdziałaniu odzwierciedla się najgłębszy element motywacji, mianowicie w czasie współdziałania przeżywamy osobowy stosunek do drugiej osoby, naszego partnera. To pozwala na jej (osoby) poznanie, zbliżenie się do niej, zrozumienie, podjęcie działań skierowanych na realizację określonych wartości. Co więcej *to samo działanie staje się wartością*. Daje ludziom poczucie celowości w życiu, dążenie ku czemuś, ku drugiemu człowiekowi i wspólne z nim realizowanie wartości.

### Warto pamiętać

---

Aktywność jest formą działalności ludzkiej nakierowanej na osiągnięcie celu i zaspokojenie potrzeby, sprzyja zachowaniu sprawności ciała i duszy, pozytywnej samoocenie, zapobiegają poczuciu pustki oraz osamotnienia. Aktywność pozwala seniorom przystosować się do wymogów rzeczywistości, uczy ich sposobów radzenia sobie w nowych dla nich sytuacjach, wykorzystywania osiągnięć techniki i cywilizacji, wreszcie korzystania z życia. Aktywizacja społeczna to złożony proces społeczny, proces tworzenia społecznych inicjatyw na rzecz aktywności osób w okresie późnej dorosłości, podstawowym przejawem społeczeństwa obywatelskiego.

Grupy samopomocowe są sposobem wypełniania przestrzeni społecznej takimi relacjami między ludźmi, które przeciwdziałają samotności człowieka, nie niszcząc jednocześnie jego tożsamości, są płaszczyzną społecznego odniesienia dla jego życia. Spełniają one w zasadzie dwa cele:

- wzmacniają człowieka psychicznie, mobilizują, stanowiąc specyficzne grupy nacisku,
- wypełniają tę część przestrzeni życiowej, której nie jest w stanie wypełnić rodzina bądź system działań instytucjonalnych.

Wolontariat w wymiarze podmiotowym jest realizacją idei otwarcia się seniorów na świat i drugiego człowieka, jego potrzeby i uwikłanie w splot zdarzeń społecznych, których przekraczanie jest możliwe tylko przy współdziałaniu innych ludzi. Tak więc i samopomoc, i wolontariat jawi się z jednej strony jako wartość społeczna, bo stwarza warunki do aktywności, twórczości, strukturalizuje i optymalizuje ludzkie działania i życie. Z drugiej, w perspektywie działań praktycznych, jest warunkiem skuteczności zmian środowiskowych, bo ludzkie działanie nie jest oderwane od środowiska.

---

Wolontariat seniorów – mówimy tu o wolontariacie w wymiarze podmiotowym, czyli o takiej sytuacji, w której to osoby starsze, seniorzy są dawcami działań pomocowych – wolontariuszami, a nie ich biorcami, tak jak to zwyczajowo i dość krzywdząco przyjęto się sądzić.

Od strony epistemologicznej i aksjologicznej wolontariat seniorów odzwierciedla wszystkie przyjęte dotychczas sposoby definiowania tego rodzaju aktywności. W wolontariacie

ludzi starszych odnajdujemy wymiary *osobowy, duchowy i transcendentny*, które przeplatając się nawzajem, czynią z niego bardzo delikatną materię ludzkich odczuć, pragnień, motywacji i przeżyć. Wolontariat w swym wymiarze *osobowym*, jako pragnienie i umiejętność niesienia bezinteresownej pomocy ludziom potrzebującym, jest pewnym szczególnym rodzajem postawy, wartością. Wolontariat, stawiający człowieka w obliczu ludzkich tragedii i niemocy, każe pochylić się nad nieszczęściem drugiego, ale jednocześnie niejako wymusza na nas pokonywanie własnych słabości, ograniczeń, obaw. Stawia człowieka przed koniecznością przekraczania samego siebie, własnych słabości i lęków, i w tym właśnie wyraża się *transcendentna* natura wolontariatu. *Duchowa* natura wolontariatu każe nam unikać jakiegokolwiek redukowania go do czegoś, czym nie jest. Nie wolno nam zatem mówić o wolontariacie wyłącznie w kategoriach czysto psychologicznych politycznych, społecznych czy choćby utylitarnych. Duchowość wolontariatu wyraża się w tym, że jest on obcowaniem z drugim człowiekiem, rozgrywa się w świecie osób i angażuje całego człowieka.

Trzeba też pamiętać, że wolontariat seniorów, także w naszych społeczno-kulturowych realiach nie jest tylko konstruktem poddającym się tylko epistemologicznym i aksjologicznym rozważaniom, ale „zwyczajną”, „niezwyčajną”, często niedającą się podporządkować żadnym regułom racjonalności, działalnością konkretnych ludzi, którzy odnajdując w niej innych ludzi, tak naprawdę odnajdują siebie.

Wiele inicjatyw i programów służących aktywności i aktywizacji seniorów zostało podjętych i zrealizowanych dzięki inicjatywie Stowarzyszenia Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce, które jest niezależną, nienastawioną na zys organizacją pozarządową, działającą od 1998 roku. Ideą Stowarzyszenia jest wspieranie rozwoju filantropii i wzmacnianie społeczeństwa obywatelskiego. Ważnym obszarem działalności Akademii jest promowanie aktywności osób starszych i wzmacnianie organizacji działających na rzecz seniorów. Adresatami jej programów są także samorządy, media i opinia publiczna. Akademia prowadzi działania w czterech obszarach programowych: rozwój społeczności lokalnych, programy stypendialne, aktywność osób starszych, społeczne zaangażowanie biznesu.

Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów KLANZA z Lublina opracowało materiały dydaktyczne do pracy z osobami starszymi. Scenariusze zajęć oraz wyjaśnienie koncepcji aktywizacji ludzi starszych w starości dostępne są w publikacji *Dodać życia do lat* autorstwa Z. Zaorskiej, Lublin 1999.

Podejmowane przez organizację inicjatywy koncentrują się przede wszystkim na wspieraniu aktywności społecznej i zawodowej osób starszych, na promowaniu edukacji przez

całe życie i korzyści płynących ze współpracy międzypokoleniowej. Ważne miejsce w tych działaniach zajmuje przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek.

Akademia realizuje następujące programy: „Zysk z dojrzałości”, „Koalicja Dojr@łość w sieci”, „Akademia e-Seniora UPC”.

- ➔ Zysk z dojrzałości – projekt obejmował trzy główne działania: kampanię informacyjno-edukacyjną, seminaria na tematy związane z zarządzaniem wiekiem, konkurs na najbardziej przyjazne pracownikom 50+ formy zatrudniania i rozwoju zawodowego.
- ➔ Koalicja „Dojr@łość w sieci” i jej formy działania: nagłaśnianie problemu e-wykluczenia, wypracowywanie, wdrażanie i upowszechnianie rozwiązań ułatwiających wzrost kompetencji w zakresie korzystania z nowych technologii, zabieranie głosu w sprawach edukacji oraz dostępu do nowych technologii w Polsce, nawiązanie dialogu z innymi podmiotami, w szczególności z rządem, samorządami terytorialnymi, biznesem i organizacjami pozarządowymi w realizacji działań zbieżnych z misją i celem Koalicji, podejmowanie innych działań, służących poprawie dostępu do nowoczesnych technologii.
- ➔ „Akademia e-Seniora UPC” – tworzenie pracowni komputerowych z szerokopasmowym dostępem do Internetu. Uczenie korzystania z globalnej sieci tych, którzy nie mają takiej możliwości na co dzień.

#### Więcej na ten temat:

- A. Błachnio, *Starość non profit, wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku*, Bydgoszcz 2014.
- E. Kryńska, P. Szukalski (red.), *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej: raport końcowy*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2013.
- T. Kamiński, A. Czarnocki, J. Pol (red.), *Wolontariat, Caritas*, Warszawa 2001.

## 1.5. Zagrożenia, patologie i trudności życia w starości

### 1.5.1. Strata i żałoba w życiu człowieka starszego (A. Fabiś)

Jednym z podstawowych zagrożeń w starości jest stres wywołany śmiercią bliskich i świadomością własnej skończoności. Śmierć bliskiej osoby jest jednym z najbardziej znaczących wydarzeń dla rozwoju stresu. Według T. H. Holmes`a w stustopniowej skali, sto punktów otrzymuje śmierć małżonka i jest to najbardziej stresujące zdarzenie w życiu człowieka (Za: Oniszczenko, 1998, s. 26). Śmierć bliskiego członka rodziny jest na piątym

miejscu wśród wydarzeń najbardziej stresogennych z 64 punktami. W pierwszej dwudziestce najbardziej rozwijających stres wydarzeń jest jeszcze śmierć bliskiego przyjaciela (36 punktów). W starości, gdy śmierć bliskich i znajomych jest najbardziej powszechna spośród wszystkich etapów życia, ryzyko narażenia na rozwój stresu jest wyjątkowo wysokie.

Wobec żałobnika należy zachować postawę uważności, nie używać trywialnych sformułowań i stwierdzeń typu: „wiem, co czujesz” – należy wyrażać delikatność wobec cierpienia oplakującego stratę. Lepiej powiedzieć „próbuję sobie wyobrazić, co czujesz” albo „opowiedz mi o swoich uczuciach”. Nie należy uciekać od tematu uczuć, nawet jeśli są one bardzo głębokie, nie zmieniać na siłę tematu, nie bagatelizować. Często opór wobec rozmowy na temat zmarłego jest większy po stronie otoczenia żałobnika, aniżeli wobec niego samego. Nie wato też doradzać bez przemyślenia np. „spróbuj zapomnieć!”, „nie możesz się izolować!”, „jesteś jeszcze młoda/y – w życiu spotkasz jeszcze ciekawego człowieka!”.

Żałoba jest procesem, zadaniem, przed którym stają osoby osierocone. To, jak będzie wyglądała konfrontacja ze smutkiem i jak sprawnie człowiek będzie mógł powrócić do niezakłóconego funkcjonowania, zależy od osobistych zasobów psychicznych, sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz wsparcia otoczenia osoby przeżywającej żałobę. Nie bez znaczenia jest również umiejętność żałobnika proszenia o pomoc i korzystania z niej.

Każdy przeżywa stratę osoby bliskiej na swój sposób, bo każda osoba ma inne doświadczenia, emocje, osobowość. Znaczenie też ma, kim była osoba, która zmarła. Inaczej przeżywa się śmierć rodziców, dziadków, małżonka, a inaczej dziecka. Emocje związane z żałobą mogą być różne, często skrajne: najczęściej to smutek i lęk, ale czasami to bunt, agresja i złość na zmarłego – że pozostawił bliskich, na siebie, że może nie zostało zrobione wszystko, aby przedłużyć życie zmarłemu lub pozostały ważne niewyjaśnione sprawy. Niebagatelny wpływ na przeżywanie żałoby mają normy kulturowe, tradycja, a także wychowanie. Kilkadziesiąt lat temu w rodzinach wielopokoleniowych, dzieci miały szansę być blisko urodzin, blisko choroby domowników i blisko śmierci. Temat śmierci nie był tematem tabu, jak jest to obecnie.

Śmierć bliskiej osoby, to czas weryfikacji przekonań, wartości i stylu życia. Osoby wierzące lepiej radzą sobie z żałobą – wierzą, że ukochany zmarły trafił do lepszego świata. Ta świadomość, połączona ze wsparciem osoby duchownej, pozwala często na powolny powrót do normalnego funkcjonowania rodzinnego i społecznego.

Proces przeżywania żałoby jest zwykle bardzo trudny i długi, a tylko głębokie i prawdziwe przeżycie żałoby pozwala odzyskać wewnętrzny spokój i uniknąć patologii (przedłużającej

się depresji, rezygnacji z dalszego własnego życia czy chorób somatycznych, ujawniających się pod wpływem przeciążenia stresem związanym ze stratą).

M. de Hannezel – psycholog paryskiego hospicjum, autorka doskonałej książki napisanej z doświadczeń praktyki hospicyjnej, podzieliła się z czytelnikami osobistą refleksją dotyczącą przeżywania żałoby: „Zdałam sobie sprawę, że (moja) infekcja ujawniła się w kolejną rocznicę śmierci mojego ojca. Leżę więc przykuta do łóżka z tą myślą, i nagle ogarnia mnie i przytłacza fala wzruszenia. Nie mogę przestać płakać. Wypłakuję wszystkie łzy, których nie mogłam wylać w dniu jego śmierci, wszystkie stłumione bóle. Bo wtedy, siedem lat temu, powściągnęłam swoje cierpienie, chciałam być dzielna, mówiłam sobie, że trzeba to jakoś znieść, jak tyłu innych, kiedy są w żałobie, bo w naszym społeczeństwie nie ma miejsca dla tych, którzy oplakują stratę swoich bliskich. Nikt wtedy nie pomógł mi, bym mogła dać upust *żałowi*. *Depresję u ludzi w żałobie uważa się za anormalną, radzi się nam wtedy pójść do lekarza, żeby zapisał coś na podniesienie nastroju*. Próbuje się nas rozerwać, skierować nasze myśli ku czemuś innemu. Krótko mówiąc, daje się nam znać, że ludzie boją się naszego nieszczęścia”.

Chcąc naprawdę rozpocząć proces żałoby, trzeba uznać fakt straty (dla bliskich zmarłego może to oznaczać zobaczenie ciała zmarłego). Niektórzy nie chcą uwierzyć, że bliski umarł, utrzymują wszystko w gotowości na powrót tej osoby. Może mieć też miejsce negowanie ważności doświadczenia straty, umniejszając znaczenia utraconej osoby.

„Zaakceptowanie smutku przynosi więcej ulgi niż negowanie go, milczenie, zamykanie go w sobie” (M. Keirse 2004, s. 18).

Ważne jest, aby zapewnić osobie, która musi uznać fakt straty, poczucie bezpieczeństwa w tej sytuacji, skoncentrować uwagę na jej potrzeby i wykazywać cierpliwość. Według Keirse (2004) istnieją cztery podstawowe zadania, stojące przed człowiekiem przeżywającym stratę:

➔ **Doświadczanie bólu straty.** Wszystkie zabiegi w celu zmniejszenia, unikania przeżywania straty czy ukrycia bólu, przedłużają jedynie proces żałoby. Jeśli nie odczuwamy bólu, wróci on później pod postacią objawów choroby czy patologicznych zachowań. Gdy upłynie dużo czasu, nie łączymy danego wydarzenia z wcześniejszym smutkiem i dużo trudniej znaleźć zrozumienie i wsparcie otoczenia. Ból jest największy zaraz po stracie, ale pojawia się też w czasie świąt czy uroczystości, które spędzane były razem; gdy wpadnie w ręce jakieś miłe zdjęcie, obrączka itd. Zamiast składania standardowych życzeń np. „szczęśliwego nowego roku” zadajmy sobie trud i powiedzmy – „musi ci być trudno spędzać ten czas po raz pierwszy samotnie” i otwórzmy się na opowieść tej osoby o uczuciach i doświadczanym smutku.



Ludziom pogrążonym w żałobie można pomóc, gdy daje im się szansę skonfrontowania i doświadczania bólu w atmosferze wsparcia, życzliwości, zamiast naciskania na przyspieszenie etapu przeżywania bólu po stracie.

- ➔ **Przystosowanie się do rzeczywistości bez osoby zmarłej.** Dla każdego członka rodziny znaczenie zmarłego było inne. Jakie znaczenie miał zmarły ojciec dla każdego z dzieci? Dla wdowy może to być długi czas uświadamiania sobie, co to znaczy żyć bez męża (życie samotne, samodzielne wychowywanie dzieci, martwienie się o pieniądze, decydowanie o przyszłości własnej czy dzieci). Po śmierci męża wdowa nie tylko traci męża przed Bogiem i w obliczu prawa, ale także towarzysza życia, osobę, którą znała, która dawała jej poczucie bezpieczeństwa, bliskości, która razem z nią wybierała upominki pod choinkę itd. Niektórzy stawiają się w roli bezradnych, alienują się od otoczenia i unikają podejmowania obowiązków społecznych. Często mamy też do czynienia z idealizowaniem zmarłego – to jest głównym problemem w rodzinach, w których umiera jedno z dzieci. Idealizowanie zmarłego dziecka może spowodować w pozostałych dzieciach odczucie, że przestały być ważne dla rodziców. Identyfikacja – to proces przejścia zainteresowań zmarłego, zwyczajów, sposobu gestykulowania, mówienia czy nawet dolegliwości. W tym miejscu możemy pomóc osobie przeżywającej stratę, słuchając, w czym potrzebuje pomocy. Jeśli idealizuje zmarłego – pozwól na to. Po jakimś czasie w miejsce ideału powróci dawny obraz. W przypadku idealizowania zmarłego dziecka przez rodziców, należy okazać dodatkowe ciepło i uwagę innym dzieciom do momentu, aż rodzice znów będą gotowi poświęcić im uwagę.
- ➔ **Znalezienie dla osoby zmarłej nowego miejsca w życiu bliskich, także w sferze emocji.** Nie oznacza to, że się daną osobę przestaje kochać lub się o niej zapomina. Uczymy się od nowa kochać życie i innych ludzi, a cała uwaga nie jest kierowana jedynie na to, co utraciliśmy (boimy się równocześnie, że zabijamy pamięć o straconym małżonku, dziecku, ucząc się od nowa kochać życie). Niedokończenie tego zadania skutkuje postawą „z nikim się nie chcę wiązać, nie odczuwać miłości – ani do życia, ani do innych ludzi”. Dla wielu, to właśnie zadanie jest najtrudniejsze.
- ➔ **Zamknięcie procesu żałoby** następuje po zrealizowaniu czterech powyższych zadań. Nie można określić czasu, w jakim to następuje, bo zależy on od wielu czynników: stosunku, jaki łączył nas ze zmarłą osobą, sposobu przechodzenia żałoby, okoliczności śmierci ukochanej osoby, wieku, w którym nastąpiła śmierć, pomocy otrzymanej podczas żegnania się ze zmarłym, przechodzenia żałoby itd. Czasem okres roku jest wystarczający, by zamknąć proces żałoby (roczny cykl obejmuje wszystkie święta i rodzinne uroczystości, pory roku); czasem okres dwóch lat nie

jest wcale wystarczającym okresem na poprawne przepracowanie straty po małżonku, tak samo jak pięć lat to wcale nie za długo, by poradzić sobie ze stratą dziecka.

Pozwolić żałobnikowi wyrazić smutek, okazać szczerą troskę, nie bać się rozmowy o zmarłym, jego latach, zwyczajach, o przyczynie i okolicznościach śmierci zmarłego (jeżeli żałobnik wyraża na to zgodę); można podzielić się swoimi dobrymi wspomnieniami, jeżeli takowe mamy, wyrazić swoją gotowość do konkretnej pomocy. Postępowanie wobec osieroconego wymaga ogromnej delikatności i empatii, gdyż życzliwe oferowanie pomocy może pomóc przejść w sposób prawidłowy przez proces żałoby, naskisanie na przyspieszenie wyjścia z niej ma skutek odwrotny.

W przypadku osób starszych, wszelkie straty wpisane są w ich funkcjonowanie – tracą kolejno role społeczne, sprawność, zdrowie, bliskich i przyjaciół. Nieuprawnione jest jednak myślenie, że z tego powodu przeżywanie żałoby powinno mieć mniejszą intensywność, powinno przejść szybko. Stratom w wieku podeszłym towarzyszy lęk przed osamotnieniem, brakiem wsparcia i zrozumienia. Dla starszych ważną grupą społeczną są przyjaciele, najczęściej rówieśnicy, ich śmierć bywa przeżywana z równą intensywnością jak śmierć bliskich członków rodziny.

W instytucjach opiekuńczych dla seniorów śmierć staje się rutyną, niekiedy bagatelizuje się zwyczaje związane z pożegnaniem zmarłego, czasami odziera się z szacunku w rozmowach czy umniejsza rangę rytuałów religijnych osieroconych. Część osób opiekujących się chorymi i po stracie odnajdzie wsparcie w grupach samopomocowych. „Są to grupy równoprawnych uczestników, posiadających podobne problemy i spotykających się w celu wzajemnego niesienia sobie pomocy. Podstawowym źródłem tej pomocy jest wzajemny wysiłek, umiejętności i wiedza członków grupy, pochodząca z doświadczenia życiowego. Grupy wsparcia są nastawione na wzrost kompetencji w radzeniu sobie z trudnościami. Jednak specyfika pracy w grupie, a co za tym idzie otwarcie się i rozmawianie o swoich problemach, dzielenie się emocjami, wymagają specyficznych predyspozycji. Nie każdy osierocony tę formę wsparcia preferuje. Grupy wsparcia powstają, by osiągnąć konkretny cel. Dla członków rodzin, opiekujących się chorymi może to być efektywność tej pomocy, radzenie sobie ze stresem, obciążeniem psychicznym itp. Dla osieroconych celem będzie odpowiednie przeżycie żałoby. Wbrew pozorom grupy wsparcia zapewniają bardzo indywidualny sposób uczestnictwa. Jedni potrzebują być wysłuchani i mówienie jest dla nich formą terapii, inni uczestniczą biernie i sam fakt poczucia wspólnoty daje im siłę do dalszej pracy. Także zaangażowanie czasowe w grupie odpowiada indywidualnym potrzebom uczestników. Dla niektórych wystarczy jedna sesja, by wyrzucić z siebie żal czy niepokój, a następnie pożegnać się z grupą. Inni potrzebują wielu spotkań, by czerpiąc z doświadczenia innych, poradzić sobie z problemem. Jeszcze inni tworzą nawet trwałe wspólnoty, przybierające formę »towarzyskich«

spotkań” (Kędziora, Fabiś, s. 154). W procesie przeżywania żałoby M. Keirse (s. 278–279) podkreśla wagę i ogromne znaczenie grup samopomocowych, wskazując na ich liczne wartości:

- ➔ stanowią okazję do wymiany wspólnych doświadczeń z ludźmi, którzy przeżyli to samo (...),
- ➔ są rodzajem pomocy wolontaryjnej. Nie ma żadnych kosztów z nimi związanych, co dla niektórych jest niezmiernie istotne (...),
- ➔ pomagają w uświadomieniu sobie normalności własnych przeżyć i doświadczeń (...),
- ➔ umożliwiają kontakt z innymi, dzięki któremu z ich doświadczeń można się nie tylko dowiedzieć, jak wyglądają normalne reakcje i uczucia w procesie żałoby, ale także nauczyć się właściwie radzić sobie z pewnymi problemami (...),
- ➔ stwarzają możliwości otrzymywania stałego wsparcia, dzięki któremu można się nauczyć na nowo kontrolować sytuację, zamiast pozwolić się zdeterminować przez okoliczności (...),
- ➔ stanowią szansę na poukładanie swoich uczuć (...),
- ➔ pozwalają na kontakt poza grupą. Zazwyczaj wsparcie nie jest ograniczone do spotkań w grupie (...),
- ➔ pozwalają być nie tylko osobą, która otrzymuje pomoc, ale także pomaga innym (...).

Przydatne dla pracy z osobami starszymi jest spostrzeżenie Crase’a (1994), który zauważył, iż starsza generacja radzi sobie ze stratą na trzy sposoby. Pierwsza grupa oddala myśli o śmierci, nie widzi potrzeby przygotowywania się na przeżywanie strat. Tematyka śmierci jest ignorowana, takie osoby są często zaskakiwane własną chorobą, śmiercią innych czy konfrontacją z własną skończonością. Druga grupa jest niezwykle szczegółowo przygotowana do śmierci własnej i do przeżywania strat. Często myślą i rozmawiają o śmierci i umieraniu. Nie dają się zaskoczyć, planują nawet swoją śmierć i ceremonię pogrzebową. Natomiast trzecie podejście zajmuje miejsce pośrodku skrajności. Reprezentują je osoby, które myślą o śmierci, przemijaniu, przygotowują się na straty. Nie poświęcają też zbytnej energii na przesadne angażowanie się w przygotowanie do śmierci. Są pogodzeni ze swoją i innych skończonością i wykazują najzdrowsze podejście do problemów natury egzystencjalnej (Por. James, Gilliland 2005, s. 528–529).

### Więcej na ten temat:

- M. Keirse, *Smutek, strata, żałoba*, Polskie Wyd. Encyklopedyczne POLWEN, Radom 2004.
- A. Dodziuk, *Żal po stracie czyli o przeżywaniu żałoby*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2007.
- M. Keirse, *Pożegnanie z matką*, Polskie Wyd. Encyklopedyczne POLWEN, Radom 2005.

### 1.5.2. Uzależnienia osób starszych. Profilaktyka i terapia (J. K. Wawrzyniak)

W okresie starzenia się następują zmiany właściwości układu nerwowego, które prowadzą nie tylko do zmian w sferze poznawczej człowieka, ale również powodują większą wrażliwość na działanie takich środków jak alkohol i leki, będących główną przyczyną uzależnień w okresie późnej dorosłości (Hanć, Komorowska, Ziółkowska, 2007, s. 66). Znacznie częściej badana jest problematyka uzależnienia od alkoholu niż od leków, ponieważ zjawisko to jest łatwiejsze do rozpoznania.

W procesie diagnozowania występowania uzależnień u osób powyżej 65. roku życia bierze udział kilka środowisk, których współdziałanie gwarantować powinno skuteczne rozpoznanie i terapię seniora. Do zespołu tego należy:

- ➔ rodzina i/lub najbliższe otoczenie osoby starszej,
- ➔ pracownik socjalny i/lub opiekunka,
- ➔ lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarka,
- ➔ członkowie społeczności: sąsiedzi, współuczestnicy działań podejmowanych przez seniora (praca, parafia, organizacje i stowarzyszenia itp.).

Za główne przyczyny sięgania po alkohol przez osoby starsze uznaje się kryzysy:

- ➔ utraty pracy/przejsie na emeryturę,
- ➔ utraty współmałżonka lub innej bliskiej osoby,
- ➔ pogorszenia się zdrowia, sprawności,
- ➔ obniżenia dochodów.

Za równie ważne uznaje się także inne czynniki jak:

- ➔ płeć żeńska,
- ➔ izolacja społeczna,
- ➔ chroniczne dolegliwości fizyczne,
- ➔ wcześniejsze epizody psychiatryczne lub uzależnienie w przeszłości (Widlitz, Marin, 2002, s. 30).

Wczesne wykrywanie problemów alkoholowych u osób starszych oparte jest najczęściej o kwestionariusze – standaryzowane narzędzia opracowane w celu prowadzenia badań przesiewowych. Za najlepszy i często używany test do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych wśród osób starszych uważana jest geriatryczna wersja testu

S-MAST-G oraz badanie ilości/częstotliwości picia i test CAGE, które powinny być stosowane komplementarnie.

Do najbardziej istotnych symptomów problemów z alkoholem u osób starszych zalicza się:

- niepokój;
- zawroty głowy, utraty świadomości;
- pobudzenie lub depresja;
- duża zmienność nastroju;
- dezorientacja;
- upadki, siniaki, oparzenia;
- problemy rodzinne, finansowe;
- bóle głowy;
- zaniki pamięci;
- zaniedbania w higienie osobistej;
- niedożywienie;
- zaburzenia snu/bezsenność;
- izolacja społeczna;
- nietypowa reakcja na przyjmowane leki.

U osób starszych, u których nie stwierdzono uzależnienia, a istnieje podejrzenie picia szkodliwego lub ryzykownego, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (także pielęgniarka, opiekun) powinien zastosować metodę krótkiej interwencji, polegającej na przekazaniu pacjentowi najistotniejszych informacji na temat niekorzystnego wpływu alkoholu na organizm starszej osoby.

### **Warto pamiętać**

---

- Zastąpienie farmakoterapii w przypadku niesomatycznych dolegliwości zaangażowaniem społecznym, terapią zajęciową, udziałem w grupach samopomocowych, psychoterapią może skutkować mniejszym ryzykiem uzależnień w ogóle, w tym od farmaceutyków.
  - Możliwość ryzykownego zażywania środków farmakologicznych i alkoholu przez pensjonariuszy domów opieki i oddziałów leczenia długoterminowego zależy w dużym stopniu od jakości sprawowanej opieki.
  - W procesie diagnozowania i profilaktyki niezwykle istotne jest, by rozmawiać z podopiecznymi o ich sprawach i troskach, a podczas rozmów aktywnie słuchać, akceptować i zdobywać zaufanie, także dzięki niestawianiu osądów.
-

Alkoholizm oraz inne uzależnienia osób starszych skutkują licznymi konsekwencjami zdrowotnymi, psychologicznymi oraz społecznymi, wpływającymi ujemnie na jakość i długość życia.

## Nadużywanie leków

Dla osób starszych zdrowie jest najistotniejszą wartością w codzienności, a farmakoterapia jest jednym z kluczowych sposobów leczenia licznych w starości dolegliwości.

Nadużycia środków farmakologicznych są powszechne wśród osób w późnej dorosłości i z pewnością skala zjawiska jest większa niż w przypadku nadużyć alkoholu. Przyczyn nadużyć leków można szukać na wielu płaszczyznach. W Polsce dramatyczny brak geriatrów skutkuje nieodpowiednim całościowym leczeniem pacjentów, którzy zdani są na lekarza domowego i innych specjalistów, bez lekarza koordynującego całość leczenia starszego pacjenta.

Najczęściej występującymi symptomami, mogącymi mieć związek z alkoholizmem u osób starszych, są: upadki, zaburzenia poznawcze, niedokrwistość, niedożywienie, wahania nastroju, niepewny chód, który lekarze często przypisują „normalnemu” procesowi starzenia.

W Polsce osoby starsze w bardzo niewielkim stopniu korzystają z innych form terapii niż farmakoterapia. W szczególności przy dolegliwościach natury psychicznej rozwiązań szukać powinno się w poradnictwie, psychoterapii, wsparciu społecznym. Takie formy kompensacji oddziaływań farmaceutycznych wymagają zmiany w podejściu do leczenia nie tylko lekarzy, ale samych pacjentów, ich rodzin, a w szczególności organizatorów pomocy i wsparcia osobom starszym.

Badania amerykańskie mówią, że wielkość populacji osób uzależnionych powyżej 65. roku życia mieści się w przedziale 2–20 proc., przy czym odnotowano wzrost spożycia leków u osób w tej grupie wiekowej w latach 1995–2002 o 106 proc. u mężczyzn i 119 proc. u kobiet, zażywanie opiatów natomiast wzrosło do roku 2005 z 6,6 proc. w 1995 do 10,5 proc. (Koch 2003, s. 43)<sup>1</sup>. Większość osób starszych uzależnionych borykała się z tym problemem już we wcześniejszych fazach życia, jednak 30 proc. z nich popada w nałóg właśnie w okresie starości (Hanc, Komorowska, Ziółkowska 2007, s. 66).

<sup>1</sup> Por. *The DASIS Report: Adults Aged 65 or Older in Substance Abuse Treatment*, 2005, na: [www.oas.samhsa.gov/2k7/olderTX/olderTX.htm](http://www.oas.samhsa.gov/2k7/olderTX/olderTX.htm) dostęp: 1.12.2012.

Nie jest niemożliwe posiadanie i spożywanie alkoholu i innych używek w domach opieki, tym bardziej że część pensjonariuszy zazwyczaj dysponuje własnymi pieniędzmi i jest odwiedzana przez rodzinę, znajomych, co w znaczny sposób ułatwia dostęp do używek. Niewątpliwie personel medyczny i niemedyczny ośrodka, w którym przebywają osoby starsze, powinien być przygotowany do rozpoznawania symptomów uzależnienia oraz przede wszystkim do zapobiegania tego rodzaju sytuacjom. W przypadku zdiagnozowanego uzależnienia, dużej wagi nabierają czynniki zewnętrzne – działania aktywizujące mogą stanowić efektywną terapię. Profesjonalna opieka nad seniorami powinna charakteryzować się takim zakresem aktywności oraz wsparcia, by nie musieli oni szukać złudnej pociechy w używkach. Działania profilaktyczne są skuteczniejsze, tańsze od działań naprawczych, są też bardziej humanitarne.

Terapia osób uzależnionych podzielona jest na cztery fazy:

1. Ukształtowanie odpowiedniej motywacji: to od niej w głównej mierze będzie zależała prawidłowa realizacja działań, których zwieńczeniem jest uwolnienie się od nałogu.
2. Detoksykacja, trwająca kilka tygodni, polega na fizycznym odtruwaniu organizmu.
3. Psychiczne pokonanie nałogu, czyli długotrwała faza uczenia się życia bez alkoholu. Jej forma i czas trwania zależy od samego pacjenta.
4. Rehabilitacja – ostatnia forma wsparcia, polegająca najczęściej na udziale w grupach samopomocowych i poradnictwie.

Starszym pacjentom najczęściej oferuje się po detoksykacji ambulatoryjną formę terapii zamiast stacjonarnej, co oznacza, że pacjent nie przebywa w ośrodku całą dobę, lecz uczestniczy tylko w zajęciach terapeutycznych. Z jednej strony jest to sprzyjające osobom starszym, niechętnie zmieniającym miejsce pobytu, ponieważ wówczas proces ten przebiega łagodniej i bez dodatkowych obciążeń organizacyjnych. Z drugiej zaś, efektywność terapii może być niższa ze względu na częściej występujące przypadki powrotu do spożywania alkoholu w swoim środowisku oraz przerywanie terapii.

### Więcej na ten temat:

- E. Woydyłło, *Rak duszy. O alkoholizmie*, WL, Warszawa 2007.
- J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wyd. UAM, Poznań 2007.
- Szukalski P. (red.), *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, ISP, Warszawa 2008.

### 1.5.3. Przemoc wobec osób starszych. Diagnozowanie zjawiska i strategie pomocowe (J. K. Wawrzyniak)

Przemoc wobec seniorów jest zjawiskiem występującym zarówno w środowisku domowym, jak również w instytucjach opiekuńczych, leczniczych. Ofiarami są niejednokrotnie niepełnosprawni umysłowo i fizycznie, w większości kobiety. Jak podaje Polsenior (2012, s. 498), spośród seniorów zgłaszających choć raz przemoc wobec siebie, kilka razy w tygodniu doświadcza przemocy jeden na stu ankietowanych, dwukrotnie więcej doświadcza przemocy kilka razy w roku. Najczęściej przemoc wynika ze zjawiska nadużycia władzy i/ lub nadużycia zaufania. Sprawcami przemocy wobec osób starszych bywają także sami seniorzy – współmieszkańcy.

**Tabela 2. Formy przemocy bezpośredniej wobec osób starszych**

Forma przemocy bezpośredniej	RODZAJE AKTÓW PRZEMOCY
Przemoc fizyczna i seksualna	bicie, obezwładnianie, popychanie, zmuszanie do jedzenia, ograniczanie przestrzeni fizycznej, nadmierne podawanie leków w celu uspokojenia, zaniedbywanie czynności pielęgnacyjnych, pozostawianie bez opieki, zabranianie niektórych czynności (np. śpiewania), wykorzystywanie seksualne, zabranianie praktyk seksualnych;
Przemoc psychiczna/ emocjonalna	nieposzanowanie godności i prywatności, agresja słowna, grożenie, obrażanie, wyzywanie, rozkazywanie, lekceważenie, wyśmiewanie, drwienie, obrażanie, straszenie, grożenie zerwaniem więzi (i osamotnieniem), ignorowanie, krytykowanie, poniżanie – także w obecności innych osób, domaganie się posłuszeństwa we wszystkich dziedzinach życia rodzinnego, szantaż emocjonalny, zmuszanie do czynności, które są upokarzające i/lub wstydlive, unikanie kontaktu, dyscyplinowanie, zaniedbywanie potrzeb emocjonalnych, kulturalnych i oświatowych;
Przemoc ekonomiczna	niewłaściwe rozporządzanie majątkiem, kradzież, niesprawiedliwe dysponowanie współwłasnością, wyłudzenie, ograniczanie dostępu do swobodnego dysponowania własnością, zaniedbanie materialne; nadużycia materialne, które mogą polegać na wyłudzeniu, oszustwach, zawłaszczanie majątku lub oszczędności;
<b>Przemoc systemowa</b>	<b>RODZAJE AKTÓW PRZEMOCY</b>
Uwarunkowania systemowe wpływające negatywnie na opiekę nad osobami starszymi	nieadekwatna polityka społeczna wobec osób starszych, złe rozwiązania systemowe w opiece ambulatoryjnej, brak wsparcia rodzinnych opiekunów osób starszych ze strony odpowiednich instytucji, nieodpowiednie uregulowania prawne: karne, administracyjne, ministerialne, samorządowe itp., niedostateczne dofinansowanie/zabiegów przeznaczonych dla osób starszych, nieodpowiedni system szkolenia i profesjonalizacji kadr wspomagających seniorów, niesprawiedliwe decyzje sądów, urzędów, krzywdzące osoby starsze, nieadekwatne dofinansowanie rehabilitacji i inne;



Forma przemocy bezpośredniej	RODZAJE AKTÓW PRZEMOCY
<p><b>Przemoc kulturowa</b></p> <p>Postawy społeczne, utrudniające realizację potrzeb osób starszych</p>	<p><b>RODZAJE AKTÓW PRZEMOCY</b></p> <p>Przyjęte wzorce kulturowe, idee, przyzwolenie społeczne, kanony, system wartości, które negatywnie warunkują postawy innych wobec osób starszych.</p>

Opracowanie A. Fabiś.

Poczucie wartości seniorów jest kreowane głównie przez czynniki zewnętrzne, zależne w dużym stopniu od najbliższego otoczenia osób starszych. Poczucie to może być zachwiane przez zwracanie się do seniorów per *babcia*, *dziadku* na przykład przez pracowników służby zdrowia lub opiekunów i pracowników socjalnych. Zwracanie się do osób opiekujących się seniorem, w jego obecności, jak do osoby trzeciej, nieobecnej, ignorując jego obecność i zainteresowanie, jest lekceważące i deprecjonujące. Senior to osoba dorosła o określonej osobowości i doświadczeniu, nawet jeśli wymaga pomocy i opieki.

Kolejnym zagadnieniem wartym podjęcia w odniesieniu do pracy z osobami starszymi jest stosowanie z kontaktach z nimi infantylnego słownictwa i sposobu wymawiania słów jak te kierowane do dziecka, a właściwie niemowlaka, stąd nazwa *babytalk* dla określenia tego rodzaju komunikacji z osobami starszymi. Wprawdzie komunikacja w rodzaju *babytalk* stosowana jest najczęściej w kontaktach z seniorami wymagającymi działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jednak fakt ten nie powinien dawać przyzwolenia na deprecjonujące i ujmujące godności zachowania wobec nich.

Na pojawianie się przemocy w stosunkach senior–opiekun wpływają następujące czynniki:

- ➔ zły stan zdrowia seniora, jego niepełnosprawność,
- ➔ zależność od innych osób,
- ➔ niskie dochody,
- ➔ słabe wykształcenie,
- ➔ negatywny obraz samego siebie,
- ➔ poczucie braku sprawczości,
- ➔ wyizolowanie czy osamotnienie.

**Tabela 3. Formy przemocy wobec osób starszych**

Rodzaj przemocy	Przejawy	Skutki
<b>Przemoc fizyczna:</b> celowe użycie siły, której następstwem jest uszkodzenie ciała, ból, osłabienie.	Uderzanie, popychanie, obezwładnianie, kopanie, duszenie, bicie, rzucanie przedmiotami.	Uszkodzenia ciała (potłuczenia, zranienia, złamania), strach, lęki, depresje.
<b>Przemoc psychiczna:</b> groźby, upokarzanie, znęcanie się, wyzywanie, poniżanie i inne okrutne działania, których rezultatem jest zmartwienie i troska.	Obwinianie, przeklinanie, straszenie, grożenie, izolowanie, wyzwiska, traktowanie osoby starszej jak dziecko.	Lęki, depresja, zażenowanie, wstyd, bezsenność.
<b>Przemoc finansowa:</b> użycie finansowych zasobów osoby starszej bez jej zgody i w niewłaściwym celu, pozbawianie jej własnych funduszy.	Sprzeniewierzenie pieniędzy, rzeczy wartościowych lub własności, utrudnianie dostępu do własności.	Utrata pieniędzy, pogorszenie standardu życia.
<b>Przemoc seksualna:</b> bezpośrednie lub pośrednie ingerowanie w życie seksualne i seksualność osoby starszej bez jej zgody i z jej sprzeciwem.	Patrzenie, obnażanie, fotografowanie, dotykanie, sugestywne rozmowy, wymuszanie stosunków seksualnych, gwałt.	Dyskomfort fizyczny i psychiczny, poczucie winy, wyrzuty sumienia.
<b>Przemoc symboliczna:</b> wymuszanie na ludziach starszych sposobu zachowania odpowiadającego grupom dominującym.	Dyskredytowanie własnej wartości osoby starszej, wymuszanie postaw i działań zgodnych ze stereotypem.	Naruszanie praw, osamotnienie, izolowanie.
<b>Zaniedbanie:</b> powtarzająca się deprivacja i zaniechanie udzielania opieki i pomocy osobom starszym wymagającym ww. do codziennego funkcjonowania.	Zaniechania dostarczenia jedzenia, schronienia, odzieży, opieki medycznej, higieny osobistej, kontaktów społecznych.	Niedożywienie, brak higieny, odleżyny, depresja, choroby.
Opuszczenie, porzucenie.	Strata.	Cierpienie, osamotnienie.

Opracowanie własne na podstawie: M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk, 2009, s. 26–27.

Obok pojęcia **przemocy** funkcjonuje również pojęcie **nadużycia wobec ludzi starych**. Pod tym terminem kryje się działanie intencjonalne, kiedy sprawca świadomie powoduje ból i cierpienie ofiary, lub też niezamierzone – spowodowane np. brakiem umiejętności sprawowania opieki nad osobą starszą. Stąd najważniejszym z zadań opiekunów

i pracowników służby zdrowia jest umiejętność rozpoznawanie przejawów przemocy, jakiej ulegają osoby starsze oraz dobór metod pomocy w takich przypadkach.

Tym bardziej, że przemoc stosowana wobec seniorów może mieć różne formy: może objawiać się biciem, uszkodzeniami ciała, maltretowaniem psychicznym, wykorzystywaniem materialnym, czy zaniedbaniami w sferze opieki i dostępu do możliwości realizacji potrzeb. Oprócz oczywistych oznak, jakimi są ślady świadczące o fizycznych zranieniach, istnieją również objawy pośrednie, do których należą zaburzenia snu, zmiany apetytu, płacliwość, niska samoocena, nadmierna lękliwość lub postawa rezygnacji. Przemoc skierowana przeciwko osobom starszym często jest skutkiem przeciążenia niewykwalifikowanych opiekunów rodzinnych oraz stresu związanego ze sprawowaniem opieki.

Osoba maltretowana może szukać ucieczki od rzeczywistości poprzez nadużywanie leków uspokajających, nasennych, nadużywanie alkoholu. Czujność pracowników socjalnych, lekarzy, pielęgniarek środowiskowych powinny wzbudzać nagłe zmiany decyzji seniorów co do aktywności, miejsca zamieszkania, zwyczajowych zachowań, kontaktów z innymi i ze światem, a także niewyjaśnione, nagłe zmniejszenie zasobów pieniężnych lub zubożenie stanu majątkowego czy oszczędności, niejasnych powodów co do zmian decyzji w sferze materialnej, np. testamentów, pełnomocnictw itp.

Współcześnie osoby starsze niewątpliwie są jedną z grup najbardziej narażonych na przemoc. Zachowania krzywdzące seniorów bardzo często mają miejsce w ich rodzinach, co dodatkowo utrudnia ich wykrywalność, ponieważ ludzie starsi nie chcą się skarżyć na członków własnej rodziny w obawie o zepsucie opinii rodziny w środowisku oraz z obawy o pogorszenie sytuacji i nasilenie się przemocy z zemsty.

Innym powodem milczenia jest to, że ofiary są często zamykane w domu, odcinane od otoczenia i świata zewnętrznego, dostępu do telefonu, lekarza. To znacznie utrudnia zarówno rozpoznanie sytuacji z zewnątrz, jak i zgłoszenie potrzeby pomocy przez ofiarę, ponieważ często też mają trudności z poruszaniem się, gorzej słyszą. Odrębnym poważnym problemem jest niedowierzanie, doświadczenie lekceważenia ze strony osób trzecich. Seniorzy krzywdzeni przez członków swoich rodzin są często pogodzeni ze swoim losem, obawiają się interwencji.

Sprawca przemocy jest najczęściej osobą, którą ofiara postrzega jako opiekuna, osobę od której jest zależna i bez niej sobie nie poradzi. Taka sytuacja powoduje dodatkowo także bierność i uległość wobec przemocy i jej sprawcy.

### Warto pamiętać

---

- ➔ Alkoholizm oraz inne uzależnienia osób starszych skutkują licznymi konsekwencjami zdrowotnymi, psychologicznymi oraz społecznymi wpływającymi ujemnie na jakość i długość życia.
  - ➔ W diagnozowaniu i terapii uzależnień ważna jest umiejętność słuchania, obserwacji oraz powstrzymywanie się od ocen i sądów na temat życia i postępowania seniora.
  - ➔ Przemoc, podobnie jak alkoholizm, jest problemem, który może się pojawić w każdym wieku oraz w każdym środowisku. Wymaga specjalnego postępowania z ofiarą i ma destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne seniora.
  - ➔ Ubóstwo i niedostatek są zjawiskami społecznymi degradującymi starość i pogarszającymi jej społeczny odbiór. Zabezpieczenie socjalne w starości jest wyrazem poziomu cywilizacji poszczególnych krajów.
- 

Odrębną kategorią przemocy wobec osób starszych jest **zaniedbanie**, traktowane jako pasywna forma przemocy i rozumiane jako niezapewnienie lub uniemożliwienie zaspokojenia potrzeb osobie starszej, będącej w różnym stopniu w zależności od innej (młodszej, zdrowszej, sprawniejszej) osoby. Za zaniedbanie można uznać także odrzucenie uczuciowe i izolację psychiczną stosowaną wobec seniora. Wśród form zaniedbania wskazuje się także:

- ➔ zaniedbanie fizyczne: brak należytej opieki – w tym lekarskiej, odmowa lub zaniedbanie w pełnieniu opieki, dozoru lub zaspokojeniu potrzeb osób starszych w celu ukarania lub skrzywdzenia, np. odmowa dostarczenia leków;
- ➔ zaniedbanie psychiczne: obojętność, nieokazywanie pozytywnych uczuć, lekceważenie emocjonalne, brak zainteresowania, ignorowanie psychicznych potrzeb ofiary.

Najczęstszym zaniedbaniem ze strony rodziny jest brak opieki, izolowanie od spraw rodziny oraz zaniedbania emocjonalne. Poczucie bycia zaniedbywanym wzrasta wraz z wiekiem seniorów. W kontekście zaniedbywania wskazywany jest także problem nieudzielania osobom starszym pomocy przez najbliższą rodzinę.

Niektóre zachowania osoby starszej, zagrażające jej zdrowiu lub bezpieczeństwu, określa się mianem samozaniedbania. Pod tym pojęciem kryją się wszelkie zachowania, w których osoba starsza odmawia sobie lub nie zapewnia sobie odpowiedniego pożywienia, ubrania, higieny osobistej, leków lub bezpiecznej egzystencji.

Podłożem aktów zarówno fizycznych, jak i psychicznych, jest przemoc o wymiarze ekonomicznym – zabieranie (i często przepijanie) emerytury, zawładnięcie mieszkaniem, ignorowanie potrzeb osoby starszej, dotyczących leczenia, zakupu leków, a nawet pożywienia, lecz także zakaz kontaktów, wychodzenia z domu, dostępu do łazienki czy pokoju z telewizorem. Odbiera się im także prawo do podejmowania decyzji, posiadania tajemnic, spraw osobistych, co staje się sferą poniżania, upokorzeń.

Najczęściej są to osoby nadużywające alkoholu lub uzależnione od substancji psychoaktywnych, bezrobotne, zamieszkujące z osobą starszą z powodu braku innego rozwiązania, małżonkowie lub krewni nieradzący sobie z trudami opieki, nie przygotowani w żaden sposób do zajmowania się osobą starszą chorą czy niesprawną.

Coraz częściej wskazuje się na przemoc wobec seniorów w instytucjach. Przeciężenie pracą, szczególnie długotrwałą opieką i licznymi konfliktami oraz zmęczenie, brak odpowiednich działań zapobiegających wypaleniu zawodowemu stają się głównymi czynnikami przemocy opiekunów względem podopiecznych. Praca w instytucjach opiekuńczych jest pracą trudną, wymagającą siły psychicznej, przejrzystej ideologii zajmowania się osobą starszą, a od kierownictwa takiej instytucji wymaga się konkretnych działań wspierających. Zwraca się jednak uwagę, że często sprawcą zaniedbań jest opiekun nieposiadający umiejętności sprawowania opieki, niedysponujący odpowiednią ilością czasu oraz energii lub opiekun sam mający problemy ze zdrowiem.

### Warto pamiętać

---

Osoby utrzymujące sprawność fizyczną, samodzielne, ustabilizowane finansowo i wykształcone, o poczuciu własnej wartości są mniej narażone na ryzyko wystąpienia wobec nich przemocy.

Osoby przyjazne innym, otwarte na kontakt z ludźmi i posiadające właściwe relacje środowiskowe, ułatwiające zaangażowanie w kontakty międzyludzkie redukują ryzyko doświadczenia przemocy.

Sprawcami przemocy wobec seniora są najczęściej najbliżsi członkowie rodziny, którzy są jednocześnie (naturalnymi) opiekunami osoby starszej z racji wspólnego z nią zamieszkiwania, jak małżonek, rodzeństwo dorosłe dzieci czy wnuki. Bardzo często uznaje się, że sprawcy przemocy dopuszczają się jej pod wpływem stresu, jakiego doświadczają w wyniku konieczności sprawowania opieki nad seniorem – zwłaszcza chorym na demencję, zespół otępienny.

---

Przemoc jest problemem, przeciw któremu można podjąć działania zapobiegawcze, w których szczególnie istotna jest współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami, aby nie dopuszczać, ale także ograniczać skutki negatywnych zjawisk społecznych, do czego pracownicy socjalni są zobowiązani.

Konieczny jest szeroki dostęp do informacji o miejscach pomocy (medycznej, psychologicznej, socjalnej) oraz o przysługujących prawach, konsultacji i opieki psychologicznej, pomocy przy diagnozowaniu, porad psychiatrycznych, prawnych, organizowania i prowadzenia grup wsparcia dla ofiar i ich opiekunów, a także pracowników domów opieki. Realizacja tego rodzaju działań odbywać się powinna przy udziale wielu służb – policjantów, lekarzy pierwszego kontaktu, pracowników socjalnych, duchownych, a nawet rozgłośni radiowych, programów telewizyjnych, prasy.

Każdy, kto podejmuje się trudnych emocjonalnie kontaktów w ramach wykonywanej pracy, musi posiadać odpowiednie przygotowanie zawodowe, jak również umieć znajdować i korzystać z określonego wsparcia psychicznego. Umiejętność organizowania i korzystania z psychicznego zabezpieczenia pozwoli uniknąć trudnych, przykrych doświadczeń, frustracji, depresji, wypalenia zawodowego.

Skutki przemocy stosowanej wobec osób starszych mogą być dla nich bardzo poważne i najczęściej powodują degradację jakości życia seniorów oraz zaburzenia emocjonalne (zaburzenia kontaktu, regresja, lęki, fobie, depresje) oraz zaburzenia w sferze osobowości (charakteropatię, socjopatię, wrogość wobec otoczenia, skłonność do czynów przestępczych). Skutki jednorazowego zdarzenia przemocy mogą trwać przez wiele tygodni, natomiast te będące następstwem długotrwałej przemocy mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy, a nawet lat.

**Więcej na ten temat:**

- B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Przemoc wobec osób starszych*, Wyd. UJ, Kraków 2009.
- J. Wawrzyniak (red.), *Psychopedagogiczne i socjologiczne aspekty przemocy*, WSHE, Łódź 2007.
- M. Halicka, J. Halicki (2010), *Przemoc wobec ludzi starych*, Temida 2, Białystok 2010.



## 2. PRACA SOCJALNA Z OSOBAMI STARSZYMI

### 2.1. Pomoc, opieka i wsparcie na rzecz seniorów

#### 2.1.1. Opieka nad osobami starszymi (A. Fabiś)

**Opiekę gerontologiczną** rozumie się jako działalność profesjonalnych i nieprofesjonalnych służb, mającą na celu kreowanie uwarunkowań rozwojowych osób starszych, pozwalających zrealizować potrzeby w jak największym stopniu samodzielnie przez sam podmiot. Opieka nad osobami starszymi koncentruje się na stwarzaniu szans rozwojowych, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb jednostkowych osoby starszej. Proces ten uwzględnia i bezwzględnie respektuje subiektywne odczucia podopiecznego. Zakres, intensywność i formy opieki realizowane są na warunkach podopiecznych, w relacjach partnerskich, choć zbudowanych na relacjach zależności. Jedynym ograniczeniem decyzyjności seniora jest jego niedyspozycja psychiczna, która odpowiedzialność za proces opieki przekierowuje na opiekuna. Naczelną zasadą opieki gerontologicznej jest jej wielopłaszczyznowy charakter, uwzględniający rozwój fizyczny, psychiczny i duchowy. Celem opieki gerontologicznej jest permanentny rozwój człowieka starego w każdym etapie jego życia, włącznie z umieraniem.

Zakres opieki w cyklu życia ulega przemianom. Naturalne zmiany rozwojowe człowieka determinują nasilenie i zakres opieki z uwzględnieniem aktualnych potrzeb człowieka oraz możliwości ich samodzielnego zaspokajania. Od narodzin – a nawet wcześniej, w okresie prenatalnym – człowiek zdany jest całkowicie na opiekę, która zagwarantuje mu zaspokajanie podstawowych potrzeb, wynikających ze stadium rozwojowego, w którym się znajduje. Jest to zależność całkowita. Bez opieki człowiek we wczesnych stadiach rozwojowym nie radzi sobie samodzielnie. Celem działalności opiekuńczo-wychowawczej środowisk dziecka stawać się będzie usamodzielnianie, aż do osiągnięcia przez jednostkę pełni samodzielności. Oznacza to, że z czasem coraz więcej potrzeb dziecko będzie zaspokajać z mniejszym udziałem osób trzecich, aż do czasu pełnej samodzielności. Potrzeby, których realizacja mieściła się poza zasięgiem i możliwościami podmiotu, z czasem stają się osiągalne przez podmiot przy zmniejszonym udziale opiekunów, aż stają się



potrzebami w pełni samodzielnie zaspakajany. Redukcja wsparcia opiekunów w realizowaniu potrzeb prowadzi w końcu do pełnego usamodzielnienia, do dojrzałości i niezależności życiowej. W tym czasie opieka nie zanika, jest jedynie zredukowana do działań, które nie mogą stać się przedmiotem realizacji samego podmiotu (np. opieka medyczna). W dalszych okresach życia może powrócić konieczność zwiększenia udziału osób trzecich w realizacji zadań, mających na celu zaspokajanie potrzeb, a zakres wsparcia w realizacji potrzeb może z powrotem obejmować codzienne czynności. Czas ten jest niejako odbiciem lustrzanym okresu sprzed całkowitego usamodzielnienia, tyle że osoba w pełni samodzielna stopniowo wymaga wsparcia w realizacji swoich potrzeb, a ich zakres oraz zaangażowanie opiekuna są coraz szersze. Sytuacja pełnej samodzielności przeradza się w coraz większą zależność od innych osób. Jednakowoż w życiu człowieka nie tylko zmiany rozwojowe wymuszają nasilenie bądź wygaszanie aktywności opiekunów. W każdym etapie, nie wyłączając starości, ciągłość zmian rozwojowych przeplatają zmiany uwarunkowane środowiskowo, doświadczenia osobiste oraz, szczególnie radykalne w swych konsekwencjach, zmiany gwałtowane (sytuacje graniczne), takie jak utrata pracy, śmierć bliskiej osoby, czy własna choroba. Wtedy wzrasta nasilenie pomocy, wsparcia czy opieki. Oznacza to, że na opiekę gerontologiczną – czyli w starości – należy spojrzeć szeroko, reflektując uwarunkowania środowiskowe i wyjątkowość doświadczeń indywidualnych. Opieka nad osobami starszymi będzie więc uwarunkowana potrzebami podopiecznego i możliwościami samodzielnego ich zaspokojenia. Będzie działaniem długotrwałym, zaplanowanym, ale jednocześnie stale modyfikowanym, poprzez uwzględnienie aktualnego stanu osoby.

Istnieje kilka znaczących funkcji opieki nad osobą starszą, ukierunkowujących działania opiekunów.

**Funkcja homeostatyczna** zapewnia stały i odpowiedni poziom zaspokajania potrzeb, zapewnia równowagę w odczuwaniu i zaspokajaniu potrzeb. Ma ona charakter pierwotny, wyprzedza inne funkcje, jest pierwszym elementem całego ciągu działań. „Struktura funkcji homeostatycznej jest dwoista (...). Składają się na nią dwie najczęściej wzajemnie uwarunkowane warstwy: obiektywna i subiektywna. Pierwsza, to osiągnięty stan zaspokojenia potrzeb i równowagi, zwłaszcza biochemicznej, niezależnie od tego, czy, na ile i jak jest on odzwierciedlany przez podopiecznego w sferze uczuć i świadomości. Liczy się tu tylko to, co rzeczywiście jemu jest dane, co on faktycznie otrzymuje i osiągnięta dzięki temu równowaga. (...) Druga zaś stanowi jedynie subiektywne, zwłaszcza emocjonalne doznania, wyrastające na podłożu warstwy pierwszej. Składają się na nią odczucia przyjemności, błogości i zadowolenia, towarzyszące – z tendencją narastającą – całemu

przebiegowi zaspokajania potrzeb aż do ich względnego nasycenia, jako swoista gratyfikacja, za to, co organizm otrzymuje” (Dąbrowski, 2006, s. 72).

**Funkcja egzystencjalno-generatywna** zapewnia urzeczywistnienie naczelnych wartości podopiecznego. Są wśród nich:

- ➔ „utrzymywanie życia w jego godziwej jakości,
- ➔ utrzymywanie, odzyskiwanie i pozyskiwanie zdrowia,
- ➔ stymulowanie wielostronnego rozwoju,
- ➔ nabywanie cech osobowych poprzez kreślone sposoby zaspokajania potrzeb,
- ➔ generowanie normalności psychofizycznego funkcjonowania,
- ➔ powodowanie zadowolenia z życia – realnej szczęśliwości” (Tamże, s. 435).

Madeleine J. została przyjęta do szpitala, kiedy miała prawie 60 lat. Niewidoma od urodzenia, cierpiąca na porażenie mózgowie, poruszająca się na wózku, o bezwiednych ruchach dłoni. Inteligentna, pełna wigoru i odcytana, dzięki uprzejmości innych ludzi. Zaskakujące jest jednak, że nie potrafiła poruszać rękami, gdyż porażenie mózgowie zwykle nie atakuje rąk, a jeśli już, to konsekwencje nie są aż tak daleko idące. Pacjentka odczuwała tylko lekki dotyk, ból, zmiany temperatury. Ręce nie wykonywały żadnych aktywnych ruchów. Czyżby zaniedbania z dzieciństwa? Wykonywanie wszystkich czynności przez opiekunów zamiast usamodzielnienia? Gdy pewnego dnia głodna Madeline, nie doczekawszy się pomocy opiekunki, sama sięgnęła po posiłek i niezgrabie zaspokaja głód staje się jasne, że potrzebna jest terapia rąk... Wkrótce „zaczęła modelować głowy i postacie. Po roku była już sławna w całej okolicy jako Niewidoma Rzeźbiarka z św. Benedykta. (...) Dla mnie, dla niej, dla nas wszystkich było to głęboko poruszające, zdumiewające, zakrawające na cud doświadczenie. Kto mógł marzyć, że podstawowe zdolności percepcji, które normalnie osiąga się w pierwszych miesiącach, można zdobyć w sześćdziesiątym roku życia? Pokazało to istnienie wspaniałych możliwości późnej nauki i uczenia się upośledzonych. I któż mógł marzyć, że ta niewidoma kobieta z porażeniem mózgowym ukrywana przez nadopiekuńczą rodzinę, skazana na beczynność, ma w sobie zarodek zadziwiającej artystycznej wrażliwości (którego istnienia nie podejrzewała ani ona sama, ani inni), który po sześćdziesięciu latach uśpienia wykielkuje i zakwitnie rzadkim i pięknym talentem?” (Sachs, 1994, s. 90).

Wydaje się, że określenie „stymulowanie wielostronnego rozwoju” jest tak szerokie, a jednocześnie tak trafnie oddające specyfikę podstawowej funkcji opieki nad osobą starszą, iż wystarcza na zdefiniowanie skutków działalności opiekuńczej. Zawierać się w niej będzie dbałość o zdrowie, jako jedna z najważniejszych wartości w życiu człowieka starszego, ale także dbałość o kondycję psychiczną oraz szczególną pielęgnację duchowości. W takim rozumieniu godziwa jakość życia i potencjalna szczęśliwość stają się celami działalności opiekuńczej – zamierzonymi efektami. W przypadku osób starych stymulowanie ich wielostronnego rozwoju może być jedynie wtedy możliwe, gdy zostanie przeprowadzona odpowiednia diagnoza potrzeb z uwzględnieniem indywidualnych biografii, subiektywnych postaw i światopoglądu podopiecznych. Szczególnej trudności przysparzają w pracy

z osobami starszymi ich problemy egzystencjalne, będące w dużej mierze konsekwencją ich bilansu życiowego. Oznacza to, że postrzeganie siebie, sensu swojego życia i jakości życia w starości w odniesieniu do swojej biografii będzie filtrowane przez ugruntowane wartości i światopogląd. Dlatego też podobne wydarzenia z przeszłości dla dwóch osób oznaczać mogą coś zupełnie innego, a ich interpretacja ma charakter czysto subiektywny.

**Funkcja regulacyjna** w opiece gerontologicznej odwołuje się głównie do dbałości o uwarunkowania wzbudzające potrzeby oraz je wygaszające. Mając na względzie wolność człowieka, jego dojrzałość i samostanowienie, uwarunkowania środowiskowe i bezpośrednie oddziaływania można ukierunkować na wspierające lub ograniczające zaspokajanie potrzeb – zgodnie z wcześniejszą ich diagnozą oraz z aktualną strategią rozwojową podopiecznego. Funkcja regulacyjna wynika z założeń i podstawowego celu opieki – kreowania uwarunkowań rozwojowych, bezpośredniego wsparcia w zaspokajaniu potrzeb ponadpodmiotowych osób starszych. Określa zakres działań zespołu opiekuńczego, kształtującego przestrzeń życia osób starszych. Zarówno przestrzeń fizyczna, jak i społeczna ma stanowić podwaliny do działań pobudzających, uświadamiających, kreujących czy utrwalających potrzeby dla danej jednostki korzystne, a w przypadku niekorzystnych potrzeb ma stanowić obszar działań wyhamowujących czy wygaszających. W sytuacjach konfliktów, sprzeczności potrzeb funkcja ta koncentrować się będzie na szukaniu kompromisów w ich zaspokajaniu. W przypadku niemożności zaspokajania potrzeb, ich kompensacji czy wyhamowania działania opiekuńcze odnosiłyby się do form radzenia sobie z frustracjami, nabywania odporności na ograniczenia w starości. W przypadku konieczności wycofania się z niektórych życiowych zadań w starości, strategią łagodzącą ograniczenia jest kompensacja działań. W codziennym funkcjonowaniu człowieka starego pojawiają się sytuacje, które rozpatrywane są w kategoriach sukcesu i porażki. Niepowodzenia mogą prowadzić do rezygnacji z podejmowania kolejnych prób i powolnego wycofywania się z wielu czynności. Jeśli ze względów obiektywnych wyznaczone cele nie mogą zostać zrealizowane przez podopiecznego, a potrzeby zaspokajane, konieczne jest, by zastąpić działania innymi – kompensować albo poddawać modyfikacji środki zaspokajania potrzeb. Ochronny charakter tej funkcji przejawia się zapewnieniem bezpieczeństwa. To w głównej mierze działania profilaktyczne, mające na celu hamowanie czynników zakłócających rozwój i prawidłowe funkcjonowanie człowieka starszego. Gwarancja bezpieczeństwa fizycznego, psychicznego i duchowego wyrażać się będzie takim kształtowaniem środowiska, by wszystkie te obszary rozwoju były bogate w pozytywne bodźce, a pozbawione destrukcyjnych, zagrażających rozwojowi czynników. Warto w tym miejscu podkreślić wyjątkową rolę instytucji takich jak domy pomocy społecznej, w których zapewniona jest nie tylko stała opieka medyczna, ale także niezbędne do życia

warunki – przestrzeń fizyczna, odzież czy odpowiednie wyżywienie. To wszystko, co samodzielnie mieszkającemu seniorowi może przysparzać sporo trudności w codziennym życiu. Z drugiej, strony takie uwarunkowania generują niebezpieczeństwo zbyt szybkiej utraty samodzielności, „rozleniwia” konstruktywne poczucie niedostatku.

**Funkcja uspołeczniająca** mieści w sobie zadania związane z tworzeniem optymalnych relacji z innymi osobami. Pielęgnowanie rodzinnych kontaktów należy z pewnością do najbardziej oczywistych czynności podtrzymujących interakcje międzyludzkie. W przypadku osób starszych, których biografie bogate są w wiele kontaktów rodzinnych, przyjacielskich i koleżeńskich, istotną rolę mogą odgrywać znajomości, relacje z wcześniejszych lat. Powroty do dawnych miejsc i ludzi mogą odegrać szczególną rolę w budowaniu bilansu życia. Jednak w praktyce wiele silnych wcześniej relacji ulega osłabieniu, gdy osoba starsza zmienia miejsce zamieszkania, czy przestaje uczestniczyć w życiu środowiska rodzinnego czy lokalnego. Dla wielu podopiecznych ośrodków kontakty z rodziną czy znajomymi nie są możliwe do utrzymania czy odtworzenia. Kompensacja takich relacji możliwa jest poprzez kreowanie sytuacji budowania nowych kontaktów w najbliższym otoczeniu. Pomocne w tym przypadku mogą być siły społeczne.

**Funkcja wzmacniająca samodzielność** kładzie nacisk na kluczowy cel opieki – samowystarczalność podopiecznego – podtrzymywanie aktywności na możliwie wielu obszarach życia codziennego, by jak najdłużej samodzielnie wykonywać czynności niezbędne do codziennego funkcjonowania. Jednakowoż działania opiekuńcze w swym zakresie nie ograniczają się do podstawowych czynności, zapewniających fizyczną egzystencję człowieka. W równym stopniu odnoszą się do rozwoju duchowego i psychicznego. Samodzielność będzie więc głównym narzędziem podopiecznego do kreowania swojego subiektywnego świata, by stawał się on inspirujący w całościowym rozwoju człowieka. Dzięki samodzielności jakość życia w starości może przybrać kształty nadawane przez samego podopiecznego, generując większą satysfakcję z życia.

Działania opiekuńcze mogą być ukierunkowane na wspomaganie człowieka w odniesieniu do trzech celów: zapobiegania niekorzystnym uwarunkowaniom, ratowania z niekorzystnych warunków i kompensowania skutków tych opresyjnych uwarunkowań. Profilaktyka, jak powszechnie wiadomo, koncentruje się wokół działań wyprzedzających potencjalne zagrożenia. Efektywność działań profilaktycznych może być bardzo wysoka. Łatwiej jest zapobiegać niż uruchamiać mechanizmy ratownicze i naprawcze. W opiece nad osobami starszymi profilaktyką obejmuje się przykładowo sferę zdrowia fizycznego, poprzez regularne badania, profilaktyką jest także uprawianie ćwiczeń gimnastycznych czy

umysłowych, by zapewnić sobie w starości kondycję fizyczną i umysłową. Ratownictwo występuje wtedy, gdy nie udało się zapobiec niekorzystnym oddziaływaniom lub jeśli nie było możliwości zapobieżenia opresywnym sytuacjom, celem takich działań jest minimalizowanie negatywnych skutków. Takim działaniem jest przykładowo wspomaganie osób w żałobie, czy usuwanie barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Natomiast kompensowanie ma charakter naprawczy, gdy negatywne następstwa wymagają zastąpienia innymi, mniej destrukcyjnymi. Kompensuje się na przykład kontakty społeczne, gdy oczekiwane przez seniorów relacje ulegają destrukcji. Wtedy możliwe jest zastąpienie dawnych relacji kontaktami z wolontariuszami czy praktykantami.

Całościowa opieka nad chorym/starszym, gdy tylko jest to możliwe, powinna odbywać się w środowisku rodzinnym. Niemniej nie da się wykluczyć opieki instytucjonalnej, gdyż w sytuacjach skrajnych, gdy rodzina nie może zapewnić odpowiednich warunków niesamodzielnemu seniorowi, jedyną możliwością pozostaje opieka w instytucji. Pobyt w szpitalu czy zakładzie opiekuńczo-leczniczym zawsze jest stresogenny, ośrodek jest miejscem obcym, zmuszającym do podporządkowania się rygorom, pacjent jest jednym z wielu i nawet najbliższa przestrzeń fizyczna nie wzbudza pozytywnych emocji. Trafnie taką sytuację pacjenta opisuje Duff i Holingshead: „(...) Pacjent w szpitalu musi się całkowicie poddać rygorom tu panującym; staje się częścią systemu, trybem w wielkiej maszynie. I choć maszyna ta powstała i istnieje dla zaspokojenia jego potrzeb, są one jednak realizowane według hierarchii ważności ustalonej przez instytucję medyczną, w której się znalazł. Muszą więc pacjenci spełniać wszystkie polecenia personelu medycznego. Ich normalne ubranie zastąpione jest »uniformem szpitalnym«, przypinani są do łóżka, zaopatrzeni w karty i numery. Ich godziny dnia i nocy są kontrolowane, podobnie jak jedzenie, godziny posiłków, godziny, w których widzą innych ludzi i liczba tych ludzi. Muszą odpowiadać na pytania, udostępniać swoje ciało do oględzin i rozmaitych manipulacji wykonywanych przez personel, stosować się do rozmaitych zaleceń i przestrzegać licznych zakazów. Tak długo, jak przebywają w szpitalu, nie są traktowani jako jednostki samostanowiące o sobie” (Za: Ostrowska, 2005, s. 153).

By zapewnić wysoką jakość działalności opiekuńczej, konieczne jest przestrzeganie kluczowych zasad opieki nad osobami starszymi.

**Zasada opieki wielostronnej.** Holistyczny charakter opieki jest kluczową zasadą oddziaływań opiekuńczych. Wielostronne podejście gwarantuje uwzględnienie triady obszarów rozwojowych człowieka, to jest fizycznego, psychicznego i duchowego. Dostrzeżenie powiązań tych trzech wymiarów egzystencji sugeruje rozszerzenie opieki pielęgnacyjnej, medycznej, fizycznej o wsparcie psychologiczne i duchowy rozwój. Dotychczasowy

kształt opieki nad osobami starszymi, zdominowany przez aspekty medyczne i personel medyczny, ewoluuje w kierunku rozwoju *psyche*, z uwzględnieniem trosk egzystencjalnych i rozwoju psychicznego seniorów. Zespół medyków powinien zostać uzupełniony nie tylko specjalistami od wsparcia psychologicznego i duchowego, ale także osobami nieprofesjonalnie wspierającymi seniorów, członkami rodzin i znajomymi. Opieka nad osobami starszymi oparta jest zatem na współpracy wielu specjalistów i otwartości na nieprofesjonalne wsparcie, dopiero wtedy można zrealizować zasadę holistyczności oddziaływań opiekuńczych.

**Zasada indywidualizmu.** W pracy z osobami starszymi wyjątkowo silnie należy podkreślić istotność indywidualnego podejścia do każdego z podopiecznych. W starości działania opiekuńcze zmiernają raczej w kierunku opieki opartej na „subiektywności” i indywidualności podopiecznego. Nie oznacza to jednocześnie, że takie normy i wartości jak egalitaryzm czy sprawiedliwość, w działaniach opiekuńczych nie mają zastosowania. Są jednak dopełnieniem zasady indywidualizmu. Podmiotowość osoby zależnej od opieki determinuje strategie pomocowe wobec niego. Jak wynika z lektury poprzednich rozdziałów, życie w starości to życie zindywidualizowane. Można by powiedzieć, że im człowiek dłużej żyje, tym bardziej różni się od drugiego człowieka – poprzez swoją biografię, zdobyte doświadczenia. Konsekwencją takiej optyki jest bezwzględne porzucenie schematów w działaniu opiekuńczym, te mogą służyć wyłącznie jako ramy do działań zindywidualizowanych, w oparciu o rzetelną diagnozę potrzeb i analizę możliwości ich zaspokajania. Indywidualizm przejawia się przede wszystkim poszukiwaniem optymalnych dla danej osoby strategii działania opiekuńczego, które z kolei pozwolą zaspokoić potrzeby podopiecznego. Zasada ta obliuguje do ciągłej korekty i aktualizowania diagnozy potrzeb, czego konsekwencją będzie stałe modyfikowanie działalności opiekuńczej na rzecz seniora. Subiektywizm jako subnorma indywidualizmu podkreśla wyjątkowość i skomplikowanie biografii osób starszych. Takie podejście uwrażliwia opiekuna w całości kształcie oddziaływań opiekuńczych na nierównomierność relacji, na krępujące poczucie zależności podopiecznego, a w konsekwencji na nadinterpretowanie i zbyt „obiektywizowanie” obrazu podopiecznego. Innymi słowy, subiektywizm ma służyć podkreśleniu roli podopiecznego w kształtowaniu tego obrazu. Założenie jest następujące: to podopieczny zna bardziej siebie i on jest najbardziej cennym źródłem informacji o sobie samym. Umiejętności czytania przekazu seniorów, wyłuskiwania ważnych informacji oraz ich analizowania i interpretacji stają się kluczowymi w planowaniu i realizacji i ewaluacji działań opiekuńczych.

**Zasada optymalizacji opieki.** Nadmiar i niedostatek opieki są kluczowymi pojęciami w określaniu optymalizacji opieki. Oba odchylenia stanowią zagrożenia dla pomyślnego

przebiegu procesu opiekuńczego. Niedostatek opieki zdefiniować można jako zaniedbanie czynności, która mogła być pomocna w realizacji potrzeb podopiecznego. Jest często skutkiem błędnej diagnozy, ale także braku umiejętności planowania i realizowania opieki na wielu płaszczyznach. Konsekwencją takiego stanu jest poczucie niedosytu w realizacji potrzeb i ich deprivacja. Nadmiar opieki skutkować może w opiece nad osobą starszą szybszym procesem tracenia samodzielności z jednoczesnym przeniesieniem aktywności na opiekuna. Nadopiekuńczość wyrażać się będzie wyręczaniem w czynnościach, które podopieczny mógłby realizować samodzielnie, podejmowaniem decyzji za podopiecznego, przesadnym ograniczaniem aktywności seniora oraz działaniami ochronnymi, które miałyby nie dopuścić do potencjalnych zagrożeń. Senior wycofuje się wtedy stopniowo z kolejnych aktywności, staje się mniej odpowiedzialny (przenosząc odpowiedzialność na opiekuna), bezradny, zależny, roszczeniowy, szuka pomocy, a nie samodzielnych rozwiązań. Niedobór opieki skutkował będzie u podopiecznego niezadowolaniem, rozgoryczeniem, frustracją, wynikającą z niesatysfakcjonującego poziomu zaspokajania potrzeb. Opiekę optymalną cechować będzie brak odchyień w którąkolwiek ze stron, gdyż polega ona na tworzeniu uwarunkowań do zaspokajania wielorakich potrzeb podopiecznego, przy jednoczesnym uwzględnieniu autonomii podopiecznego i na jego warunkach. Jak zauważa Dąbrowski, zasadę optymalizacji opieki (inaczej nieco definiowaną przez autora i odnoszącą się do dzieci i młodzieży) powinna charakteryzować „pewien niedostatek, niedosyt w zaspokajaniu potrzeb podopiecznego, który staje się naturalnym bodźcem i marginesem dla jego własnej aktywności w tym zakresie (...)” (2006, s. 171). Niemniej, skala i zakres niedostatków, którym ma zaradzić podopieczny, nie mogą przekraczać jego możliwości, przy odpowiednich warunkach zewnętrznych.

**Zasada aktywności podopiecznych** w zaspokajaniu ich potrzeb nierozzerwalnie łączy się z wcześniej omówioną zasadą optymalnej opieki. Oddalenie w czasie momentu rezygnacji z samodzielnych działań pomaga na maksymalnie długie podtrzymanie aktywności. W swoim poradniku dla osób starszych B. F. Skinner i M. E. Vaughan apelują: „Odrzucanie propozycji pomocy jest trudne, gdyż może kogoś urazić, ale ci, którzy rzeczywiście chcą nam pomóc, powinni zrozumieć, że lepiej będzie, jeśli umożliwią nam samodzielność” (S. 98).

**Zasada rozwojowego aspektu opieki** jest wzmocnieniem działań opiekuńczych nastawionych na całościowy i wielostronny rozwój człowieka. Zgodnie z teorią *Life-span*, zakładającą, że indywidualizm i całościowy rozwój człowieka, aż po jego kres, jest niezbędny w kreowaniu jakości życia w starości, to właśnie stały rozwój miałby być narzędziem do osiągnięcia ostatecznego celu opiekuńczego.

Podstawowymi zadaniami w opiece nad osobami starszymi jest:

- ➔ Rozpoznanie potrzeb pielęgnacyjnych z uwzględnieniem indywidualnego stylu życia.
- ➔ Planowanie, przeprowadzanie, dokumentowanie i ocenianie działań pielęgnacyjnych podopiecznego, z uwzględnieniem specyfiki osobowości oraz z perspektywy profilaktyki, leczenia i rehabilitacji.
- ➔ Rozpoznanie nieprawidłowości zdrowotnych oraz wprowadzenie i pilotowanie odpowiedniej pomocy.
- ➔ Kształtowanie relacji i działań opiekuńczych (instytucjonalnych) w życiu starego człowieka.
- ➔ Rozpoznanie i mobilizowanie zasobów ludzkich z otoczenia seniora.
- ➔ Koordynacja i współpraca z innymi grupami zawodowymi, zaangażowanymi w proces opieki (Brandenburg, Huneke, s. 312).

Jakość opieki – jej profesjonalność, wiąże się także z uwarunkowaniami niezwiązanymi z bezpośrednią realizacją zadań na rzecz osób starszych, lecz kształtującymi warunki pracy. Główne uwarunkowania, o których mowa, to podstawa prawna, polityka społeczna, rozwiązania systemowe, system kształcenia i doskonalenia specjalistów, infrastruktura i wyposażenie warsztatu pracy, wynagrodzenie pracowników oraz postawy społeczne wobec seniorów i wykonujących zawody pomocowe na rzecz osób starszych..

### Warto pamiętać

---

W opiece nad osobami starszymi:

- ➔ Subiektywne odczucia podopiecznego są podstawą planowania działań opiekuńczych.
  - ➔ Opieka obejmuje swoim działaniem obszary aktywności fizycznej, psychicznej i duchowej.
  - ➔ Celem opieki jest samodzielność podopiecznego i jakość jego życia, zdefiniowana przez niego samego.
- 

Domowa opieka jest coraz bardziej doceniana w systemach wsparcia osób niepełnosprawnych czy chorych terminalnie. Wsparcie ambulatoryjne i interwencja specjalistów ograniczana jest do tych zadań, których odpowiednie spełnienie wymaga fachowego sprzętu czy przygotowania merytorycznego. Celem opieki zawsze będzie dążenie do samodzielności i poprawy jakości życia. A nie od dziś wiadomo, że najczęściej warunki sprzyjające rozwojowi stworzyć może rodzina, przy jednoczesnym zaangażowaniu się samego seniora. I najbardziej optymalnie jest wtedy, gdy opieka instytucjonalna pozostaje jako alternatywa, gdy środowisko rodzinne potrzebuje wsparcia bądź całkowicie nie radzi sobie z opieką nad starszym członkiem rodziny.



„Podejście do opieki nad osobami starszymi ewoluuje wraz z nowymi teoriami starzenia się, choć główne założenia pracy opiekuńczej odnajdują zastosowanie w pracy opiekuńczej z dziećmi, dorosłymi, przewlekle chorymi czy niepełnosprawnymi. Współcześnie wskazuje się między innymi na potrzebę usamodzielniania seniorów, przedkłada się opiekę domową, środowiskową nad instytucjonalną, podkreśla się podmiotowość podopiecznego i jego samorządność. Opieka oparta jest na fundamencie wartości, budujących podstawy etyczne w pracy opiekuńczej. Na pierwszy plan wysuwa się poszanowanie godności, tolerancja, wyrozumiałość, sprawiedliwość, prawda i inne wartości, które wyznaczają ramy działań opiekuna osób w podeszłym wieku” (Fabiś, Wąsiński, 2008, s. 227).

Wyjątkowość opieki nad osobą starszą uwarunkowana jest przede wszystkim biografią podopiecznego. Jest to człowiek z ogromnym doświadczeniem, utrwalonym światopoglądem, refleksyjny i świadomy swojej przemijalności. Płaszczyzną opieki nad osobami starszymi jest holistyczne rozumienie potrzeb osób w późnej dorosłości. Całościowy wymiar opieki uwzględnia wszelkie sfery życia. Wychodząc z założenia, że istota ludzka składa się z ciała, psyche i sfery duchowej, posiada swoją biografię oraz funkcjonuje w określonych środowiskach, nie można zawężać działalności opiekuńczej do wybranych obszarów bez uwzględnienia pozostałych.

W nowoczesnej opiece podstawowe zadania pielęgnacyjne zostają uzupełnione wsparciem psychicznym, a jeśli to konieczne, także działaniami terapeutycznymi. Powstaje także miejsce na animację społeczną, kulturalną, a nawet oświatową dostosowaną do indywidualnych oczekiwań, potrzeb i możliwości podopiecznego. Dla części osób późna starość to czas retrospekcji, przemyśleń, refleksji. Ten obszar duchowego zaangażowania może być wspierany przez rozmowy z innymi bliskimi, przyjaciółmi, psychologami, duchownymi, wolontariuszami, a coraz częściej także poprzez nową formę – doradztwo filozoficzne.

Podopieczni powinni mieć poczucie zadowolenia, satysfakcji, ale ważnymi wyznacznikami są także ich samodzielność, autonomia i zaangażowanie w proces opieki. Wynika to ze zrównoważenia zadań opiekuńczych, a więc angażowania podopiecznych w cały proces opiekuńczy, w którym nie ma miejsca na nadopiekuńczość i niedostatek opieki. Etyczna postawa zespołu opiekuńczego i zasada autonomiczności zapewnia działanie zgodne z ogólnie przyjętymi wartościami. Członkowie zespołu muszą się także wykazać umiejętnością współpracy z innymi członkami zespołu oraz angażowania i wspierania najbliższych jako naturalnych opiekunów.

**Więcej na ten temat:**

- J. R. Möse, *Opieka nad chorym w domu. Jak pomóc w potrzebie i na starość*, Oficyna Wydawnicza ABA, Warszawa 2007.
- J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niepełnosprawnym seniorem*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2007.
- A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, Łask 2012.

### 2.1.2. Opieka paliatywna (A. Fabiś)

Opieka paliatywna odwołuje się do ruchu hospicyjnego, którego dynamiczny rozwój odnotować należy około pół wieku temu. Symbolicznym wydarzeniem pieczętującym wszechstronne zainteresowanie umierającymi była budowa pierwszego hospicjum w 1967 roku, dzięki staraniom C. Saunders. Opieka paliatywna jest (najczęściej) utożsamiana z opieką hospicyjną. Jej celem jest uśmierzenie bólu fizycznego i psychicznego, a także wsparcie duchowe. Co istotne, działania opiekuńcze skierowane są nie tylko do osób w stadium terminalnym choroby, ale także do ich najbliższych. Oznacza to, że zespół podejmujący działania opiekuńcze, musi być przygotowany do holistycznego podejścia do człowieka, uwzględniając każdą sferę jego funkcjonowania. Złagodzenie bólu fizycznego jest jedynie podstawą do dalszej pracy, bo świadomość bliskości śmierci będzie przybierać także formę psychicznego dyskomfortu i duchowych rozterek. Stąd potrzeba zaangażowania się profesjonalnie działających (choć często nieprofesjonalistów w dosłownym znaczeniu) członków zespołu hospicyjnego, w skład których wchodzić będą osoby odpowiedzialne za komfort we wszystkich sferach życia (lekarze, pielęgniarze, wolontariusze, członkowie rodzin, psychoterapeuci, psycholodzy, pedagodzy, opiekunowie, osoby duchowne). Wyraźny podział zadań nie jest w zasadzie możliwy, gdyż wiele ról będzie się wzajemnie uzupełniało. Lekarz może nie tylko uśmierzyć ból fizyczny, może stać się jednocześnie przewodnikiem duchowym czy wesprzeć psychicznie, podobnie wolontariusz może zadbać o pielęgnację ciała i przyczynić się do lepszego funkcjonowania psychicznego itd.

Dla chorego i jego rodziny odnalezienie się w sytuacji granicznej, jaką jest choroba terminalna, jest ogromnym wyzwaniem. Często pociąga za sobą konieczność podjęcia trudnych decyzji, których konsekwencje odnoszą się do wielu członków rodziny, na wielu płaszczyznach życia. Sam pacjent w terminalnej fazie choroby nowotworowej zmaga się nie tylko z postępującą utratą kondycji psychofizycznej i wszelkimi dolegliwościami, konfrontuje się także z perspektywą własnej śmierci, doświadcza lęku tanatycznego czy samotności. Dla całej rodziny jest to próba sprostania nowym zadaniom, czas koncentracji intensywnych działań na rzecz chorego, ale także radzenia sobie z utratą bliskiej

osoby. „Stan terminalny jest poważnym stresem dla osób związanych emocjonalnie z chorym. Bliscy przechodzą przez podobne etapy kryzysu emocjonalnego jak osoba chora. Najpierw w fazie zaprzeczania – negują chorobę i poważne rokowanie, czasem dłużej niż sam chory. Kolejny etap to gniew, kierowany na przykład do chorego, że niedostatecznie dbał o swoje zdrowie, lecz również do lekarzy lub Boga. Podobnie jak chorzy targują się z Bogiem i otoczeniem, tak również ich bliscy mogą składać różne obietnice Bogu i ludziom w zamian za zdrowie bliskiej osoby. Po etapie targowania ma miejsce faza depresji, kiedy to bliscy stopniowo przyzwyczajają się do myśli o nieuniknionej śmierci chorego. Przeżywają smutek, żal, mają poczucie straty. Myśl o śmierci drugiej osoby może uświadamiać nieuchronność własnej śmierci, dodatkowo nasilając niepokój, a nawet lęk. Ostatnim etapem jest pogodzenie się, akceptacja umierania i śmierci” (Kędziora, Fabiś, s. 151).

Istnieje wiele koncepcji opieki nad osobą chorą terminalnie, na uwagę zasługuje podejście amerykańskie reprezentowane przez A. D. Houldin. Podkreśla ono istotę aktywizowania pacjenta przewlekle chorego z zachowaniem pewnych ram działania (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 co 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”.

„Jej ciało było do tego stopnia nieruchome, że pomyślałam, iż Sadie znów zasnęła. Niemal wpół drogi, powiedziała do mnie bardzo cichym głosem: „Joyce?”. Odszepnęłam: „Tak, to ja”. Sadie na to: „Rozpoznałam, że to ty po krokach”. Po czym dodała: „Czekałam, żebyś do mnie przyszła. Mam ci coś do powiedzenia”. Przyciągnęłam krzesło do jej łóżka, a ona powiedziała: „Wiesz, że opowiedziałam ci o sobie prawie wszystko, za wyjątkiem jednej rzeczy i chcę ci to teraz powiedzieć”. Sadie mówiła delikatnie, wyznając swój sekret: „Gdy byłam bardzo młodą kobietą, miałam córeczkę, która zmarła przy porodzie. Nie mówiłam ludziom o moim dziecku, ponieważ byłam nastolatką, a w dodatku niezamężną”. (...) Obie zapłakałyśmy po tym, gdy Sadie wyznała mi swój sekret. Były to jednak łzy ulgi, spowodowane odnalezieniem przez Sadie wewnętrznej wolności i spokoju. (...) Seide zmarła później, tej samej nocy (Hutchison, Rupp, s. 74–74).

Natomiast J. Davy i S. Ellis (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”.

„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” (Fabiś, Fabiś 2011, s. 152).

Zresztą, przygotowanie odpowiednich służb do pracy z pacjentami terminalnie chorymi i ich rodzinami, jest ciągle niedostateczne. Można także, w oparciu o refleksje zawarte w autobiografii E. Kübler-Ross (Por. 2008) skonstatować, iż: z punktu widzenia medycyny w wielu przypadkach nie da się już nic dla pacjenta uczynić, ale śmierć nie jest porażką, lekarze mogą jednak ciągle być ludźmi troskliwymi i kochającymi wobec swoich pacjentów i to jest przejaw profesjonalizmu lekarza.

Nie mniej istotna od usuwania i zmniejszania bólu fizycznego w pracy na rzecz chorego jest wsparcie psychologiczne. Z pewnością już w okresie preterminalnym, gdy znana jest diagnoza, a chory czuje się jeszcze względnie dobrze pojawia się jego potrzeba radzenia obie z pojawiającym się dyskomfortem psychicznym. Podobnie reagują najbliżsi. Wszyscy stają przed koniecznością konfrontacji z perspektywą nadchodzącego momentu umierania i śmierci bliskiej osoby. Dla bliskich jest to czas nie tylko wzmożonej pracy na rzecz chorego, to także czas refleksji nad sensem życia, a także refleksji nad własną przemijalnością. W szczególności sam chory mierzy się z lękiem przed umieraniem i przed śmiercią. Wielkim wyzwaniem jest podjęcie rozmów z chorym na tematy egzystencjalne i związane z codziennym życiem, gdy jest taka potrzeba ze strony podopiecznego. Bagatelizowanie czy lekceważenie tematyki przemijania przynosi wiele szkód. Koncentrowanie się na komforcie fizycznym zubaża relacje, prowadzi do zaniedbania wyższych potrzeb chorego, w skrajnych przypadkach do jego depresji.

### Warto pamiętać

---

Holistyczną opiekę paliatywną cechuje:

- Profesjonalne działanie całego interdyscyplinarnego zespołu.
  - Działanie opiekuńcze ukierunkowane na trzy sfery życia człowieka: fizyczną, psychiczną i duchową.
  - Podmiotowość działań skierowanych na chorego w fazie terminalnej oraz jego rodzinę i najbliższych.
  - Odniesienie do wszelkich działań opiekuńczych względem potrzeb chorego i jego rodziny.
  - Cel, którym jest podniesienie jakości życia chorego i jego najbliższych.
  - Prawda, uczciwość, szczerłość oraz poszanowanie godności, prywatności i światopoglądu chorego.
- 

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.

Ludzie wierzący, żyjący zgodnie z założeniami wyznawanej wiary, upatrują we własnej śmierci moment przejścia do lepszego „życia”. Jest to moment przejścia do innego wymiaru egzystencji, do której zmierzało się całe życie. I choć przyszłość po śmierci stać się ma nagrodą, to lęk i niepewność towarzyszą wielu bardzo religijnym osobom, wtedy wsparcie osoby duchownej bywa bardzo pomocne. W przypadku osób niewierzących śmierć jest końcem istnienia w ogóle. Nie oznacza to jednak, że nie można odnaleźć sensu życia i śmierci, dążenie ku Absolutowi przybiera wtedy zupełnie inną formę, a pomocne może być nieprofesjonalne wsparcie społeczne bądź rozwijające się obecnie doradztwo filozoficzne.

### Więcej na ten temat:

- K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wyd. Medyczne MAKmed, Gdańsk, 2000.
- W. Falkowski, E. Lewandowska-Tarasiuk, J. W. Sienkiewicz (red.), *Hospicja nadziei*, Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2004.
- E.Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań, 1998.

### 2.1.3. Jakość życia i satysfakcja życiowa w starości. (J. K. Wawrzyniak)

Życie ludzkie staje się coraz dłuższe, co jest znaczącą wartością i zdobyczą cywilizacyjną, jednak poza jego długością najistotniejsze znaczenie ma jakość życia.

Najczęściej wskazuje się na najbliższe otoczenie jako czynnik wyraźnie kształtujący jakość życia. W dobie atomizacji rodzin zapewnienie dogodnych warunków życia zleca się prywatnym instytucjom opieki lub służbom socjalnym, które organizują np. mieszkania chronione dla seniorów.

W wielu krajach Europy istnieją całe osiedla przeznaczone dla osób w wieku 50+, gdzie w mieszkaniach dogodnie dla seniorów wyposażonych, stworzone zostają warunki do integracji między mieszkańcami, zapewnione są specyficzne dla tej grupy usługi, jak: codzienne dostawy pieczywa, dowożenie książek, wizyty lekarzy, wspólne wyjścia do instytucji lub imprezy na piętrach bloku dla osób o ograniczonej sprawności (m.in. w Rotterdam Lombardijen).

W Polsce, w najpopularniejszych placówkach opieki stacjonarnej nad seniorami – domach opieki społecznej, coraz śmielej realizowane są inicjatywy mające na celu zapewnienia intymności mieszkańcom, zwłaszcza tym, którzy mają partnera lub chcą go mieć.

Coraz powszechniejsze są też starania o to, by mieszkańcy domów opieki mogli zabierać ze sobą sprzęty i meble z własnych, opuszczanych domów i mieszkań. Rzadko jednak pozwala się na posiadanie własnych zwierząt mieszkańcom tego rodzaju placówek.

Dbanie o jakość życia osób starszych oraz jej podnoszenie i utrzymywanie na satysfakcjonującym poziomie zgodnym ze standardami cywilizowanego państwa jest jednym z głównych celów i zadań pracownika socjalnego oraz opiekunów i innych pracowników służb społecznych. Jakość starości ma bowiem kluczowe znaczenie w procesie osiągnięcia satysfakcji życiowej i bilansowania własnego życia.

**Jakość życia** w starości określana jest przez poziom zaspokajania poszczególnych potrzeb seniora, wśród których istotne znaczenie zyskują takie determinanty funkcjonowania, jak:

- ➔ zdrowie (poziom sprawności psychofizycznej),
- ➔ kontakty społeczne i uczestnictwo w życiu (możliwość pracy i działalności społecznej, realizacji ról),
- ➔ posiadanie bliskich i relacje z rodziną (poziom samotności i osamotnienia),
- ➔ możliwości realizacji własnego planu (samorządność),
- ➔ autonomia (niezależność osobista i np. ekonomiczna),
- ➔ możliwości autokreacji i rozwoju (rozwój zainteresowań, pasje, edukacja).

Wśród wskaźników jakości życia, co szczególnie ważne z punktu widzenia pracy socjalnej, duże znaczenie mają zdarzenia krytyczne w ciągu życia, respektowanie praw przynależnych człowiekowi starszemu oraz poziom systemowego zabezpieczenia zdrowotnego

i socjalnego, wsparcie emocjonalne, ogólny standard życia oraz pozycja człowieka w społeczeństwie (Szarota, 2011c, s. 78).

B. Tobiasz-Adamczyk (2009, s. 69–77) opisuje trzy kategorie wskaźników jakości życia w starości, są nimi:

1. Sprawność funkcjonalna – stopień sprawności psychofizycznej;
2. Stan psychologiczny – dobrostan, radość życia, satysfakcja, optymizm, wiara w przyszłość;
3. Zakres interakcji społecznych – posiadanie rodziny, przyjaciół, satysfakcja z kontaktów społecznych i uczestnictwa w życiu społecznym.

W ścisłym związku z jakością życia pozostaje pomyślne starzenie się, ponieważ w obydwu zjawiskach największe znaczenia mają: zaangażowanie, aktywność, uczestnictwo społeczne, pełnione role, kontakty społeczne. Zarówno jakość życia, jak i pomyślne starzenie stanowią zmienne, jakimi posługujemy się w opisywaniu zdrowia, sprawności psychicznej oraz fizycznej człowieka starszego. Całość określić możemy kategorią funkcjonowania społecznego.

### Warto pamiętać

---

Zdrowie odgrywa istotną rolę w odczuwaniu satysfakcji i jakości życia seniora, dlatego niezwykle ważna jest profilaktyka chorób oraz jakość usług zdrowotnych. W sytuacji zbyt małej liczby lekarzy geriatrów, lekarze innych (różnych) specjalizacji badają i diagnozują problemy zdrowotne osób starszych. Do najczęstszych chorób seniorów należy nadciśnienie tętnicze i cukrzyca. Z powodu wielochorobowości osób starszych w Polsce, częstym problemem jest także wielolekowość, która stwarza zagrożenie uzależnień oraz licznych powikłań w następstwie spożywania wielu różnych i często niebezpiecznych, przez połączenie ze sobą, specyfików.

Wśród bardzo groźnych dla zdrowia i życia zdarzeń są upadki i wynikające z nich złamania oraz niesprawność. Szacuje się, że są najczęstszą przyczyną zgonów w następstwie urazów w podeszłym wieku.

---

**Pomyślne starzenie się** jest także charakteryzowane przez Halickiego (2010, s. 24) jako ogólnie pojmowane dobre samopoczucie, będące wynikiem odczuwania satysfakcji życiowej lub odwrotnie – pomyślne starzenie się jest źródłem satysfakcji oraz ogólnego dobrego samopoczucia.

Potoczne rozumienie pomyślnego starzenia się opiera się na następujących kryteriach wskazywanych przez samych seniorów: zdrowie fizyczne i funkcjonowanie, sprawność psychiczna i poznawcza, psychiczne samopoczucie i satysfakcja życiowa, relacje społeczne, wsparcie, aktywność i produktywność, zasoby psychiczne, rozwój osobisty, poczucie



celu, samoakceptacja, radzenie sobie, poczucie humoru, styl życia, otoczenie sąsiedzkie, warunki i zabezpieczenie finansowe.

**Satysfakcja życiowa** jest subiektywnym odczuciem określającym zadowolenie z własnych osiągnięć, postępowania, życia. Jest to zbilansowana wartość, na którą składa się ocena wcześniejszego życia, obecnego życia oraz wszelkich życiowych dokonań (Halicka, Pędich, 2002, s. 219).

Na kształtowanie się oceny jakości życia oraz satysfakcji życiowej mają wpływ obiektywne warunki zewnętrzne: socjalne, ekonomiczne, zdrowotne oraz subiektywne: psychiczne i emocjonalne.

Polskie badania na ten temat wskazują (Tamże, s. 220–229), iż zdecydowana większość ludzi starych odczuwa satysfakcję ze swojego obecnego życia: mężczyźni są częściej zadowoleni z życia niż kobiety, a czynnikami warunkującymi zadowolenie jest wykształcenie, samoocena stanu zdrowia, sytuacja materialna oraz dobre relacje z najbliższymi. Wraz ze wzrostem wartości tych czynników wzrasta zadowolenie z życia seniorów. Istotnym czynnikiem jest także odczuwane zjawisko osamotnienia i związana z nim izolacja społeczna, które w poważnym stopniu obniżają poziom zadowolenia, podobnie jak pogarszający się stan zdrowia oraz gorsza sytuacja ekonomiczna. Do zadowolenia z życia przyczynia się ponadto właściwa postawa wobec konieczności przejścia na emeryturę oraz wiara w życie pozagrobowe.

Starzenie się społeczeństwa wymaga szczególnego rodzaju postępowania opiekuńczego obejmującego liczne wymiary starości:

- ➔ stan zdrowia – związany często z polipatologią i niepełnosprawnością,
- ➔ singularyzacja, której najczęstszą przyczyną jest wdowieństwo, częściej występujące wśród kobiet, co powoduje z kolei feminizację starości,
- ➔ samotność i osamotnienie, wynikające z braku rodziny, najbliższych, izolacji,
- ➔ ubóstwo, czyli ograniczone możliwości realizowania podstawowych potrzeb,
- ➔ relatywnie niskie wykształcenie, które wpływa znacząco zarówno na możliwości finansowe, ilość i jakość kontaktów społecznych, jak i umiejętność samodzielnego rozwiązywania problemów oraz szukania pomocy.

Sytuacja osób starszych w Polsce związana jest z ich społecznym statusem. Zanikający szacunek i deprecjacja starości najsilniej odciskają się na społecznym funkcjonowaniu seniorów, a ich pozycja określana jest głównie poprzez czynniki będące jednocześnie obszarami najczęściej wymagającymi pomocy i wsparcia:

- ➔ Zdrowie – problemy ze zdrowiem fizycznym i/lub psychicznym potęgują trudności i ograniczenia osób starszych w środowisku, a nawet są przyczyną ich izolacji.
- ➔ Warunki materialne – niskie emerytury i złe warunki bytowe seniorów prowadzą do ubóstwa, natomiast konieczność korzystania z zasiłków i pomocy społecznej obniża ich samoocenę, jest przyczyną wstydu i frustracji.
- ➔ Sytuacja rodzinna – samotność i osamotnienie są częstą konsekwencją opuszczenia przez najbliższych, co powoduje z kolei złą sytuację psychiczną i materialną, niewątpliwie posiadanie rodziny i wsparcie z jej strony sprzyja pozytywnemu starzeniu się.
- ➔ Aktywność – uczestnictwo w różnych formach działań kulturalnych, edukacyjnych, społecznych i rekreacyjnych pomaga zachować sprawność oraz interakcje społeczne niezbędne do właściwego funkcjonowania.

Wymogiem współczesności jest ukierunkowanie opieki wobec osób starszych na (re)witalizację starości, aktywizację osób starszych oraz optymalizację warunków życia przy pomocy działań opieki społecznej, by umożliwić seniorom jak najdłuższe zamieszkiwanie we własnych mieszkaniach i środowiskach, wspomagając ich aktywność i samodzielność.

Koniecznym okazuje się również objęcie wsparciem rodziny, środowiska działań (w tym zawodowych), edukacji i innych form aktywności, od prowadzenia których zależy zadowolenia człowieka starszego.

W pracy z człowiekiem starszym, we wspieraniu jego rodziny i najbliższego środowiska ważne jest niwelowanie ograniczeń jego aktywności, motywowanie do działań i wprowadzanie (małych) zmian w codziennym planie dnia na rzecz zwiększenia kontaktów z ludźmi i angażowania się w szersze niż tylko domowe zajęcia. Pamiętać należy, że działania i starania pracownika oraz opiekuna opierać się muszą na zasadach wolności i autonomii człowieka, prawa do rozwoju, potrzebie odczuwania satysfakcji i możliwości realizowania własnych potrzeb, pragnień oraz budowania więzi międzyludzkich oraz relacji międzypokoleniowych.

W związku z czynnikami bezpośrednio wpływającymi na odczuwanie satysfakcji życiowej i jakości życia w starości, w codziennej pracy z seniorem istotne powinny być działania zmierzające do:

- ➔ propagowania zdrowego stylu życia oraz właściwych sposobów ochrony zdrowia,
- ➔ opóźniania dezaktywizacji zawodowej oraz do wspierania w poszukiwaniu pracy i edukacji w celu zwiększania satysfakcji,
- ➔ zapewnienia osobom starszym właściwego lokalu mieszkalnego odpowiadającego ich potrzebom i możliwościom w zakresie poruszania się i samodzielnego funkcjonowania,

- ➔ wspierania idei całościowego uczenia się i rozwoju osobistego, a także aktywnego spędzania czasu wolnego,
- ➔ podniesienia jakości życia osób starszych także poprzez środki zabezpieczenia społecznego jak zasiłki, renty, świadczenia socjalne i inne formy pomocy oraz opieki.

Najistotniejszymi celami w pracy z osobami starszymi w zakresie podniesienia jakości ich życia powinny być:

- ➔ rozwijanie systemu opieki pielęgnacyjnej,
- ➔ wprowadzenie specjalizacji stacjonarnej opieki dla osób samotnych i/lub nieprawnych, chorych,
- ➔ zapewnienie odpowiednich świadczeń socjalnych (finansowych i pozafinansowych),
- ➔ umożliwienie samodzielnego życia osobom starym, na przykład poprzez organizowanie mieszkań chronionych, opiekę środowiskową/ sąsiedzka,
- ➔ działania antydyskryminacyjne, włączające (inkluzja społeczna), wykorzystanie przez ludzi starych zasobów posiadanych doświadczeń, umiejętności, zainteresowań, w celu (samo)realizacji odpowiadającej potrzebom seniora,
- ➔ budowanie środowiskowej integracji ludzi starszych i wymagających pomocy,
- ➔ aktywizacja i integracja lokalna osób w wieku poprodukcyjnym,
- ➔ wykorzystanie potencjału osób starszych w środowisku lokalnym,
- ➔ kształtowanie prawidłowych relacji międzypokoleniowych, także dzięki edukacji oraz działaniom integrującym w szerszym otoczeniu,
- ➔ organizowanie i kontrola działań podejmowanych względem osób starszych.

W związku ze wskazanymi kryteriami odczuwania satysfakcji życiowej i zadowolenia z życia, pracownik socjalny ma niemało możliwości kreowania bądź podtrzymywania pozytywnych odczuć u seniorów.

Poza wcześniej opisywanymi już profesjonalnymi działaniami, istnieje spory wybór metod pracy możliwych do zrealizowania z sukcesem w przedmiotowej kwestii wobec osób starszych. Najpopularniejszą formą jest terapia zajęciowa, w której wyróżnia się następujące metody:

- ➔ **Arteterapię**, będącą łączoną formą pracy z zakresu zajęć plastycznych, teatralnych, muzycznych, która ma na celu korzystny wpływ na samopoczucie, relacje społeczne (integrację, komunikowanie się), rozbudzenie zainteresowań, poprawę samooceny, zdolności manualnych i recepcyjnych, przezwyciężenie niechęci, izolacji i bierności. Szczególnymi i popularnymi odmianami arteterapii są: choreoterapia, muzykoterapia oraz filmoterapia.

- ➔ **Choreoterapię**, wykorzystującą taniec do usprawnienia w zakresie fizycznym i sprawnościowym, daje również możliwości poprawienia kontaktów z innymi, uwolnienia emocji, rozbudzenia zainteresowania tańcem, ruchem oraz relaksu i zredukowania stresu.
- ➔ **Muzykoterapię** posługującą się muzyką – różnymi jej gatunkami i rodzajami w celu poprawy funkcjonowania indywidualnego i społecznego ze względu na trudności emocjonalne czy psychospołeczne.
- ➔ **Filmoterapię**, która jest formą pracy z seniorami wykorzystującą film (podobnie jak książkę w biblioterapii) jako narzędzie do pracy wychowawczej i edukacyjnej. Opiera się na koncepcji radzenia sobie z problemami poprzez doświadczanie losów bohatera, które przetwarzane są na poziomie emocji (bardziej niż intelektu).
- ➔ **Ergoterapię** polegającą na wykorzystaniu pracy – zajęcia, zaangażowania się w działalność na rzecz środowiska, rodziny lub we własne życie osobiste, zawodowe, intelektualne w celu podniesienia/udowodnienia sobie i innym własnej wartości i użyteczności oraz wzmocnienia/wykreowania własnej niezależności oraz autonomii. Ergoterapia może przybierać przeróżne formy pracy fizycznej, hobbystycznej oraz intelektualnej, w której wykorzystywany jest potencjał seniora oraz jego wszelkie zasoby indywidualne na drodze powstawania jakiegokolwiek satysfakcjonującego produktu (którym jest również usługa lub idea, pomysł czy koncepcja).
- ➔ **Socjoterapię** mającą na celu terapię (korektę) zachowań i postaw społecznych oraz zaburzeń emocjonalnych za pomocą oddziaływania innych osób, grup, środowiska społecznego. W obszarze socjoterapii znajdują się może terapia ruchem, gry i zabawy, wszelkie formy aktywności towarzyskiej i rekreacyjnej, turystyka, treningi asertywności, rozwiązywania konfliktów i inne.

Wszystkie opisane wyżej formy są nie tylko metodami pracy terapeutycznej, lecz przede wszystkim można je traktować i stosować jako formy profilaktyki gerontologicznej, zapobiegające negatywnym skutkom starzenia się. W tym obszarze ważne jest, że pracownik socjalny ma możliwość wpłynięcia na pojawienie się zadowolenia z życia poprzez:

- usprawnienie seniora,
- pobudzenie do (dalszej) aktywności,
- rozwinięcie umiejętności życia codziennego,
- umożliwienie nawiązania kontaktów towarzyskich,
- ułatwienie życia w środowisku społecznym,
- rozwinięcie zainteresowań i talentów,
- podniesienie samooceny,
- wartościowe zagospodarowanie czasu wolnego,
- zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu.

Niemalą rolę w podnoszeniu satysfakcji i zadowolenia z życia seniora może odegrać osoba pracująca na stanowisku **asystenta rodziny**. Choć ta forma pracy dopiero się rozwija i najczęściej asystent kierowany jest do pracy z rodziną ze względu na jej dysfunkcje powiązane częstokroć z wielodzietnością, ubóstwem, niewydolnością wychowawczą, to w najbliższej przyszłości zaistnieć może konieczność, by asystent świadczył pomoc także rodzinie seniora. Pomoc taka może być rozpatrywana i niesiona w kontekście wsparcia dla rodziny, do której należy senior i wymaga stałej opieki/pielęgnacji, a ze względu na obowiązki zawodowe (młodszych) członków rodziny, opieka nad seniorem jest utrudniona i niesatysfakcjonująca. Asystent może również pracować z rodziną seniorów lub samotną osobą starszą, co może okazać się najistotniejsze, zwłaszcza w przypadku osoby wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem społecznym.

Asystent w każdym z tych przypadków, a szczególnie w sytuacji zagrożenia jakimkolwiek rodzajem patologii, ma do odegrania znaczącą rolę profilaktyczną oraz jako osoba wspomagająca odczuwanie zadowolenia z życia poprzez podnoszenie jego jakości i wspomaganie zaspakajania potrzeb – także tych subiektywnie odczuwanych.

O ile asystent pełni rolę głównie pomocową i wspierającą, o tyle **animator**, jako odrębna funkcja w pracy z seniorem, ma do spełnienia rolę aktywizatora – osoby zachęcającej do zaangażowania się w szeroko i różnorodnie pojmowane życie społeczne lub osoby rozbudzającej motywację i potrzeby seniora. Z tych względów animator powinien być osobą znającą sytuację psychospołeczną seniora, mającą dobry kontakt z najbliższym jego środowiskiem oraz cieszyć się uznaniem i pozytywną opinią jako animator. Osoby takie najczęściej rekrutują się z otoczenia seniora, spośród emerytów nauczycieli, aktywnych działaczy stowarzyszeń i organizacji np. kombatanckich, pracowników domów kultury, bibliotek, liderów lokalnych społeczności.

Istotną formą aktywizowania seniorów i podnoszenia przez to ich samooceny oraz satysfakcji jest praca w ramach społeczności lokalnych. Coraz większe znaczenie przypisywane tego rodzaju działalności pozwoliło na opracowanie modelu **CAL** – centrum aktywności lokalnej oraz programu aktywności lokalnej (**PAL**).

Model CAL zakłada aktywizację seniorów dzięki uruchomieniu ich potencjału w różnych dziedzinach – zarówno w rozumieniu sił społecznych, jak i jednostkowych. Metoda ta ma uruchomić edukację i rozwój społeczności lokalnej poprzez między innymi pracę środowiskową i wzmacnianie społeczne. Metoda ta może być realizowana przez działające w środowisku podmioty jak kluby seniora, domy kultury, szkoły, biblioteki, organizacje i stowarzyszenia.

Program Aktywności Lokalnej (PAL) jest długotrwałą i obszerną strategią dla konkretnych środowisk (gminy) w celu aktywizacji i integracji mieszkańców oraz rozwiązywania problemów społecznych. Program ten jest realizowany dzięki współpracy i koordynacji działań rozmaitych organizacji i instytucji na rzecz zaspokajania potrzeb mieszkańców, wzmocnienia, wsparcia i włączenia grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem.

Celem zarówno CAL, jak i PAL jest:

- zintegrowanie społeczności lokalnych,
- rozwój lokalnych organizacji,
- samoorganizowanie się i samorządność grup i społeczności lokalnych,
- tworzenie i rozwój samopomocy,
- wzmacnianie i integracja grup obywatelskich,
- aktywizowanie lokalnych społeczności i organizacji/instytucji,
- budowanie/wzmacnianie tożsamości wspólnot lokalnych (Solecka-Florek, 2012, s. 12–17).

#### **Więcej na ten temat:**

- E. Solecka-Florek, *Metody pracy z seniorami*, Kraków 2012.
- R. D. Hill, *Pozytywne starzenie się*, Laurum, Warszawa 2009.
- J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna*, PWN, Warszawa 2008.
- A. Fabiś, A. Łacina-Łanowski, Ł. Tomczyk (red.), *Kreatywna starość*, PWSZ, Oświęcim 2013.

#### **2.1.4. Wsparcie społeczne i jego rodzaje (A. Chabior)**

Pomocniczość i wsparcie to stały element życia człowieka na każdym etapie życia, zwłaszcza we wszystkich tych sytuacjach, które nawykliśmy nazywać granicznymi lub trudnymi, co oznacza, że są one na stałe obecne także, a może przede wszystkim, w życiu ludzi starszych, okresie życia, w którym coraz częściej i coraz dotkliwiej ujawniają się różnego rodzaju deficyty, niedomagania, trudności w przestrzeni życiowej, rodzinnej, zdrowotnej i społecznej. W perspektywie sytuacji osób starszych i ich sytuacji społeczno-życiowej coraz częściej mówimy o konieczności uruchamiania modelu pomocniczości, wsparcia jako sieci powiązań egzystencjalnych człowieka z środowiskiem lokalnym i rodzinnym. W rozważaniach nad siecią powiązań człowieka starszego z jego socjosferą, w szerokim tego słowa znaczeniu, kluczową kategorią jest wsparcie społeczne i bliskie mu procesualnie wspomaganie jednostkowe, grupowe, instytucjonalne. Terminy są obecne nie tylko w programach polityki społecznej państwa, ale także codziennej pracy placówek, instytucji i organizacji, w tym pozarządowych, które swoje działania ukierunkowują na dobrą, pozytywną jakość życia w okresie starości.

**Ogólnospołeczne przyczyny** uruchamiania wobec seniorów modelu pomocniczości (subsydiarności) i wsparcia:

- niski poziom socjalny życia seniorów w porównaniu z innymi grupami wiekowymi i zawodowymi, trudno go uznać za zadawalający,
- seniorzy żyją w nędzy, co więcej, powiększa się ich liczba i wydłuża czas pozostawania w biedzie,
- istnieją społeczne mechanizmy (bezrobocie, bieda, bezdomność, marginalizacja) blokujące możliwość pełnego uczestnictwa społecznego seniorów w strukturach obywatelskiego państwa,
- występują duże obszary nierówności społecznych.

Wsparcie jako praktyka i społeczna działalność odnosić się powinno nie tylko do zjawisk, które działają na jednostki czy grupy deprywacyjnie lub patologicznie, ale także do aktywizacji i animacji postrzeganej jako sposób pomagania ludziom w życiu na własny rachunek, stymulowania do bycia samodzielnym i samostereownym, budowania relacji osobowych i instytucjonalnych, które ułatwiają funkcjonowanie w świecie, pomagają w reorganizacji własnego życia i przyjęcia innych do wspólnej i wspólnie budowanej przestrzeni życiowej.

Wsparcie społeczne spełnia bardzo ważną rolę w życiu każdego człowieka, chroni przed poczuciem alienacji i dzięki temu wzmacnia naszą odporność psychiczną. Wsparcie społeczne to przede wszystkim pomoc dawana jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których bez wsparcia innych nie dajemy rady przezwyciężyć. Wsparcie społeczne otrzymujemy przez całe życie, ustawicznie w życiu codziennym, w trakcie ciągłych interakcji i relacji z innymi ludźmi. Stawia nas ono raz w roli biorcy, innym razem w roli dawcy wsparcia, ale za każdym razem chodzi o pomoc w przezwyciężaniu trudności i uwolnienia od poczucia osamotnienia i pozostawienia na marginesie spraw ważnych, poza grupą odniesienia.

**Wsparcie społeczne** to zachęcenie, motywowanie do tego, aby człowiek pomógł sobie sam, specyficzna forma wsparcia, odwołująca się do zasobów osoby, której trzeba pomóc. To mobilizowanie do samodzielnego życia, radzenia sobie z własnymi problemami. Źródło wsparcia społecznego wskazuje na trzy jego rodzaje:

- *Systemy naturalne* – do niego należą najbliższe otoczenie, rodzina, koledzy, przyjaciele; wsparcie ma charakter psychiczny to wzmacnianie emocji, uczuć, pozytywne wspomaganie, motywowanie do działania.
- *Systemy środowiskowe* – to grupy samopomocowe, które budowane są na bazie wspólnych doświadczeń.
- *Systemy instytucjonalne* – sieć jednostek i instytucji ukierunkowanych na udzielanie pomocy instytucjonalnej, na udzielanie pomocy społecznej i pomocy psychologicznej (Trafiałek, 2006, s. 237).

Pomoc, jaką ofiarują nam inni, bywa różna i ma różne odniesienia, w zależności od okoliczności i od nas samych, właściwie stale potrzebujemy wsparcia różnego rodzaju. Czasem potrzebna jest konkretna pomoc, jak pożyczanie pieniędzy, a czasem wystarczy tylko porada,

rozmowa lub tylko sama obecność. To ten rodzaj społecznego działania, którego potrzebujemy stale i w każdym wieku, tyle że starość jako okres życia, który zwiększa szansę częstotliwości pojawiania się różnorodnych zagrożeń dla samodzielnego i pełnego funkcjonowania ludzi, zwiększa zapotrzebowanie tych osób na działania z tego obszaru.

Względnie ustalona sieć naszego wsparcia społecznego wytwarza w ludziach i grupach ludzkich poczucie wspólnotowości życia w konkretnym środowisku. Jest to istotny moment w życiu człowieka, ażeby znaleźć dla siebie miejsce w najbliższym środowisku społecznym, ukształtować swą spiralę życzliwości (Kawula, 2002, s. 99).

Konieczność pomagania drugiemu człowiekowi jest wpisana w system prawa i ludzkich wartości. Od wieków pomoc bliźniemu wynikała z potrzeby serca, nakazów religii, z czasem stała się prawnym obowiązkiem państwa. Przez wiele stuleci udzielanie wsparcia osobom znajdującym się w trudnych sytuacjach życiowych sprowadzało się do działalności dobroczynnej, a więc również spontanicznej i nieobowiązkowej. Dziś wsparcie otrzymujemy, nie zawsze z zachowaniem takiej właśnie kolejności, od rodziny, przyjaciół, a nawet państwa.

Wsparcie społeczne jest jednym z elementów integracji społecznej, czyli zespołem form kompensacyjnych i profilaktycznych – mechanizmem eliminacji źródeł oraz skutków wykluczenia i ekskluzji społecznej. Jego realizacja wymaga oparcia działań na zasadach wspólnego dobra, czyli pomocniczości, wspólnoty oraz solidarności społecznej, a zakres pozostaje w ścisłym związku z etapem, na jakim znajduje się proces przekształcenia państwa opiekuńczego w państwo dobrobytu (Trafiałek, 2006, s. 237).

Optymalnym wzorcem dla kreowania nowoczesnego modelu wsparcia społecznego jest etapowe przechodzenie od opieki do samopomocy, do samodzielności środowiskowej. Wszelkie formy służące kształtowaniu optymalnej przestrzeni życiowej ludzi starych wymagają uwzględnienia ich sytuacji zdrowotnej, materialnej i potencjalnych możliwości psychofizycznych.

System opieki nad ludźmi starymi w Polsce obejmuje trzy kategorie działań wchodzących w zakres zainteresowań polityki społecznej: ubezpieczenia, zaopatrzenie i opiekę (medyczną oraz społeczną). Tworzą one struktury zabezpieczenia społecznego, które są odpowiedzialne za gwarancję środków utrzymania, pomoc w leczeniu i kompensację zwiększonego obciążenia budżetu rodzin.

Osoby przekraczające próg wieku emerytalnego posiadają gwarantowane konstytucyjne prawa: dostęp do służby publicznej na równi z innymi obywatelami (Art. 60), do zabezpieczenia



społecznego (Art. 67), niezależnie od sytuacji materialnej do ochrony zdrowia (Art. 68), a w sytuacji niepełnosprawności – do pomocy w zabezpieczeniu egzystencji oraz komunikacji społecznej (Art. 69) (Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Dz. U. nr 78, poz. 483). Korzystają ze świadczeń emerytalno-rentowych, z domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych, hospicjów, sanatoriów rehabilitacyjnych i różnorodnych form wsparcia w miejscu zamieszkania.

W Polsce emeryci i renciści stanowią obecnie jedna czwarta społeczeństwa. Kosztami uzyskiwanych przez nich gwarantowanych świadczeń oraz wszelkich form opieki instytucjonalnej obciążone jest państwo i społeczeństwo. Dlatego stosuje się trzy techniki.

Pierwszą techniką jest **technika ubezpieczeniowa** polega na organizowaniu grup i jednostek o podobnym poziomie zagrożenia ryzykiem, które w zamian za uiszczenie systematycznych składek na określone fundusze zyskują pełną gwarancję rekompensat pieniężnych wówczas, gdy zaistnieje zagrożenie lub stan, sytuacja będąca przedmiotem umowy (np. wypadek, niepełnosprawność, choroba, uzyskanie uprawnień emerytalnych). Na tej zasadzie działają fundusze emerytalno-rentowe, zdrowotne i ubezpieczeniowe.

Następną techniką jest **technika zaopatrzeniowa**, która polega na udzielaniu materialnego wsparcia osobom, które z różnych przyczyn utraciły zdolność samodzielnego pozyskiwania środków na swoje utrzymanie. To forma kompensacji, udzielanej przez państwo w celu zapewnienia wszystkim obywatelom możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb. Świadczenia pozaemerytalne to różnego rodzaju formy pomocy materialnej i w naturze nieposiadające charakteru obligatoryjnego i dożywotniego. Wypłaca się je okresowo, adekwatnie do czasu trwania niezdolność do pracy (renty, zasiłki) lub braku samodzielności finansowej.

Uzupełnieniem techniki ubezpieczeniowej i zaopatrzeniowej jest **technika opiekuńcza**, która ma charakter uznaniowy, fakultatywny polega na kierowaniu różnorodnych środków, form pomocy do wszystkich potrzebujących wsparcia (przy diagnozowaniu takich przypadków jak: brak samodzielności ekonomicznej lub fizycznej, choroby psychiczne, starość, sieroctwo, wielodzietność, bezrobocie, bieda). Za realizację wszelkich form składających się na tę technikę oraz za dystrybucję usług i świadczeń odpowiedzialne są jednostki administracji terenowej (na szczeblu gmin, powiatów i województw) oraz stowarzyszenia wyższej użyteczności, takie jak Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej i inne.

System pomocy społecznej w Polsce charakteryzuje się tym, że uprawnienia do rozmaitych świadczeń materialnych (w tym finansowe lub rzeczowe) zależne są od tego, czy jednostka (lub rodzina) nie przekracza określonego poziomu dochodów. Praca socjalna natomiast jest takim świadczeniem, do którego prawo przysługuje wszystkim, niezależnie od poziomu dochodów. Oznacza to, że praca socjalna nakierowana jest nie tylko na najslabszych, ale praktycznie na całą zbiorowość seniorów, o ile tylko wyrażają oni chęć korzystania z takich świadczeń. Jest ona podsystemem polityki społecznej, mającym na celu „umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości” (Art. 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. nr 64, poz. 593).

Opieka i wsparcie dla seniorów organizowane są przez system pomocy społecznej i realizowane w trzech sektorach: państwowym, prywatnym i pozarządowym.

System pomocy społecznej realizowany na poziomie państwowym to szeroko pojmowana pomoc społeczna i realizowane w jej obszarze formy. Pomoc społeczna realizowana w sektorze państwowym powołuje wiele, równolegle funkcjonujących placówek pobytu czasowego i stałego, z wyodrębnieniem ich rodzaju, czyli określeniem deficytów osób, którym mają służyć. Do placówek służącym osobom starszym z uwzględnieniem profilu ich usług zaliczyć należy:

1. Domy pomocy społecznej – dla przewlekle chorych somatycznie, dla osób starszych, osób chorych psychicznie, osób upośledzonych umysłowo i dla osób niepełnosprawnych fizycznie. Pobyt w tego rodzaju placówkach ma charakter stały.
2. Dzielne domy pomocy społecznej – dla osób starszych, dla chorych psychicznie.
3. Zakłady opiekuńczo-lecznicze, dla osób starszych wymagających stałej opieki medycznej i pielęgnacji.
4. Hospicja przeznaczone dla osób terminalnie chorych.

**Organizacje pozarządowe**, czyli fundacje i stowarzyszenia, funkcjonują w oparciu o podstawę prawną określoną w przepisach takich jak:

1. *Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. o stowarzyszeniach* (Dz. U. z 2001 r. nr 79, poz. 855 z późn. zm.)
2. *Ustawa o fundacjach z dnia 6 kwietnia 1984 r.* (Dz. U. z 1991 r. nr 46, poz. 203 z późn. zm.)
3. *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie ramowego zakresu sprawozdania z działalności fundacji z dnia 8 maja 2001 r.* (Dz. U. nr 50, poz. 529 z późn. zm.)
4. *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowego zakresu sprawozdania z działalności fundacji* (Dz. U. nr 217, poz. 1291)

Wymienione placówki, poprzez charakter i specyfikę swoich działań, ukierunkowują je na wyrównywanie deficytów starości, a tym samym zaspokajanie potrzeb opiekuńczych i kompensacyjnych seniorów, tak aby w sposób rzeczowy poprawić jakość ich życia.

Dużą ofertę działań z obszaru wsparcia społecznego, zarówno o charakterze pomocowym, jak i aktywizującym, do osób starszych kierują **organizacje pozarządowe, czyli trzeci sektor opierający swą działalność na zasadzie non-profit.**

Zgodnie z zapisami z stosownych ustaw przyjmuje się, że organizacje pozarządowe obejmują fundacje, stowarzyszenia i inne związki niezależne od państwa, nieprowadzące działalności nastawionej na zysk, czyli są organizacjami niedochodowymi. Gdzie pierwsza z nich – fundacja – to (w dużym uproszczeniu) instytucja, której podstawą jest majątek przeznaczony przez jej założyciela na określony cel (dobroczynny, kulturalny). Natomiast stowarzyszenie definiuje się jako dobrowolne, samorządne, trwałe zrzeczenie o celach niezarobkowych.

W Polsce, według danych Stowarzyszenia Klon/Jawor, działa blisko siedemnaście tysięcy organizacji, które zajmują się pomocą społeczną, a w tym udzielania wsparcia rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej. Ta grupa organizacji działa oczywiście na rzecz różnych grup beneficjentów potrzebujących wsparcia, a osoby starsze są jedną z tych grup.

Organizacje prowadzą działalność instytucjonalnego systemu wsparcia osób starszych na poziomie lokalnym. Mogą one z własnej inicjatywy występować z ofertą realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, po uzyskaniu zezwolenia wojewody prowadzić domy pomocy społecznej lub realizować te usługi na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego, co umożliwiła im ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, uznając ten typ działalności za działalność pożytku publicznego.

**PCK** jest stowarzyszeniem krajowym, działającym od 1919 roku, do jego głównych zadań należy: propagowanie oświaty sanitarnej i zdrowotnej, organizowanie honorowego krwiodawstwa, świadczenie pomocy ofiarom klęsk żywiołowych, opieka nad chorymi w ich domach, jak również organizowanie zbiórek pieniędzy i innych przedmiotów na realizację wyżej wymienionych zadań. PCK wspomaga państwową pomoc społeczną w opiece nad ludźmi chorymi, najuboższymi, samotnymi i starszymi. Ludziom w zawansowanej starości, niepełnosprawnym oraz chorym zapewnia usługi opiekuńcze, a w ich ramach oferuje usługi domowe, które realizowane są przez siostry PCK.

Działania sektora pozarządowego na rzecz osób starszych to jednak nie tylko aktywność w sferze pomocy społecznej. Część oferty sektora pozarządowego dla seniorów jest ukierunkowana na działania edukacyjne, kulturalne i aktywizujące. Są to przede wszystkim organizacje, dla których osoby starsze są głównym, a często jedynym odbiorcą świadczonych usług.

Według Stowarzyszenia Klon/Jawor, są zarejestrowane 853 aktywne organizacje pozarządowe, deklarujące działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym.

Wśród nich można wyodrębnić cztery główne organizacje:

- a. Fundacje i stowarzyszenia „emeryckie”, np. Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów oraz jego oddziały okręgowe, oddziały rejonowe i koła,
- b. Fundacje i stowarzyszenia zajmujące się organizacją wolnego czasu osób starszych m.in. kluby seniora i uniwersytety trzeciego wieku, Fundacje i stowarzyszenia wspierające osoby potrzebujące, kierujące do nich konkretną pomoc, np. Caritas czy Czerwony Krzyż,
- c. Fundacje i stowarzyszenia skupiające i świadczące usługi emerytalnym pracownikom określonych zawodów, m.in. farmaceutom, górnikom, pracownikom przemysłu, policjantom i pracownikom oświaty (Raclaw, 2011, s. 116).

Działają one na rzecz osób starszych w trzech kluczowych obszarach. Jest to działalność edukacyjno- kulturalna. Drugim obszarem jest rzecznictwo interesów i popularyzowanie problemów osób w społeczeństwie. Trzeci obszar to informowanie i doradztwo.

Najpopularniejsze z nich: PCK, PKPS i Caritas Polska. Wszystkie trzy są organizacjami społecznymi uzupełniającymi działalność państwa w dziedzinie pomocy społecznej.

**PKPS** od 1968 roku jest stowarzyszeniem charytatywnym, gromadzi fundusze na cele pomocy, inicjuje i organizuje działalność na rzecz osób potrzebujących. Osobom starszym oferuje pomoc doraźną, rzeczową i finansową, prowadzi także usługi opiekuńcze. Prowadzi stołówki i jadłodajnie, organizuje kluby seniora, których zadaniem głównym jest aktywizacja seniorów.

Odrębną i szczególną grupą organizacji działającą na rzecz osób starszych stanowią środowiska kombatanckie, a także skupiające ofiary represji w kraju i zagranicą: Związek Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych, Związek Sybiraków czy Stowarzyszenie Żołnierzy Armii Krajowej.

Instytucje te prowadzą działalność na trzech głównych płaszczyznach: socjalno-bytowej (organizowanie pomocy instytucjonalnej, np. zdrowotnej, socjalnej, pomoc w zdobyciu świadczeń kombatanckich), historycznej (m.in. budowanie tablic i pomników, opieka nad miejscami pamięci narodowej) i patriotyczno-obywatelskiej (popularyzowanie wiedzy i tradycji walk niepodległościowych, przekazywanie młodszemu pokoleniom patriotycznych tradycji i wartości).

Istnieje wreszcie wiejski sektor pozarządowy, w którym działają osoby starsze. Taką organizacją starszych kobiet wiejskich są na przykład koła gospodyń wiejskich. Obok działań ukierunkowanych na organizację życia kulturalno-rekreacyjnego osób starszych, jednym z tradycyjnych elementów działalności tych organizacji jest także opieka nad chorymi i niepełnosprawnymi.

**Krajowa Centrala Caritas** to katolicka organizacja o charakterze dobroczynnym. Swoją działalność kieruje przede wszystkim do dzieci ubogich i osób niepełnosprawnych oraz ludzi starszych. Oferuje pomoc rzeczową, prowadzi stacje opieki medycznej, zapewniające m.in. opiekę pielęgnacyjną w domu, wypożyczają sprzęt rehabilitacyjny. Prowadzi hospicja, w tym domowe, domy pobytu dziennego i stałego dla seniorów Caritas, a także ośrodki dla ofiar przemocy, gdzie mogą uzyskać pomoc również osoby starsze dotknięte przemocą ze strony członków własnej rodziny.

Zaprezentowany zarys działań organizacji trzeciego sektora na rzecz osób starszych wyraźnie wskazuje, że grupę tę można podzielić na dwa główne typy organizacji pozarządowych.

Po pierwsze, są to organizacje świadczące usługi w obszarze pomocy społecznej i działalności charytatywnej. Bardzo ważna jest tutaj rola organizacji związanych z Kościołem katolickim, stanowiącym około połowę wszystkich podmiotów działających na obszarze usług socjalnych.

Po drugie, są to organizacje prowadzące działalność kulturalno-rozrywkowo-rekreacyjną dla osób starszych. W tym obszarze mamy przede wszystkim organizacje samopomocowe, także o charakterze niesformalizowanym, działające na rzecz konkretnych środowisk lokalnych i kierujące swoje usługi do seniorów z najbliższego otoczenia – sąsiadów, znajomych czy osób z poszczególnych środowisk zawodowych.

Sektor pozarządowy działający w obszarze pomocy społecznej stopniowo od 2003 roku wkracza w lokalny system usług świadczonych na rzecz osób starszych, uzupełniając działania prowadzone w tym obszarze przede wszystkim przez rodzinę, samorząd i państwo.

Od wejścia w życie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ten moment w Polsce można uznać za kluczowy w wyznaczeniu kierunku rozwoju sektora obywatelskiego i jego relacji z państwem, zarówno współpraca międzysektorowa oraz jej standardy bardzo się rozwinęły. Pojawiły się roczne i wieloletnie programy współpracy międzysektorowej, stopniowo rośnie liczba zadań przekazywanych do realizacji organizacjom pozarządowym przez sektor publiczny. Mimo to model świadczenia usług dla osób starszych przez organizacje pozarządowe nie jest ciągle modelem o dużym znaczeniu.

### Warto pamiętać

---

- ➔ Transformacja ustrojowa zaowocowała głębokimi przemianami, politycznymi, gospodarczymi, społecznymi i kulturowymi. Zmiany te noszą zarówno znak „+”, jak odzyskanie suwerenności państwowej, otwarcie granic czy urynkowienie gospodarki. Nie brakuje jednak wśród nich i takich, które opatrzone są znakiem „-” i tu na plan pierwszy wysuwa się ekonomiczna polaryzacja społeczeństwa, bezradność jednostek i grup społecznych, wśród których dużą część stanowią właśnie osoby starsze, wreszcie narastające zjawisko bezrobocia, marginalizacji, dyskryminacji społecznej. Dla najstarszego pokolenia przyniosła bariery w zakresie adaptacji do szybko zmieniającej się rzeczywistości i kreujących się mód, ograniczając tym samym ich rzeczywisty udział w szeroko rozumianym życiu społeczno-politycznym – to przyczyny uruchamiania wsparcia dla seniorów.
  - ➔ Do zadań DPS, DDPS, ZOL, hospicjum, poza zaspakajaniem potrzeb opiekuńczych i kompensacyjnych seniorów, należą też: ratownictwo społeczne, wczesna interwencja, doradztwo (poradnictwo), diagnoza, terapia, profilaktyka, pomoc środowiskowa, materialna, doraźna i krótkoterminowa, usługi opiekuńcze, czasowe i stałego pobytu. To, co zasługuję na odnotowanie, to fakt, że bardzo istotną cechą współczesnej pomocy społecznej jest jej głęboka humanizacja, nastawienie na wsparcie, a nie na wyłączenie, otwartość na ludzi i ich potrzeby (Szarota, 2004, s. 84).
- 

Pomoc społeczna w obszarze wszystkich trzech, wcześniej wymienianych podmiotów polityki społecznej, organizuje sieć placówek i instytucji, które organizacyjnie i merytorycznie mają stworzyć warunki do zaspokajania potrzeb człowieka starszego, zadbać o to, aby w sposób godny mógł żyć i realizować swoje cele i zadania życiowe.

#### Więcej na ten temat:

- P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec osób starych*, SGH, Warszawa 2002.
- B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Seredyńska (red.), *Pomoc i opieka w starości*, ZAPOL, Szczecin 2007.
- S. Kawula, *Pomocniczość i wsparcie*, Oficyna Wydawnicza „Kastalia”, Olsztyn 2002.

#### 2.1.5. Instytucje pomocowe i organizacje pozarządowe w pracy na rzecz osób starszych (J. K. Wawrzyniak)

W ramach opieki zdrowotnej funkcjonują całodobowe formy opieki instytucjonalnej dla osób w podeszłym wieku, jak: oddziały szpitalne dla przewlekle chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) oraz hospicja.

**Oddział dla przewlekle chorych** tworzony jest w szpitalu i funkcjonuje po to, by zapewnić stałą stacjonarną opiekę dla osób, których stan zdrowia wymaga hospitalizacji, stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

**Zakład opiekuńczo-leczniczy** (ZOL) realizuje opiekę, pielęgnację i rehabilitację wobec osób, które ze względu na zły stan zdrowia i/lub niepełnosprawność nie mogą

funkcjonować samodzielnie w środowisku domowym, a wymagają całodobowych usług pielęgnacyjnych i medycznych. ZOL zapewnia środki i materiały medyczne, wyżywienie, diagnostykę medyczną, opiekę lekarską i pielęgnacyjną, świadczenia rehabilitacyjne oraz terapię zajęciową. Pacjent ponosi częściowo koszty związane z pobytem w ZOL.

**Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO)** świadczy usługi zdrowotne osobom, które nie wymagają hospitalizacji, a pobyt w ZPO ma na celu poprawę zdrowia podopiecznego, usprawnienie i aktywizację po to, by mógł powrócić do domu i samodzielnie funkcjonować. Zakład zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa i opiekę oraz udziela wsparcia niezbędnego w powrocie do samodzielnego funkcjonowania w wyniku przebytej choroby lub zabiegu.

**Hospicja** świadczą pomoc i opiekę zarówno medyczną, jak i psychologiczną choremu w okresie terminalnym a także jego najbliższymi. Zadaniem hospicjum jest przede wszystkim uśmierzenie bólu i cierpienia, towarzyszenie w umieraniu, wsparcie psychologiczne, duchowe i socjalne w ostatnich chwilach życia pacjenta, a także wsparcie jego najbliższych w żałobie.

Pobyt w hospicjum finansowany jest w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Instrumentem polityki społecznej jest **pomoc społeczna**, opisana w Ustawie o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593), jako instytucja dążąca do umożliwienia osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, jakich nie są w stanie pokonać przy użyciu własnych zasobów, możliwości i uprawnień. Systemowe rozwiązania w sferze opieki i pomocy niesionej osobom starszym najczęściej obejmują pomoc pieniężną i rzeczową, pomoc w usługach, pomoc zorganizowaną instytucjonalnie w postaci zapewnienia pobytu (zamieszkania) w placówce świadczącej całodobową opiekę. System pomocy społecznej ma w Polsce w dużej mierze charakter samorządowy, instytucją główną jest Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Pomoc społeczna jest instytucją, która powstała w odpowiedzi na potrzeby społeczne, by zapewnić osobom potrzebującym odpowiednie zabezpieczenie w zakresie edukacji, zdrowia oraz poprawy warunków życia. Pomoc można otrzymać z piętnastu powodów, zwanych niekiedy ryzykami socjalnymi, wśród których wyróżnić można (aż) jedenaście potencjalnie dotyczących osób starszych:

- ➔ bezdomność,
- ➔ bezrobocie,

- ➔ niepełnosprawność,
- ➔ długotrwała lub ciężka choroba,
- ➔ przemoc w rodzinie,
- ➔ bezradność w sprawach prowadzenia gospodarstwa domowego,
- ➔ alkoholizm lub narkomania,
- ➔ zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa,
- ➔ klęska żywiołowa lub ekologiczna,
- ➔ trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy,
- ➔ trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego.

Wszelkie działania, podejmowane na drodze udzielenia pomocy osobom starszym w opisywanych sytuacjach, powinny być zorganizowane w oparciu zasady:

- ➔ autonomii – dobrowolności i wolnego decydowania w sprawach dotyczących własnego życia;
- ➔ integracji – zachowania pełnego uczestnictwa w życiu społecznym;
- ➔ opieki – udzielania pomocy w sytuacji potrzeby, a nie wyręczania w sytuacjach nieuzasadnionych;
- ➔ organizacji – powierzenia zadań opieki i pomocy instytucjom oraz organizacjom, które podlegają kontroli w zakresie wykonywania swoich zadań.

W wymiarze międzynarodowym sformułowane zostały cele pracy socjalnej zgodne z globalnie pojmowanymi standardami, które znajdują zastosowanie w pracy z osobami starszymi. Są nimi między innymi:

- ➔ przeciwdziałanie barierom, nierównościami i niesprawiedliwościom istniejącym w społeczeństwie,
- ➔ ułatwianie włączania zmarginalizowanych, społecznie wykluczonych, słabych i zagrożonych grup ludzi,
- ➔ praca z jednostkami, rodzinami, grupami i społecznościami oraz ich mobilizowanie na rzecz wzbogacania ich dobrostanu i zdolności do rozwiązywania problemów,
- ➔ pomoc ludziom w uzyskiwaniu usług i zasobów w ich społecznościach,
- ➔ kształtowanie i wdrażanie polityk i programów, które wzbogacają dobrostan ludzi, promują rozwój i prawa człowieka, kolektywną harmonię społeczną i stabilność w zakresie, który nie narusza praw człowieka,
- ➔ zachęcenie ludzi do angażowania się w występowanie na rzecz lokalnych, regionalnych czy krajowych problemów,
- ➔ praca na rzecz ludzi, którzy nie są w stanie radzić sobie sami, w ramach przyjętego i etycznie słusznego prawodawstwa,



- ➔ angażowanie się w akcje społeczne i polityczne w celu wpływania na politykę społeczną i rozwój ekonomiczny oraz wywoływania zmian przez krytykowanie i eliminowanie nierówności,
- ➔ promowanie, organizowanie i kierowanie programami i organizacjami oddanymi każdemu z celów zarysowanych powyżej (*Globalne standardy edukacji i szkolenia do pracy socjalnej*, 2004, za: Marynowicz-Hetka 2006, s. 360–361).

W procesie realizowania pracy socjalnej ważnym kryterium pozostaje konieczność wyzwalania aktywności oraz samodzielności seniorów, gdyż istotą jej nie jest samo dawanie, lecz aktywowanie potencjału jednostki i sił społecznych (grupowych) do podjęcia działań w celu poprawy (własnej) sytuacji.

Za główne **zadania pracownika socjalnego** wobec osób starszych uznać zatem należy:

- ➔ analizę i ocenę zjawisk prowadzących do ubiegania się o pomoc,
- ➔ udzielanie informacji i pomocy w zakresie rozwiązywania problemów oraz możliwości poprawy własnej sytuacji (społecznej, materialnej, prawnej),
- ➔ pobudzanie społecznej aktywności seniorów i ich działań samopomocowych (na przykład w najbliższym środowisku),
- ➔ inicjowanie (nowych) form pomocy jednostkom i grupom w trudnej sytuacji życiowej,
- ➔ uczestniczenie w opracowaniu i realizacji programów (lokalnych) pomocy i wspierania grup i środowisk społecznych,
- ➔ pomoc w dostępie do świadczeń, usług i poradnictwa, związanych ze specyficzną sytuacją jednostki bądź grupy,
- ➔ współpraca z instytucjami i specjalistami innych dziedzin, których zaangażowanie pomoże w rozwiązaniu problemów (także patologii i ubóstwa),
- ➔ pomoc w zdobywaniu środków i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- ➔ uwrażliwianie na potrzeby osób starszych,
- ➔ ułatwienie seniorom kontaktów z innymi jednostkami, grupami oraz instytucjami.

Modele opieki realizowanej wobec seniorów określane są przez charakter opiekunów, wśród których wskazać należy:

- ➔ opiekę rodzinną, realizowaną przez małżonków, dzieci, wnuki i innych krewnych;
- ➔ opiekę domową nieformalną sprawowaną przez sąsiadów, znajomych lub osoby opłacane prywatnie czy też z organizacji pozarządowych, np. Caritas;
- ➔ opiekę środowiskową, zapewnianą przez specjalistyczne ośrodki zatrudniające profesjonalny personel, na przykład domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy;

- ➔ opiekę instytucjonalną zapewnianą przez wykwalifikowanych pracowników w formie całodobowego pobytu seniora w domu opieki lub świadczoną w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby starszej (Szarota, 2010, s. 234).

**Opiekunowie rodzinni** rekrutują się spośród najbliższych członków rodziny osoby starszej wymagającej opieki ze względu na stan zdrowia i/lub niepełnosprawność. W Polsce na (naturalną) opiekę zapewnioną przez małżonków, dzieci (synowe lub zięciów) albo dorosłe wnuki najczęściej mogą liczyć osoby starsze zamieszkujące wraz z rodziną. Problemem tego rodzaju opieki jest najczęściej przeciążenie opieką, zwłaszcza w przypadkach chorób przewlekłych i terminalnych, wyczerpanie fizyczne i emocjonalne opiekunów, brak profesjonalnego wsparcia, niski poziom satysfakcji z wykonywanego zajęcia oraz brak wiedzy o przysługujących prawach i formach pomocy.

**Opiekunowie domowi** stanowią popularny model sprawowania opieki nad seniorami w krajach wysoko rozwiniętych. Opieka taka jest finansowana z prywatnych środków podopiecznego lub jego najbliższych, a także z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Opiekę nad starszym i chorym lub niesprawnym członkiem rodziny zleca się profesjonalnym firmom czy organizacjom lub zatrudnia osobę, która odpłatnie sprawuje wymaganą opiekę i realizuje niezbędne zadania opiekuńcze i pielęgnacyjne.

**Opiekunowie środowiskowi** funkcjonują w ramach opieki instytucjonalnej jednostki samorządu terytorialnego i realizują wiele różnych zadań w zakresie opieki, pomocy, wsparcia i pielęgnacji. Gminne ośrodki pomocy społecznej w ramach swoich zadań opieki środowiskowej mogą świadczyć pomoc finansową, rzeczową, pracę socjalną, zakontraktowane usługi opiekuńcze oraz pobyt w dziennym domu pomocy lub środowiskowym domu samopomocy.

Usługi opiekuńcze (także te specjalistyczne) mogą zostać zlecone przez GOPS instytucjom lub organizacjom świadczącym tego rodzaju pomoc w miejscu zamieszkania osoby starszej samotnej: opiekunom, pielęgniarcom, fizjoterapeutom, terapeutom, psychologom, pracownikom socjalnym lub rehabilitantom, zatrudnianym przez ośrodek pomocy społecznej, Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Czerwony Krzyż, organizację Caritas, stowarzyszenia, wspólnoty lub zgromadzenia zakonne i inne organizacje pozarządowe świadczące tego rodzaju pomoc.

Do **ośrodków wsparcia dziennego** zaliczamy dzienne domy pomocy społecznej (DDP) oraz środowiskowe domy samopomocy (ŚDS), stanowiące pośrednią formę pomiędzy pomocą środowiskową a instytucjonalną.

**Dzienny dom pomocy społecznej** (dom dziennego pobytu) dla osób starszych jest otwartą formą środowiskowego systemu wsparcia społecznego; jest czynny przez pięć dni w tygodniu przez osiem godzin dziennie, pracują w nim wykwalifikowani specjaliści: terapeuci, opiekunowie, rehabilitanci. Przeznaczony jest dla (starszych) mieszkańców okolicznego rejonu, samotnych, o zmniejszonej sprawności ruchowej i/lub intelektualnej, przebywający w złych warunkach mieszkaniowych, mających nieprawidłowe relacje z rodziną bądź w sytuacji, kiedy rodzina nie ma możliwości sprawowania nad seniorem pełnej opieki w ciągu dnia.

Poza usługami bytowymi świadczonymi przez placówkę, prowadzone są w DDP także usługi rehabilitacyjne, zajęcia o charakterze rozwojowym, edukacyjnym, rekreacyjnym, różne formy terapii – indywidualnej, grupowej, zajęciowej – aktywizującej podopiecznych w różnych sferach. Działalność DDP kompensuje osobom samotnym brak kontaktów rodzinnych.

Środowiskowe domy samopomocy są placówkami przeznaczonymi dla osób chorych psychicznie, niepełnosprawnych intelektualnie i osób z chorobą Alzheimera. Placówki te świadczą specjalistyczne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne oraz wspierają aktywność, sprawność i samodzielność podopiecznych w celu maksymalizowania ich zdolności do samoobsługi i funkcjonowania w miejscu zamieszkania.

**Dom pomocy społecznej** (DPS) jest placówką opieki długoterminowej typu zamkniętego, świadczy pomoc i opiekę całodobową, stacjonarną osobom potrzebującej stałej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności oraz samotności, zastępuje im środowisko domowe. DPS realizuje świadczenia na podstawie skierowania z ośrodka pomocy społecznej i/ lub lekarza w przypadku choroby lub niepełnosprawności wymagającej wyraźnego zalecenia co do postępowania i umieszczenia w placówce zapewniającej określony tryb postępowania i pomocy. Celem placówek całodobowych, w tym domu pomocy społecznej, jest świadczenie mieszkańcom całodobowej opieki, zaspokajanie ich podstawowych potrzeb bytowych, edukacyjnych, społecznych, religijnych oraz korzystanie z przysługujących im świadczeń zdrowotnych (Leszczyńska-Rajchert, 2006, s. 157).

Mieszkańcami domów pomocy społecznej są najczęściej osoby o znacznej utracie sprawności psychofizycznej, w zaawansowanym wieku oraz trudnej sytuacji materialno-społecznej: ubogie, samotne, zamieszkujące w złych warunkach mieszkaniowych, sanitarnych, w trudnej sytuacji rodzinnej i/lub sąsiedzkiej.

Główną zaletą działalności ośrodków wsparcia dziennego jest odciążenie rodzin i bliskich podopiecznych, a tym samym ułatwienie im normalnego codziennego funkcjonowania i umożliwienie prowadzenie na przykład aktywności zawodowej.

Założonymi **funkcjami** i wynikającymi z nich **zadaniami** placówek wsparcia są:

- ➔ Zapewnienie całodobowej opieki: usługi bytowe, wyżywienie, ubranie, mieszkanie, higiena i czystość pomieszczeń;
- ➔ Zaspokojenie potrzeb mieszkańców: usługi opiekuńcze, pomoc podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacja, aktywizacja i rehabilitacja, pomoc w sprawach osobistych;
- ➔ Stworzenie warunków spokojnego, bezpiecznego i godnego życia, intymności i niezależności: usługi wspomagające, edukacyjne, rozwoju osobistego i duchowego, terapia zajęciowa, kontakt z rodziną, poradnictwo specjalistyczne, usamodzielnianie i udzielanie szerokiego wsparcia, terapii, korzystania z miejsc kultu religijnego i ośrodków kultury, rozwijanie zainteresowań;
- ➔ Umożliwienie rozwoju osobowości oraz samodzielności: pomoc i wsparcie psychologiczne, zdrowotne, terapia zajęciowa, edukacja i dostęp do kultury oraz aktywności społecznej, uczestnictwo w uroczystościach, życiu regionalnym, imprezach integracyjnych i towarzyskich, umożliwianie korzystania z różnorodnych, przysługujących mieszkańcom, świadczeń socjalnych, zdrowotnych (Tamże, 2006, s. 163).

Rozporządzenia MPiPS (z dnia 19.10.2005 roku w sprawie domów pomocy społecznej) określa działania, które optymalizują warunki realizacji standardów pracy z potrzebującymi wsparcia. Działaniami tymi są:

- ➔ Indywidualny plan wsparcia mieszkańca w domu pomocy społecznej,
- ➔ Pracownik Pierwszego Kontakt (PPK),
- ➔ Zespół Terapeutyczno-Opiekuńczy (ZTO).

**Indywidualny plan wsparcia mieszkańca** w domu pomocy społecznej prowadzony jest wobec każdego mieszkańca, a jego celem jest optymalne zorganizowanie pracy z seniorem z uwzględnieniem jego potrzeb, indywidualnej sytuacji i problemów oraz jednostkowe, specyficzne podejście do podopiecznego umożliwiające realizację możliwie najszerszego programu wsparcia i opieki z udziałem pracownika pierwszego kontaktu przy współdziałaniu całego personelu domu.

**Pracownik Pierwszego Kontakt** jest osobą koordynującą działania wynikające z realizacji indywidualnego planu wsparcia. Wyboru PPK może dokonać sam mieszkaniec, a powinien być to człowiek posiadający kompetencje oraz umiejętności niezbędne

w kontaktach międzyludzkich i pracy opiekuńczej. W pracy tej konieczne jest podmiotowe podejście do seniora, empatia i rozumienie jego potrzeb oraz determinacja w dążeniu do optymalizacji warunków i jakości jego życia.

**Zespół Terapeutyczno-Opiekuńczy** składa się z pracowników pierwszego kontaktu oraz specjalistów pomagających opiekunom w sposób fachowy, jak: pielęgniarki, rehabilitanci, instruktorzy terapii zajęciowej, terapeuci, psycholodzy, księża. Do zadań ZTO należy koordynowanie spraw związanych z pobytem seniora w domu, zespół dokonuje również oceny stanu psychospołecznego mieszkańca, opisuje poziom jego funkcjonowania motorycznego, zaradności życiowej i samoobsługi, funkcjonowania interpersonalnego.

**Rodzinne domy pomocy** (RDP) są najnowszą formą wsparcia i opieki dla osób starszych, wymagających całodobowej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Dom taki mogą prowadzić prywatne osoby lub rodziny na podstawie działalności gospodarczej oraz porozumienia zawartego z gminą charakteryzującego warunki funkcjonowania RDP ustalone przez obydwie strony. Zadaniem RDP jest zapewnienie całodobowej opieki poprzez:

- ➔ świadczenia bytowe: wyżywienie, utrzymanie czystości, miejsce pobytu,
- ➔ usługi pielęgnacyjne
- ➔ pomoc w ubieraniu, myciu, jedzeniu,
- ➔ pomoc w zakupach oraz załatwianiu spraw osobistych i urzędowych,
- ➔ organizację czasu wolnego,
- ➔ ułatwianie kontaktów z otoczeniem i rodziną,
- ➔ zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych.

Opłaty za pobyt w RDP ponosi podopieczny lub jego rodzina.

**Mieszkania chronione** dla seniorów mają stanowić formę pośrednią między własnymi mieszkaniami osób starszych, w których nie zawsze mają właściwe warunki lub nie są w stanie samodzielnie w nich funkcjonować i je utrzymać, a domami opieki, do których przeprowadzka traktowana jest jako ostateczność. Mieszkania chronione są specjalną formą budownictwa, która umożliwia samodzielne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych lub mieszkania z opieką, które pozbawione cech instytucji totalnej, umożliwiają zachowanie samodzielności tak długo, jak to możliwe (Mielczarek, 2010, s. 118).

### Warto pamiętać

---

- ➔ Indywidualny plan wsparcia jest szczególnie pomocny w sytuacjach kryzysowych, jak agresywne zachowania podopiecznego, zachowania aspołeczne, uzależnienia, lecz bardzo ważny jest również w codziennym realizowaniu potrzeb.
  - ➔ Celem DDP jest zapewnienie opieki półstacjonarnej, która przyczyni się do jak najdłuższego utrzymania sprawności osoby starszej i jej funkcjonowania w naturalnym środowisku.
  - ➔ Dzięki uczestnictwu w zajęciach dziennych ulega odroczeniu (opóźnieniu, przesunięciu w czasie) lub w ogóle się nie pojawia konieczność objęcia podopiecznych całodobową opieką.
  - ➔ Kluby seniora pełnią funkcję głównie samopomocową, są formą aktywizacji społecznej i życiowej, której głównym zadaniem jest utrzymanie ludzi starszych w stanie aktywności, a tym samym samowystarczalności i samodzielności życiowej w naturalnym dla nich środowisku.
- 

### Organizacje pozarządowe wspierające osoby starsze

Organizacje pozarządowe (NGO), obejmujące fundacje, stowarzyszenia i inne związki niezależne od państwa, są organizacjami niedochodowymi. W Polsce działa blisko siedemnaście tysięcy organizacji, które zajmują się pomocą społeczną, w tym udzielaniem wsparcia rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej. Organizacje prowadzą działalność instytucjonalnego systemu wsparcia osób starszych na poziomie lokalnym.

Sektor pozarządowy stanowią natomiast organizacje i stowarzyszenia, które zajmują się nie tylko pomocą i wsparciem (w tym w wymiarze ekonomicznym), lecz również aktywizacją seniorów, a działania szczegółowe tego sektora ukierunkowane są na programy edukacyjne, kulturalne i sprawnościowe.

Fundacje i stowarzyszenia działające na rzecz seniorów można podzielić na:

- ➔ emeryckie,
- ➔ zajmujące się organizacją wolnego czasu osób starszych,
- ➔ wspierające osoby potrzebujące konkretnej pomocy,
- ➔ skupiające i świadczące usługi emerytalnym pracownikom określonych zawodów (Raław, 2011, s. 116).

Działają one na rzecz osób starszych w trzech kluczowych obszarach: działalność edukacyjno-kulturalna, rzecznictwo interesów i popularyzowanie problemów osób starszych w społeczeństwie oraz informowanie i doradztwo.

Najpopularniejsze wśród tego rodzaju organizacji to PCK, PKPS i Caritas Polska. Wszystkie trzy są organizacjami społecznymi uzupełniającymi działalność państwa w dziedzinie pomocy społecznej.

**Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS)** jest stowarzyszeniem charytatywnym, gromadzi fundusze na cele pomocy, inicjuje i organizuje działalność na rzecz osób potrzebujących. Osobom starszym oferuje pomoc doraźną, rzeczową i finansową, prowadzi także usługi opiekuńcze, prowadzi stołówki i jadłodajnie, organizuje kluby seniora, których zadaniem głównym jest aktywizacja seniorów.

**Polski Czerwony Krzyż (PCK)** jest stowarzyszeniem, do którego głównych zadań należy: propagowanie oświaty zdrowotnej, organizowanie honorowego krwiodawstwa, świadczenie pomocy ofiarom klęsk żywiołowych, opieka nad chorymi w ich domach, jak również organizowanie zbiórek pieniędzy i innych przedmiotów na realizację wyżej wymienionych zadań. PCK wspomaga państwową pomoc społeczną w opiece nad ludźmi chorymi, najuboższymi, samotnymi i starszymi. Ludziom w zawansowanej starości, niepełnosprawnym oraz chorym PCK zapewnia usługi opiekuńcze, a w ich ramach oferuje usługi domowe.

**Krajowa Centrala Caritas** to katolicka organizacja o charakterze dobroczynnym. Swoją działalność kieruje przede wszystkim do dzieci ubogich i wychowawczo zaniedbanych, osób niepełnosprawnych, a także ludzi starszych. W szerokiej ofercie pomocy dla osób potrzebujących i dla seniorów obok pomocy rzeczowej, prowadzi stacje opieki medycznej, które zapewniają m.in. opiekę pielęgniacyjną w domu, wypożyczają sprzęt rehabilitacyjny. Prowadzi też hospicja, w tym hospicja domowe, domy pobytu dziennego i stałego dla seniorów, a także ośrodki dla ofiar przemocy, gdzie mogą uzyskać pomoc również osoby starsze dotknięte przemocą ze strony członków własnej rodziny.

Inną formą działalności na rzecz seniorów są **kluby seniora**, będące ośrodkami życia kulturalnego i społecznego (towarzyskiego, rekreacyjnego) osób starszych w powiązaniu z ich najbliższym otoczeniem. Kluby powstają najczęściej przy osiedlach mieszkaniowych, domach kultury, parafiach, bibliotekach, zakładach pracy.

Ich głównym celem jest stworzenie warunków do wartościowego i przyjemnego spędzania czasu wolnego przez seniorów, stwarzanie możliwości zaspokajania potrzeb wyższego rzędu, zwłaszcza kontaktów towarzyskich, rozrywki, potrzeb oświatowych, kulturalnych, rozwijania zainteresowań. Spotkania w klubach odbywają się według wewnętrznych ustaleń i planu zajęć w danej placówce. Często uczestnicy aktywnie uprawiają sport (rowery, nordic walking, pływanie, narty, taniec), turystykę (wycieczki, zwiedzanie, pielgrzymki), twórczość artystyczną (malarstwo, teatr, muzykowanie, chór). Aktywność w klubach seniora ułatwia adaptację do emerytury, integrację ze środowiskiem lokalnym, nawiązywanie nowych i podtrzymanie wcześniejszych znajomości, wzajemną pomoc, aktywizację i usprawnianie.

Celem klubów seniora, jako placówek stanowiących szeroką płaszczyznę interpersonalnych i społecznych kontaktów osób starszych, jest: organizowanie i ułatwianie seniorom dostępu do różnych form aktywności (fizycznej, kulturalnej, twórczej, edukacyjnej, społecznej i itp.), a tym samym umożliwianie im przyjemnego i pożytecznego spędzania czasu wolnego. Stwarzanie odpowiednich warunków do zaspokajania potrzeb kulturalno-oświatowych, rozbudzanie nowych zainteresowań i promowanie zdrowego stylu życia w starości oraz kształtowanie umiejętności bycia aktywnym przez całe życie.

### Więcej na ten temat:

- I. Damboń-Kandziora, M. Kalski, M. Szczepański, *Nowe modele aktywizacji społecznej i zawodowej osób powyżej 50. roku życia*, IŚ, Opole 2013.
- R. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa 2013.
- *Jesień, moja ulubiona pora roku. Atlas złotego wieku*, Warszawa 2003.
- M. Grewiński, B. Skrzypczak, *Superwizja w pracy socjalnej*, Wyd. WSP im. Korczaka, Warszawa 2014.

## 2.1.6. Zabezpieczenie socjalne w starości (Joanna K. Wawrzyniak)

Ubóstwo to brak dostatecznych środków materialnych do życia, określane także jako bieda i niedostatek, charakteryzujący się stanem poniżej pewnego, zmiennego w czasie, progu dochodowego lub progu realizacji potrzeb jednostki, rodziny, społeczności (Boczoń, Toczyski, Zielińska 1993, s. 319).

W Polsce widoczna jest feminizacja ubóstwa w starszych grupach wiekowych, co grozi deprawacją podstawowych potrzeb starszych **kobiet** oraz ich wykluczeniem z życia społecznego, zwłaszcza w sytuacji osamotnienia spowodowanego wdowieństwem, którego częściej doświadczają kobiety.

Mówiąc o ogólnie rozumianym dostatku, należy rozpatrywać dochód, warunki życia oraz korzystanie z dóbr i usług – w tym poziom konsumpcji, a także wyposażenie gospodarstwa domowego osób starszych.

Odsetek gospodarstw domowych emerytów zagrożonych ubóstwem skrajnym wyniósł w 2010 roku 3,9 proc. i wzrósł w stosunku do poprzedniego roku o 0,1 proc. (GUS, 2011, s. 42).

Większość osób starszych utrzymuje się z emerytur oraz rent wypłacanych przez ZUS, natomiast świadczenia emerytalne wypłacane w ramach ubezpieczenia rolniczego przez KRUS są blisko dwukrotnie niższe od tych wypłacanych przez ZUS, a emerytów-rolników w Polsce jest ponad 1 mln osób (czyli około jednej piątej wszystkich emerytów). W 2004



roku przeciętna emerytura wynosiła 65 proc. przeciętnego wynagrodzenia, w 2011 roku relacja ta wynosiła już poniżej 60 proc. (Ciura, 2012, s. 84).

Zgodnie z danymi Eurostatu za rok 2008 w Polsce zagrożonych ubóstwem było 12 proc. osób powyżej 65. roku życia (Kubicki, 2010, s. 3).

Mieszkania zamieszkiwane przez emerytów i rencistów należą do najstarszych zasobów mieszkaniowych, co oznacza niższy standard pod względem wyposażenia w podstawowe instalacje oraz duży stopień zużycia lokali, niewielkie i rzadkie nakłady w postaci remontów czy modernizacji.

Dane z europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC z 2008 roku mówiły o 2,9 proc. wielkości zasobów mieszkaniowych seniorów pozbawionych sieci z wodą i 8 proc. nieposiadających wody ciepłej oraz 10,6 proc. mieszkań emeryckich bez łazienki.

Sytuacja mieszkaniowa (wyposażenie i standard mieszkania) osób starszych jest gorsza w porównaniu z mieszkańcami innych grup wiekowych, jednocześnie w gorszych warunkach żyją starsi mieszkańcy wsi niż mieszkańcy miast oraz samotni seniorzy (Kubicki, 2010).

Ubóstwo jest problemem społecznym, który dotyka osoby starsze i niepełnosprawne ze względu na niskie świadczenia i ograniczone możliwości zdobywania pomocy (materialnej i niematerialnej). W najgorszej sytuacji są seniorzy prowadzący jednoosobowe gospodarstwa domowe, a ilość ich będzie się zwiększać ze względu na wyższą śmiertelność mężczyzn/samotność kobiet, co stanowić powinno symptom do zmian w zakresie ubezpieczeń społecznych i systemu pomocy socjalnej. Ubóstwo i osamotnienie sprzyjają w największym stopniu wykluczeniu społecznemu oraz załamaniu się jakości życia i godności seniorów.

Koniecznym zatem zdaje się wprowadzenie odpowiednich świadczeń pomocowych, m. in. w postaci usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, w celu podniesienie lub chociażby utrzymania jakości życia starszych obywateli.

Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu jest bezsprzecznie priorytetowym zagadnieniem polityki społecznej, które realizowane mogą być poprzez działania integracyjne i na rzecz spójności społecznej.

Senioralizacja społeczeństwa wymusza pewne specyficzne rodzaje postępowania opiekuńczego, związanego ze stanem zdrowia – często wielochorobowością i niepełnosprawnością, singularyzacją – samotnością, wdowieństwem, brakiem wsparcia ze strony

najbliższych, ubóstwem – ograniczonymi możliwościami realizowania podstawowych potrzeb oraz relatywnie niskim wykształceniem, które wpływa znacząco zarówno na możliwości finansowe, ilość i jakość kontaktów społecznych, jak i umiejętność samodzielnego rozwiązywania problemów oraz szukania pomocy.

W wielu krajach Europy od kilku dekad funkcjonują ubezpieczenia pielęgnacyjne i inne formy finansowego zabezpieczenia na okres starości. Celem tego rodzaju ubezpieczeń jest zagwarantowanie godnych warunków życia seniorom oraz opłacenie świadczeń terapeutycznych i pielęgnacyjnych w sytuacji konieczności.

Dzięki tego rodzaju zabezpieczeniu finansowemu emeryci z Europy mogą korzystać z uroków życia oraz całodobowej opieki i fachowej pomocy np. w krajach Azji (w Indiach, Indonezji), gdzie życie jest znacznie tańsze niż np. we Francji czy Szwajcarii.

Sytuacja osób starszych w Polsce związana jest z ich społecznym statusem. Zanikający szacunek i deprecjacja starości najsilniej odciskają się na społecznym funkcjonowaniu seniorów – na zakresie ról im udostępnianym oraz przychylności w realizowaniu własnych potrzeb i aspiracji.

Pozycja osób starszych w nowoczesnych społeczeństwach określana jest głównie poprzez następujące czynniki:

- ➔ zdrowie (problemy ze zdrowiem fizycznym i/lub psychicznym potęgują ograniczenia oraz izolację),
- ➔ warunki materialne (niskie emerytury i złe warunki bytowe prowadzą do ubóstwa, konieczność korzystania z zasiłków i pomocy społecznej obniża samoocenę),
- ➔ sytuacja rodzinna (samotność i osamotnienie są częstą przyczyną niższej jakości życia seniorów, opuszczenie przez najbliższych jest przyczyną złej sytuacji psychicznej i materialnej; posiadanie rodziny i wsparcie z jej strony uznawane jest za czynnik sprzyjający pozytywnemu starzeniu się),
- ➔ aktywność (uczestnictwo w różnych formach działań kulturalnych, edukacyjnych, społecznych i rekreacyjnych pomaga zachować sprawność oraz interakcje społeczne niezbędne do właściwego funkcjonowania). Aktywność z kolei, jako warunek prawidłowego rozwoju także w okresie starości, warunkowana jest między innymi przez stopień sprawności, samodzielność, wykształcenie, ofertę skierowaną do seniorów, a także poziom i zakres świadczeń i usług w dziedzinie pomocy społecznej oraz pracy socjalnej.

Od początku lat 90. XX wieku widoczne są w Polsce tendencje opieki wobec osób starszych skierowane na (re)witalizację starości, aktywizację osób starszych oraz optymalizację warunków życia przy pomocy działań opieki społecznej, by umożliwić seniorom jak najdłuższe zamieszkiwanie we własnych mieszkaniach i środowiskach, wspomagając ich aktywność i samodzielność (Zych, 2009, s. 129).

Opieka sprawowana w imieniu społeczeństwa nad osobami starszymi (w tym: chorymi, ubogimi, samotnymi, niepełnosprawnymi) ukształtowana została w system działań noszących nazwę **pomocy społecznej**, będącej jednym z narzędzi polityki społecznej. Ta zaś definiowana jest jako „działalność państwa, samorządów i organizacji pozarządowych zmierzająca do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, prorozwojowych struktur społecznych oraz stosunków opartych na równości i sprawiedliwości społecznej, sprzyjających zaspokajaniu potrzeb społecznych na dostępnym poziomie” (Kurzynowski, 2002, s. 11).

Podmiotowy charakter działań polityki społecznej podkreśla ujmowanie jej jako „działalności publicznej, której zamierzone cele i osiągnięte rezultaty dotyczą warunków, poziomu i jakości życia społeczeństw jako całości, a także wybranych zbiorowości osób, rodzin czy gospodarstw domowych” (Szarfenberg, 2002, s. 27).

Zofia Szarota (2011, s. 205) formułuje natomiast trzy podstawowe cele polityki prosenioralnej:

1. umożliwienie samodzielnego życia osobom starszym,
2. dążenie do zapewnienia trwałej pozycji w strukturze społecznej, niedopuszczenie do marginalizacji,
3. wykorzystanie przez ludzi starych zasobów posiadanych doświadczeń, umiejętności, zainteresowań, w celu (samo)realizacji odpowiadającej potrzebom seniora.

**Podsumowując**, kierunki działań polityki społecznej wobec starości i osób starszych najistotniejszymi celami, jakie winny być realizowane, są:

- ➔ stworzenie odpowiednich warunków zaspokajania potrzeb seniorów, także poprzez wsparcie rodzin i najbliższego ich środowiska,
- ➔ zapobieganie społecznej marginalizacji tej grupy przez wspieranie odpowiednich działań o charakterze inkluzyjnym i afirmacyjnym,
- ➔ kształtowanie prawidłowych relacji międzygeneracyjnych, także dzięki edukacji do starości oraz działaniom integrującym w szerszym otoczeniu (na przykład zawodowym).

Praca socjalna, zarówno jako forma działalności, jak i jako zawód, rozwinęła się dynamicznie w ciągu XX wieku w wielu krajach, a jej treść kierowana jest współcześnie do wielu grup oraz środowisk społecznych i nie zawsze ma związek z ubóstwem. Prowadzona przez profesjonalistów i wolontariuszy obejmuje najczęściej:

- ➔ wspieranie funkcjonowania w środowisku i podejmowanie ról społecznych,
- ➔ zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób i grup,
- ➔ stymulowanie rozwoju człowieka i społeczności,
- ➔ pomaganie człowiekowi w wychodzeniu z trudnych sytuacji życiowych,

- ➔ zapewnianie dostępu do zasobów umożliwiających zaspokajanie potrzeb (świadczeń, instytucji, usług),
- ➔ pomaganie w adaptacji do środowiska i zmieniających się warunków życia (Szatur-Jaworska i in., 2006, s. 185–186).

Zgodnie z postanowieniami International Federation of Social Workers (Międzynarodowa Federacja Pracowników Socjalnych) IFSW z 2000 roku misją pracy socjalnej jest umożliwienie wszystkim ludziom rozwoju ich potencjału, wzbogacenie życia i zapobieganie dysfunkcjom, poprzez zmianę i rozwiązywanie problemów. Występuje przeciw barierom, nierównościom i niesprawiedliwości w społeczeństwie. Odpowiada zarówno na nagłe sytuacje kryzysowe, jak i na codzienne osobiste oraz społeczne problemy. Holistyczne zorientowanie pracy socjalnej różni się w uniwersalnym zastosowaniu w zależności od warunków kulturowo-społecznych, historycznych i ekonomicznych panujących w danym społeczeństwie (Tamże, s. 359–361).

W procesie realizowania pracy socjalnej ważnym kryterium pozostaje konieczność wyzwalania aktywności oraz samodzielności seniorów (i innych podmiotów), gdyż istotą jej nie jest samo dawanie, lecz aktywowanie potencjału jednostki i sił społecznych (grupowych) do podjęcia działań w celu poprawy (własnej) sytuacji.

**Praca socjalna** jest jednym z kluczowych obszarów, na których realizowana jest pomoc społeczna. Wszelkie formy w ramach pomocy społecznej powinny być kierowane nie tylko do osób w kryzysie, lecz także do ich najbliższego otoczenia (rodziny, społeczności).

Wśród wymienionych wcześniej działań podejmowanych wobec potrzebujących osób starszych, omówić należy te, które łączą w sobie różne aktywności – o charakterze usług i wsparcia finansowego, czyli: interwencję kryzysową, indywidualne programy wychodzenia z bezdomności i tzw. kontrakty socjalne.

**Interwencja kryzysowa** to zespół interdyscyplinarnych działań na rzecz osoby lub rodziny w stanie kryzysu, oznaczający najczęściej dysfunkcjonalność danej rodziny. Celem interwencji jest przywrócenie równowagi psychofizycznej oraz umiejętności radzenia sobie z zaistniałą sytuacją, by jej negatywne konsekwencje nie ulegały pogłębieniu i nie osiągnęły stanu chronicznej niewydolności psychospołecznej (Broda-Wysocki, 2010, s. 6–7). Na interwencję składają się: szybka pomoc psychologiczna, poradnictwo socjalne i/lub prawne oraz zapewnienie schronienia (na okres do trzech miesięcy). Tego rodzaju interwencja podejmowana jest najczęściej w przypadkach przemocy domowej.

**Indywidualny program wychodzenia z bezdomności** konstruowany jest przez pracownika socjalnego wspólnie z osobą dotkniętą bezdomnością. Głównymi celami takiego programu jest: rozwiązanie problemów osobistych osoby bezdomnej (pomoc w walce z uzależnieniami, uregulowanie sytuacji rodzinnej itp.), pomoc w uregulowaniu sytuacji mieszkaniowej oraz znalezienia zatrudnienia. Instytucje pomocy społecznej nie zawsze mogą samodzielnie udzielić koniecznej pomocy, wówczas program taki wskazuje instytucje mogące skuteczniej i/lub szybciej udzielić specjalistycznej pomocy.

**Kontrakt socjalny** (określony w drodze rozporządzenia z dnia 1 marca 2005 r.), jest to pisemna umowa zawarta z osobą ubiegającą się o pomoc, próbującą przezwyciężyć swoją trudną sytuację życiową. W ramach umowy określone są uprawnienia osoby korzystającej z pomocy (na przykład pomoc przy zdobyciu nowych kwalifikacji, świadczenia na czas podejmowanych przez nią działań naprawczych itp.) oraz jej zobowiązania, cele i terminy ich osiągnięcia. W części pierwszej kontraktu zawiera się ocenę sytuacji życiowej podmiotu umowy i jego rodziny. W części drugiej zamieszczana jest ocena podejmowanych przez osobę w kryzysie działań. Kontrakty mają charakter zobowiązania i najczęściej dotyczą wychodzenia z nałogu lub bezrobocia.

Istotnym elementem działań społecznych jest **wspomaganie osób starszych**, którego cechy trafnie opisała Anna Leszczyńska-Rajchert (2006, s. 206–208), podkreślając zarówno charakter tego rodzaju działań, jak i ich zasady, wymieniając:

- ➔ różnorodność działań oferowanych osobom starszym, gdyż grupa ta nie jest homogeniczna i cechuje się dużą indywidualnością potrzeb, możliwości oraz warunków społeczno-kulturowych, w jakich żyją;
- ➔ wielopłaszczyznowość zarówno starzenia się, jak i oferowanych aktywności;
- ➔ podmiotowość ludzi starszych, wiążącą się głównie z dobrowolnością korzystania ze wsparcia oraz możliwością wyboru proponowanych działań;
- ➔ pomocniczość jako podstawową zasadę wspierania prowadzącą do utrzymania lub wzbudzania samodzielności seniorów oraz uruchamiania ich naturalnego potencjału do wypełniania zadań rozwojowych;
- ➔ problematykę starości jako specyficznej fazy życia cechującej się nagromadzeniem wydarzeń znaczących i krytycznych w biografii;
- ➔ stymulowanie aktywności i pobudzanie do odpowiedzialności za kształt i jakość własnego życia seniorów;
- ➔ koncentrowanie się na możliwościach rozwoju i potencjale osób starszych: fizycznym, psychicznym, społecznym oraz duchowym;
- ➔ odkrywanie i wyzwalanie sił społecznych seniorów zarówno jednostkowych, jak i zbiorowych (osiedla, parafie, stowarzyszenia, wspólnoty, organizacje);

- ➔ zapobieganie bierności i bezradności przez aktywowanie sieci wsparcia społecznego;
- ➔ zapobieganie samotności poprzez aktywizację i ułatwianie kontaktów międzyludzkich w ramach wszystkich pokoleń;
- ➔ ułatwianie powrotu do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym, rodzinnym, edukacyjnym;
- ➔ nadawanie działaniom wobec osób starszych charakteru opiekuńczego, pomocowego, kompensacyjnego, rehabilitacyjnego lub terapeutycznego zgodnie z obiektywną koniecznością i zależnie od potrzeb seniora.

Wspomaganie rozwoju osób starszych i wszelkie działania pomocowe – jakkolwiek niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa we wszystkich jego obszarach i cenne z humanitarnego punktu widzenia – powinno opierać się na solidnych fundamentach warunkujących prawidłowy przebieg działań społecznych o charakterze pomocowym, socjalnym.

Optymalizacja tego rodzaju działań jest możliwa w sytuacji:

- ➔ kreowania korzystnych warunków społeczno-kulturowych dla rozwoju seniorów,
- ➔ edukacji do starości i popularyzacji zagadnień związanych ze starością jako naturalną fazą życia we wszystkich grupach wiekowych,
- ➔ popularyzowania przygotowań do własnej emerytury,
- ➔ promowania aktywności na wszystkich etapach życia,
- ➔ promowania edukacji ustawicznej jako znaczącego czynnika podnoszenia jakości własnego życia,
- ➔ umożliwiania i wspierania kontaktów między seniorami a pozostałymi grupami wiekowymi,
- ➔ budowania atrakcyjnej i szerokiej oferty dla wykorzystania czasu wolnego seniorów z uwzględnieniem ich możliwości i potrzeb,
- ➔ tworzenia możliwości pracy i aktywności społecznej dla najstarszej grupy społecznej,
- ➔ kształtowania racjonalnych wyobrażeń o starości i seniorach oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku seniorów w oparciu o edukację gerontologiczną,
- ➔ przeciwdziałania stereotypizacji starości oraz osób starych, ich marginalizacji i segregacji w życiu społecznym,
- ➔ kształtowania sieci wsparcia społecznego i placówek służących potrzebom osób starszych,
- ➔ poprawy i stałej kontroli jakości i standardu życia oraz funkcjonowania osób starszych (Tamże, s. 211–213).

Ogólną, lecz niezwykle ważną zasadą wspomaganiania osób starszych jest indywidualność, wolność i godność osoby ludzkiej, a także istota współdziałaniu obu stron, wolności wyboru

oraz szacunek dla preferencji seniorów. Wszelkie działania pomocowe powinny odbywać się w atmosferze zrozumienia, akceptacji, szacunku i partnerstwa przy (niezbędnej) współpracy instytucji i środowisk – w tym rodziny – na rzecz wspierania najstarszej grupy wiekowej.

**Tabela 4. Formy pomocy społecznej świadczonej na rzecz osób starszych**

Pomoc środowiskowa (otwarta)	Pomoc finansowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Zasiłki stałe (związane ze stałą niezdolnością do pracy),</li> <li>→ Zasiłki okresowe,</li> <li>→ Zasiłki celowe (np. na leki, opał, odzież),</li> <li>→ Zasiłki specjalne (np. na usamodzielnienie się po odbyciu kary pozbawienia wolności lub wskutek strat w wyniku klęski żywiołowej itp.).</li> </ul>
	Pomoc rzeczowa i usługi	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Zapewnienie: schronienia, posiłku, odzieży, sprawienie pogrzebu,</li> <li>→ Usługi świadczone przez tzw. pracę socjalną,</li> <li>→ Usługi w miejscu zamieszkania: opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, rewalidacyjne;</li> <li>→ Zapewnienie niezbędnego transportu, organizacji i prowadzenia gospodarstwa,</li> <li>→ Działania łączące różne formy wsparcia, jak: interwencja kryzysowa, indywidualne programy wychodzenia z bezdomności, kontrakty socjalne.</li> </ul>
Pomoc instytucjonalna	Półotwarta	<p>Usługi i wsparcie świadczone przez placówki pobytu dziennego, jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ domy dziennego pobytu,</li> <li>→ ośrodki wsparcia (noclegownie, dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy).</li> </ul>
	Zamknięta	<p>Zapewnienie pobytu w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ domach pomocy społecznej,</li> <li>→ domach seniora,</li> <li>→ oddziałach opieki szpitalnej długoterminowej,</li> <li>→ schroniskach dla bezdomnych,</li> <li>→ ośrodkach terapii</li> <li>→ ośrodkach interwencji kryzysowej.</li> </ul> <p>Placówka <b>zamknięta</b> powinna zapewnić mieszkańcom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ udział w terapii zajęciowej,</li> <li>→ aktywizację i podnoszenie sprawności,</li> <li>→ warunki do rozwoju i samorządność,</li> <li>→ kontakty z najbliższymi,</li> <li>→ dążenie do samodzielności (także pracy),</li> <li>→ bezpieczeństwo (także własności i finansowe),</li> <li>→ przestrzeganie praw i dostęp do informacji.</li> </ul>

Opracowanie własne J. K. Wawrzyniak.

#### Więcej na ten temat:

- *Było wczoraj, jest jutro. Listy tych, którzy kiedyś byli młodzi, do tych, którzy kiedyś będą starzy*, IW PAX, Warszawa 2009.

- Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wyd. WSP, Kraków 1998.
- J. Daley (red.), *Postępy w pracy socjalnej*, Warszawa 2010.

## 2.2. Zagrożenia w pracy na rzecz drugiego człowieka

### 2.2.1. Pomaganie innym – szanse i zagrożenia w profesjach pomocowych (A. Fabiś)

Głównym problemem w pracy z osobami starszymi jest zagrożenie zdrowia. Zarówno chodzi tu o zdrowie fizyczne, jak i psychiczne. Obciążenia fizyczne w pracy opiekuna porównywalne są z obciążeniami, na jakie narażeni są pracownicy fizyczni. W szczególności wysilony i narażony na przesilenia i kontuzje jest kręgosłup, dotyczy to głównie bezpośrednio pracujących przy pielęgnacji chorego. Obciążenia psychiczne w pracy na rzecz osób starszych wynikają ze specyfiki pracy z osobami oczekującymi na pomoc, te są domeną działających w bezpośrednim kontakcie z pacjentem/klientem. Praca na rzecz seniorów jest zazwyczaj działaniem kilkuosobowym, a ten fakt determinuje kolejne zagrożenia – wynikające z pracy z innymi członkami zespołu. Stały kontakt z cierpieniem, śmiercią, a do tego brak zrozumienia ze strony podopiecznego, a często pozostałych członków zespołu i rodziny podopiecznego sprawiają, że opieka nad osobami starszymi może wiązać się z szeregiem zagrożeń natury fizycznej oraz psychologicznej, do których zaliczyć można:

- ➔ zespół wypalenia zawodowego,
- ➔ mobbing ze strony podopiecznego/klienta, jego rodziny czy współpracowników,
- ➔ depresja, będąca skutkiem stresu,
- ➔ syndrom „niosącego pomoc”.

Najbardziej podatni na zagrożenia zewnętrzne są osoby młode oraz osoby samotne, poza tym osoby, które nie potrafią wypoczywać i stawiać granicy pomiędzy pracą zawodową a życiem prywatnym. Także brak wykształcenia, doksztalcenia, doskonalenia zawodowego oraz ewaluacji pracy radykalnie zwiększają zagrożenie.

Uwarunkowania zewnętrzne, które przyczynić się mogą do powstawania syndromu wypalenia zawodowego i sprzyjają rozwojowi pozostałych to:

- ➔ **Nieodpowiednie przygotowanie do pracy.** Przede wszystkim praca z innymi i na rzecz innych wymaga odpowiednich predyspozycji. Nie każdy jest do takich działań predysponowany i nie każdy będzie czerpał satysfakcję z tego typu pracy.



Przygotowanie do pracy to przede wszystkim odpowiednie wykształcenie poparte odpowiednimi kompetencjami. Jednakże do pracy nie da się przygotować, nie uczestnicząc stale w różnego rodzaju formach dokształcania i doskonalenia zawodowego. Szczególnie koncentracja na pozyskiwaniu nowych umiejętności metodycznych pozwala rozwijać swoje zawodowe kompetencje. Jednak równie ważne jest kształcenie, mające na celu zabezpieczenie się przed niekorzystnymi skutkami pracy pomocowej.

- ➔ **Nieodpowiedni czas przeznaczony na działanie.** Wielokrotnie czas, który opiekunowie, pracownicy socjalni czy animatorzy mogą poświęcić osobom, na rzecz których podejmują działania, jest niewystarczający do pełnej realizacji zadania. W konsekwencji szereg czynności jest odsuwanych na dalszy plan, do późniejszej realizacji. Presja czasowa obniża jednocześnie jakość wykonywanej pracy. Rodzi to liczne frustracje związane z poczuciem zaniedbywania wielu czynności i ze świadomością, że powierzone zadanie nie zostało wykonane poprawnie. Powoduje to także napięcia na linii podopieczny/klient–osoba pomagająca oraz osoba pomagająca–pozostali członkowie zespołu/zwierzchnik.
- ➔ **Praca w zespole.** Praca zespołowa na rzecz ludzi starych jest w zasadzie niezbędna. Zakładając całościową opiekę i wsparcie osób starych nie można uniknąć pracy wielu osób powiązanych wzajemnymi relacjami. Jak w każdej grupie, dobre relacje międzyludzkie mogą przyczynić się do podniesienia jakości opieki, negatywne zaś, mogą być destrukcyjne. W przypadku zespołu składającego się z wielu specjalistów różnych profesji dochodzić może do licznych nieporozumień wynikających z niezrozumienia, niedowartościowania pozostałych członków zespołu lub po prostu ze współzawodnictwa. W działaniach pomocowych na rzecz chorych, starych powszechne jest umniejszanie działań psychologicznych i idealizowanie medycznych, niedowartościowanie pracy nieprofesjonalnych opiekunów czy wolontariuszy. Dochodzą do tego cechy osobowościowe poszczególnych członków zespołu, dominacja jednostek, brak umiejętności współpracy.
- ➔ **Nieprofesjonalna organizacja pracy.** Przejawia się brakiem umiejętności managerskich zwierzchników, nieumiejętne zarządzanie grupą, konfliktem, słabymi kompetencjami w rozwiązywaniu sporów, nieumiejętności wykorzystywania mediacji i negocjacji. Zła organizacja pracy może także przybierać charakter jednostkowy dla poszczególnych stanowisk, a przejawiać się niewielką autonomią działania poszczególnych członków zespołu, czy brakiem umiejętności organizowania sobie pracy przez poszczególne jednostki.
- ➔ **Praca z człowiekiem.** Z jednej strony praca na rzecz drugiego człowieka, który jest w relacji zależnościowej wobec pomagającego, wymaga ogromnej wrażliwości

i podstaw etycznych, by nie krzywdzić podopiecznego/klienta, z drugiej jednak, sam pomagający jest narażony na wiele niedogodności ze strony osoby starszej. Jednocześnie różnica wieku powodować może świadome zaniechanie lub minimalizowanie środków ochraniających wspierającego. W tym miejscu warto także wspomnieć o współpracy z rodziną osoby wspomaganą. Jeśli współdziałanie to jest konstruktywne, może przynosić wymierne korzyści. Jednak rodzina może też przeszkadzać w wykonywaniu zadań, a poprzez deprecjonowanie pracy opiekuna/pracownika socjalnego, wygórowane oczekiwania wręcz szkodzić samemu pomagającemu.

➔ **Charakterystyka pracy.** Praca z osobą chorą bywa często wyczerpująca. Ciągły kontakt z chorobami, cierpieniem, umieraniem i poczucie małej sprawczości własnych działań sprawiać może poczucie niskiej satysfakcji i niewielkiej radości z wykonywanych czynności. Niejednokrotnie brak jest spektakularnych wyników, widocznej poprawy w funkcjonowaniu podopiecznych/klientów, co osłabić może zaangażowanie i pogłębić frustracje.

Jednak nie tylko uwarunkowania zewnętrzne mają wpływ na efektywność działań opiekuna osób starszych i na zagrożenia wynikające ze specyfiki pracy. Istotne są także jego predyspozycje psychiczne. Niekorzystne psychologicznie jest funkcjonowanie pozorujące misyjność opiekuna i wynoszące idee misyjności. Syndrom „niosącego pomoc” charakteryzuje się tym, że osoba zaangażowana w pracę na rzecz drugiego człowieka deprecjonuje inne formy pracy, postępowania, których celem nie jest bezpośrednia pomoc innemu. Osoba taka jednocześnie staje się zniewolona przez „misyjność” swojego postępowania, postrzegając siebie wyłącznie przez pryzmat tego, co robi, a nie kim jest. Nierozgraniczanie pracy od życia osobistego dezintegruje wszystkie obszary aktywności pozazawodowej opiekuna. Przesadne zaangażowanie się w zadania zawodowe prowadzić może do ograniczenia zaspokajania własnych potrzeb, a satysfakcja życiowa wiązana będzie wyłącznie z sukcesami zawodowymi. Wypełnienie przez opiekuna przestrzeni osobistej sprawami zawodowymi osłabia jego więzi z najbliższym otoczeniem rodzinnym, sąsiedzkim i koleżeńskim, przyczynia się do zaniedbywania pozostałych sfer życia.

Pod koniec lat 70. rozgorzała dyskusja na temat osobowości osób pomagających (Por. B. M. Jaspers 2002). Postawiona została między innymi teza, że osoby podejmujące pracę na przykład jako opiekunowie zmotywowani mogą być egoistycznie i czerpać będą satysfakcję z udzielania pomocy innym. Odczuwają bowiem oni wewnętrzny przymus pomagania. Z tym faktem wiąże się zależność powstawania przyczyn obciążenia opiekunów w zawodach o charakterze opiekuńczym, pielęgnacyjnym, gdzie pacjenci, podopieczni „zdani” są na drugiego człowieka. Ludzie dotknięci „syndromem

niosącego pomoc” podejmują pracę na przykład jako opiekunowie, terapeuci, lekarze, pracownicy socjalni, wychowawcy, duchowni i inni, aby odrzucić lęki związane z byciem uzależnionym od kogoś. Sami opiekują się innymi potrzebującymi pomocy, są bardzo mocno zaangażowani w swoją pracę. Mają wrażenie, że są potrzebni, doceniani, szanowani za to, co robią, a nie za to, kim są. Przybierają fasadę silnych, pewnych siebie, są krytyczni wobec siebie i innych. Zaprzeczają własnym potrzebom pomocy ze strony innych i odrzucają własne słabości. Przyjmują dewizę, że człowiek może być tylko wtedy dobry, gdy pomaga innym, potrzebującym pomocy. Od samego podopiecznego i otoczenia oczekują wdzięczności, uznania. W swoim poświęcaniu się pracy na rzecz innego często postępują destrukcyjnie względem siebie, a na pewnym etapie współwystępuje zjawisko wypalenia zawodowego.

Źródło takich zachowań ma miejsce w dzieciństwie, gdzie dominowało poczucie, że jest się przez rodziców kochanym za posłuszeństwo, umiejętność dostosowania się do pewnych sytuacji. Istnieje także związek syndromu niosącego pomoc z narcyzmem. Ale poza uwarunkowaniami zewnętrznymi, wynikającymi ze specyfiki organizacji opieki nad osobą starszą oraz indywidualnymi predyspozycjami opiekuna/klienta, dużą rolę odgrywa także sam podopieczny/klient i jego postawa wobec osób pomagających i samego wsparcia wobec niego. To bezpośrednio od niego pomagający może doświadczyć wielu trudności w realizowaniu swoich zadań, w tym mobbingu.

### **Więcej na ten temat:**

- A. Fabiś, A. Wąsiński, *Opiekun osób starszych – więcej frustracji niż satysfakcji*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.) *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy*, Poznań, 2008.
- B. Jakimowicz-Klein, *Opieka nad seniorem*, Świat Książki, Warszawa, 2004.
- E. Aronson, T. D. Wilson, M. R. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, ZYSK i SK-A, Poznań, 1997.

### **2.2.2. Wypalenie zawodowe (A. Fabiś)**

Jest to zespół wyczerpania emocjonalnego psychicznego i fizycznego, występujący przede wszystkim, choć nie tylko, w zawodach polegających na niesieniu pomocy. Syndrom powstaje stopniowo i jest wynikiem przeżywania stresu i mocnego zaangażowania w pracę zawodową. Konsekwencją w bezpośredniej pracy na rzecz innych osób jest depersonalizacja podopiecznych oraz obniżone wartościowanie własnych dokonań osobistych.

Pojęcie wypalenia zawodowego oznacza stan wyczerpania wykonywanym zawodem. Jest konsekwencją obciążeń związanych z zaangażowaniem się w działalność zawodową na rzecz innych osób oraz nieumiejętnym radzeniem sobie z negatywnymi skutkami aktywności zawodowej. Podstawowymi kategoriami objawów jest wyczerpanie fizyczne, psychiczne i emocjonalne. Emocjonalne obciążenie, a nawet wyczerpanie prowadzi do poczucia nieradzenia sobie z zadaniami. Odczuwalne niezadowolenie z efektów swojej pracy nasila się, a sam pracownik traci wiarę w swoje umiejętności, jest zmęczony, niezadowolony. Aktywność zawodowa nie sprawia mu satysfakcji, niechętnie wykonuje swoje zadania z coraz większym dystansem. Odzwierciedla się to depersonalizacją podopiecznego, którego potrzeby opiekun nie zauważa, a sam proces opieki staje się mechaniczny. Tak jak w przypadku innych obciążeń związanych z pracą na rzecz drugiego człowieka, przyczynami powstania tego zjawiska są nie tylko specyfika i uwarunkowania zawodowe, ale także predyspozycje psychospołeczne wspomagającego osoby starsze.

Problem wypalenia nie musi wiązać się wyłącznie z wykonywaniem zawodu, wypalenie opiekuna osób starszych dotyczy także opiekunów rodzinnych, opiekunów paraprofesjonalnych (bez specjalistycznego wykształcenia, ale z doświadczeniem i ewentualnym przeszkoleniem, na przykład wolontariuszy, opiekunów społecznych itp.).

Pierwszymi oznakami wypalenia zawodowego są najczęściej napięcie, drażliwość i dolegliwości psychosomatyczne, takie jak bóle żołądka czy głowy. Widoczna staje się także wzmożona drażliwość i napięcie. W konsekwencji opiekun/pracownik socjalny/terapeuta staje się obojętny wobec swojego podopiecznego, buduje dystans, dochodzi także do pierwszych oznak agresji (najczęściej słownej) nie tylko wobec podopiecznego, ale także wobec współpracowników. Przebieg procesu wypalenia zawodowego jest oczywiście indywidualny i uwarunkowany wieloma czynnikami. Odpowiednia reakcja na pierwsze symptomy może złagodzić proces i nie dopuścić do przechodzenia w kolejne fazy.

Sama nazwa zjawiska „wypalenie” wskazuje na fakt, że ten, kogo syndrom wypalenia dotyka, musiał w pierwszej kolejności „zapalić” do pracy. Proces wypalenia zawodowego, zdaniem M. Burisch (1989), przebiega według określonych faz, choć ich kolejność i konieczność występowania nie jest obligatoryjna. Zatem pierwszą fazą zjawiska wypalenia zawodowego są oznaki zbyt dużego zaangażowania się w pracę, co prowadzi często do frustracji i zmęczenia. Osoba ta ma świadomość, że nie działa jeszcze idealnie. Często cele, jakie chce osiągnąć, są zbyt idealistycznie wykoncypowane, a sam opiekun przecenia swoje możliwości, a przede wszystkim efektywność swojej pracy. W przypadku pracy z osobami niepełnosprawnymi starszymi, działania opiekuńcze ukierunkowane są na podtrzymanie stałego poziomu funkcjonowania i, brak jest widocznych pozytywnych zmian.

## Wykres 1. Wyczerpanie jako główna cecha wypalenia zawodowego



Opracowanie własne na podstawie:: Litzke, Schuh, 2007, s. 168.

Jednocześnie specyfika zachowań seniorów sprawia, że rzadko pozytywne informacje docierają będą od samych podopiecznych/klientów/pacjentów. Drugim etapem jest redukcja zaangażowania, tworzenie dystansu zarówno wobec osoby, na rzecz której świadczona jest pomoc, jak i innych członków personelu. Powstaje niechęć do pracy, która przestaje być przyjemnością, ogranicza się zakres swojej pracy, przestaje się myśleć o tym, co związane z pracą zawodową. Pojawiają się oznaki nieporozumień w rodzinie. Trzecia faza charakteryzuje się szukaniem winy za sytuację zawodową, którą postrzega się negatywnie. Jeśli za winnego niedoskonałości w wykonywaniu czynności zawodowych uznaje się sam opiekun, może to prowadzić do jego depresji. Jeśli to inni przyczyniają się do niekorzystnej sytuacji, to opiekun może stać się agresorem wobec tych osób. Oznaką przejścia w czwartą fazę jest stałe zmniejszanie się gotowości do pracy, kreatywności i motywacji. Brak jest własnych pomysłów na rozwiązywanie problemów zawodowych, dotknięty syndromem wypalenia zawodowego zaczyna popełniać błędy w wykonywanych działaniach, a z wykonania niektórych zadań rezygnuje, nie znosi krytyki innych, upierając się przy swoich racjach. Piąta faza to spłycenie emocjonalnego, duchowego i społecznego życia, podstawowym odczuciem wobec obowiązków zawodowych jest obojętność. Człowiek w tej fazie wypalenia zawodowego podobnie funkcjonuje także w domu, ograniczając swoją aktywność w szczególności w obszarach wymagających zaangażowania emocjonalnego czy fizycznego i występowanie objawów

psychosomatycznych. Ostatnią fazą syndromu wypalenia zawodowego jest zwątpienie w siebie, w sens tego, co się robi.

Inni badacze dostrzegają jeszcze więcej faz rozwoju syndromu wypalenia zawodowego. Zakładają oni, że najpóźniej po szóstym etapie niezbędna jest interwencja fachowców, by zapobiec dalszemu rozwojowi syndromu.

**Tabela 5. Stadia rozwoju syndromu wypalenia zawodowego według Freudenbergera, Northa**

Kolejność stadium	nazwa stadium	CHARAKTERYSTYKA
Stadium 1	Przymus ciągłego udowadniania własnej wartości	Chęć wydajnej pracy, zbyt duże oczekiwania względem siebie, nieakceptowanie własnych ograniczeń i możliwości
Stadium 2	Wzrost zaangażowania w pracę	Poczucie, że należy samodzielnie wykonać wszystkie zadania, unikanie pomocy
Stadium 3	Zaniedbywanie własnych potrzeb	Odsuwanie na plan dalszy własnych potrzeb, sięganie po używki, zaburzenia snu
Stadium 4	Zaburzona proporcja między potrzebami wewnętrznymi a zewnętrznymi wymogami	Utrata energii, pierwsze niewłaściwe zachowania, nieobowiązkowość
Stadium 5	Przewartościowane	Zmącona percepcja, przytępiony zmysł postrzegania, unikanie kontaktów przewartościowanie własnych priorytetów
Stadium 6	Zastosowanie mechanizmu wsparcia w konfrontacji z pojawiającymi się problemami	Odizolowanie od świata, dezawuowanie otoczenia, cynizm, brak cierpliwości i tolerancji, potrzeba profesjonalnej pomocy opiekunowi
Stadium 7	Ostateczne wycofanie się	Wycofanie się ze stawianiem barykad, wszyscy są przeciw, brak perspektyw, ucieczka w używki
Stadium 8	Znaczące zmiany w zachowaniu	Narastające wycofanie i izolacja, poczucie niezrozumienia i ataku ze strony innych
Stadium 9	Utrata poczucia, że się ma własną osobowość	Poczucie, że wykonuje się automatycznie polecenia z zewnątrz, braku autonomii
Stadium 10	Pustka wewnętrzna	Niechęć do działań, pustka, lęk, jednocześnie ataki paniki, fobie
Stadium 11	Ogólny stan zdeterminowany depresją	Obniżenie nastroju, rozpacz, poczucie bólu i braku zrozumienia
Stadium 12	Wypalenie pełnoobjawowe	Wyczerpanie psychiczne, podatność na choroby, wyalienowanie

Opracowanie własne na podstawie: Litzke, Schuh 2007, s. 169–171.

### Więcej na ten temat:

- J. Fengler, *Pomaganie mężczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP, Gdańsk, 2000.
- A. Steciwko, A. Mastalerz-Migas, *Stres oraz wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać, zapobiegać, leczyć*, Urban & Partner, Wrocław, 2012.
- S. M. Litzke, H. Schuh, *Stres, lobbying i wypalenie zawodowe*, GWP, Gdańsk, 2007.

### 2.2.3. Mobbing (A. Fabiś)

Pojęcie mobbingu pochodzi z języka angielskiego i oznacza dokuczanie, naprzykrzanie, krzywdzenie, atakowanie. W przypadku mobbingu działania te stają się systematyczne, a ich źródłem są uwarunkowania zewnętrzne oraz indywidualne predyspozycje osób biorących udział w tym procederze. Zjawisko mobbingu występuje w grupach, powstałych nie w wyniku swobodnego doboru, lecz przymusowej współpracy, często oparta w dodatku na układzie hierarchicznym, w których jedna osoba podlega innej. Dobrowolna przynależność do grupy pozostawia zawsze możliwość jej zmiany, w przypadku pracy zespołowej w ramach wykonywanego zawodu w określonym miejscu pracy, taka zmiana jest najczęściej utrudniona lub niemożliwa. Szykanowanie w miejscu pracy jest coraz bardziej powszechnym zjawiskiem, występującym w nierównych relacjach między dwoma podmiotami. W przypadku świadczenia pomocy/wsparcia/opieki osobom starszym oba podmioty – opiekun i podopieczny mogą być zarówno ofiarami, jak i agresorami. Dla pracownika socjalnego, opiekuna, terapeuty, duchownego, wolontariusza źródłem szykanowania może być zarówno sam podopieczny, jak również członkowie zespołu opiekuńczego, zwierzchnicy czy bliscy podopiecznego. Podopieczny może stać się agresorem z wielu przyczyn. Agresja, złość, brak zaufania do innych, bunt, zgorzkniałość i wiele innych postaw uwidocznia się w zachowaniach typowych dla osób podlegających stałej opiece, a w przypadku seniorów dochodzić mogą do tego nieprzepracowane lęki przed skończonością, umieraniem i własną śmiercią (Por. Fabiś 2013), generujące patologiczne zachowania wobec siebie i innych.

Nieumiejętne radzenie sobie osoby pomagającej z pierwszymi symptomami gorszego traktowania, powoduje eskalację zjawiska. Opiekun/pracownik socjalny jest jak większość zawodów, których celem jest pomoc innym, narażony na szykany ze strony osoby, na rzecz której działa. Problem ten jest szczególnie ważny ze względu na to, że na mobbing zdecydowanie bardziej narażone są kobiety, a w większości kobiety wykonują zawody opiekuńcze na rzecz osób starszych. Częściej ofiarami szykan w miejscu pracy są najmłodszy i najstarsi pracownicy. Wszelkie różnice mogą stać się zarzewiem konfliktu, na przykład wiek, płeć czy pochodzenie. Dla młodego personelu żeńskiego często

ciężką próbą jest konfrontacja ze starszymi mężczyznami, którzy czasami stają się uciążliwi wobec kobiet nie przepuszczając okazji do zalotów czy prowokacyjnego zachowania. Zauważono, że panie lepiej się czują, gdy wokół nich są młodzi mężczyźni: wolontariusze, praktykanci. Są wtedy uśmiechnięte, chętnie rozmawiają, dbają o swój wygląd. Rzadziej dochodzi do konfliktów kobiet z męskim personelem aniżeli z żeńskim. Starsze kobiety, choć chętnie przebywają z młodymi przedstawicielami personelu płci męskiej i szanują ich trud, to intymne czynności pielęgnacyjne powierzają chętniej kobietom (Por. Jaspers 2002, s. 519–521).

Konflikt jest naturalnym zjawiskiem w każdym miejscu pracy. Zasadniczą kwestią jest sam sposób radzenia sobie z nim. Konflikt może być inspiracją do udoskonalania opieki albo nawet tworzyć podwaliny do konstruktywnych zmian w pracy na rzecz osoby starszej. Natomiast nieporadzenie sobie z konfliktem prowadzić może do Mobbingu lub innych patologii w miejscu pracy.

Mobbing ze strony podopiecznego wobec opiekuna może przybierać wiele postaci -działania lub zaniechania działań. Mogą one utrudniać wykonywanie obowiązków, a czasami nawet zagrażać zdrowiu fizycznemu i psychicznemu opiekuna. Najczęściej mobbing ze strony podopiecznego przejawia się w następujących – często współwystępujących – formach:

- ➔ słowne obelgi,
- ➔ podejrzenia,
- ➔ grożenie,
- ➔ agresja fizyczna,
- ➔ ośmieszanie,
- ➔ przeszkadzanie w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych,
- ➔ izolowanie,
- ➔ niemoralne zachowanie,
- ➔ unikanie kontaktu.

Mobbing ze strony przełożonych i pozostałych członków zespołu przebiegać może jak w innych zespołach pracowników (Por. Wyka, Szmidt 2012). Specyficzna dla pracy z osobami starszymi jest natomiast relacja opiekuna/pracownika socjalnego z rodziną podopiecznego. Podstawą konfliktu i ewentualnego szykanowania opiekującego się są rozbieżności w oczekiwaniach bliskich z założoną strategią pomocy czy możliwościami ze strony wspomagających.



**Tabela 6. Fazy przebiegu mobbingu**

	<b>nazwa stadium</b>	<b>Działania mobbera</b>	<b>DZIAŁANIA OFIARY</b>
Faza 1	Konflikty, pojedyncze zajścia	Irytacja i pobudliwość, szukanie merytorycznych argumentów uzasadniających własne poglądy, starania o rozwiązanie konfliktu, towarzyszenie lęku, zdenerwowania, niepewności	
Faza 2	Rosnący przymus samoobrony jako podprogowa przesłanka mobbingu	Postrzeganie swoich racji jako zagrożonych, próba sprowokowania przeciwnika do niekontrolowanych reakcji, gotowość do obejścia norm społecznych, by wzmocnić własną pozycję, stres	
Faza 3	Eskalacja konfliktu	Wykluczanie ze współpracy, kolejne ataki, sugerowanie ofierze odejścia, izolowanie, wzmocnienie ze strony przełożonych	Utrata akceptacji i szacunku, wzrasta niepewność, popełnianie błędów, złe samopoczucie/choroba, utrata nadziei na sprawiedliwe rozwiązanie konfliktu
Faza 4	Błędne diagnozy lekarskie		Pogorszenie stanu zdrowia, osłabienie z powodu często nietrafnie postawionej diagnozy lekarzy i psychologów
Faza 5	Faza końcowa	Odstawianie na tor boczny, wykluczanie, izolowanie, zlecenie bezsensownej pracy, stygmatyzowanie, wzmocnienie mobbera przez inne osoby, rozsiewanie plotek, poszukiwanie nowych punktów zapalnych	Izolacja, wykluczenie, próba rozwiązania konfliktu, agresja wobec mobbera, społeczna izolacja, myślenie w kategorii winy i zadośćuczynienia, nieufne i opryskliwe reakcje

Opracowanie własne na podstawie: Litzke, Schuh, 2007, s. 138–140.

**Więcej na ten temat:**

- S. M. Litzke, H. Schuh, *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, GWP, Gdańsk, 2006.
- T. Wyka, C. Szmidt (red.), *Wieloaspektowość mobbingu w stosunkach pracy*, Poltext, Warszawa, 2012.
- J. Marciniak, *mobbing, dyskryminacja, molestowanie – Zasady przeciwdziałania*, Wolters Kluwer, Warszawa, 2011.

## 2.2.4. Zapobieganie zagrożeniom i profesjonalizacja w działaniach pomocowych (A. Fabiś)

Obciążenia, wynikające ze specyfiki bezpośredniej pracy na rzecz osób starszych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych często prowadzą do bardzo poważnych następstw: permanentny stres, depresja, wypalenie zawodowe, narażenie na mobbing. Badania wielu środowisk zdają się potwierdzać tę prawidłowość (Por. Litzke, Schuh, 2006). Nie oznacza to jednak, że wykonywanie tego zawodu skazane jest na niepowodzenie. Obok wielu uciążliwości i zagrożeń istnieje też możliwość czerpania satysfakcji. Wynika ona z pozytywnych motywacji, z umiejętności dostrzegania nawet drobnych sukcesów, z poczucia dobrze wykonanej pracy na rzecz trudnego, ale potrzebującego odbiorcy. Pomaganie innym skłania jednocześnie do pracy nad sobą, nad własnym warsztatem pracy. Zagrożenia wynikające z pracy opiekuńczej, socjalnej, wychowawczej z cierpiącymi, umierającymi, niepełnosprawnymi czy przewlekle chorymi zmuszają do szczególnego zatroszczenia się o samego siebie. Ogromnego znaczenia w tym przypadku nabiera umiejętność odpoczynku od pracy, relaksu, oddzielenia życia zawodowego od prywatnego, jasnego stawiania granic pomiędzy życiem zawodowymi a prywatnym, nieprzenoszenia do sfery życia prywatnego problemów zawodowych, dystansu emocjonalnego do wykonywanych zawodowo zadań. Nie jest to łatwe, gdy opiekujący się jest zaangażowany w to, co robi, gdy towarzyszą temu emocje, ale konieczne ze względu na higienę pracy. Ze strony pracodawcy natomiast, oczekiwać by należało stworzenia odpowiednich warunków do należytego wypoczynku, urlopów szkoleniowych i zdrowotnych, także do zapewnienia czynnym zawodowo opiekunom ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, pozyskiwania najbardziej aktualnej wiedzy, nowych umiejętności i kompetencji, pozwalających efektywnie wykonywać swój zawód z jednoczesną ochroną samego siebie.

Rozwój kluczowych kompetencji w opiece nad osobami starszymi zmniejsza ryzyko powstania zjawiska wypalenia i innych zagrożeń. Zarówno profesjonalni, jak i nieprofesjonalni członkowie zespołu wspomagającego osoby starsze powinni przejść odpowiednie przeszkolenie i stale się doskonalić. Taki model programu edukacyjnego, wyodrębniając siedem modułów, proponują E. S. Stevens-Rozeman i P. Leung (za: Rosalska, 2008, s. 246):

- ➔ Budowanie relacji, zaufania i podejścia ukierunkowanego na pomoc osobom starszym;
- ➔ Komunikacja z seniorami z zaburzeniami pamięci;
- ➔ Wpływ chronicznego bólu na zachowania osób starszych;
- ➔ Rozpoznawanie depresji u osób starszych;
- ➔ Praca z osobami starszymi i ich rodzinami;
- ➔ Troska o samego siebie (*self-care*);
- ➔ Lokalne zasoby ukierunkowane na wsparcie seniorów mieszkających samodzielnie.

Innym sposobem radzenia sobie z problemami zawodowymi, zapobiegającym szerzeniu się niekorzystnych zjawisk i rozwoju zagrożeń zawodowych, jest superwizja. Celem superwizji jest „przepracowanie” konkretnych przypadków z praktyki uczestnika/uczestników superwizji. Tematyka spotkań superwizyjnych zawsze odwołuje się do interakcji społecznych w pracy zawodowej. Efektem jest wzmocnienie działań opiekuna/pracownika socjalnego poprzez próbę modyfikacji jego błędnych działań, poprzez utwierdzenie go w słusznych decyzjach, poprzez szukanie nowych rozwiązań, pomoc w rozwiązywaniu konfliktów itp. Celem superwizji jest nie tylko doskonalenie umiejętności społecznych i warsztatu metodycznego wspomagającego osoby starsze, jest także formą działań profilaktycznych chroniących go przed zagrożeniami wynikającymi z pracy z niepełnosprawnymi seniorami bądź naprawczych, łagodzących skutki tychże obciążeń. Superwizja jest formą uczenia się postępowania z podopiecznym, jest konfrontacją ambicji, oczekiwań, wymagań opiekuna osób starszych z rzeczywistością, zapisaną w doświadczeniach superwizora czy innych uczestników superwizji grupowej. Psychoterapeuci postrzegają superwizję za jedną z najlepszych, jeśli nie najlepszą metodę uczenia się psychoterapii. Doceniana jest także przez nauczycieli dorosłych i pracowników socjalnych. W pracy opiekuńczej z osobami starszymi superwizja może stanowić dużą pomoc w doskonaleniu niezbędnych kompetencji.

**Tabela 7. Rodzaje superwizji i ich charakterystyka**

Typ superwizji	Opis
Indywidualna	Uczestnicy: superwizor i opiekun Cel: rozwój kompetencji społecznych, wsparcie w rozwiązywaniu problemów zawodowych Czas trwania jednostki: 60 min.
Zespołowa	Uczestnicy: cały (interdyscyplinarny) zespół opiekuńczy Cel: rozwiązanie konfliktów w zespole i usprawnienie działania zespołowego Czas trwania jednostki: 90 min.
Grupowa	Uczestnicy: grupa opiekunów z różnych ośrodków i superwizor Cel: rozwój kompetencji społecznych oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów zawodowych Czas trwania jednostki: 90 min.
Koleżeńska	Uczestnicy: opiekun i opiekun w roli superwizora Cel: rozwiązanie problemów zawodowych i profesjonalizacja opieki Czas trwania jednostki: według potrzeb
Coaching	Uczestnicy: superwizor i zwierzchnik opiekunów Cel: profesjonalizacja zarządzaniem zespołem opiekunów

*Opracowanie własne na podstawie: B. M. Jaspers 2002..*

Najczęściej występujące formy superwizji w zawodach, których praca wiąże się z bezpośrednim działaniem z drugim człowiekiem, to superwizja indywidualna, zespołowa i grupowa. Każda z tych form ma specyficzne cele i nie wykluczają się one wzajemnie, przeciwnie – udział w wielu formach superwizji poszarza profesjonalność pomocy, opieki i wsparcia oraz wzmacnia dbałość o jakość i higienę pracy.

Superwizja może przybierać formę pracy indywidualnej na zasadzie bezpośredniego spotkania superwizora z opiekunem/pracownikiem socjalnym. W tym procesie kształcenia na plan pierwszy wysuwane jest doskonalenie umiejętności pracy z innym człowiekiem, a punktem odniesienia jest osobowość opiekuna. Superwizorem jest profesjonalista, osoba o odpowiednim wykształceniu, stale podnosząca swoje kwalifikacje, z doświadczeniem zawodowym, legitymująca się sukcesami zawodowymi.

Superwizja zespołowa jest formą pracy wykwalifikowanego zewnętrznego superwizora z całym zespołem, stale ze sobą współpracującym. W centrum zainteresowania zespołu i superwizora jest praca zespołowa, a w szczególności trudności wynikające z pracy w grupie profesjonalistów. Poprzez analizy kontrowersyjnych sytuacji, dyskusje, przedstawienie propozycji rozwiązania konfliktów dochodzi się do wspólnych wniosków, a zasadniczym celem superwizji zespołowej jest stworzenie konstruktywnych rozwiązań, których zastosowanie pozwoli na podniesienie jakości pracy wszystkich członków zespołu.

Superwizja grupowa to spotkanie opiekunów z różnych ośrodków. Stwarza ona możliwość wymiany doświadczeń i omawiania sytuacji trudnych, kontrowersyjnych, których przedstawienie i „przepracowanie” daje możliwości uczenia się z biografii i doświadczenia innych. Jest to także okazja do otwarcia się na nowe rozwiązania, na wpływy niezwiązanych z własnym środowiskiem idei, na konfrontację i porównanie sprawdzonych rozwiązań.

Istnieją także mniej formalne działania superwizyjne, takie jak superwizja koleżeńska, w których rolę superwizora przejmuje kolega z zespołu i na zasadzie wymiany doświadczeń, dyskusji, wyrażanych spostrzeżeń podejmowania jest próba znalezienia potrzebnych w omawianej sytuacji rozwiązań.

Udział w superwizji jest zawsze nieocenionym doświadczeniem dla każdego z uczestników. W superwizji grupowej i zespołowej młodzi stażem pracownicy poznają rzeczywiste przypadki z najbliższego środowiska i mają okazję uczyć się z doświadczenia innych opiekunów, poznają ich metody działań, konfrontują swoją wiedzę, zdobytą w procesie

kształcenia z rzeczywistością. Dla doświadczonych w pracy na rzecz osób starszych udział w superwizji jest formą doskonalenia swoich działań, dzięki wymianie doświadczeń z innymi opiekunami i superwizorem, czy poprzez otrzymywanie porad, informacji zwrotnych o ich praktyce zawodowej – chroni przed wypaleniem i rutyną. Nowi opiekunowie/pracownicy socjalni wprowadzają świeże poglądy, nie są zniewoleni przez rutynę, posiadają aktualną wiedzę, zdobytą w toku kształcenia, mają zapał i chęć do pracy. Superwizja jest także pewnego rodzaju terapią. Następuje wymiana informacji o swoich problemach, odczuciach, wątpliwościach. Uczestnicy wraz z superwizorem wzajemnie się wspierają poprzez odwoływanie się do własnych doświadczeń, tworzenie nowych rozwiązań trudnych sytuacji, a nawet poprzez sam fakt bycia wysłuchanym.

Superwizja w pracy z osobami starszymi jest orężem w walce z obciążeniami, cechującymi profesje, w których dochodzi do bezpośrednich, długotrwałych interakcji z innymi osobami, a jakość pracy uzależniona jest także od pracy zespołowej. Jest narzędziem do profesjonalizacji pracy, a jej głównymi zaletami są:

- ➔ „umożliwianie »przepracowywania« problemów i konfliktów zarówno na płaszczyźnie racjonalnej, jak i emocjonalnej,
- ➔ poprzez superwizję zostają poddawane stałej refleksji stosunki międzyludzkie w miejscu pracy oraz warunki pracy,
- ➔ poprzez fakt, że podczas superwizji omawiane są konkretne przypadki, wzrastają kompetencje uczestników adekwatne do sytuacji z codziennego życia zawodowego,
- ➔ możliwość wyrażania podczas superwizji także uczuć negatywnych, takich jak odrzucenie, frustracja, agresja, oddziałuje odciążająco,
- ➔ wspólna praca nad problemami i konfliktami odciąża pracowników, dzięki temu nie mają oni poczucia bezradności i pozostawienia samemu sobie,
- ➔ superwizja umożliwia w sytuacjach wzmożonych wymagań (np. przy braku odpowiedniej liczby personelu) lepiej wykorzystywać zasoby, stawiać granice i lepiej artykułować swoje propozycje zmian, a w szczególności krytykę” (Marwedel, 2004, s. 297).

Korzyści wynikających z uczestnictwa w superwizji wszystkich członków zespołu opiekuńczego jest wiele i mają one bezpośrednie zastosowania w opiece nad osobą starszą:

- ➔ „budowane jest zrozumienie dla innych grup zawodowych (np. psychoterapeutów), przez to polepszeniu ulega współpraca między różnymi grupami zawodowymi,
- ➔ można się nauczyć artykułowania własnych potrzeb,
- ➔ konflikty w zespole mogą być na forum omawiane, a to stwarza szanse ich lepszego rozwiązania,

- ➔ uczestnicy superwizji lepiej się poznają, co sprzyja tworzeniu się odpowiedniej atmosfery w pracy,
- ➔ można się nauczyć rozpoznawać w odpowiednim czasie przeciążenia i je bez obaw omawiać,
- ➔ łatwiej jest wspólnie tworzyć realistyczną wizję tego, co jest »do zrobienia«,
- ➔ superwizja pozwala personelowi opiekuńczemu znaleźć odpowiedni środek między bliskością a dystansem do podopiecznego,
- ➔ wzmocnieniu ulega cierpliwość i wytrwałość wobec podopiecznego,
- ➔ opiekunowie lepiej sobie radzą ze smutkiem i poczuciem bezradności, które generuje praca z osobami ciężko chorymi i umierającymi,
- ➔ własne błędy związane z postrzeganiem, stereotypami, uprzedzeniami, nierealnymi obrazami siebie samych i innych mogą zostać rozpoznane i zmienione, na co pozwala atmosfera akceptacji podczas superwizji,
- ➔ własne problemy natury psychologicznej jak np. »syndrom niosącego pomoc« czy depresja mogą zostać odpowiednio wcześniej rozpoznane, a dzięki radzie superwizora podjęta odpowiednia terapia” (Tamże, 2004, s. 297–298).

Współcześnie wykonywanie prawie każdego zawodu wymaga stałego podnoszenia kwalifikacji, rozszerzania kompetencji, aktualizowania wiedzy. Nie inaczej jest w przypadku profesji, mających na celu wspieranie osób starszych. Nowe rozwiązania, koncepcje, doniesienia z badań stale udoskonalają praktykę w zakresie opieki nad niepełnosprawnymi osobami starszymi i ich wspierania. By stale aktualizować pogłębiać i rozszerzać swoją wiedzę fachową, by rozwijać swoje kompetencje, by podtrzymywać kontakt ze środowiskiem, niezbędna jest edukacja. Ciągłe kształcenie odbywać się może w wielu formach, a szczególnego znaczenia nabiera samokształcenie jako narzędzie permanentnego dążenia do perfekcji w swoim fachu. W przypadku niezorganizowanych form kształcenia ogromną rolę odgrywa czytelnictwo. W każdym kraju wysoko rozwiniętym można odnaleźć książki z zakresu opieki nad osobami starszymi, poradniki dla opiekunów i kilka tytułów czasopism fachowych z zakresu pomocy osobom starszym, ich wsparcia oraz opieki nad nimi. Są to publikacje skierowane do praktyków, gdzie następuje wymiana informacji, doświadczeń, opisywane są nowe koncepcje naukowe, przedstawiane są studia przypadków itp. Coraz częściej podobną rolę pełnią czasopisma i portale internetowe. Wtedy dostęp do tych danych jest szybszy i łatwiejszy. Umożliwiają one także prowadzenie dzienników i forów dyskusyjnych, których wartość dla użytkowników jest nieoceniona. Dzienniki czy blogi pisane z myślą o tym, że inni będą je czytać, budzą wątpliwości co do ich autentyczności, szczerości, jednak nie można odmówić im wartości poznawczych, a wiarygodne teksty pomagają spojrzeć na rzeczywistość z perspektywy innego

– chorego, opiekuna, członka rodziny podopiecznego itp. Szczególnie fora dyskusyjne stają się sposobem na otwarcie się na inne spojrzenie, dają szansę anonimowego postawienia pytania, wyrażenia wątpliwości czy prośby o pomoc. W tym przypadku anonimowość jest zaletą, nie ogranicza, pozwala zabrać głos, którego nie można wyrazić wśród swoich kolegów z pracy czy podopiecznych. Internet staje się miejscem nowoczesnej wymiany informacji, inspiruje do zmian, skłania do refleksji.

**Więcej na ten temat:**

- M. Grewiński, B. Skrzypczak (red.), *Superwizja pracy socjalnej*, WSP im. J. Korczaka, Warszawa 2014.
- M. C. Gibert, K. Evans, *Superwizja w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2004.
- A. Olech, *Etos zawodowy pracowników socjalnych. Wartości, normy, dylematy etyczne*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, „Śląsk”, Katowice 2006.

# Zakończenie

Zaprezentowany w niniejszej publikacji zakres zagadnień związanych ze starością jako zjawiskiem społecznym i jej implikacjami w sferze pracy socjalnej stanowić ma materiał niezbędny dla osób, które zawodowo, lecz także prywatnie zaangażowane są w opiekę i wsparcie na rzecz osób starszych. Opisywana problematyka jest tyle ważna, co trudna, a jej zgłębianie konieczne dla coraz większej rzeszy osób.

Starość współcześnie urosła do rangi *problemu* społecznego. Zakres wiedzy, dotyczący starości jako naturalnej kolei ludzkiego rozwoju, jest niewystarczający i jednocześnie charakterystyczny dla współczesnego społeczeństwa ceniącego szczególnie młodość, modę i sukces. Przyczyn takiego stanu wiedzy jest wiele, lecz z pewnością jedną z nich jest brak społecznej akceptacji dla starości jako naturalnego zjawiska, jej nieobecność w mediach oraz w dyskursie społecznym, a także brak zainteresowania okresem życia, z którym większość ludzi nie wiąże już specjalnie wielkich nadziei i planów.

Starość staje się coraz dłuższym okresem w życiu współczesnego człowieka ze względu na zwiększającą się długość życia. Mamy coraz więcej szans na dożycie późnych lat w stosunkowo dobrym zdrowiu, co nie oznacza, że nie powinniśmy się do tego okresu życia przygotowywać od wcześniejszych lat. Oznacza jednocześnie, że mamy coraz więcej lat do przeżycia w starości, ten wydłużający się czas dany i zadany do przeżycia w starości implikuje konieczność wypełniania go takimi treściami, które pozwolą na aktywne, pomyślne zestarzenie się. Stąd właśnie bierze się promowanie pomyślnego, bo aktywnego starzenia się, a aktywizacja i aktywność na stałe weszły do kanonu badań nad społecznym wymiarem starzenia się. Trzeba jednak pamiętać, że starość to okres życia bardzo polimorficzny, generalnie i arbitralnie przyjmuje się podział starości na wczesną i późną, gdzie do pierwszej przypisuje się głównie potrzeby z obszaru rozwoju i aktywność, implikujące aktywizację seniorów. I późną, gdzie na skutek zmian w poziomie sprawności funkcjonalnej osób starszych dominować zaczynają potrzeby implikujące konieczność



działań z obszaru pomocy, opieki i wsparcia czy też szeroko pojmowanej pracy socjalnej. W działaniach pierwszego rodzaju wykazujemy głównie dążność do zachowania przez osoby starsze satysfakcji, samodzielności i samowystarczalności do jak najpóźniejszych lat życia, co jest gwarantem utrzymania seniorów w ich własnym znanym środowisku rodzinnym, mieszkalnym, lokalnym. W pracy opiekuńczej i pomocowej za priorytet uznajemy zachowanie przez osoby starsze tożsamości, podmiotowości i godności.

Jakkolwiek powszechną stanie się w ciągu najbliższych dekad starość jako zjawisko społeczne, nadal wymagane będzie kształcenie odpowiednich służb w celu pomocy i opieki nad seniorami wymagającymi specjalnych warunków życia oraz postępowania – począwszy od organizowania czasu wolnego na emeryturze, aktywizacji i wspierania w rozwoju, po pomoc w codziennych czynnościach, zapewnienie bytu w placówkach opieki i pielęgnację w chorobie niesprawności.

Niedobór zarówno w zakresie wiedzy o starości, jak i w zakresie specjalistów świadczących fachową pomoc i opiekę seniorom, jest poważnym problemem i wyzwaniem dla polityki społecznej na najbliższe lata. Dane i prognozy demograficzne oraz ekonomiczno-społeczne wskazują na konieczność doskonalenia tej dziedziny rynku, gospodarki, a przede wszystkim polityki zdrowotnej i socjalnej, która ma istotny wpływ na funkcjonowanie i optymalizację tego funkcjonowania osób starszych w społeczeństwie.

Osoby starsze są grupą, która (jedynie) z racji wieku ma znacząco ograniczony dostęp do dóbr społecznie pożądaných, co może oznaczać, że starzenie się wiąże się z nieuchronnym pogłębianiem nierówności społecznej ludzi. Im starszy człowiek, tym trudniejsza alokacja dóbr i tym samym obniżona jego pozycja społeczna.

Dostęp emerytów do pożądaných dóbr jak: prestiż, władza, szacunek, wykształcenie, zdrowie, własność, bogactwo ma najczęściej wymiar niskich emerytur, wysokich kosztów leczenia i utrzymania, ograniczonej liczby stanowisk pracy oraz nikłej pomocy finansowej udzielanej najbliższym.

Rodzina, która zawsze była naturalnym środowiskiem opieki i wsparcia dla seniorów, współcześnie ma coraz więcej problemów na drodze wywiązywania się z tego rodzaju powinności i zobowiązań. Pokolenie „sandwichów” to dorośli, którzy obciążeni są opieką nad własnymi dziećmi i jednocześnie zagrożeni koniecznością sprawowania opieki i niesienia pomocy własnym rodzicom, a nieraz i dziadkom. We współczesnych rodzinach jednaków bywa i tak, że stają w sytuacji zajmowania się niesprawnymi rodzicami, a także teściami, co przekracza ich możliwości fizyczne, ekonomiczne i organizacyjne.

W dobie atomizacji rodzin oraz powszechnej migracji, samotność osób starszych (rodziców, dziadków) staje się naturalną, choć niebezpieczną i niechcianą konsekwencją starzenia się, przejścia na emeryturę i odsunięcia od życia społecznego. Samotność z kolei naraża seniorów na izolację, regres i wykluczenie.

Rodzina, jako naturalni opiekunowie osób starszych, mogą tym zjawiskom zapobiegać, gorzej, kiedy nie są grupą na tyle wydolną, by takie przedsięwzięcie podjąć i wykonać. Wówczas nieocenioną okazuje się pomoc społeczna oraz różnego rodzaju instytucje i organizacje – także pozarządowe – do zadań takich powołane.

Stawiane przed pomocą społeczną zadania wynikają z naturalnego cyklu życia, a modyfikowane są przez zmieniające się warunki egzystencji i potrzeby będące wyrazem postępu cywilizacyjnego i zmian w obyczajowości. Zadania opieki społecznej oraz możliwości ich realizacji powinny zawsze nadszalać za potrzebami odczuwanymi przez poszczególne grupy społeczne, stąd potrzeba ciągłego doskonalenia się, uczenia.

Seniorzy, będący jedną z grup najbardziej narażonych na konieczność korzystania z systemowej opieki i pomocy, odczuwają zmiany swoich potrzeb i zauważają niewystarczający zakres usług medycznych i opiekuńczych zapewnianych przez państwo tej grupie.

Potrzeby, odczuwane bardziej dojmująco niż w innych fazach życia wraz z kryzysami wpisanymi w jego cykl, stanowią główny obszar kompensacji i pracy dla służb socjalnych. Ich praca, umiejętności i kompetencje mają zapobiegać u seniorów poczuciu niezadowolenia z własnego losu, osamotnieniu, opuszczeniu i izolacji, doświadczaniu niedostatku, krzywd oraz bezsilności i bezsensu.

Zaangażowanie pracowników socjalnych może polepszyć społeczny wizerunek starości i podnieść jakość życia w ostatniej jego fazie nie tylko poprzez zapewnienie osobom starszym właściwej opieki i pomocy w trudnych sytuacjach, ale także dzięki aktywizacji i włączaniu ich w życie społeczne, którego są naturalnym ogniwem.



## **Adaptacja mieszkań**

Przebudowa pomieszczeń/mieszkań w celu spełniania przez nie innych niż dotąd funkcji użytkowych, przystosowanie istniejącego pomieszczenia do nowych wymogów – tu – potrzeb seniorów.

## **Deprywacja i ekskluzja społeczna**

Starszego pokolenia to odsunięcie osób starszych od uczestnictwa społecznego oraz udziału w szeroko pojętym podziale dóbr.

## **Diagnoza społeczna**

Rozpoznanie określonych sytuacji, zdarzeń i społecznych uwarunkowań funkcjonowania wybranej grupy społecznej. Opracowanie diagnozy społecznej jest niezbędnym elementem poprawnie zaplanowanego procesu wprowadzania zmian: zarówno jeśli planowane są całkowicie nowe rozwiązania, jak i gdy konieczność dokonania konkretnych zmian wynika z uciążliwości obecnych warunków.

## **Fundacja**

Forma prawna organizacji pozarządowej, instytucja, której podstawą jest majątek przeznaczony przez jej założyciela na określony cel (dobroczynny, kulturalny).

## **Fundusz Inicjatyw Obywatelskich**

FIO – jest instrumentem programowym i finansowym zwiększający dynamikę rozwoju społeczeństwa obywatelskiego oraz przejawem, wypracowanej w partnerstwie publiczno-społecznym, troski o rozwój aktywności obywatelskiej i potrzeby wzmocnienia miejsca i roli trzeciego sektora w realizacji zadań publicznych.

## **Gerontologia**

Nauka o starzeniu się i starości.

## **Grupa wsparcia**

Grupa osób o podobnych problemach zrzeszająca się celem wspólnego rozwiązywania swojego głównego problemu, wspierana działaniami profesjonalnego terapeuty/ terapeutki.

## **Jakość życia**

W starości określana jest przez poziom zaspakajania poszczególnych potrzeb seniora, wśród których najistotniejszymi są: zdrowie, kontakty społeczne i uczestnictwo w życiu, posiadanie i relacje z rodziną, możliwości realizacji własnego planu, autonomia, możliwość rozwoju.

## **Kompleksowa Opieka Geriatryczna**

KOG – jest to wielokierunkowy, zintegrowany proces diagnostyczny, którego celem jest ustalenie zakresu zaburzenia zdrowia, priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb oraz możliwości zapewnienia dalszego leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i opieki. Chodzi o określenie zdolności osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania oraz ustalenie jej potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych. Ocena powinna więc być przeprowadzana przez zespół terapeutyczny (lekarz, psycholog, rehabilitant, pielęgniarka i pracownik socjalny) we współpracy z rodziną pacjenta.

## **Kryzysy**

W fazie starości to punkty zwrotne, sytuacje trudne, w rozwiązanie których człowiek musi włożyć różnego rodzaju wysiłek i aktywność.

## **Mobbing**

Przemoc w miejscu pracy ze strony współpracowników lub osoby, która jest wspomagana i/bądź jej rodziny.

## **Nadużycia wobec ludzi starych**

To działanie intencjonalne, kiedy sprawca świadomie powoduje ból i cierpienie ofiary, lub też niezamierzone – spowodowane np. brakiem umiejętności sprawowania opieki nad osobą starszą.

## **Opieka**

Działanie mające na celu zaspokojenie potrzeb ponadpodmiotowych osoby, poprzez stwarzanie szans i warunków rozwojowych do samodzielnego zaspokojenia potrzeb podmiotowi bądź też poprzez bezpośrednie działanie na podopiecznego.

## **Opieka hospicyjna**

Inaczej opieka paliatywna, to całościowy system oddziaływania na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej i duchowej wobec pacjenta w fazie terminalnej choroby oraz jego rodziny, a celem jest poniesienie jakości życia podmiotów oddziaływań.

## **Opiekun rodzinny**

Osoba spokrewniona, nieprofesjonalnie zajmująca się opieką nad osobą niezdolną do samodzielnego zaspokajania swoich potrzeb.

## **Polipragmazja**

Pobieranie przez chorego co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań.

## **Pomoc**

Działanie krótkotrwałe mające charakter ratowniczy, którego celem jest doraźne wsparcie osoby w trudnej sytuacji życiowej.

## **Pomoc społeczna**

Jest instytucją dążącą do umożliwienia osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, jakich nie są w stanie pokonać przy użyciu własnych zasobów, możliwości i uprawnień. Systemowe rozwiązania w tej sferze najczęściej obejmują pomoc pieniężną i rzeczową, pomoc w usługach, pomoc zorganizowaną instytucjonalnie w postaci zapewnienia pobytu w placówce świadczącej całodobową opiekę. Pomoc społeczna jest jednym z narzędzi polityki społecznej.

## **Pomocniczość – subsydiarność**

Zasada subsydiarności mówi, że władza powinna mieć znaczenie pomocnicze, wspierające w stosunku do działań jednostek, które ją ustanowiły. Tam, gdzie nie jest to konieczne, państwo powinno pozwolić działać społeczeństwu obywatelskiemu, rodzinom, wolnemu rynkowi. W sytuacji wymagającej interwencji, winno natomiast rozwiązywać problem na szczeblu możliwie najbliższym obywatelom, a więc raczej w gminach niż w regionach i raczej w regionach niż w centrum.

Jest to jedna z najważniejszych zasad pracy socjalnej, która sprowadza się do poglądu, że obowiązkiem społeczności jest wspomaganie jej części składowych w naturalnym rozwoju. Istotnym założeniem jest zakres tej pomocy: społeczność nie może ingerować w sprawy, z którymi poszczególne jednostki są w stanie poradzić sobie same, lecz jedynie tam, gdzie pomoc jest niezbędna.

### **Pomyślnie starzenie się**

To ogólnie pojmowane dobre samopoczucie, będące wynikiem odczuwania satysfakcji życiowej.

### **Postawa**

Uwewnętrzniona przez jednostkę, wyuczona skłonność (akt woli przejawiający się w czynach) do reagowania w społecznie określony sposób, szczególnie przez podejmowanie określonych działań w odpowiedzi na oczekiwania społeczne.

### **Potrzeba**

To składnik osobowości. Potrzeby wiążą się z odczuwaniem braku czegoś, co ma znaczenie dla życia jednostki. Potrzeba jest to napięcie wewnętrzne organizmu dynamizujące, aktywizujące i ukierunkowujące czynność zdobywania tego, co jest ważne, niezbędne i konieczne dla normalnego funkcjonowania człowieka.

### **Praca socjalna**

Jest jednym z kluczowych obszarów, na których realizowana jest pomoc społeczna. Formy opieki, pomocy i wsparcia w ramach pomocy społecznej kierowane są do osób w kryzysie oraz do ich najbliższego otoczenia (rodziny, społeczności).

### **Przemoc**

To wyrządzanie krzywdy człowiekowi. Przybierać może różne formy jak: bicie, uszkodzenia ciała, maltretowanie psychiczne, wykorzystywanie materialne, seksualne, izolacja czy zaniedbania w sferze opieki i dostępu do możliwości realizacji potrzeb.

### **Satysfakcja życiowa**

Jest subiektywnym odczuciem określającym zadowolenie z własnych osiągnięć, postępowania, życia. Jest to zbilansowana wartość, na którą składa się ocena wcześniejszego życia, obecnego życia oraz wszelkich życiowych dokonań.

### **Starość**

To nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu.

### **Stowarzyszenie**

Definiuje się jako dobrowolne, samorządne, trwałe zrzeszenie o celach nie zarobkowych.

### **Strata**

To stan osierocenia, utrata bliskiej osoby.

### **Ubóstwo**

To problem społeczny rozumiany jako brak dostatecznych środków materialnych do życia, określane także jako bieda i niedostatek, charakteryzujący się stanem poniżej pewnego, zmiennego w czasie, progu dochodowego lub progu realizacji potrzeb jednostki.

### **UTW**

Uniwersytet trzeciego wieku jest instytucją skierowaną do emerytów, zapewniającą im wartościowe spędzanie czasu wolnego poprzez uczenie się i udział w zajęciach kulturalnych, rekreacyjnych i sportowych.

### **Wiek biologiczny**

Mówi o stopniu ogólnej sprawności i żywotności organizmu, określanym często jako stopień sprawności życiowej.

### **Wiek ekonomiczny**

Wiąże się z zajmowanym przez człowieka miejscem w systemie społecznego podziału pracy i jest najczęściej określany przy pomocy takich pojęć jak: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny, poprodukcyjny.

### **Wiek psychiczny**

Określa jakość funkcji intelektualnych, sprawności zmysłów i zdolności przystosowawczych człowieka.

### **Wiek socjalny**

Związany jest z prawem do świadczeń z zabezpieczenia socjalnego na podstawie aktów prawnych uznających okres starości za uprzywilejowany w tym zakresie.



### **Wiek społeczny**

Odzwierciedla sytuację społeczną jednostki poprzez określenie jej miejsca w społeczeństwie i pełnienie przez nią określonych ról.

### **Wielochorobowość**

Współwystępowanie chorób psychicznych i somatycznych, współistnienie kilku schorzeń naraz wymagających specyficznego leczenia.

### **Wielolekowość**

Jednoczesne stosowanie przez chorego codziennie znacznej liczby leków.

### **Wolontariat**

Dobrowolne, nieodpłatne, bezinteresowne działanie na rzecz drugiej osoby.

### **Wsparcie**

Forma wspomagania drugiego człowieka, nieinwazyjna, najczęściej ma charakter czasowy.

### **Wsparcie społeczne**

Pomoc dostępna jednostce w sytuacjach trudnych. Zachowania pomocne w zaspokajaniu potrzeb w trudnych sytuacjach oferowane przez osoby znaczące i grupy odniesienia danej osoby.

W ujęciu strukturalnym, wsparcie społeczne jest określane jako obiektywnie istniejąca i dostępna sieć społeczna, która wyróżnia się od innych tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełni funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych.

W ujęciu funkcjonalnym wsparciem społecznym nazywamy taki rodzaj interakcji społecznych, które zostają podjęte przez jednego lub obu (udzielającego wsparcia i odbierającego go) uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej czy krytycznej.

Wsparcie społeczne jest rozumiane także jako ważny czynnik, wpływający na tzw. scenariusze biograficzne jednostek. Istnienie, oddziaływanie i dostępność takiego wsparcia wpływa na funkcjonowanie jednostki, na jej stosunek do problemów, a także na zdrowie.

### **Wypalenie zawodowe**

Stan fizycznego, psychicznego i emocjonalnego wyczerpania, związany z wykonywaniem zawodu.

### **Zaniedbanie**

To pasywna forma przemocy. Rozumiane jest jako niezapewnienie lub uniemożliwienie zaspokojenia potrzeb osobie starszej. Wśród form zaniedbania wskazuje się brak należytej opieki, odmowa lub zaniedbanie w pełnieniu opieki lub zaspokojeniu potrzeb, zaniedbanie psychiczne (odrzućenie, izolacja).

### **Żałoba**

Czas, w którym osoba po stracie, powraca do prawidłowego funkcjonowania.



# Bibliografia

*Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 2, (2011b), Z. Szarota (red.), Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.

Badura-Madej W. (1999), *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, W. Badura-Madej (red.), Interart, Katowice.

Boczoń J., Toczyski W., Zielińska A. (1993), *Ubóstwo jako zjawisko społeczne oraz przedmiot pracy socjalnej*, [w:] *Pedagogika społeczna*, T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), „Żak”, Warszawa.

Boyd D., Bee, H. (2008), *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań.

Brandenburg H., Huneke M. (2006), *Professionelle Pflege alter Menschen*, Kohlhammer, Stuttgart.

Broda-Wysocki P. (2010), *Pomoc społeczna w Polsce – koncepcja i instrumenty*, Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – profesjonalny dialog na rzecz Europy Socjalnej”, UKSW, Warszawa.

Bromley D. B. (1969), *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa.

Bujacz A., Skrzypska N., Zielińska A. M., *Publiczna przestrzeń miejska, wobec potrzeb seniorów. Przykład Poznania*, „Gerontologia Polska” 2(20)/2012.

Burisch M. (1989), *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschoepfung*, Springer Verlag, Hamburg.

Car J. (2004) *Epidemiologia niepełnosprawności w podeszłym wieku*, [w:] *Samodzielność ludzi starszych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne*, Oddział Mazowiecki PTG, Warszawa.

Cavanaugh J. C. (1997), *Starzenie się*, [w:] *Psychologia rozwojowa*, P. E. Bryant, A. M. Colman (red.), ZYSK i S-KA, Poznań.

Chabior A. (2011), *Aktywizacja i aktywność ludzi w okresie późnej dorosłości*. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.

Chabior A. (2012), *Family caregiver of an elderly person*, [w:] *Dilemata socjalni pedagogiky v postmodernizem Sete*, Bargiel M., Janigova E., Jarosz E. (red.), Institut Mezioborovych Studii, Brno.

Cichočka, M. (2004), *Starość i seks*. [w:] *Seksualność w cyklu życia człowieka*, M. Beisert (red.), Zakład Wydawniczy K. Domke, Poznań.

Ciura G. (2012), *Gospodarstwa emerytów na tle innych typów gospodarstw domowych*, [w:] *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, G. Ciura, W. Zgliczyński (red.), „Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu”, Studia BAS nr 2(30)/2012.

Czerniawska O. (2000), *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wyd. WSHE, Łódź.

Dąbrowski Z.(2006), *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, t. 2, Wyd. UWM, Olsztyn.

Derejczyk J. (2004), *Próba diagnozy stanu geriatry w polskiej służbie zdrowia*, [w:] *Samodzielność ludzi starszych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne*, Oddział Mazowiecki PTG, Warszawa.

Fabiś A. (2005). *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności*. [w:] *Unowocześnianie procesu kształcenia dorosłych. Wyzwania Współczesnej Edukacji Dorosłych*, t. 2, A. Fabiś (red.), Wyd. GWSP im. Kardynała A. Hlonda, Mysłowice–Zakopane.

Fabiś A. (2013), *Człowiek dojrzały wobec trosk egzystencjalnych*, „Edukacja Dorosłych” 2/2103

Fabiś A., Fabiś A. (2011), *Śmierć jako wyzwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych*, [w:] *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna*, Biblioteka Gerontologii Społecznej t. 3, Z. Szarota (red.), Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.

Fabiś A., Kędziora S. (2008), *Wolontariat hospicyjny seniorów*, [w:] *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, A. Fabiś (red.), Wyd. Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała.

Fabiś A., Wąsiński A. (2008), *Opiekun osób starszych – więcej frustracji niż satysfakcji*. [w:] *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy*, R. Konieczna-Woźniak (red.), Wyd. UAM, Poznań.

Fennell G., Philipson C., Evers H. (1988), *The Sociology of Old Age*, Open University Press, Milton Keynes.

Frieske K. W., Popławski P. (1996), *Opieka i kontrola*, Interart, Warszawa.

Gawęcka M. (2007), *Tanatologiczne aspekty w opiece nad ludźmi starszymi*, [w:] *Pomoc i opieka w starości*, B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Seredyńska (red.), Zapol, Szczecin.

Halicka M. (2004), *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Akademia Medyczna, Białystok.

Halicka M., Halicki J. (2009), *Przemoc wobec ludzi starych jako przedmiot badań*, [w:] *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk (red.), Temida 2, Białystok.

Halicka M., Pędich W. (2002), *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, [w:] *Polska starość*, B. Synak (red.), Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

Halicki (2010), *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*, Wyd. UwB, Białystok.

Hanć T., Komorowska M., Ziółkowska K. (2007), *Soma a psyche, czyli interakcje starzejącego się ciała z psychiką*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.), Humaniora, Poznań.

Hannezel de M., *Śmierć z bliska. Ci, którzy wkrótce odejdą uczą nas żyć*, ZNAK, Karków.

Harwas-Napierała B., Trempała J. (2002), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t. 2, PWN, Warszawa.

Hill R. D. (2005), *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Laurum, Warszawa.

Hrapkiewicz H. (2005), *Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*, Wyd. WSZIM, Sosnowiec.

Hutchison J., Rupp J. (2010), *Czy mogę odprowadzić cię do Domu*, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań.

*Instytucjonalne wsparcie seniorów. Rozwiązania polskie i zagraniczne*, (2007), A. Fabiś (red.), Wyd. Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała.

Jagodzińska M., (2008), *Psychologia pamięci. Badania, teorie, zastosowania*, Wyd. Helion, Gliwice.

James R. K., Gilliland B. E. (2005), *Strategie interwencji kryzysowej*, Wyd. Nauk. PARPA, Warszawa.

Kachaniuk H. (2008), *Zakres działań podejmowanych przez opiekunów na rzecz osób starszych, Podstawy pielęgniarstwa*, t. 16, Lublin.

Kawczyńska-Butrym Z. (2008), *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Makmed, Lublin.

Kawula S. (2002), *Pomocniczość i wsparcie*, Oficyna Wydawnicza „Kastalia”, Olsztyn.

Keirse M. (2004), *Smutek, strata, żałoba*, Polskie Wyd. Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Kędziora S., Fabiś A. (2009), *Wsparcie społeczne dla rodzin pacjentów chorych terminalnie jako forma aktywności prospołecznej*, [w:] *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa dorosłych, Wyzwania Współczesnej Edukacji Dorosłych t. 4*, A. Fabiś, S. Kędziora (red.), GWSP, Mysłowice-Zakopane.

Kubicki P. (2010), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*, Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej”.

- Kübler-Ross E. (2010), *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu*, Laurum, Warszawa.
- Kurzynowski A. (2002), *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2007), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. UWM, Olsztyn.
- Lew-Starowicz Z. (2000), *Seks w jesieni życia*. Bellona, Warszawa.
- Lisowska E. (2008), *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
- Litzke S. M., Schuh H. (2007), *Stres, lobbying i wypalenie zawodowe*, GWP, Gdańsk.
- Martin M., Kliegel M., (2005), *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*, Verlag Kohlhammer, Stuttgart.
- Marynowicz-Hetka E. (2006), *Pedagogika społeczna*, PWN, Warszawa.
- Maslow A. H. (2006), *Motywacje i osobowość*, PWN, Warszawa.
- Mielczarek A. (2010), *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń.
- Muchnicka-Djakow I. (1984), *Czas wolny w klubie seniora*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
- Nowicka A. (2006), *Wybrane problemy osób starszych*, Impuls, Kraków.
- Oniszczenko W. (1998), *Stres to brzmi groźnie, „Żak”*, Warszawa.
- Orzechowska G. (1999), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, WSP, Olsztyn.
- Orzechowska G. (2001), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.



Ostrowska A. (2005), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, IFiS PAN, Warszawa.

Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2003), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka rozwoju człowieka*, t. 2, PWN, Warszawa.

*Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, (2011), M. Raclaw (red.), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

Rybczyńska D. A., Olszak-Krzyżanowska B. (1995), *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia*, Wyd. „Śląsk”, Katowice.

Sachs O. (1994), *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*, ZYSK I SK-A, Poznań.

*Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, (2007), J. Twardowska-Rajewska (red.), Wyd. UAM, Poznań.

Skibińska E. (2008), *Proces kształcenia seniorów*, [w:] *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, A. Fabiś (red.), Wyd. Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała.

Skinner B. F., Voughan M. E. (2004), *Przyjemnej starości*, Partner, Warszawa.

Solecka-Florek E. (2012), *Metody pracy z seniorami*, ROPS, Kraków.

Staręga –Piasek J.(1975), *Niematerialne potrzeby ludzi starszych*, [w:] *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, J. Piotrowski (red.), PTG, Warszawa-Wrocław.

Stuart-Hamilton I. ( 2006), *Psychologia starzenia się*, ZYSK I SK-A, Poznań.

Susułowska M. (1986), *Psychologiczne problemy człowieka starego*, [w:] *Encyklopedia seniora*, WP, Warszawa.

Szarfenberg R. (2001), *Sprawiedliwość społeczna*, [w:] *Leksykon polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk (red.), Wyd. Aspra-Jr, Warszawa.

Szarota Z. ( 2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wyd. Naukowe AP, Kraków.

Szarota Z. (1998), *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wyd. Naukowe WSP, Kraków.

Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wyd. Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

Szarota Z. (2011a), *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej*, [w:] *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 3, Z. Szarota (red.), Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.

Szatur-Jaworska B. (2006), *Jakość życia w okresie starości*, [w:] Halicka M., Halicki J. (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wyd. UwB, Białystok.

Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Aspra-Jr, Warszawa.

Szukalski P. (2006), *Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk.

Tobiasz-Adamczyk B. (2009), *Przemoc wobec osób starszych*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Trafiątek E. (2006), *Starzenie się i Starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.

Twardowska-Rajewska J. (2007), *Polipatologia jako przyczyna niepełnosprawności*, [w:] *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niepełnosprawnym seniorem*, J. Twardowska-Rajewska (red.), Wyd. UAM, Poznań.

Wawrzyniak J.K. (2013), *Retrospekcja i adaptacja. Biografia jako możliwość samorozwoju w okresie dorosłości*, [w:] *Autobiografia jako twórcze wyzwanie*, K. Lasocińska, J. K.Wawrzyniak, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa.

Widlitz M., Marin D. B. (2002), *Substance abuse in older adults: An overview*, „Geriatrics” 57/2002.

*Wieloaspektowość mobbingu w stosunkach pracy* (2012), T. Wyka, C. Szmidt (red.), Poltext, Warszawa.

Wilmowska-Pietruszyńska A. (2009), *Niepełnosprawność*, „Orzecznictwo Lekarskie” 2/2009.

Wingchen, J. (2004). *Geragogik. Von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung*, Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Woodward, W.S., Rollin, S.S. (1981). *Sexuality and the Elderly: Obstacles and Options*, „Journal of Rehabilitation”, 10–11–12/1981.

Zaorska Z. (1997), *Dodać życia do lat*, Wyd. Klanza, Lublin.

Zych A. A. (2009), *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Wyd. Śląsk, Katowice.

## Netografia:

*Active Ageing. Special Eurobarometer 378, European Commission, January 2012*, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_sum_en.pdf)

*Aktywizacja seniorów przez Stowarzyszenie Edukacyjne Centrum Integracji Międzypokoleniowej „HIPOKAMP” w Łodzi*, [www.seniorzy-hipokamp.pl](http://www.seniorzy-hipokamp.pl)

*Aktywne starzenie się i międzypokoleniowa solidarność – rola mieszkalnictwa. Europejskie forum Mieszkaniowe 2012*, przeł. W. J., Brzeski, [www.seniorhousing.pl](http://www.seniorhousing.pl)

Bujacz A., Skrzypska N., Zielińska A. M., *Publiczna przestrzeń miejska wobec potrzeb seniorów. Przykład Poznania*, „Gerontologia Polska” t. 20, nr 2, 7, [www.gp.viamedica.pl](http://www.gp.viamedica.pl). PDF

Czapiński J., Panek T. (2011), *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa, [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2011.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2011.pdf)

Raport Durex 2008, [www.durex.pl](http://www.durex.pl)

Hryniewicz J., *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP\\_POZ\\_O\\_sytuacji\\_ludzi\\_starszych\\_2012.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_starszych_2012.pdf).

Klimczuk A., *Srebrna gospodarka jako odpowiedź sektora prywatnego wobec starzenia się społeczeństwa*, <http://odpowiedzialnybiznes.pl/pl/baza-wiedzy/publikacje/artykuly.html?id=6931>

Kubicki P., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych, Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej” 2010*, <http://www.eapn.org.pl/wp-content/uploads/2013/07/Ubostwo-i-wykluczenie-oso%C5%82b-starszych.pdf>.

Nieszporek E., Siwczyk M., *Silver economy*, <http://www.egospodarka.pl/74708,Silver-economy,1,39,1.html>

[www.senior.pl](http://www.senior.pl)

Seredyńska D., *Rodzina jako kontekst rozwoju seniora*. UKW, Bydgoszcz, [www.kpsw.edu.pl/menu/pdf](http://www.kpsw.edu.pl/menu/pdf).

[www.esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf](http://www.esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf)The DASIS Report: Adults Aged 65 or Older in Substance Abuse Treatment, 2005, <http://www.samhsa.gov/data/2k7/olderTX/olderTX.htm>

Tokarczyk B., *Uwarunkowania zdrowia osób starszych i organizacja zakładów opieki dla osób starszych*, [www.uwarunkowaniapoprawyzyzyciasen.pdf](http://www.uwarunkowaniapoprawyzyzyciasen.pdf)

Zrałek M., *Mieszkanie i środowisko zamieszkania ludzi starszych*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, RPO, Warszawa, 2012, <http://www.brpo.gov.pl/>.

[Zoomnautw.pl](http://Zoomnautw.pl)

## Źródła formalne:

GUS (2003), *Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin*, Warszawa.

GUS (2009), *Budżety gospodarstw domowych w 2008 roku*, Warszawa.

GUS (2009), *Dochody i warunki życia ludności, Raport z badania EU-SILC 2007, 2008*.

GUS (2010) *Zasięg ubóstwa w Polsce w 2009 r. na podstawie wyników badania budżetów*.

GUS (2013), *Rocznik Statystyczny RP*, Warszawa.

*Rocznik Statystyczny 2013*, s. 196, tabl. 4.

*Rocznik Statystyczny GUS*, Warszawa 2011.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowego zakresu sprawozdania z działalności fundacji (Dz. U. nr 217, poz. 1291).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie ramowego zakresu sprawozdania z działalności fundacji z dnia 8 maja 2001 r. (Dz. U. nr 50, poz. 529 z późn. zm.).

Ustawa o Pomocy Społecznej z dnia 28 listopada 1990 (Dz. U. nr 16, poz. 94).

Ustawa o Pomocy Społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593).

Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. z 2001 r. nr 79, poz. 855 z późn. zm.).

Ustawa o fundacjach z dnia 6 kwietnia 1984 r. (Dz. U. z 1991 r., nr 46, poz. 203 z późn. zm.)



























## O projekcie

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich jest realizatorem projektu systemowego pt.: „Szkolenia e-learningowe z nowatorskich metod pracy socjalnej i publikacja specjalistycznej literatury z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej”, który jest realizowany w ramach Działania 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej POKL, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem ogólnym projektu jest przybliżenie oraz poszerzenie wiedzy wśród pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Projekt zakłada opracowanie oraz przetłumaczenie specjalistycznej literatury dotyczącej pomocy i integracji społecznej, w tym w szczególności nowatorskich technik i metod pracy socjalnej, jak również przygotowanie oraz realizację szkolenia e-learningowego z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej z osobami korzystającymi ze świadczeń pomocy społecznej.

Projekt skierowany jest do pracowników Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej do których należą w szczególności: regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa w tym rodzinnego, ośrodki wsparcia, ośrodki interwencji kryzysowej, centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej.

Założeniem projektu było wydanie serii publikacji - literatury specjalistycznej z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej, w tym nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Centrum RZL wyraża nadzieję, że lektura 20 publikacji książkowych oraz 10 dotychczas niewydanych w Polsce tłumaczeń angielskojęzycznych zagranicznych publikacji książkowych spotka się z dużym zainteresowaniem pracowników socjalnych. Możliwość wykorzystania w codziennej pracy wiedzy merytorycznej o różnorodnej tematyce, a także umiejętności organizacyjnych prezentowanych w wydanej serii publikacji przyczyni się do podniesienia jakości działań w bezpośrednim kontakcie i pracy z klientami, a tym samym korzystnie wpłynie na podniesienie jakości funkcjonowania Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej a tym samym na postrzeganie w społeczeństwie zarówno samych Instytucji, jak i ich pracowników.

Wydawca: **Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich**  
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa  
Tel.: 22 237 00 00 | Fax: 22 237 00 99 | e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl | [www.crzl.gov.pl](http://www.crzl.gov.pl)

ISBN 978-83-7951-301-7 (seria)  
978-83-7951-313-0 (12)

Publikacja bezpłatna



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.