

Magdalena Rosłowska

*DYLEMATY MIESZKAŃCÓW,
ICH RODZIN
ORAZ PRACOWNIKÓW
DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ*



Włocławek 2019

„DYLEMATY MIESZKAŃCÓW, ICH RODZIN ORAZ PRACOWNIKÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNE.”, to książka ukazująca życie i funkcjonowanie seniorów, zamieszkujących placówki opieki długoterminowej - domy pomocy społecznej. Radości i troski mieszkańców placówek, ukazane są z perspektywy pracowników domów.

„Jesień życia nie musi być szara i smutna”

*Motto Domu Pomocy Społecznej
„Na Skarpie” we Włocławku*

Spis treści:

1. WSTĘP

Domy pomocy społecznej to nie „umieralnie”

2. Przeżyć wiek
3. Co warto wiedzieć o domach pomocy, wiadomości w „pigułce”
4. Pierwsze spotkanie - wywiad z odwiedzin
5. Starość
6. Własny wybór czy konieczność
7. Człowiek „jesieni życia” jako jednostka biologiczna, psychologiczna i społeczna
8. Zamknięci we własnym świecie
9. Mieszkanka domu pomocy społecznej ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera - analiza przypadku
10. Poskromić demencję
11. Więźniowie Parkinsona
12. Ageizm, przemoc i wykorzystywanie osób w podeszłym wieku
13. Agresja w domu pomocy społecznej
14. Srebrna miłość jest piękna
15. Bilans życia
16. Śmierć z poczucia bezsensu życia
17. Różne oblicza życia w domu pomocy społecznej
18. Nie ma dobrego czasu na śmierć
19. Dylematy w pracy z mieszkańcami domu pomocy społecznej
20. Dylematy w kontaktach z rodzinami mieszkańców
21. Dyrektor
22. Zespół terapeutyczny - Opiekun Kierownik Zespołu
23. Zespół Terapeutyczny - Opiekun
Członkowie
24. Znaczenie ruchu w życiu człowieka - zadania dla fizjoterapeuty
25. Predyspozycje personelu DPS
26. Wypalenie zawodowe
27. BIBLIOGRAFIA

WSTĘP

Domy pomocy społecznej to nie „umieralnie”

Historia placówek opiekuńczych dla osób starych, chorych, z niepełnosprawnościami jest długa. Na przełomie lat ulegały one wewnętrznym przemianom, zmieniło się ich nazewnictwo, struktura, organy prowadzące, sposoby zarządzania, a przede wszystkim wyraźnemu rozwojowi ulegały standardy świadczonych przez nie usług.

Wiedzę na temat funkcjonowania dzisiejszych domów pomocy społecznej (DPS) posiadają osoby, zmuszone sytuacją życiową do szukania pomocy dla swoich najbliższych, wymagających opieki i wsparcia osób drugich w czynnościach dnia codziennego. Są to też osoby odwiedzające tego rodzaju placówki w charakterze gości mieszkańców w nich przebywających, czy też osób zaproszonych przez dyrekcję na organizowane przez domy uroczystości. Wiele osób, dowiaduje się o funkcjonowaniu placówek z opowieści znajomych, mających w nich kogoś bliskiego, a także osoby mieszkające obok, które jako społeczność lokalne uczestniczą w życiu instytucji, a tym samym w życiu tej grupy osób.

Pozostała część społeczeństwa pozostaje w przekonaniu, iż są to placówki opiekuńcze, w których od dawien dawna nic się nie zmieniło. Często określają je domami starców, przytułkami, umieralniami, przechowalniami, wariatkowem, dziadowem. Myślenie tego typu wynika z przekonania, iż ludzie zamieszkujący tego typu instytucje są zamykani, izolowani od życia społecznego, pozostawieni samym sobie, bez zapewnionej opieki medycznej, niedożywieni, zaniedbani higienicznie, pozbawieni sensu życia, samotni, opuszczeni przez rodziny i znajomych. Wstrząsający jest pogląd o przebywających tam ludziach, którzy zagrażają bezpieczeństwu społecznemu, lub nie pasują do wizerunku otaczającego ich środowiska.

Negatywne nastawienie do domów pomocy społecznej jest potęgowane przez programy telewizyjne typu reportaży, w których usługi świadczone przez domy: bytowa, opiekuńcza i wspomagająca przedstawione są w sposób negatywny. Najczęściej ukazują zaniedbania w stosunku do mieszkańców; nie przestrzeganie praw podopiecznych, nadużycia ze strony dyrekcji i personelu. Programy te ukazują mieszkańców, w stosunku do których użyto przymusu bezpośredniego, głodzono, zaniedbywano medycznie, okradano.

Wiemy dobrze, iż tego typu reportaże mają ukazać nieprawidłowości, w celu zwiększenia oglądalności danego programu. Widzów przyciągają pozycje telewizyjne, w których ukazane są sytuacje trudne, konfliktowe, przerażające, traumatyczne, często cierpienie ludzi czy zwierząt, przemoc, agresja wobec nich. W każdym z reportaży są przedstawione relacje tylko jednej strony - tej w mniemaniu reporterów pokrzywdzonej i zaniedbanej. Druga strona, którą jest placówka nie ma możliwości wypowiedzenia się lub ukazane wypowiedzi są cząstkowe. Brak jest w środkach masowego przekazu pozytywnych informacji na temat tego typu placówek, działań podejmowanych w celu poprawy jakości życia osób je zamieszkujących.

Przykładów pozytywnych działań się nie publikuje, nie emituje na antenie telewizji, gdyż nie skupiają rzeszy odbiorców. Brak jest informacji na temat placówek opieki długoterminowej przedstawiających ogrom pracy, działań podjętych w kierunku aktywizacji mieszkańców. Często słyszymy wyrazy niechęci do placówek opieki długoterminowej, lęku przed umieszczeniem osoby bliskiej w placówce. Rodziny wahają się w podjęciu decyzji, a tym samym przekazaniu opieki nad osobą zależną placówce z uwagi na reakcję bliskich, krytyczny osąd ich postępowania, wmawianie im winy, życie w przeświadczeniu, że oddali bliskiego do „umieralni”.

Rzeczywistość jest jednak inna. Domy pomocy społecznej to nie „umieralnie”. Osoby w nich przebywające mają zagwarantowane usługi najwyższej jakości. Jesteśmy zadowoleni jako pracownicy placówek w sytuacjach, kiedy osoby je odwiedzające, w celu zapoznania z warunkami jakie w nich panują, z ich otoczeniem, z zakresem świadczonych usług wychodzą zadowolone. Twierdzą, że są mile zaskoczone, ponieważ całkiem inaczej wyobrażali sobie to środowisko. Byli przygotowani na spotkanie z samotnymi, starszymi, schorowanymi osobami, którymi nikt się nie zajmuje, którzy są zamknięci w swoich pokojach, zdeprawowani.

Jako osoba pracująca w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, chcę opisać życie i funkcjonowanie osób w nich umieszczonych, ich dzień codzienny, w którym funkcjonują, kontakty z innymi mieszkańcami, ze społecznością lokalną, z rodzinami. Pragnę zagłębić się w tematykę dotyczącą potrzeb oraz jakości życia podopiecznych. Chcę scharakteryzować choroby występujące u ludzi starszych, mieszkających w DPS, ich problemy, bóle, cierpienia. Chcę też poświęcić parę słów problemowi samotności, osamotnienia, odrzucenia, a także dyskryminacji ludzi starszych ze względu na wiek. Dyskryminacji seniorów przez osoby młodszego pokolenia, ale także dyskryminacji osób

starszych - mieszkańców, przez innych mieszkańców. W końcu autodyskryminacji, która także ma miejsce wśród mieszkańców domów pomocy społecznej.

Szczególną uwagę chciałabym poświęcić osobom zatrudnionym w domach pomocy społecznej, opiekującym się osobami starszymi, chorymi, z niepełnosprawnościami, których praca wymaga szczególnych predyspozycji fizycznych i psychicznych, a jednocześnie jest niedoceniana przez społeczeństwo, niezauważana, i nisko opłacana.

Chciałabym ukazać **prawdy i mity** na temat życia mieszkańców i istoty funkcjonowania placówek opieki całodobowej, które będą oparte na doświadczeniu i obserwacji.

Przeżyć wiek

*Zdarzają się w życiu momenty,
gdy ma się wrażenie,
że umarł w nas stary człowiek,
by narodzić mógł się nowy.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

„Sto lat to piękny wiek” - myślimy, gdy słyszymy, że ktoś tyle lat przeżył. Piękny, ale nasze myśli biegną dalej, szukając odpowiedzi na pytanie, czy wyjątkowo długi czas życia podarowany przez Boga był równie wyjątkowo satysfakcjonujący, szczęśliwy, godny i spełniony. Można przypuszczać, że wiek, to przedział czasu bardzo dynamiczny, nie możliwy do ujednolicenia w nim emocji, zdarzeń, które miały miejsce. W ciągu tak długiego, stuletniego życia wiele razy można stanąć oko w oko z chorobą, niepełnosprawnością, ze śmiercią.

Odeszła kobieta. Miała 100 lat. Skłoniło mnie to do refleksji, co w tej sytuacji jest reakcją naturalną.

W przeciągu swego życia niejednokrotnie myślimy o śmierci, zastanawiamy się nad sensem naszego istnienia, procesem umierania, „życiem po życiu”. Z największą intensywnością temat ten powraca między innymi w chwili odejścia osoby bliskiej.

Kobieta urodziła się w roku odzyskania przez Polskę niepodległości, zmarła w roku jubileuszu. W przeciągu jej stuletniego życia miało miejsce wiele wydarzeń. Żyła w ciężkich czasach okresu międzywojennego. Wybuch II Wojny Światowej. W tym czasie rodziła dzieci. Życie przemijało w ciągłym stresie, w niepewności dnia jutrzejszego, biedzie, głodzie. Ciężko pracowała w kilkuhektarowym gospodarstwie, zdana wyłącznie na siebie. Bez chwili zastanowienia przyjęła pod swój dach Żyda, którego uratowała przed śmiercią; mimo, że dając schronienie uciekinierowi ryzykowała życiem własnym i swoich dzieci. Wykazała się wielkim zapałem i odwagą, zawsze była skora do pomocy; zmęczona, niewyspana, ale jak mówią sąsiedzi pogodna i uśmiechnięta.

W czasie wojny wiele razy spotkała się ze śmiercią. Pod jej dach śmierć przyszła niespodziewanie, zabierając czteroletnią córeczkę. Co wtedy czuła, co przeżywała? Tego nie wiemy. Jej rozpacz może zrozumieć jedynie matka, która straciła dziecko.

Stratę spowodowaną odejściem osoby bliskiej każdy przeżywa na swój sposób. Jest to przeżycie bardzo indywidualne. Kiedyś usłyszałam sugestię: „Nigdy nie mów, że komuś

współczujesz”. Osoba, która udzieliła mi tej rady wyjaśniła, że słowo „współczuję” oznacza pełną identyfikację z uczuciami i ze stanem emocjonalnym osoby przeżywającej cierpienie, a przecież nie jest możliwe byśmy byli w tym samym stanie emocjonalnym co osoba, w której sytuację staramy się wejść.

Czas wojny to czas śmierci. Bądźmy wdzięczni losowi, że możemy żyć w czasie pokoju.

Okresem kiedy dużo myśliśmy o śmierci jest czas dzieciństwa. Dzieci nie są w stanie zrozumieć na czym ona polega. Często mają ograniczone informacje na ten temat. Rodzice starają się chronić je przed negatywnymi emocjami. Chcą, aby żyły w bezpiecznym świecie. Przynosi to efekt przeciwny. Dzieci mają bogatą wyobraźnię, powstają w niej traumatyczne scenariusze śmierci i życia po śmierci. Dzieci boją się ciemności. Boją się śmierci, po której ciało składane jest w ciemnym grobie. Powinniśmy rozmawiać z dziećmi na temat kresu naszych dni, aby mogły zaakceptować swoje życie i fakt, że kiedyś się ono kończy. Jest to scenariusz jasno napisany, pewny i nieunikniony.

Po okresie dzieciństwa nastaje czas, w którym temat śmierci odchodzi na dalszy plan. Żyjemy pełnią życia. Śmierć jest z daleka od nas. Wydaje się, że nas nie dotyczy, nigdy nie nastąpi. Będziemy wiecznie młodzi, nasze ciało się nie zestarzeje, nie będziemy niedołężni i schorowani, ponieważ jesteśmy wyjątkowi.

Temat krańca życia powraca gdy faktem staje się nasza śmiertelność. Słabną siły, chorujemy, pogarsza się wzrok, coraz częściej odwiedzamy lekarzy specjalistów, zaczynamy przyjmować stałe leki. Uświadamiamy sobie wtedy, że nie jesteśmy wieczni. Stajemy się świadkami odejścia naszych bliskich, znajomych. Jesteśmy bezradni, nie mamy na to wpływu. Umierają ludzie młodzi, coraz młodszy. Dociera do nas fakt, iż śmierć może przyjść w każdej chwili.

W sytuacji kiedy umiera osoba młoda, zastanawiamy się, czemu tak się stało. Matka, która opłakuje swoje dziecko, jest w stanie oddać za nie życie. Jeśli jej dziecko choruje, prosi Boga żeby wyzdrowiało. To ona chce zachorować i przejść do innego świata, byle tylko ono zachowało życie. Jest to pewien paradoks, ponieważ ludzie oddalają od siebie myśli o śmierci. Niezależnie od ilości przeżytych lat chcą żyć.

Kobieta, w momencie kiedy jej kolejna córka zachorowała na nowotwór, modliła się o jej powrót do zdrowia. Chciała oddać za nią życie, zachorować, cierpieć i odejść. Miała wtedy 80 lat. Prosiła Boga, aby ją zabrał, a zostawił córkę, która była matką trójki dorastających dzieci. Po śmierci córki miała żal do Boga, że ją, starą zostawił. Zastanawiała się dlaczego. W późnej starości często wracała do myśli o śmierci i pytań dotyczących sensu istnienia. Były

chwile kiedy chciała uwolnić się od ziemskiej tułaczki. Były też chwile kiedy walczyła o każdy kolejny dzień. Nawet u kresu życia miała nadzieję, że siły wrócą, że jeszcze będzie mogła chodzić. Nie poddawała się do samego końca. Walczyła. Broniła się.

Mieszkanka domu pomocy, mając 91 lat została zmuszona stanem zdrowia do przyjmowania leków psychotropowych. Nie chciała ich zażywać, gdyż stwierdziła, że będzie musiała je brać do końca życia. Człowiek nigdy nie zdaje sobie sprawy, że życie może się skończyć nagle, jutro, za tydzień. Nawet osoby sędziwej starości mimo, że zdają sobie sprawę ile mają lat i wiedzą jaka jest długość życia człowieka, nie biorą tego do siebie. Słowa wypowiedziane przez mieszkankę upewniły mnie w tym przekonaniu. Często w domu pomocy słyszymy jak jedna starsza osoba mówi na drugą, że jest stara. Wie, że ta osoba jest stara, ale ona mimo przeżycia tylu samo lat nie czuje wieku. Starość jest więc pojęciem subiektywnym. Mamy tyle lat, na ile się czujemy.

Pogrzeb jest dniem, kiedy analizujemy koleje życia osoby zmarłej. Pograżamy się w zadumie. Pamiętamy z reguły dobre chwile, które spędziliśmy wspólnie, zapominamy o urazach i wszelkich przykrościach jakie zmarły nam wyrządził. Przebaczymy mu wszystkie złe dni. Poddajemy też analizie przebieg własnego życia. Żałujemy swego postępowania, chcemy cofnąć czas, by naprawić błędy i krzywdy jakie my wyrządziliśmy zmarłemu. Oczekujemy przebaczenia, zapomnienia. Takie przemyślenia mogą prowadzić do zmiany naszego nastawienia do ludzi, zaakceptowania zdarzeń w doczesnym życiu, na które nie mamy wpływu lub do zmiany swego postępowania, która może zmienić obrót jakiejś sprawy lub bieg czyjegoś życia.

Pogrzeb to wydarzenie, na którym gromadzi się bliska i dalsza rodzina. Mówimy, że to czas kiedy można poznać rodzinę, przypomnieć sobie o jej istnieniu. Szczególnie w obecnych czasach kiedy ludzie nie potrafią się zatrzymać w gonitwie za pieniądzem, nie mają czasu na spotkanie z bliskimi osobami. Kiedy spotykamy rodzinę (często po kilku latach od ostatniego spotkania) rodzi się kolejny powód do zadumy i refleksji; temat czasu, który jest dla nas bez litości. Zostawia swój znak, odbija się na twarzach osób, których dawno nie widzieliśmy. Są starsi o określony czas, a co z nami? Zdajemy sobie sprawę, że my też jesteśmy starsi. Czas zostawia ślady również na naszych twarzach.

Wiek i czas jest pewną zagadką i tajemnicą, są one trudne do odczucia, przychodzą z wydarzeniami, okrągłymi datami, spotkaniami. Można czuć się bez wieku i staro, nagle staro i nagle młodo. (1)

Kobieta miała 100 lat, więc uczestnicy pogrzebu też są w dużej mierze osobami „jesieni życia”. Rzuca się w oczy to, czego się nie dostrzega w codziennym życiu: siwe

włosy, pomarszczone twarze, kłopoty z poruszaniem, demencja. Wiele osób nie dociera na uroczystość pogrzebową z powodu złego stanu zdrowia. I znów pozostaje czas na refleksję. Sto lat to piękny wiek. To szmat przeżytego czasu, zdobycia wielu doświadczeń, odniesienia wielu sukcesów, ale też wielu porażek, scenariusz życia pisany podjętymi decyzjami, tymi dobrymi, które wpłynęły pozytywnie na jakość życia, ale też tymi nietrafionymi, które odbiły się w sposób negatywny na życiu. Podejmowane przez nas decyzje niewątpliwie piszą scenariusz naszego życia. Scenariusz, na który mamy duży wpływ. Jednak nasze życie wklejone jest w odpowiednią scenografię, która to od nas nie jest zależna, a która w bardzo dużym stopniu kształtuje nasze życie. Scenariusz istnienia wpisany w scenografię wojny, okresu powojennego, wielu ogromnych przemian ustrojowych i politycznych nawet przy odpowiednich, korzystnych wyborach jest scenariuszem niepewności, obawy, ale też odwagi i siły. Bilans wyborów i decyzji utworzył drogę, którą przeszła kobieta. Jej długie życie było jednak cieniem, krótką chwilą w porównaniu z wiecznością.

Czy można cieszyć się z czyjejś śmierci?

Kobieta, która odeszła to moja babcia. Wierzę, że odeszła do lepszego świata. Przeżyła wiek będąc do końca swoich dni osobą sprawną poznawczo, osobą bez oznak demencji, osobą która nie absorbowała innych opieką nad sobą, która czytała bez okularów, interesowała się polityką, pamiętała o imieninach swoich bliskich. Mając jednak za sobą szmat przeżytych lat, kres jej życia był specyficzny. Miała swoje przyzwyczajenia, poglądy, które ukształtował czas w jakim żyła. Zmieniająca się historia jest dla osób starszych ciężkim doświadczeniem, postęp techniczny, zmieniający się w ciągu wieku standard życia jest często trudny, a nawet niemożliwy do zaakceptowania. Ludzie, którzy dożywają sędziego wieku, w pewnym momencie się zatrzymują, ciężko jest im iść dalej, zmienić swoje przyzwyczajenia i styl życia. Nie nadążają w swoim spowolnieniu za zdobyczami jakie przyniósł okrągły wiek. Rzadko korzystają z udogodnień techniki, pozostają przy swoich nawykach, rytuałach, udogodnień wręcz nie akceptując lub traktując je jako niepotrzebne nowości i dziwactwa. Stają się w oczach dzisiejszego pokolenia dziwakami.

Babcia doczekała 100 lat w optymalnym zdrowiu. Dlatego mogę powiedzieć, że się „cieszę” z jej odejścia. Można przypuszczać, iż każdy kolejny dzień przynosiłby pogorszenie stanu zdrowia fizycznego, poznawczego, somatycznego, wymagałaby opieki ze strony najbliższych, co byłoby ciężkie do zaakceptowania przez nią samą. Jestem pewna, że chciałaby zostać w naszej pamięci jako osoba sprawna i samodzielna do końca swoich dni.

Starość jednak jest różna. Rzadko słyszymy o jej optymalnym przebiegu. Najczęściej jest patologiczna. Ludzie wymagają pomocy w zapewnieniu podstawowych potrzeb

życiowych. Oczekują wsparcia od osób najbliższych i często od nich to wsparcie otrzymują. Rodzice mają obowiązek wychować dzieci, opiekować się nimi kiedy dorastają, służyć radą i pomocą w okresie dorastania, często pomagają w wychowaniu ich dzieci. Dorosłe już dzieci mają natomiast obowiązek opieki nad swoimi starymi rodzicami. Często jednak dzieje się tak, że osobą „jesieni życia” nie ma kto się zaopiekować mimo, że nie może ona samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym. Różne są sytuacje, które wpływają na brak opieki ze strony najbliższych.

W takich przypadkach rozwiązaniem może być umieszczenie seniora w placówce opieki całodobowej. Zamieszkanie w domu pomocy społecznej często proponowałam swojej babci. Ona też często wspominała, że na stare lata chciałaby się tam znaleźć. Moja propozycja wynikała z przekonania, iż dom pomocy jest placówką, która pozwala godnie przeżyć ostatnie lata życia. Zapewnia opiekę całodobową według ustalonych standardów i co ważne, pozwala żyć obok osób w podobnym wieku. Ja, jako osoba zatrudniona w domu pomocy społecznej byłam gwarantem najwyższej jakości usług przez niego świadczonych. Babcia jednak pozostała w warunkach rodzinnych, na co nalegała rodzina.

Domy pomocy społecznej to placówki, których funkcjonowaniem nie interesujemy się, do póki nie potrzebujemy skorzystać z ich usług. Często są one oceniane w sposób negatywny, co wynika z ich historii jako placówek o charakterze przytułku. Jednak z całym przekonaniem stwierdzam, że domy pomocy społecznej to nie „umieralnie”.

Książkę tę dedykuję dyrektorowi Domu Pomocy Społecznej, doktorowi Andrzejowi Mielczarkowi, który zmienił moje życie, wskazując ścieżkę, prowadzącą mnie do właściwej drogi życiowej, dającej satysfakcję zawodową i radość czerpaną z pomocy innym.

Dziękuję moim koleżankom i kolegom, pracującym w Domu Pomocy Społecznej „Na Skarpie”, na których wsparcie zawsze mogę liczyć.

Szczególne podziękowania ślę do osoby, która dała mi odwagę i siłę do pisania.

Co warto wiedzieć o domach pomocy, wiadomości w „pigułce”

Jasność dnia

*jest jasnością określonego porządku,
porządku wspólnego wszystkim ludziom,
słońce bowiem wszystkim świeci.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Wspomniałam już, że domy pomocy społecznej to nie „umieralnie”. Są to instytucje przyjazne mieszkańcowi i jego rodzinie. Gwarantują całodobową opiekę osobom, które z różnych powodów nie mogą mieć jej zapewnionej w środowisku rodzinnym. Dzielimy je na typy, które różnicują je pod względem dostosowania do potrzeb osób w nich umieszczonych. Wyróżniamy domy dla osób w podeszłym wieku; osób przewlekle, somatycznie chorych; osób przewlekle, psychicznie chorych; osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie; osób niepełnosprawnych fizycznie; osób uzależnionych od alkoholu. Osoby potrzebujące opieki powinny trafić do odpowiednich ze względu na ich stan zdrowia typów domów. Kwalifikacja odbywa się na podstawie zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego stan zdrowia danej osoby.

W celu rozpoznania funkcjonowania mieszkańca i dostosowania zakresu usług do jego indywidualnych potrzeb, w domach pomocy społecznej powołany jest **Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy**. W skład Zespołu wchodzi specjaliści, którzy pracują z mieszkańcem dla zapewnienia mu optymalnych warunków funkcjonowania. Są to: fizjoterapeuta, który monitoruje na bieżąco stan fizyczny mieszkańca, reaguje na najmniejsze symptomy oznaczające pogorszenie stanu psycho - ruchowego; pracownik socjalny, którego zadaniem jest pomoc w rozwiązywaniu problemów urzędowych, monitorowanie sytuacji osobistej od momentu dostarczenia dokumentacji kierującej do placówki, aż do chwili odejścia lub śmierci mieszkańca; pielęgniarka, czuwająca nad stanem zdrowia osoby „jesieni życia”, reagująca na każde, nawet najmniejsze oznaki niedyspozycji somatycznej seniorów; terapeuta zajęciowy, który od pierwszego dnia pobytu mieszkańca w placówce, uczestniczy w jego aktywizacji; psycholog, pełniący znaczącą rolę w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, będący w ciągłym kontakcie z mieszkańcami, służący radą i pomocą każdemu z nich. Z porady psychologa mogą także skorzystać rodziny mieszkańców.

Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy swoją pracę opiera na woli i opinii mieszkańca, ocenie jego aktywności, diagnozie socjalnej, terapeutyczno - opiekuńczej i medyczno - rehabilitacyjnej. O ile jest to możliwe, do pracy włącza rodziny podopiecznych. Działania wszystkich specjalistów domu są skoordynowane i ukierunkowane na stwarzanie takich warunków życia mieszkańców, w których jego jakość będzie dla nich satysfakcjonująca. Pracę zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego nadzoruje kierownik Zespołu.

Dla każdego mieszkańca domu opracowuje się Indywidualny Plan Wsparcia, w którym opisuje się jego funkcjonowanie oraz stawia cele do realizacji na kolejne pół roku. Wśród celów częściowych, jakie w stosunku do seniora ma za zadanie postawić każdy specjalista, obiera się także cel nadrzędny - główny, który jest indywidualny i charakterystyczny dla danego seniora. Pozostałe, częściowe cele odnoszą się do poszczególnych obszarów życia mieszkańca, np. pielęgnacji, sfery duchowej, socjalnej, fizycznej, aktywności. Po pół roku od postawienia celu głównego - nadrzędnego oraz celów częściowych, dokonuje się ich oceny, weryfikacji i podejmuje się dalsze działania zapewniające optymalne warunki funkcjonowania osoby „jesieni życia”.

Mieszkaniec już od momentu zamieszkania w placówce ma przydzielonego opiekuna. Jest to osoba wyznaczona przez Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy, w celu monitorowania bieżących potrzeb i aktualnej sytuacji podopiecznego. Po okresie jednego miesiąca, senior samodzielnie dokonuje wyboru pracownika, który będzie pełnił funkcję jego opiekuna i będzie nazywany **Pracownikiem Pierwszego Kontaktu (PPK)**.

Pracownik Pierwszego Kontaktu jest odpowiedzialny za koordynowanie opracowywania Indywidualnego Planu Wsparcia Mieszkańca (IPW) oraz wynikających z niego działań. Pracownik Pierwszego Kontaktu ma obowiązek zapoznania podopiecznego z opracowanym planem.

PPK jest rzecznikiem spraw i praw podopiecznego. Celem jego pracy jest poprawa jakości życia, inspirowanie do aktywności, reprezentowanie podopiecznego w życiu codziennym, dla możliwie pełnego zaspokojenia jego potrzeb. Rola PPK polega przede wszystkim na łagodzeniu trudnej sytuacji mieszkańca, wspomaganie go we wszystkich sprawach oraz aktywnym reagowaniu na jego potrzeby. Klimat realizacji tego zadania musi mieć charakter podmiotowy, indywidualny, charakteryzujący się życzliwością, intymnością, zaufaniem i zrozumieniem. Osobowość PPK powinna cechować empatia, umiejętność przyjęcia punktu widzenia mieszkańca, indywidualne podejście do jego potrzeb.

Pracownik Pierwszego Kontaktu wspólnie z podopiecznym wypracowuje swój model pracy, biorąc pod uwagę indywidualność, intymność, wolność oraz jego możliwości psycho -

fizyczne. PPK nie wyręcza innego personelu z zakresu jego obowiązków, tylko stara się wyegzekwować od niego właściwe zaspokojenie potrzeb podopiecznego. PPK jest zobowiązany do częstych spotkań z mieszkańcem. (2)

Misją Domu jest zapewnienie całodobowej opieki osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, poprzez świadczenie usług na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb. Ponadto umożliwienie mieszkańcom korzystania z przysługujących na podstawie odrębnych przepisów świadczeń zdrowotnych. Dom w realizacji swoich zadań kieruje się dobrem podopiecznego, poszanowaniem jego praw, zapewnia wolność, ochronę godności osobistej, poczucie bezpieczeństwa, swobodne kontakty ze środowiskiem lokalnym i różne formy rehabilitacji społecznej (3), by „jesień życia nie była szara i smutna”.

Analizując funkcjonowanie domów pomocy, kieruję się najczęściej zadawanymi przez rodziny potencjalnych mieszkańców pytaniami.

Chcąc zapewnić osobie starej, chorej, z niepełnosprawnością opiekę całodobową w instytucji jaką jest dom pomocy społecznej, **pierwsze kroki należy skierować do ośrodka pomocy społecznej**, znajdującego się na terenie gminy gdzie zamieszkuje przyszły mieszkaniec. Tam kompletowane są niezbędne dokumenty. Do wybranego domu pomocy trafia komplet dokumentów, w tym decyzja kierująca oraz decyzja ustalającą odpłatność za pobyt w placówce. Przyszły mieszkaniec może wybrać i podać nazwę domu, w którym chciałby zamieszkać lub zdać się na ośrodek pomocy społecznej, który sam zdecyduje o wyborze placówki. W tym przypadku pracownik socjalny będzie kierował się ilością osób oczekujących na umieszczenie w danym domu oraz odległością od miejsca zamieszkania przyszłego mieszkańca.

Po doręczeniu dokumentacji do domu pomocy społecznej, osoba skierowana zostaje umieszczona na **liście osób oczekujących na umieszczenie**. Zamieszkanie następuje w chwili zwolnienia się miejsca. **Okres oczekiwania** zależy od ilości osób czekających na zamieszkanie w danym domu. Może to być kilka dni, kilka miesięcy, a nawet kilka lat.

W wyjątkowych przypadkach osoba potrzebująca może zostać skierowana do DPS **poza wszelką kolejnością**. Procedura ta dotyczy osób znajdujących się w ciężkiej sytuacji zdrowotnej, socjalnej, społecznej.

Jeszcze przed zamieszkaniem w placówce, przyszłego mieszkańca odwiedza w miejscu zamieszkania pracownik socjalny domu. Przeprowadza **wywiad z seniorem**, w celu poznania jego sytuacji mieszkaniowej, zdrowotnej oraz rozeznania co do jego oczekiwań względem placówki. Pracownik socjalny zostawia seniorowi listę niezbędnych rzeczy, które trzeba

przygotować i dostarczyć w dniu przyjęcia. W chwili kiedy zwolni się miejsce w placówce, dyrektor domu wysyła do osoby oczekującej **zaproszenie do zamieszkania**.

Domy pomocy posiadają pokoje jedno, dwu, trzyosobowe. Osoby zarządzające placówkami ustalają wewnętrzną procedurę przydziału pokoi. W placówkach, z którymi utrzymuję kontakt, osoba nowoprzyjęta zajmuje **pokój dwu lub trzyosobowy**. Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy analizując dokumentację seniora oraz wysłuchując opinii pracownika socjalnego, stara się go umieścić z osobą jak najbardziej odpowiednią, pod względem charakteru, temperamentu, upodobań, aby zmniejszyć do minimum ryzyko nieporozumień między współlokatorami. Osoba nowoprzyjęta oczekuje w **wewnętrznej kolejce** na możliwość zamieszkania w pokoju jednoosobowym.

W wyjątkowych sytuacjach dyrektor domu odstępuje od procedury przydzielania pokoju jednoosobowego, która mówi, że mieszkańcowi przydziela się pokój jednoosobowy po umieszczeniu w wewnętrznej kolejce. Przykładem może być sytuacja mieszkanki z niepełnosprawnością sensoryczną wzrokową, która otrzymała pokój jednoosobowy z pominięciem kolejki, dla ułatwienia jej funkcjonowania. Innym przykładem jest sytuacja kobiety, u której lekarz psychiatra stwierdził urojenia. Mieszkanka zagrażała życiu współlokatorów.

Pokój mieszkalny wyposażony jest w łóżko, szafkę przyłózkową, szafę na odzież, stół, komodę lub witrynę. Mieszkaniec może mieć swój czajnik bezprzewodowy, telewizor oraz lodówkę.

Dom pomocy zapewnia mieszkańcowi trzy **posiłki** dziennie, dostosowane do stanu zdrowia, z uwzględnieniem odpowiedniej diety. Posiłki wydawane są w jadalni o stałych porach, w przedziale czasowym dwugodzinnym. Posiłki są także wydawane w pokoju osobom, które z różnych przyczyn nie mogą ich spożywać w jadalni.

Każdy mieszkaniec posiada indywidualne **konto depozytowe**, na którym może gromadzić swoje oszczędności. Po pokryciu odpłatności za pobyt w domu w kwocie 70 % dochodu, 30 % jest wypłacane mieszkańcowi do ręki lub wpłacane na jego indywidualne konto depozytowe. Po śmierci mieszkańca kwota zgromadzona na koncie ulega zabezpieczeniu. Zdeponowaną kwotę wypłacić z niego może jedynie osoba, która okaże się sądowym postanowieniem o **nabyciu spadku**. W ten sam sposób postępuje się także z odzieżą i osobistymi rzeczami mieszkańca. Zabezpiecza się je i przechowuje w pomieszczeniu depozytowym.

Zakupy dla mieszkańca, jeśli jest taka potrzeba sporządza pracownik socjalny lub Pracownik Pierwszego Kontakt.

Odzież mieszkańca oznacza się jego inicjałami lub przypisanym do niego symbolem w miejscu niewidocznym, w celu ułatwienia jej identyfikacji po oddaniu do pralni. Jeśli mieszkaniec czuje się na siłach może samodzielnie prać swoje rzeczy w przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu pomocniczym do prania i suszenia. Podobnie wygląda sytuacja z przygotowywaniem posiłków. Mieszkaniec ma do dyspozycji kuchenkę podręczną, z której może swobodnie korzystać.

Rodziny przyszłych mieszkańców często pytają o możliwość zabrania mieszkańca „na przepustkę”. Senior w każdej chwili może opuścić placówkę. Należy o tym fakcie powiadomić pracownika socjalnego lub pielęgniarkę dyżurującą. Wyjazd może być jednodniowy lub kilkudniowy w zależności od potrzeby. Mieszkańcowi w przypadku nieobecności na terenie domu przysługuje **zwrot z tytułu nieobecności** w ilości 21 dni w roku. Urlop może być wykorzystany jednorazowo lub podzielony na kilka części. W przypadku planowego urlopu, mieszkaniec jest zobowiązany powiadomić o nim pracownika socjalnego najmniej trzy dni wcześniej. Zwrot z tytułu nieobecności w domu przysługuje także osobie przebywającej w szpitalu.

Kolejne pytania dotyczą **opieki medycznej**.

W domach pomocy społecznej zatrudnione są pielęgniarki lub/i opiekunowie, którzy pełnią dyżury dzienne i nocne. Są do stałej dyspozycji mieszkańców. W placówce mają miejsce dyżury lekarza rodzinnego, z których może skorzystać każdy potrzebujący konsultacji mieszkaniec. Dom pomocy zapewnia także wyjazdy na konsultacje do lekarzy specjalistów. Leki wykupowane są w jednej aptece, z którą placówka ma podpisaną umowę na dostawę leków, wybranej z pośród kilku w ramach rozeznania cenowego.

Placówka jest dostępna dla rodzin mieszkańców o każdej porze dnia. Nie muszą się one zapowiadać, ani umawiać na wizytę. Możliwość wejścia na teren domu bez zapowiedzi obliguje personel w nim zatrudniony do nieustannego dbania o dobry wizerunek instytucji. Rodziny mieszkańców są najważniejszą komórką kontrolującą kompetencje zawodowe oraz całłościowe funkcjonowanie domu. Słowo dziękuję i uśmiech na twarzach mieszkańców oraz ich rodzin, jest najdokładniejszym miernikiem świadczonych przez placówkę usług.

Dom jest także otwarty dla osób chcących **zapoznać się z warunkami** w nim panującymi. W tym przypadku warto umówić się wcześniej z pracownikiem socjalnym lub kierownikiem Zespołu, który pokaże pomieszczenia domu i odpowie na wszelkie pytania.

Osoby, które chcą zapoznać się dokładniej z ofertą usług świadczonych przez domy pomocy społecznej, z zasadami przyjęcia, funkcjonowaniem oraz pozyskać odpowiedzi na wiele

innych nurtujących pytań odsyłam do **Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej** oraz **Rozporządzenia z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej**.

Wiele wątpliwości zostanie rozwiązanych po przeczytaniu kolejnych rozdziałów książki.

Pierwsze spotkanie - wywiad z odwiedzin

*Dzień, w którym miało się dużo przeżyć,
jest dłuższy od dnia,
w którym nic się nie zmieniło.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Wywiad z odwiedzin u osoby oczekującej na umieszczenie w domu pomocy społecznej jest przeprowadzany przez pracownika socjalnego, zatrudnionego w placówce. Sporządza się go w okresie pomiędzy wpływem kompletu dokumentów do placówki z ośrodka pomocy społecznej, a momentem wysłania zaproszenia, informującego o terminie przyjęcia osoby oczekującej do placówki. Czasami trzeba przeprowadzić wywiad niezwłocznie np. gdy wpłynie decyzja kierująca do DPS poza wszelką kolejnością, lub kiedy jest wolne miejsce i nie ma potrzeby zwlekać z przyjęciem kolejnej osoby. Zdarza się też często, że odwiedziny u osoby oczekującej na umieszczenie trzeba wykonać więcej niż jeden raz. Dzieje się tak wówczas, kiedy trzeba zweryfikować informacje zdobyte podczas pierwszej wizyty lub pierwsza wizyta była dużo wcześniej niż zwolniło się miejsce. Można wtedy przypuszczać, że sytuacja osoby oczekującej uległa zmianie.

Wywiad przeprowadza się w celu rozeznania w sytuacji przyszłego mieszkańca. Dokonuje się weryfikacji danych zawartych w dokumentacji kierującej, potwierdza ich zgodność lub zaprzecza. Dobrą praktyką jest przeprowadzenie wizyty u osoby oczekującej bez wcześniejszego zapowiedzenia. W sytuacji kiedy jest to niemożliwe umawiamy się telefonicznie z seniorem lub jego opiekunem. Wizyta z zaskoczenia pozwala na zastanie sytuacji, takiej jaka jest w rzeczywistości i obiektywne spojrzenie na całokształt funkcjonowania osoby „jesieni życia”. Po wcześniejszym umówieniu wizyty, rzeczywistość może, choć nie musi wyglądać inaczej niż jest faktycznie. Opiekun, może przygotować podopiecznego oraz jego otoczenie na wizytę osób zapowiedzianych.

Dobrą praktyką jest przeprowadzenie wywiadu w dwie osoby. Ma to na celu spojrzenie z różnych perspektyw. Każdy specjalista bada sytuację od swojej działki. Jeśli jest to pielęgniarka zwraca uwagę na kwestie medyczne, czystość, higienę, występujące choroby, dietę. Psycholog, na miejscu stwierdza jak funkcjonuje poznawczo przyszły mieszkaniec i jakie ewentualne zaburzenia występują. Można wówczas zwrócić uwagę na większą ilość szczegółów, zapytać o istotne elementy funkcjonowania. Szczegóły są bardzo istotne dla

stworzenia optymalnych warunków funkcjonowania osoby, poczynawszy od pierwszego dnia pobytu w domu.

W trakcie pierwszego spotkania staramy się zrobić dobre wrażenie na osobie starszej, jak i na jej opiekunie. Bardzo ważne jest, aby swoim zachowaniem nie zniechęcić seniora do siebie, a tym samym do placówki. Należy zrozumiale dla osoby starszej przedstawić się i określić cel naszej wizyty.

Podczas pierwszego wywiadu możemy zaobserwować wiele istotnych szczegółów dotyczących funkcjonowania seniora. Do każdej uzyskanej informacji podchodzimy jednak z dystansem. To tylko pare minut rozmowy, które powinniśmy wykorzystać na zdiagnozowanie sytuacji z jak największą dokładnością, ale też powinniśmy zdawać sobie sprawę, że obraz może być zamazany. Osoba może udzielać nieprawdziwych informacji, informacje mogą nie zgadzać się z posiadaną dokumentacją lub jak często się zdarza, zamiast osoby zainteresowanej odpowiadana na zadawane pytania jej opiekun, który wyprzedza myśli i słowa podopiecznego, nie dając mu szansy na wypowiedzenie się.

Często zdarza się, iż rodzina osoby skierowanej do DPS świadomie zataja lub przeinacza niektóre fakty, z obawy przed zmianą decyzji o skierowaniu do DPS. Wychodzi z założenia, że jeśli sytuacja będzie wyglądała źle nie dojdzie do umieszczenia w domu pomocy. Często więc sytuacja osoby jest przedstawiona jako o wiele korzystniejsza. Dzieje się tak również z informacjami zawartymi w dokumentacji kompletowanej przez pracownika socjalnego z ośrodka pomocy społecznej. Są one często zafałszowane, przez zatajanie niektórych istotnych, niewygodnych dla rodziny danych, najczęściej chorób psychicznych, obciążeń komorniczych, zachowań agresywnych itp. Bardzo często z wywiadu, a także z dokumentacji nie wynika, że osoba jest leczona psychiatrycznie, co jest dużym błędem, który ma ogromne negatywne konsekwencje dla osoby jako mieszkańca domu.

Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że im więcej będziemy mieli informacji na temat przyszłego mieszkańca, tym lepszą otoczmy go opieką. Wszystkie niezbędne informacje powinny być zawarte w dokumentacji kompletowanej przez pracownika socjalnego z ośrodka pomocy społecznej oraz uzyskane podczas wywiadu u osoby w miejscu zamieszkania (wywiad z odwiedzin).

Istotne podczas wizyty u przyszłego mieszkańca jest wzbudzenie naszego zaufania. Starajmy się nie być odebrani jako urzędnicy, ale jako goście, którzy przyszli z wizytą. Zaczniemy konwersację od przedstawienia się i od luźnej rozmowy. Nie przechodźmy od razu do listy pytań.

Pamiętajmy, że pierwsze wrażenie jest niezmiernie ważne, tak dla przyszłego mieszkańca jak i dla nas. My reprezentujemy placówkę, w której pracujemy. Pozytywny odbiór naszej osoby skutkuje pozytywną opinią na temat domu. To co zaobserwujemy podczas pierwszego spotkania może być bardzo istotne. Kolejna wizyta, jeśli taka będzie potrzebna, może dać nam już inny obraz. Musimy odebrać ogólny obraz rzeczywistości i uzyskać jak najwięcej informacji o osobie starszej co ułatwi przewidzieć konsekwencje dla jej funkcjonowania po przyjęciu do placówki. Przeprowadzenie wywiadu w środowisku seniora jest dla niego samego sytuacją bardzo komfortową. Daje osobie „jesieni życia” poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją.

Zwróćmy uwagę na mieszkanie seniora, czy jest ono zadbane, czyste, czy przedmioty są poukładane, czy osoba nie zbiera rzeczy niepotrzebnych, czy posiada leki, które zażywa, ale też których nie zażywa, czy pali papierosy, czy znajdują się butelki po alkoholu. Zobaczmy czy domownik posiada i obsługuje podstawowe sprzęty AGD. Może to być czajnik elektryczny lub odkurzacz. Jeśli to możliwe sprawdźmy czy spożył posiłek, czy sam go przygotował i czy jest świeży. Sprawdźmy też co ma w lodówce.

Zobaczmy jak funkcjonuje fizycznie, czy porusza się samodzielnie, czy korzysta z ubikacji, czy jest czysty, czy ma czyste włosy, odzież. Zapytajmy czy ogląda telewizję, słucha radia, czy lubi spać przy otwartym czy zamkniętym oknie. Bardzo istotne dla funkcjonowania w DPS jest zapytanie o aktywność seniora w nocy, czy dobrze śpi, czy wychodzi do toalety, a nawet czy chrapie. Zwróćmy uwagę na zapach w pomieszczeniach, a także na światło.

Zadajmy pytanie o zainteresowania osoby, rytm dnia, aktywność i przede wszystkim o oczekiwania w stosunku do placówki. Opowiedzmy o domu, jego funkcjonowaniu, sprawowanej opiece, dodatkowych zajęciach. Miejmy przygotowaną listę rzeczy, które trzeba skompletować przed zamieszkaniem w DPS i dostarczyć na miejsce w dniu przyjęcia.

Pamiętajmy także o własnym bezpieczeństwie. Osoby skierowane do domu pochodzą z różnych środowisk, często trudnych, patologicznych. I tu przydaje się towarzystwo drugiej osoby. Myślę o bezpieczeństwie fizycznym, ale także o etycznym, moralnym. Zdarzają się przypadki posądzenia pracownika socjalnego o kradzież lub inne sytuacje, których wcześniej nie można przewidzieć.

Podczas jednego z wywiadów senior przywitał pracowników DPS siekierą. Na kolejnym seniorka naskoczyła z podejrzeniem, że są „niby” pracownikami domu pomocy, a w rzeczywistości złodziejkami, które tydzień temu grasowały w jej bloku, a teraz przyszły po resztę rzeczy, od pozostałych, niby naiwnych mieszkańców. Często w czasie wywiadu napotyka się na sytuacje trudne, agresję osób oczekujących lub ich rodzin. Pracownicy mogą

spodziewać się obraźliwych słów, obelg, a niejednokrotnie zabrania ze sobą do własnego domu przyjaciół w postaci karaluchów i innego robactwa.

Podczas jednego z wywiadów, pracownice nie wiedziały jak i gdzie postawić stopę, ponieważ po podłodze pełzały robaki. Były też na stole, krzesłach, pościeli i w całym mieszkańcu. Mężczyzna, którego odwiedziły żył z nimi w symbiozie. Była to osoba niepełnosprawna fizycznie, poruszająca się na wózku inwalidzkim, mieszkająca wraz z synem, któremu niemeldowani lokatorzy nie przeszkadzali. Po przyjęciu mężczyzny do domu pomocy, wszystkie ubrania zostały wyrzucone, wózek inwalidzki zabrany do prania i dezynfekcji, a sam mieszkaniec do kąpieli. W późniejszym czasie DPS miał problem z synem mieszkańca, przynoszącym robaki na swoim ciele.

Bardzo przydatny podczas wywiadu jest wykaz pytań, które chcemy zadać osobie starszej i jej rodzinie, tak żeby nic nam nie umknęło. No i oczywiście musimy zabrać ze sobą kwestionariusz wywiadu. Druk kwestionariusza wywiadu każda jednostka opracowuje indywidualnie, w zależności od własnych potrzeb. Powinno w nim znaleźć się przede wszystkim miejsce na podstawowe dane mieszkańca, na dane osób do kontaktu, zainteresowania, potrzeby osoby starszej. Ważną kwestią jest rubryka na występujące choroby i listę przyjmowanych leków. Przy okazji wypełniania kwestionariusza wywiadu, mamy możliwość sprawdzenia funkcjonowania poznawczego osoby. Każdy wywiad powinien być podpisany przez pracownika socjalnego i przez osobę, której dotyczy.

Powinniśmy też wyjaśnić dalsze postępowanie wobec osoby skierowanej, podać przybliżony czas oczekiwania na umieszczenie w instytucji, numer kontaktowy do placówki. Możemy także zaproponować wizytę osoby starszej w wybranym domu pomocy, w celu zorientowania się przez nią co do jego funkcjonowania, warunków w nim panujących, oferty świadczonych usług, wyposażenia pokoi oraz innych pomieszczeń.

Starość

*Starość - to jesień życia;
powinien to być okres owocowania,
ale człowiek rzadko ma uczucie,
że jego życie było owocne.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

„Rośliny tracą liście, usychają, dni są coraz krótsze, zaczyna brakować światła, powietrze ochładza się, jest wietrznie i deszczowo. Podobnie starość człowieka jest tym okresem, w którym można cieszyć się owocami i osiągnięciami swojego życia. Staje się czasem podsumowań, godzenia się z tym, że nadszedł etap przeżywania wielu strat, co zmusza ludzi do ponownego poszukiwania i nadawania sensu swojemu istnieniu. Jednak starość to również przeżywanie bólu, smutku i lęku. Organizm starzeje się. Jego siły witalne słabną, maleje odporność i ciało zaczyna odmawiać posłuszeństwa. Osiągająca podeszły wiek osoba zaczyna czuć się nieswojo zarówno sama ze sobą, jak i ze światem. Starość niesie wiele znaczących i ostatecznych zmian, a cały jej tragizm wynika z faktu, że jest to proces nieodwracalny. Zupełnie inaczej niż w przypadku jesieni, gdzie spodziewamy się nadejścia wiosny i powrotu do życia, człowiek w jesieni życia nie może cieszyć się nadzieją, że przemiany wywołane wiekiem odwrócą się. Ta świadomość często przeradza się w lęk i rozpacz, ale może również służyć człowiekowi w głębszym rozumieniu i rozwijaniu siebie”. (4)

„Starzenie się określić można jako działanie czasu na osobę, zaś starzenie się psychologiczne jako działanie czasu na osobowość człowieka oraz na jego życie emocjonalne i duchowe”. (5)

„Zdecydowana większość osób starszych nie chce być postrzegana jako człowiek stary. To inni są starzy, ale nie oni”. (5)

Starość i starzenie się to pojęcia, które nie zostały jednoznacznie zdefiniowane. W potocznym znaczeniu starość określa się, jako fazę życiową organizmu, etap w życiu człowieka o charakterze statycznym, natomiast starzenie się to proces fizjologiczny, podlegający rozwojowi, zjawisko dynamiczne.

A. Kępiński jest zdania, że starość należy do tych pojęć, które choć dla każdego są oczywiste, jednocześnie są trudne, a nawet niemożliwe do naukowego zdefiniowania. (6)

Encyklopedia pedagogiczna określa starość jako naturalną fazę życia, następującą po młodości i dojrzałości, która wieńczy dynamiczny proces starzenia się. Jest określana mianem

„końcowej tercji życia” i utożsamiana ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym, nierzadko też z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna). (7)

Starość jest końcową fazą życia, po niej przychodzi tylko śmierć. (6)

Starość to niewątpliwie coraz dłuższy etap życia człowieka. Można umownie powiedzieć, w kontekście wydłużającego się średniego trwania życia ludzkiego, że to kolejna, trzecia już trzydziestka w jego biegu, dotycząca coraz liczniejszej populacji. Dzieliąc schematycznie życie ludzkie na okresy trzydziestoletnie, pierwszy okres od urodzenia do 30 roku życia, to okres stawania się człowiekiem dorosłym, obejmujący dzieciństwo i młodość, a także wczesną dorosłość. (...) Druga trzydziestka to okres pełnej dorosłości, oznaczający realizację ról i zadań typowych dla człowieka dorosłego. (...) Wreszcie trzecia trzydziestka (lata 60 - te do 90 - tych), to okres starości, zwany też późną dorosłością. (8)

Gerontolodzy proponują uwzględnienie w badaniach pedagogicznych 15 - letnich podokresów starości:

- 60 - 74 lata - wczesna starość;
- 75 - 89 lat - późna starość;
- 90 lat i więcej - długowieczność. (7)

Zdrowie, rześkość, przedłużenie młodości, długowieczność - to odwieczne marzenie ludzkości. Im człowiek starszy, tym częściej myśli o tym. Starzenie się to proces biologicznych i psychicznych zmian w organizmie człowieka, postępujących w toku jego życia, a rozpoczynających się na długo przed nastaniem starości. Tempo i stopień starzenia się zależą od stylu życia, warunków społecznych, indywidualnych właściwości człowieka, jego zdrowia, charakteru, przygotowania fizycznego, psychicznego, nawyków, przyzwyczajeń itp. Zatrzymać tego procesu nie sposób i wszelkie poszukiwania eliksiru młodości kończą się niepowodzeniem. (9)

We współczesnej gerontologii wyróżnia się starzenie normalne (naturalne) i patologiczne. Naturalne starzenie się jest po prostu procesem fizjologicznego starzenia się, zachodzącym w czasie i w stopniu właściwym dla danego wieku i gatunku bez zaburzeń neurologicznych i/lub psychiatrycznych, bez poważniejszej utraty słuchu bądź wzroku oraz z zachowaniem względnej sprawności psychofizycznej. Natomiast patologiczne starzenie się jest procesem przyspieszonego starzenia się w związku z niekorzystnym wpływem chorób lub środowiska, a

także procesem przedwczesnego starzenia się, które ma cechy starzenia się fizjologicznego, lecz występuje we wcześniejszym wieku (...) Wyróżniamy także starzenie się optymalne czyli: aktywne, zdrowe, pomyślne, pozytywne, produktywne, szczęśliwe. (10)

Starość - to okres życia, w którym organizm wykonuje zmiany regresyjne - nie nadąża z procesami odnowy i regeneracji zniszczonych komórek i tkanek. Za początek starości uznaje się 60 rok życia.

Proces starzenia człowieka możemy rozpatrywać w trzech aspektach. Pierwszy z nich to aspekt biologiczny - czas biologicznego starzenia się warunkują geny, a także warunki zewnętrzne: przyrodnicze, społeczno - ekonomiczne, kulturowe. Aspekt psychologiczny - starzenie się psychiczne, działanie czasu na obecność człowieka oraz na jego życie emocjonalne i duchowe. Aspekt społeczny wiąże się ze stopniowym wycofywaniem się seniorów z życia społecznego, społeczno - zawodowego.

Zmiany biologiczne spowodowane są:

- wolniejszym tempem regeneracji komórek;
- zwiększoną ilością komórek, w których uszkodzone jest DNA;
- utratą sił i wytrzymałości fizycznej (zespół słabości);
- pogorszeniem wzroku;
- pogorszeniem pamięci krótkotrwałej (łagodnym);
- upośledzeniem słuchu - u 1/3 ludzi powyżej 65 r. ż.;
- spadkiem masy kości;
- zmniejszeniem wysokości ciała;
- starzeniem się skóry;
- łysieniem;
- zmianami w układzie odpornościowym;
- zmianami w układzie hormonalnym (stopniowe zmniejszanie poziomu hormonów tarczycy, hormonu wzrostu, testosteronu) - tzw. cisza hormonalna;
- menopauza/andropauza;
- zmianami w układzie sercowo - naczyniowym (zmiany miażdżycowe, pogorszenie ukrwienia kończyn);
- zmianami w układzie pokarmowym;
- zmianami w układzie nerwowym (zmniejszenie masy mózgu, problemy z koncentracją, uwagą, pamięcią, zmiany osobowościowe).

Cechy starości w ujęciu społecznym:

- ustanie pracy zawodowej;
- znaczny spadek zdolności adaptacyjnych;
- postępujące ograniczenie samodzielności życiowej;
- stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia;
- konieczność skonfrontowania się z kultem młodości.

Cechy starości w ujęciu psychologicznym:

- osłabienie pamięci;
- spadek sprawności funkcji intelektualnych (akcentowany wpływ czynników środowiskowych);
- spadek zdolności adaptacyjnych;
- zwiększona emocjonalność;
- zwiększona męczliwość - problemy z koncentracją;
- zmiany charakterologiczne;
- neofobia (strach przed nowością). (3)

Osoby w podeszłym wieku są negatywnie odbierane przez społeczeństwo, pozytywny wizerunek starości został zamazany. Ludzie pragną być nieustannie młodzi, zacierać ślady zostawione przez upływający czas, wolą sztuczność, którą zapewnia im medycyna estetyczna, od pokornego starzenia się i akceptacji zmian wywołanych upływającym czasem. W dzisiejszej społeczności dominuje kult młodości. Ludzi fascynuje to co piękne, młode, pociągające. Starość uważają za chorobę, niepełnosprawność, ubóstwo, bezużyteczność i śmierć.

Wiek podeszły wydaje się być wciąż etapem życia nieznanym, a przynajmniej nie rozpoznanym w sposób satysfakcjonujący, czyli taki, który zapewniłby kierowanie procesami starzenia się w sposób pomyślny dla poszczególnych jednostek, a także całych społeczności. (...) Wiele zakresów starości jest trudno dostrzegalnych i wiele też jest pokrywanych milczeniem, kamuflowanych, stereotypizowanych, a nawet tabuizowanych. (8)

Własny wybór czy konieczność

Najwyższy ciężar decyzji

jest wtedy,

gdy stawką jest własne życie.

A. Kępiński „*Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)*”

Od dawnych czasów podstawowym środowiskiem życia człowieka była rodzina. Tak jak dziecko potrzebuje miłości, aby prawidłowo się rozwijało, tak człowiek stary potrzebuje rodziny, aby jego starość była pomyślana i bezpieczna. Dobry kontakt starego człowieka z rodziną minimalizuje negatywne skutki procesu starzenia się. Odrzucony człowiek zostaje pozostawiony sobie samemu, traci poczucie bezpieczeństwa, które jest gwarancją ciepła i miłości. Stąd też przekonanie, że nawet najbardziej komfortowe domy pomocy społecznej nie dają seniorom tyle ciepła i poczucia wolności co dobrze funkcjonująca rodzina.

Będąc obserwatorem życia mieszkańców domów pomocy, doszłam do wniosku, że ich pobyt w placówce nie zawsze jest satysfakcjonujący. Zaobserwowałam, że odczuwają ogromną samotność. Zarówno ci, którzy utrzymują pozytywne stosunki z bliskimi jak i ci, których relacje i kontakty z rodzinami zostały całkowicie zatarte.

W dzisiejszych czasach zanika model rodziny wielopokoleniowej, gdzie człowiek stary był otoczony miłością i szacunkiem, a wypiera go model rodziny dwupokoleniowej, której podstawą jest odrębność mieszkaniowa i ekonomiczna.

Zmiany w strukturze rodziny są konsekwencją obecnych czasów, potwierdzeniem tego faktu jest brak zainteresowania ze strony młodych ludzi, osobami starszymi (rodzicami, dziadkami), brak pomocy, kontaktów, w konsekwencji odrzucenie i izolacja.

Myślę, że młode pokolenie nie powinno odrzucać możliwości korzystania z doświadczenia pokolenia starszego, jego zasobu wiedzy. Jednak dzieje się inaczej. Młodzi ludzie uważają się za bardziej wykształconych, mądrzejszych. Pokolenie „jesieni życia” odbierają za zacofane, niemogące sobie poradzić z osiągnięciami techniki. Zarzucają starszym, że nie potrafią ich zrozumieć, co jest powodem dzielącego ich ogromnego dystansu.

Można przypuszczać, że przy zacieraniu się tradycji i postępujących zmianach w obyczajowości, opisana sytuacja malejącej roli doradczej osób starszych będzie się nasilać. Ludzie młodzi zagubieni w wirtualnym świecie komputerów i Internetu, opiekę nad ludźmi starymi zrzucą na instytucjonalną pomoc społeczną.

Osoby starsze są potrzebne i tolerowane do chwili usamodzielnienia się wnuków, gdy jeszcze mogą pomagać w gospodarstwie domowym, gdy są sprawni i nie potrzebują opieki, kiedy świadczą pomoc ekonomiczną i opiekuńczą. Sytuacja zmienia się radykalnie, gdy seniorzy zaczynają chorować, niedołączyć, stają się ciężarem dla ludzi młodych, zbędnym balastem. Dzieci i wnuki nie podejmują roli opiekunów, nie poczuwają się do opieki nad rodzicami czy dziadkami, chociaż taki ciężar na nich obowiązek moralny.

Można sądzić, że znaczna grupa seniorów zamieszkała w placówkach instytucjonalnych nie z własnej woli, ale z konieczności: złych stosunków panujących w rodzinie, przemocy fizycznej i psychicznej, jakich seniorzy doświadczali w niej na co dzień.

Ludzie młodzi oddalają myśli o starości i śmierci od siebie, myśląc, że one nigdy nie nadejdą, są jednak w błędzie gdyż życie jest cieniem, przeminie bardzo szybko, nie obejrzymy się, a już będziemy starzy. Musimy jednak pamiętać o tym, że każdy ma tyle lat na ile się czuje. Musimy szanować i rozumieć ludzi starych, a także uczyć szacunku do starszych nasze dzieci, aby one kiedyś uszanowały nas.

A Leszczyńska - Rejchert wymienia kilka powodów zamieszkania ludzi w podeszłym wieku w domach pomocy społecznej:

1. wskazania zdrowotne (znaczna utrata sprawności psychofizycznej, znacznie zaawansowana starość), lub ze wskazań socjalnych (samotność, złe warunki mieszkaniowe, materialne, konflikty w dotychczasowym środowisku);
2. pozbawienie opieki ze strony bliskich, a ostatnio coraz częściej dom pomocy społecznej staje się miejscem świadomie wybieranym na dalsze życie;
3. chęć oddania swego mieszkania wnukom lub konflikt z rodziną bądź ze społecznością lokalną;
4. dom pomocy społecznej to częściej miejsce wygnania niż wyboru, a decyzja o przeniesieniu do placówki podyktowana jest koniecznością;
5. pogarszający się stan zdrowia, lęk o nie;
6. namowy ze strony przyjaciół, znajomych i członków rodziny. (11)

Oto kilka opisów wypowiedzi, przeprowadzonych w formie wywiadu z mieszkańcami.

Przypadek pierwszy

Jestem mieszkanką Domu Pomocy Społecznej od roku. Myślałam, że doczekam końca moich dni we własnym domu, blisko dzieci i wnuków. Myliłam się. Byłam potrzebna

własnym dzieciom w czasie, kiedy ich dzieci były małe i potrzebowali opieki. Zajmowałam się dziećmi, odprowadzałam do szkoły, przedszkola, gotowałam obiady, sprzątałam. Kiedy wnuki dorosły i usamodzielnili się poczułam, że jestem już rodzinie niepotrzebna, traktowali mnie jak zbędny balast, dawali do zrozumienia, że lepiej byłoby im samym. Podjęłam decyzję o zamieszkaniu w Domu Pomocy Społecznej. Była to moja własna decyzja. Teraz jednak uważam, że podjęłam ją pod presją rodziny. (12)

Przypadek drugi

Bardzo podoba mi się pomysł organizowania w Domu Pomocy Społecznej corocznych „Spotkań Rodzinnych”. Dla mnie jednak jest to bardzo smutny dzień. Mieszkam w placówce już dość długo, przeżyłam kilka takich spotkań. Zawsze zapraszam na nie swoje dzieci, tak jak większość mieszkańców. Na pierwsze z tych spotkań przyjeżdżali, ale potem przestali. Czekam na moich bliskich każdego roku, łudzę się nadzieją, że jednak przyjadą, ale nie przyjeżdżają - zresztą już wcale mnie nie odwiedzają, chociaż obiecywali i zapewniali, że będziemy w ciągłym kontakcie. (13)

Przypadek trzeci

Mieszkam w Domu Pomocy już od sześciu lat. Przed zamieszkaniem w placówce byłam sama. Mieszkalam w Płocku, potem przeprowadziłam się do Torunia. Nie mam dzieci, utrzymuję kontakty wyłącznie z siostrą i jej synem, którego kocham jak własnego syna. Decyzję o zamieszkaniu w DPS podjęłam sama, była to spontaniczna decyzja. Nie byłam już młoda, nie chciałam zostać sama w trudnych chwilach, które mogły nadejść w każdej chwili, może choroba, może niepełnosprawność. Słyszałam dużo dobrego właśnie o tym Domu i dlatego rozpoczęłam starania o przyjęcie. Mój siostrzeniec sprzeciwiał się stanowczo tej decyzji, nie chciał słyszeć o tym, że mogę zamieszkać w Domu Pomocy Społecznej. Ile ja się wtedy nasłuchiłam. Byłam zawsze kobietą samodzielną, nie chciałam być zależna od nikogo tak teraz jak i w przyszłości. Nie chciałam nikomu przeszkadzać ani zawadzać. Pewnego dnia siostrzeniec przyszedł bardzo zdenerwowany i wtedy odbyliśmy poważną i ostateczną rozmowę, która zakończyła się kompromisem. Oczywiście dopięłam swego, musiał pogodzić się z moją decyzją. Jak wspomniałam mieszkam tu już sześć lat, jestem chora, ale samodzielna, staram się nie sprawiać nikomu kłopotu. Jestem bardzo zadowolona z pobytu w tej placówce. Gdybym miała cofnąć się w czasie i jeszcze raz podjąć decyzję dotyczącą mojej przyszłości byłaby ona taka sama. (14)

Przypadek czwarty

Mam 72 lata. Mieszkam w Domu Pomocy Społecznej 14 lat. Przed zamieszkaniem w placówce mieszkałam u córki na wsi. Pewnego dnia podjęłam decyzję o zamieszkaniu w DPS. Nie chciałam być ciężarem dla dzieci. Chciałam być niezależna, mieć trochę intymności, prywatności. O Domu Pomocy Społecznej „Na Skarpie” słyszałam same dobre rzeczy, byłam pewna, że będę tu szczęśliwa, a moje życie będzie spokojne. Dom Pomocy zapewnia mieszkańcom wiele atrakcji. Zawsze byłam i nadal jestem kobietą aktywną, rozrywkowa, tak więc w pełni korzystam ze wspomnianych atrakcji. Wyjeżdżam na wycieczki, pielgrzymki, biorę udział w imprezach organizowanych przez Dom. W pełni uczestniczę w życiu religijnym Domu. Należę do zespołu wokalnego, z którym występuję z okazji różnego rodzaju okazji, wyjeżdżam także na występy poza placówkę, biorę udział w zajęciach terapeutycznych. Ze swoją córką i wnuczką utrzymuję stały, regularny kontakt. Decyzję o zamieszkaniu w placówce podjęłam samodzielnie, nikt w nią nie ingerował. Wszystkie dokumenty załatwiałam po kryjomu, stawiając mych bliskich przed faktem dokonanym. Rodzina moja była przeciwna umieszczeniu mnie tutaj. Niczego nie żałuję, czuję się tutaj dobrze. (15)

Przypadek piąty

Chcę umieścić moją mamę w Domu Pomocy Społecznej. Mam bardzo trudną sytuację rodzinną. Mama jest osobą leżącą. Choruje na miażdżycę i zespół otępienny. Ja niedawno przesłam na emeryturę, oczywiste było więc dla mnie że to ja będę się nią opiekowała z pomocą mojej siostry. Tak też było do chwili obecnej. Nie korzystaliśmy dotąd z pomocy PCK, lecz we własnym zakresie organizowałyśmy sobie pomoc. Trwa to już 5 lat. Bez urlopu i wypoczynku starałyśmy się zapewnić mamie opiekę w miarę najlepiej jak potrafiliśmy. Niedawno wykryto u mnie przewlekłą białaczkę limfatyczną. Ostatnio wyniki pogorszył się i muszę podjąć leczenie chemioterapią. Tutaj powstaje problem opieki nad mamą. Siostra jest osobą pracującą w nienormowanym czasie pracy. W związku z tym nie jest w stanie zapewnić mamie opieki całodobowej. Ja czuję się słaba, a po chemioterapii sama będę potrzebowała opieki.

Mama jest osobą, która wymaga opieki całodobowej, często występuje u niej temperatura, lekarze określają ją temperaturą odmózgową - trzeba wtedy szybko reagować. Z uwagi na to, że trudno jest przewidzieć, jak będzie przebiegał proces mojego leczenia i jak długo będzie trwał, nie jestem w stanie przewidzieć jak długo będzie potrzebna pomoc w opiece nad mamą w Domu Pomocy Społecznej. W tej chwili staram się odwręcać przyjęcie

mojej mamy do Domu Pomocy Społecznej mimo, że źle się czuję. Mama jest dla mnie najważniejsza i jak długo będę mogła, będę się nią zajmowała. (16)

Przypadek szósty

Mam na imię Bożena. Ani się obejrzałam, a nie długo minie rok jak tu jestem. Przyjechałam tutaj z zakładu opiekuńczo - leczniczego. Mam własne mieszkanie, ale nie mogę w nim samodzielnie mieszkać. Miałam dwa udary. Lewą stronę ciała mam sparaliżowaną. Po pierwszym udarze pod swój dach przyjął mnie syn. Syn bardzo dużo pracuje. Ma 3 pokojowe mieszkanie, w którym mieszka z żoną i córką. Wnuk został wysłany do szkoły w innym mieście. Myślę że nie chciał tam jechać. Mogłam zostać u syna, ale czułam, że sprawiam kłopot, zwłaszcza synowej. Nigdy nie dała mi tego odczuć, ale widziałam jej minę, gdy obijałam się swoim wózkiem inwalidzkim o ściany i rysowałam kołami kafelki. Mam wrażenie że oni mają dużo swoich problemów, żeby jeszcze zajmować się mną - akurat potrzebują zmieniać mi pampersy. Życie przed udarem było piękne, całe życie pracowałam z ludźmi. Poświęcam im dużo czasu. Może synowi poświęcałam za mało? On teraz nie potrafi poukładać swoich spraw rodzinnych - kłóć się z żoną często. Ona jest bardzo zazdrosna. Ja już czasem nie mam siły wysłuchiwać żalów syna. Boli mnie to, że nie są zgodną rodziną i że wnuk jest daleko. Chociaż może i dobrze, że tego wszystkiego nie widzi.

W Domu Pomocy nawiązałam przyjaźnie, w sumie jest mi nawet dobrze. Korzystam z terapii zajęciowej i muzykoterapii. Jednak jestem jeszcze młoda w porównaniu z innymi mieszkańcami. Tęsknię za samodzielnością. Gdy mieszkałam sama, często odwiedzałam przyjaciół, udzielałam się społecznie. Miło oglądać kasety z czasów, gdy wyglądałam jeszcze pięknie, tańczyłam, śpiewałam solo. Teraz niby też mogę, ale to nie to samo. W czasie muzykoterapii w DPS czasami szybko się męczę przez siedzenie w bezruchu. Jestem tu zależna, żeby na zajęcia z muzykoterapii ładnie się ubrać, umalować, uczesać potrzebuję pomocy personelu. Doskwiera mi brak samodzielności. Czasami mam żal do rodziny, że mnie oddali. Tu jest mi dobrze, ale mimo wszystko żal. Ja włożyłam mnóstwo sił w wychowanie syna, poświęciłam się, a on mnie oddał. Może to jest ich sposób na niewygodne sprawy. (17)

Ludzie młodzi często pozbywają się ludzi starszych, czyli swoich rodziców czy dziadków umieszczając ich w domach pomocy. Nie możemy jednak generalizować, ponieważ różne są powody umieszczenia ludzi w podeszłym wieku w domach pomocy społecznej. Są osoby, które decyzję o umieszczeniu podejmują sami, najczęściej osoby samotne,

nieposiadające własnych dzieci. Są też ludzie schorowani, gdzie rodzina mimo podejmowania niezbędnych działań nie może zapewnić całodobowej opieki. Jest wreszcie grupa osób starszych, które „przeszkadzają” ludziom młodym, czyli swoim dzieciom i wnukom.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej zawsze będą kochali swoje rodziny mimo krzywd przez nie wyrządzonych. Mają żal w głębi serca do najbliższych, że ich w nich umieścili, ale przed całym światem będą ich usprawiedliwiać i uzasadniać powody, dla których się w nich znaleźli.

Sytuacje takie obserwuje się w zmożonym stopniu w okresach świątecznych. W tym czasie seniorzy powinni być ze swymi rodzinami, w domach gdzie często spędzili większość swego życia. Jednak tak się nie dzieje, ponieważ rodziny o nich zapominają, nie zabierają. Ludzie starsi wtedy, jak sama zaobserwowałam wymyślają różne choroby, udają, że źle się czują, tłumaczą, że rodzina proponowała im święta w domu, ale oni tak źle funkcjonują, że nie są w stanie opuścić placówki.

Człowiek mieszkający w domu pomocy społecznej doświadcza nie tylko znacznego ograniczenia swoich możliwości tworzenia potrzebnej mu przestrzeni życiowej, ale również konfrontowany jest z przynajmniej częściowym załamaniem tego wszystkiego, co udało mu się dotychczas zbudować. W rozmowach z mieszkańcami często słyszałam, że nawet najdoskonalsza opieka instytucjonalna, tak naprawdę nigdy nie zastąpi starszym ludziom rodziny. Dla każdego niezależnie od wieku, dom rodzinny jest opoką, podporą, gwarancją ciepła, miłości i bezpieczeństwa. W miarę upływu lat, jak twierdzili, ma to coraz większe znaczenie, aby na starość uzyskać rangę absolutnego priorytetu. Ważniejsze stają się wówczas zwykle przejawy życzliwości i serdecznych uczuć ze strony rodziny, niż dostatek i korzystanie z udogodnień jakie może zapewnić im dom pomocy społecznej. Ciągłe popularna jest opinia, że najgorsza rodzina jest lepsza niż DPS.¹ (18)

Człowiek „jesieni życia” jako jednostka

¹Tarkowski Z., *Zarządzanie i kierowanie Domem Pomocy Społecznej*, wyd. Fundacji Orator, Lublin, 1998, s. 236.

biologiczna, psychologiczna i społeczna

Wykluczenie ze świata społecznego,

śmierć społeczna,

równa się dla człowieka

śmierci biologicznej.

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Wiek podeszły niesie za sobą często choroby i niepełnosprawności. Człowiek „jesieni życia”, mimo zmian zachodzących w jego organizmie pozostaje tą samą osobą, którą był do tej pory. O tym należy pamiętać. Teraz, tak jak we wcześniejszych okresach życia, odczuwa potrzeby, chociaż ich hierarchia może - i jest inna niż hierarchia potrzeb osób innych grup wiekowych; uczucia, które w dużym stopniu kierują życiem seniora; zainteresowania, które mogą być ograniczone przez upływający czas, ale też mogą być o wiele bogatsze. Osoby starsze mają także obowiązki, problemy i radości. Mają bogate doświadczenie życiowe, indywidualną przeszłość, ale także marzenia i przyszłość.

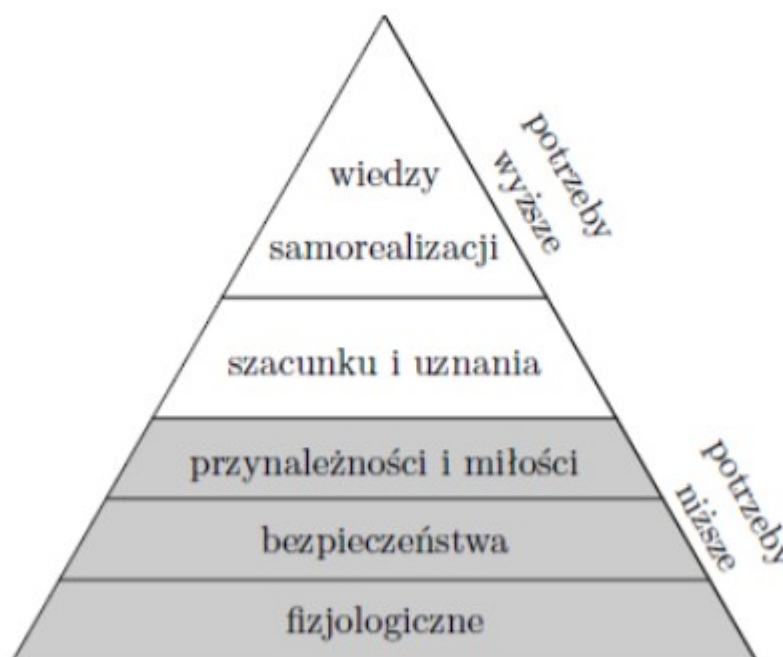
Każda osoba, stara czy młoda, bogata czy biedna, sprawna czy z różnymi niepełnosprawnościami, zdrowa czy chora - zasługuje na szacunek i godne traktowanie.

Człowiek jest jednostką biologiczną. Oznacza to, że jest istotą żyjącą, jego organizm wypełnia konkretne funkcje życiowe. Jest też jednostką psychologiczną, co oznacza, że czuje, myśli, marzy. Jest w końcu jednostką społeczną, żyje i funkcjonuje wśród ludzi, należy do danej grupy społecznej i w jej życiu uczestniczy. Z wymienionych funkcji człowieka jako jednostki, wynikają jego potrzeby.

Człowiek sprawny potrafi zidentyfikować swoje potrzeby, zakomunikować je i samodzielnie zaspokoić. Osoba z niepełnosprawnością ma problemy lub jest całkowicie niezdolna do zidentyfikowania potrzeb, zakomunikowania ich, a przede wszystkim do ich zaspokojenia.

Potrzeby osób „jesieni życia”, to w wielu przypadkach potrzeby podstawowe, między innymi: schronienie - czyli „dach nad głową”, prawidłowe odżywianie, miejsce do odpoczynku. Podstawową potrzebą jest zdolność do samostanowienia i samoopieki. Samoopieka to niezależność od osób drugih w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych: odżywiania, poruszania się, kontrolowania czynności fizjologicznych, ubierania oraz utrzymania higieny osobistej. (19)

Amerykański psychiatra, A. Maslow uważa, że wszystkie potrzeby ludzkie można ułożyć hierarchicznie. Przedstawia je za pomocą piramidy. Jej podstawą są potrzeby fizjologiczne: powietrze, pożywienie, woda. Następne cztery poziomy piramidy to potrzeby psychologiczne: bezpieczeństwa, miłości, szacunku oraz samorealizacji. (20)



Piramida potrzeb A. Maslowa

Zaspokojenie potrzeb z każdego kolejnego poziomu hierarchii jest możliwe tylko wtedy, gdy zaspokojone będą potrzeby z rzędu niższego. Funkcjonowanie człowieka i jego rozwój jest dopełnieniem kolejnych poziomów piramidy potrzeb. (21)

Wszystkie wymienione przez Maslowa potrzeby występują w okresie starości, zmianie ulega tylko ich ważność i intensywność. Istotnym jest fakt, iż osoby starsze mają swoje indywidualne potrzeby oraz prawo do ich zaspokajania. Smutnym jest, że potrzeby osób w podeszłym wieku często są pomijane i niedostrzegane przez ich rodziny. Jeżeli mówimy o potrzebach: akceptacji, miłości, uznania, szacunku, musimy wiedzieć, że są one jednakowo ważne dla każdej grupy ludzi, nie ma tutaj znaczenia wiek. (11) Potrzeby psychospołeczne osób w starszym wieku są specyficzne, a ich ważność zmienia się na skutek zmniejszających się możliwości ich zaspokojenia. Osoby w podeszłym wieku bardzo mocno odczuwają potrzebę bezpieczeństwa psychicznego, przynależności do grupy społecznej, a tym samym do aktywnego

w niej uczestnictwa, akceptacji, przyjaźni, afirmacji siebie i świata. Ważna jest również potrzeba bycia użytecznym i potrzeba uznania. (11)

W placówce jaką jest dom pomocy społecznej, ludzie chorzy, z niepełnosprawnościami, często nie opuszczający swoich pokoiów, a nawet łóżek są zdani wyłącznie na pomoc innych. Na tę grupę osób trzeba zwrócić szczególną uwagę, poświęcić jej możliwie jak najwięcej czasu i często wyręczyć we wszystkich czynnościach dnia codziennego.

Personel, opiekujący się niesamodzielnymi seniorami musi charakteryzować się szczególną empatią, powinien potrafić wczuć się w sytuację osób od niego zależnych, mieć oczy szeroko otwarte i reagować na każde, nawet najmniejsze zmiany w zachowaniu osoby potrzebującej, która nie jest w stanie samodzielnie zakomunikować i zaspokoić podstawowych potrzeb.

Szczególnej uwagi potrzebują osoby, u których zaburzone są funkcje poznawcze, z chorobą Alzheimera i innymi chorobami charakteryzującymi się otępieniem. Ta grupa seniorów przede wszystkim potrzebuje bezpieczeństwa, które musi mieć zapewnione poprzez pozostanie pod stałą, całodobową opieką oraz poprzez podejście do jej funkcjonowania w sposób holistyczny, z poszanowaniem jej praw i godności.

Bio - psycho - społeczna koncepcja niepełnosprawności, założenia wg Światowej Organizacji Zdrowia:

1. człowiek jest istotą biologiczną - organizm o określonej strukturze, wypełniający określone funkcje;
2. człowiek jest osobą - jednostką działającą i wypełniającą określone czynności i zadania życiowe;
3. człowiek jest istotą społeczną - przynależy do określonej grupy, w życiu której uczestniczy.

Poziom funkcjonowania człowieka:

- biologiczny;
- jednostkowy;
- społeczny.

Człowiek pełnosprawny funkcjonuje na poziomie tzw. normalnym określonym przez normy i standardy zdrowotne i społeczne. Poziom tego funkcjonowania może być obniżony w stosunku do tych norm przez deficyty stanu zdrowia spowodowane chorobą, wadami wrodzonymi bądź innymi przyczynami. Istotą niepełnosprawności jest odchylenie od

normalnego poziomu funkcjonowania na poziomie biologicznym, jednostkowym i społecznym lub na niektórych z nich.

Formy odchyień na poszczególnych poziomach:

- biologiczny - zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia;
- jednostkowy - ograniczenie aktywności i działania;
- społeczny - ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym. (22)

A. Kępiński, badacz w dziedzinie psychiatrii twierdzi, iż zbliżenie się do chorego jest ogromnym wysiłkiem. Trzeba potrafić wejść w jego świat, przyjąć uczucia niezależnie od tego jakie one są. Nie zajmować stanowiska, które potępiłoby człowieka niezależnie od jego doświadczeń życiowych i mimo, że mielibyśmy na to ochotę. Naszą rolą jest służyć podopiecznemu pomocą. (6)

Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych

W celu ochrony oraz zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby z niepełnosprawnościami (w tym osób w podeszłym wieku) na równym poziomie ze wszystkimi innymi obywatelami, Polska zobowiązała się do wprowadzenia w życie zawartych w Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych standardów postępowania.

Konwencja jest pierwszym międzynarodowym aktem prawnym, który odnosi się kompleksowo do osób z niepełnosprawnościami.

Celem Konwencji jest popieranie, ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez wszystkie osoby z niepełnosprawnościami oraz popieranie poszanowania ich przyrodzonej godności.

Konwencja pod pojęciem „osoby z niepełnosprawnościami” rozumie osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów (sensoryczną), co może w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.

Zasady ogólne Konwencji to:

1. poszanowanie przyrodzonej godności, autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów, a także poszanowanie niezależności osoby;
2. niedyskryminacja;
3. pełny i skuteczny udział w społeczeństwie i integracja społeczna;
4. poszanowanie odmienności i akceptacja osób niepełnosprawnych, będących częścią ludzkiej różnorodności oraz ludzkości;
5. równość szans;
6. dostępność;
7. równość mężczyzn i kobiet;
8. poszanowanie rozwijających się zdolności dzieci z niepełnosprawnościami oraz poszanowanie prawa dzieci z niepełnosprawnościami do zachowania tożsamości.

Konwencja formułuje **podstawowe obowiązki państw**, do których należą w szczególności:

1. **zapewnienie i popieranie pełnej realizacji praw człowieka** i podstawowych wolności wszystkich osób z niepełnosprawnościami, bez jakiegokolwiek dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność,
2. przy tworzeniu i wdrażaniu ustawodawstwa i polityki celem wprowadzenia w życie niniejszej konwencji, a także w toku podejmowania decyzji w zakresie spraw związanych z osobami z niepełnosprawnościami, **ściśle konsultowanie się z osobami z niepełnosprawnościami**, a także angażowanie tych osób, w tym dzieci z niepełnosprawnościami, w te procesy, za pośrednictwem reprezentujących je organizacji.

Państwa zobowiązują się podjąć natychmiastowe, skuteczne i odpowiednie działania w celu:

1. **podniesienia świadomości społeczeństwa**, w tym na poziomie rodziny, w sprawach dotyczących osób z niepełnosprawnościami, a także działania na rzecz wzmocnienia poszanowania praw i godności osób z niepełnosprawnościami,
2. zwalczania stereotypów, uprzedzeń i szkodliwych praktyk wobec osób z niepełnosprawnościami, w tym związanych z płcią i wiekiem, we wszystkich dziedzinach życia,
3. promowania wiedzy o zdolnościach i wkładzie osób z niepełnosprawnościami.

Konwencja szczegółowo określa **zasady dostępności** oraz środki, jakie Państwo zobowiązuje się podjąć w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami, na zasadzie równości z innymi osobami, dostępu do środowiska fizycznego, środków transportu, informacji i komunikacji, w tym technologii i systemów informacyjno - komunikacyjnych, **w celu umożliwienia osobom z niepełnosprawnościami samodzielnego funkcjonowania i pełnego udziału we wszystkich sferach życia.**

Państwa Strony potwierdzają, że każda istota ludzka ma przyrodzone **prawo do życia** i podejmą wszelkie niezbędne środki w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami skutecznego korzystania z tego prawa, na zasadzie równości z innymi osobami.

Konwencja gwarantuje osobom z niepełnosprawnościami także:

1. **równość wobec prawa;**
2. **dostęp do wymiaru sprawiedliwości** na zasadzie równości z innymi osobami,
3. **wolność i bezpieczeństwo osobiste;**
4. wolność od tortur lub okrutnego, niehumanitarnego albo poniżającego traktowania lub karania;
5. **wolność od wykorzystywania, przemocy i nadużyć;**
6. **ochronę integralności osobistej.**

Konwencja uznaje prawo osób z niepełnosprawnościami do **swobody przemieszczania się, swobody wyboru miejsca zamieszkania i obywatelstwa**, na zasadzie równości z innymi osobami.

Konwencja mówi o **prowadzeniu życia samodzielnie i przy włączeniu w społeczeństwo**. Zgodnie z nim, Państwa uznają równe prawo wszystkich osób z niepełnosprawnościami do życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania takich samych wyborów, na równi z innymi osobami, oraz podejmą efektywne i odpowiednie środki w celu ułatwienia pełnego korzystania przez osoby z niepełnosprawnościami z tego prawa oraz ich pełnej integracji i pełnego udziału w życiu społeczeństwa, w tym poprzez zapewnienie, że:

1. osoby z niepełnosprawnościami będą miały możliwość wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać oraz, że nie będą zobowiązane do mieszkania w szczególnych warunkach;

2. osoby z niepełnosprawnościami będą miały dostęp do szerokiego zakresu usług świadczonych w domu, w miejscu zamieszkania i innych usług wsparcia świadczonych w ramach społeczności lokalnej, w tym do pomocy osobistej niezbędnej do życia w społeczności i integracji społecznej, która także pozwoli na zapobieganie izolacji i segregacji społecznej;
3. świadczone w społeczności lokalnej usługi i urządzenia dla ogółu ludności będą dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, na zasadzie równości z innymi osobami oraz będą odpowiadać ich potrzebom.

Państwa Strony podejmą skuteczne środki celem **umożliwienia osobom z niepełnosprawnościami mobilności osobistej** i możliwie największej samodzielności w tym zakresie, między innymi poprzez:

1. ułatwianie mobilności osób z niepełnosprawnościami, w sposób i w czasie przez nie wybranym i po przystępnej cenie;
2. ułatwianie osobom z niepełnosprawnościami dostępu do wysokiej jakości przedmiotów wspierających poruszanie się, urządzeń i technologii wspomagających oraz do pomocy i pośrednictwa ze strony innych osób lub zwierząt, w tym poprzez ich udostępnianie po przystępnej cenie;
3. zapewnianie osobom z niepełnosprawnościami i wyspecjalizowanemu personelowi pracującemu z osobami z niepełnosprawnościami szkolenia w zakresie umiejętności poruszania się;
4. zachęcanie jednostek wytwarzających przedmioty wspierające poruszanie się, urządzenia i technologie wspomagające, do uwzględniania wszystkich aspektów mobilności osób z niepełnosprawnościami.

Konwencja zapewnia osobom z niepełnosprawnościami **wolność wypowiedania się i wyrażania opinii oraz dostęp do informacji** w dostępnych dla nich formach i technologiach, **poszanowanie prywatności** oraz prawo do ochrony prawnej przed ingerencją w życie prywatne, sprawy rodzinne, dom lub korespondencję oraz bezprawne naruszanie czci i reputacji, **poszanowanie domu i rodziny**, w tym likwidację dyskryminacji osób z niepełnosprawnościami we wszystkich sprawach dotyczących małżeństwa, rodziny, rodzicielstwa i związków, na zasadzie równości z innymi osobami.

Państwa Strony uznają, że osoby z niepełnosprawnościami mają **prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia**, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, oraz podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami dostępu do usług opieki zdrowotnej biorących pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej. (23)

W rozumieniu powyższej konwencji: „Komunikacja” obejmuje języki, wyświetlanie tekstu, alfabet Braille'a, komunikację przez dotyk, dużą czcionkę, dostępne multimedia, jak i sposoby, środki i formy komunikowania się na piśmie, przy pomocy słuchu, języka uproszczonego, lektora oraz formy rozszerzone (augmentatywne) i alternatywne, w tym dostępną technologię informacyjno - komunikacyjną.

„Język” obejmuje język mówiony i język migowy oraz inne formy przekazu niewerbalnego. „Dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność” oznacza jakiekolwiek różnicowanie, wykluczanie lub ograniczanie ze względu na niepełnosprawność, którego celem lub skutkiem jest naruszenie lub zniweczenie uznania, korzystania z lub wykonywania wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności w dziedzinie polityki, gospodarki, społecznej, kulturalnej, obywatelskiej lub w jakiejkolwiek innej, na zasadzie równości z innymi osobami. Obejmuje to wszelkie przejawy dyskryminacji, w tym odmowę racjonalnego usprawnienia.

„Racjonalne usprawnienie” oznacza konieczne i odpowiednie zmiany i dostosowania, nie nakładające nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami.

„Uniwersalne projektowanie” oznacza projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania. „Uniwersalne projektowanie” nie wyklucza pomocy technicznych dla szczególnych grup osób z niepełnosprawnościami, jeżeli jest to potrzebne. (24)

Zamknięci we własnym świecie

Człowiek jest tak bardzo istotą społeczną,

że nigdy nie może być samotny.

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Konsekwencją przemijającego czasu, która dotyka osoby w podeszłym wieku są patologie określane mianem wielochorobowości lub chorobami towarzyszącymi starości. Wyróżnić możemy choroby somatyczne - dotyczące ciała, fizyczne - funkcjonowania fizycznego, a także psychiczne.

Najczęściej spotykaną formą zaburzeń psychicznych są zaburzenia demencyjne (inaczej nazywane otępieniem). *Otępienie, jako ogólną diagnozę kliniczną, tj. bez rozstrzygania o jego możliwych przyczynach, stawia się wtedy, gdy stwierdzimy nabyte, globalne upośledzenie funkcji poznawczych tak nasilone, że w sposób istotny wpływa na codzienne funkcjonowanie człowieka. W wielu przypadkach przyczyna wywołująca otępienie jest tego rodzaju, że proces jest postępujący i nieodwracalny. (25) Otępienie jest zespołem objawów, a nie chorobą. Rozpoznanie otępienia jest wskazaniem do przeprowadzenia dalszych badań zmierzających do ustalenia prawdopodobnej przyczyny otępienia, ale nie jest wystarczającą podstawą do podjęcia leczenia farmakologicznego. (26)*

Osoby cierpiące na demencję stanowią duży odsetek mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Demencja dotyka wiele osób „jesieni życia”. Za szczęśliwych mogą uważać się ci, których dotyczy w niewielkim stopniu. Osoby z głęboką postacią otępienia żyją we własnym świecie, pozbawione tożsamości, w rzeczywistości zapomnienia, wyręczane w codziennych czynnościach przez personel, nieświadome podejmowanych decyzji, ani tego co się wokół nich dzieje.

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10, 1992) opisuje otępienie jako: zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą, lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena. Ponadto, zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą lub nawet je poprzedzają zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. (26)

Jednym z wielu objawów występowania demencji według kryterium diagnostycznego NIA/AA, są zaburzenia możliwości nabywania i zapamiętywania nowych informacji:

wielokrotne powtarzanie pytań lub informacji, gubienie rzeczy osobistych, zapominanie o ważnych wydarzeniach, spotkaniach, gubienie się w miejscach, które są znane. Problemem jest znajdowanie właściwych słów w trakcie wypowiedzi. Chorzy wiedzą co chcą powiedzieć, ale pojawia się luka w doborze słów. (26)

Mózg jest jak pilot do zabawek: kiedy jest nowy, świetnie działa i doskonale kieruje samochodziem lub robotem. Potem, z biegiem czasu i używania, częściej się psuje. Czasem wystarczy zmienić baterie (w przypadku mózgu wystarczy zażyć lekarstwo), a czasami, jak w tych okolicznościach, pilot jeszcze istnieje, ale nie nadaje się już więcej do niczego, albo do niewielu rzeczy, ponieważ już nie jest w stanie przesyłać odpowiedniego polecenia. Dzieci wiedzą, że nie wszystkie zabawki można naprawić... (27)

Jedna z mieszanek domu pomocy społecznej, u której występuje otępienie, próbując nazwać pokazany przez terapeutę widelec stwierdziła, że jest to metal. U seniorów często obserwujemy zjawisko zapominania miejsca przechowywania różnych przedmiotów, chowania ich w inne niż do tego przeznaczone np. pilota od telewizora do lodówki. Zapominanie o terminach umówionych wizyt lekarskich lub spotkań towarzyskich. Gubienie się w terenie. Osoba wychodzi na spacer i nie wie jak wrócić do domu.

Pewnego dnia, prowadząc ją do kąpieli w łazience, odkryłam, że skończyły się wszystkie orzechy, które trzymałam w kuchni. Nigdy bym nie pomyślała, że to ona je zagarnęła! Cichaczem wtopiona w odgłosy telewizji i domowe hałasy, zapakowała wszystkie do swojego pampersa. Musiał to być dla niej kłopotliwy i kłujący dzień. (27)

Konsekwencją utraty pamięci jest między innymi posądzanie innych osób o kradzieże. Potencjalnym złodziejem jest każdy, może nim być inny mieszkaniec, a bardzo często ktoś z personelu. „Giną” różne rzeczy, począwszy od pieniędzy, przez wartościowe dla mieszkańca przedmioty, po odzież, kończąc na majtkach i biustonoszach. W mojej trwającej kilka lat pracy nie przypominam sobie żadnego przypadku kradzieży z udziałem personelu. Wielokrotnie natomiast obserwowałam sytuacje przeciwne, gdzie personel lub mieszkańcy znajdowali rzeczy należące do innych mieszkańców i niezwłocznie je oddawali.

Często zdarza się posądzenie o kradzież ubrań. Mieszkańcy szukają w szafach elementów garderoby, wymyślając różne fasony. Zdarzyło się pewnego dnia, że mieszkaniec

szukał spodni od garnituru, które miały być tego samego koloru co marynarka. Dopiero po wyjaśnieniu przez wnuczkę, iż spodnie te na pewno były o innym odcieniu personel zaprzestał poszukiwań. Niestety sam mieszkaniec nie. Nadal był przekonany, że spodnie zostały mu skradzione, a następnie podmienione.

W kolejnym przypadku mieszkanka oskarżyła jedną z pielęgniarek o kradzież pościeli, ręczników, serwet. Pielęgniarka zdaniem mieszkanki przyprowadzała na dyżury nocne swojego czteroletniego synka, którego kładła spać w łóżku razem z okradaną później mieszkanką. Podczas snu wynosiła wymienione rzeczy. Inna pielęgniarka wynosiła naczynia szklane, a jeszcze inna słoiki z przetworami. Ta ostatnia nie wchodziła do pokoju seniorki kilka miesięcy, ponieważ była wyzywana od złodziejek. Takich i podobnych sytuacji nie da się uniknąć. Posądzanie o kradzież jest jedną z konsekwencji choroby otępiennej. Jediną formą pomocy jaką możemy zaproponować personelowi domu pomocy jest organizowanie szkoleń dotyczących demencji i jej skutków. Wsparciem personelu w trudnych sytuacjach jest odpowiednie podejście kierownictwa, czy samego dyrektora instytucji do danego zdarzenia. Kompetentny dyrektor będzie wiedział z jakich zaburzeń dane zachowanie wynika i będzie wsparciem dla swoich współpracowników. Jeśli jednak dyrektor będzie przyjmował skargi mieszkańców bez ich przeanalizowania, jako wiarygodne, będzie to miało przykre konsekwencje dla personelu. Pracownicy jednego z domów pomocy opowiadali o sytuacjach, w których dyrektor placówki bezgranicznie wierzył mieszkańcom, nie próbował nawet wysłuchać wyjaśnień personelu. Według niego mieszkaniec miał zawsze rację. Zmienił zdanie gdy jedna z mieszanek, widząc go na korytarzu zaczęła krzyczeć twierdząc, że dyrektor ma na sobie ubranie jej męża.

Kolejnym symptomem demencji jest trudność w zlokalizowaniu zagrożenia, niebezpieczeństwa. Mam na myśli niebezpieczeństwo fizyczne, ale również niebezpieczeństwo „padnięcia” ofiarą oszustów. Osoby z otępieniem nie radzą sobie z finansami, mają trudności z podejmowaniem decyzji, nie potrafią planować złożonych lub wieloetapowych działań.

Przykładem mogą być mieszkańcy domów pomocy społecznej, wykorzystywani finansowo przez ekspedientki w sklepach lub przez innych mieszkańców, którzy proponują realizację zakupów osobie dementywnej. Problemem jest brak zwrócenia uwagi na osoby z zaburzeniami otępiennymi np. podczas kupowania dużej ilości artykułów tego samego asortymentu. Mieszkanka kupiła kilkadziesiąt przypraw w kostce lub całą zgrzewkę jogurtów.

Naprawdę chcielibyśmy mieć czarodziejską różdżkę, żeby ją trochę uciszyć, kiedy w środku nocy budziła się i zaczynała krzyczeć albo „urządzać muzykę”, waląc w drzwi lub pukając w stół łyżką, wiedząc, że w budynku są jeszcze inne osoby. (27)

Występowanie zaburzeń funkcji wzrokowo przestrzennych jest elementem charakteryzującym seniorów z demencją, objawiającym się niemożnością rozpoznawania twarzy lub znanych rzeczy, trudnością w znajdowaniu przedmiotów mimo, że są w zasięgu wzroku, niemożnością posługiwania się prostymi narzędziami.

Nawiązuje do tych spraw, o których - już raz wyuczonych - się nie zapomina. Niewielki problem, jak trudność w odnalezieniu drzwi do domu, a brak pomysłu, jak je otworzyć, to już wielka różnica. Banalny ruch naciśnięcia klamki nie był już taki oczywisty, podobnie jak fakt, że to wielkie i przynębiające drzwi już nie służyły do wejścia do domu ponieważ ten nie był już jej domem. (27)

Zaburzenia funkcji językowych (mówienie, czytanie, pisanie): trudności w stosowaniu prostych słów podczas mówienia, niepewność w używaniu słów, błędy w mowie i piśmie. Zaburzenia osobowości, zachowania lub sposobu bycia: zmienność nastroju, spadek motywacji i inicjatywy, apatia, utrata energii, wycofanie społeczne, zmniejszone zainteresowanie wcześniejszymi aktywnościami, utrata empatii, zachowania społecznie nieakceptowane. (26)

Ten dom, zawsze utrzymany, w krótkim czasie stał się prawdziwym chlewem, wszędzie śmieci, przeterminowana żywność, otwarte, powywracane przetwory, niewiadomo czy przypadkowo, lody rozmrożone w lodówce, które okapywały przez kratki na stos zepsutych warzyw, masa paluszków, torebek bezkofeinowej herbaty i biszkoptów. Niewątpliwie oznaki stałego zapominania o zakupach zrobionych wcześniej, część była przeterminowana. Pojemniki otwartych jogurtów z cuchnącą pleśnią... (27)

Ubieranie nieadekwatne do pogody lub sytuacji to duży problem, wobec którego opiekunowie muszą zachować szczególną czujność. Zdarza się, iż seniorzy z demencją wychodzą na zewnątrz budynku lub spacerują po korytarzu na golasa. Dzieci mieszkańca, podczas wywiadu opowiadały jak ojciec wychodził co noc na ulicę w centrum miasta w skąpym ubraniu lub bez.

Baliśmy się, że wyjdzie nocą. Czasami znajdowaliśmy ją rankiem w ogrodzie. Postanowiliśmy zamykać ją na klucz w jej domu, ale niestety wyskakiwała przez okno. (27)

„Otępienie, określane zazwyczaj jako demencja, jest to stały, postępujący spadek sprawności intelektualnej, wywołany organicznymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, czyli zespół zaburzeń mózgu o charakterze przewlekłym lub postępującym, które zakłócają normalne myślenie, zdolności poznawcze, zapamiętywanie, proces sądzenia, nastrój i funkcjonowanie społeczne, oznacza to, że chorzy z otępieniem tracą nie tylko pamięć, ale również swą niezależność”. (5)

Poziom rozwoju zdolności umysłowych człowieka w starości zależy od wrodzonych uzdolnień intelektualnych, poziomu wykształcenia i kwalifikacji zawodowych, doświadczenia życiowego. Możliwości realizacji zdolności intelektualnych w wieku dojrzałym oraz różnorodnych czynników stymulacji i aktywizacji umysłowej, pochodzących od otoczenia, jak i od samej jednostki. Kto zajmuje się samokształceniem, ustawicznie uczy się i dokształca, ten zachowuje intelektualną i psychiczną młodość do głębokiej starości. Tak więc trening intelektu i psychiki okazuje się najlepszym lekarstwem przeciw starzeniu się, zwłaszcza w sferze umysłowej. (9)

W zależności od nasilenia objawów wyróżnia się trzy poziomy otępienia: lekkie, umiarkowane i głębokie.

Lekkie charakteryzuje się zaburzeniami pamięci i innych procesów poznawczych, które choć utrudniają wykonywanie codziennych czynności, nie stanowią istotnych ograniczeń w funkcjonowaniu chorego. Poszukuje on różnych przedmiotów, zapomina o terminach spotkań, rozmowach z rodziną lub znajomymi. Sprawiają mu kłopot skomplikowane czynności, np. operacje bankowe.

W otępieniu umiarkowanym głębokość zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych w istotny sposób ogranicza funkcjonowanie chorego. Pamięta tylko dobrze utrwalone informacje. Nie orientuje się w otoczeniu, nie pamięta jak nazywają się jego bliscy, ani tego co robił przed chwilą. Wymaga nadzoru i pomocy w wykonywaniu czynności domowych.

W otępieniu o nasileniu głębokim chory jest całkowicie niesamodzielny i wymaga stałego nadzoru ze strony innych osób oraz całodobowej opieki i pielęgnacji. (26)

Schorzenia przebiegające z objawami otępienia:

- a) choroby neurologiczne:

- neurozwyrodnieniowe, np. choroba Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy’ego, choroba Parkinsona przebiegająca z otępieniem, otępienie w przebiegu zespołów parkinsonizm plus, zwyrodnienie czołowo - skroniowe;
- naczyniowe uszkodzenie OUN, np. otępienie poudarowe, otępienie naczyniopochodne;
- organiczne choroby OUN, np. guz mózgu;
- następstwa urazów czaszkowo – mózgowych;
- b) choroby psychiczne, np. depresja, schizofrenia, zespół majaczeniowy;
- c) choroby ogólnoustrojowe:
 - zaburzenia gospodarki wodno - elektrolitowej;
 - zaburzenia metaboliczne;
 - zaburzenia funkcji narządów mięsaszowych (niewydolność wątroby i/lub nerek);
 - zaburzenia endokrynologiczne;
 - choroby krwi;
 - zespoły niedoborowe;
 - choroby zapalne;
 - choroby układowe;
 - choroby układu krążenia;
 - choroby nowotworowe;
- d) przyczyny jatrogenne - polekowe. (28)

Najbardziej przykrym skutkiem demencji zarówno dla chorego jak i jego opiekuna jest wymazywanie się własnymi odchodami. Seniorzy zagubieni w rzeczywistym świecie, pogrążeni w bezsilności własnego umysłu są w stanie zrobić rzeczy, których zdrowe osoby nie potrafią zrozumieć, zaakceptować, wytłumaczyć. Osoby, które nigdy wcześniej nie miały styczności z cierpiącym na demencję, nie wiedzą z czym to zaburzenie się wiąże i nie dowierzają osobom, które przekazują im informacje na ten temat. Osobiście znalazłam się w sytuacji kiedy miałam wrażenie, iż osoby, którym opowiadałam o zachowaniu mieszkańców domu pomocy nie wierzyły w to co mówię. Uważały, że zmyślam. Czytałam w ich spojrzeniu, które mówiło: „Co ty za bzdury opowiadasz”. A jednak uwierzcie, że jest to możliwe. Mówię o tym nie po to, aby zniechęcić kogokolwiek do tych osób lub do opieki nad nimi, ale po to, aby wyjaśnić istniejące zachowania, uczulić na ich występowanie, gdyż każdy może prędzej czy później się z nimi spotkać.

Opierając się na doświadczeniu pracy z seniorami jestem w stanie opisać problemy wynikające z ich zachowania i opieki nad nimi. Sytuacją często spotykaną przez personel jest wymazanie siebie samego, pościeli, łóżka i ścian odchodami przez osobę dementywną, leżącą. Nie jest to celowym działaniem jak niektórzy przypuszczają. Zachowanie to wynika z choroby. Trzeba taką osobę wziąć pod prysznic i dokładnie umyć, zmienić pościel, umyć łóżko i ścianę. Podobna sytuacja może się powtórzyć kilkakrotnie w ciągu jednego dnia. W ten sam sposób mogą zachowywać się osoby dementywne, sprawne ruchowo. Załatwiając swoje potrzeby w toalecie, a następnie wymazują nimi siebie i ściany. Któregoś razu będąc w pokoju mieszkanki zauważyłam na talerzyku „coś”. Było ładnie ułożone, równiutko, zastanawiałam się jak to zrobiła. Wzięłam talerzyk z zamiarem wyrzucenia. Mieszkanka podeszła do mnie próbując go odebrać, stwierdziła, że zabieram jej kielbasę. Gdybym nie zauważyła pewnie zjadła by to „coś”. W innym przypadku pielęgniarka podeszła do mieszkanki i stwierdziła, że ta wymalowała sobie usta pomadką. Po chwili zorientowała się jednak, że to nie pomadka. Innym przykładem jest sytuacja kiedy to mieszkanka zdjęła pieluchę, wyszła na korytarz wyjadając jej zawartość. Sytuacja ta miała miejsce w obecności rodziny innego mieszkańca.

Często osoby z demencją upatrują sobie miejsce, w którym się załatwiają. Może to być kąt pokoju, w którym mieszkają lub zakamarek korytarza. Mocz często oddają do zlewu lub na podłogę. Kobiety sikają w kubeczki i wylewają do zlewu. Jedna z mieszanek zrobiła siku do toalety przyłóżkowej. Kiedy opiekunka chciała ją opróżnić, ta nie pozwoliła twierdząc, że myje ręce w moczu. Przypadki oddawania moczu gdzie popadnie zdarzają się notorycznie. Najgorzej sytuacja wygląda po nocy, kiedy to personel nie wie, do którego pokoju wejść najpierw. Przypadki zasikanej, wybrudzonej podłogi czy zasikanego łóżka mieszkanki, która zdejmuje pieluchę, prześcieradło, pościel i śpi na samym materacu powleczonym w ceratę, w kałuży moczu. Ta sytuacja powtarza się kilka razy w ciągu dnia.

Któregoś razu dyrektor jednego z DPS wszedł do posprzątanego dopiero co świetlicy, zauważając na dywanie kilka okruchów ciasta. Stwierdził, że nie było tam sprzątanego. Myślę, że dobrym pomysłem byłoby przejść się od pokoju do pokoju mieszkańców o godzinie 7 rano, wtedy zapewne kilka okruchów nie stanowiłoby problemu.

Ogromnym problemem w przypadku osób starszych, nie koniecznie z oznakami demencji jest niechęć do kąpieli. Oczywiście jest, że osoby niesprawne wymagają wyręczania podczas wykonywania tej czynności. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż 80 % mieszkańców domów pomocy, sprawnych fizycznie ma opory przed kąpielą. Wymagają oni czasami wielokrotnej namowy przez personel i towarzyszenia podczas

wykonywania tej czynności. Zdarza się, że seniorzy uciekają, chowają się przed personelem, aby ten nie zabrał ich do łazienki. Jeżeli dadzą się już przekonać krzyczą pod prysznicem jakby je ktoś polewał gorącą wodą. Osoba obca, która znajdzie się pod drzwiami pomieszczenia będzie przekonana, że opiekun robi mieszkańcom krzywdę. W głośny sposób reagują na czynności higieniczne także osoby pozostające w łóżkach.

Kolejnym problemem jest błądzenie po korytarzach domu. Osoba przebywająca w pokoju lub korzystająca z zajęć aktywizacyjnych ciągle wychodzi, nie mogąc się dać zainteresować rzadną czynnością. Wchodzi do pokoi innych mieszkańców, jeździ windą bez celu lub kręci się nieustannie po budynku. Mieliśmy mieszkańca, który był bardzo pobudzony psychoruchowo. Do tego często agresywny. Zabierał noże z jadalni i straszył nimi innych mieszkańców. Nie usiadł w jednym miejscu. Przemieszczał się przy tym bardzo szybko. Wykorzystywał wózki inwalidzkie i baloniki jakie mu się nawinęły pod rękę. I tak wędrował przy balkoniku lub odpychał się na wózku po korytarzu. Z zawodu był kierowcą więc bardzo interesowały go samochody. Pewnego razu przyjechała wezwana karetka pogotowia. Mieszkaniec wsiadł niepostrzeżenie za kierownicę i ciężko było go przekonać, aby wyszedł. Wsiadał też za kierownicę samochodów pracowników lub jeździł pożyczonym rowerem po terenie placówki. Któregoś dnia przyszedł do pracownika socjalnego twierdząc, że się nudzi, nie ma co robić. Pracownik socjalny nie wiele myśląc skierował mieszkańca do dyrektora, informując go, że dyrektor potrzebuje kierowcy. Mieszkaniec poszedł do gabinetu dyrektora z pytaniem gdzie ma go zawieść.

Osoby z demencją często nie czują nasycenia, ciągle są głodne. Nawet gdy przed momentem zjadły posiłek za chwilę zapominają i pytają kiedy będzie. Zapytane przez personel, czy nie daj Boże przez osobę obcą stwierdzą, że są głodne, nic nie jadły.

Wobec jedzenia nic jej nie powstrzymuje! Waży 35 kg, wszystko to „nerwy”. Wydaje się absurdalne, a jednak je więcej od nas. Kiedy siedzi przy stole, rzuca się na potrawy, chwyta je gołymi rękami, napelnia sobie jedzeniem garści. Wszystko bierze do ust, nawet pilota czy telefon. Jak małe dzieci, które poznają świat. (27)

Podam przykład mieszkanki jednego z domów, która jak tylko sięgnąć pamięcią twierdzi, że nic nie je. Zapytana przez kogoś odpowie, że nie jadła już 4 lata. Nie zje posiłku przy kimś z personelu, prosi o zabranie, jednak gdy nikt nie patrzy zjada danie ze smakiem.

Osoby z demencją pytane o wiek odpowiadają, że mają o kilkadziesiąt lat mniej niż w rzeczywistości. Jedna z mieszanek pyta czy rozpoznaje się na fotografii umieszczonej w

gazecie obok artykułu o domu pomocy stwierdziła, że to wcale nie jest ona tylko jakaś stara baba. Podobnie wygląda sytuacja w windzie, kiedy to mieszkańcy widząc swoje odbicie w lustrze rozmawiają z nim jako ze swoją siostrą czy matką.

Problemem osób demencyjnych jest posiadanie protezy. Mieszkańcy wyjmują protezę, nie pamiętając gdzie ją zostawili. Zdarzyło się, że w jednym pokoju mieszkały dwie seniorki, które nosiły sztuczne szczęki. Nie wiadomo jak to zrobiły, pewnie tylko osoby z demencją mogą zrobić takie rzeczy. Jedna z mieszkanek założyła górną protezę swoją, a dolną współlokatorki.

Stale gubiła protezę. Nie uważam, że było to jasne i proste włożyć do ust jednej protezy na drugą albo wepchniecie jej do czubka butów, albo co najgorsze, używanie jej do zabawy z psem. (27)

Trzyma w ręku wybrane mydelko i usiłuje je gryźć. Pamiętam dobrze dzień, w którym razem z mężem podjęliśmy decyzję pozostawienia jej bez protezy, zmęczeni ściganiem naszego nadaktywnego pieseczka. Ona wyjmowała protezę z ust i rzucała Billemu, a ten, machając gwałtownie ogonkiem, chwycił ją w locie. W ten sposób zabawa nie miała końca. (27)

Demencja (otępienie, zespół otępienny) to nie choroba, lecz termin obejmujący szeroką gamę symptomów związanych z utratą pamięci, osłabieniem funkcji poznawczych i zmianami osobowości. Istnieje wiele rodzajów otępienia, z których najczęściej spotykanym jest choroba Alzheimera, stanowiąca od 60 do 80 % wszystkich przypadków. (29)

Mieszkanka domu pomocy społecznej ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera - analiza przypadku

Samotność (alienacja)

jest sprzeczna z naturą człowieka

i w ogóle wszystkich istot żywych.

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Występowaniem otępienia charakteryzuje się choroba Alzheimera, która stanowi 40 - 70 % wszystkich jego przypadków i jest jednocześnie odpowiedzialna za jego występowanie. (25) Bez specjalistycznych badań takich jak badanie płynu mózgowo - rdzeniowego w celu oznaczenia tzw. biomarkerów choroby, a także neuroobrazowania, ciężko jest odróżnić otępienie wywołane chorobą Alzheimera od innych typów otępień. (26)

Choroba Alzheimera jest chorobą pierwotnie zwyrodnieniową mózgu, spowodowaną odkładaniem się w mózgu białek o patologicznej strukturze, które przyczyniają się do zaniku neuronów i ich połączeń. Klinicznie przejawia się narastającymi zaburzeniami pamięci i zachowania, co prowadzi do niemożności prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu i otępienia. (30)

ANALIZA PRZYPADKU

Kobieta, mieszkanka domu pomocy społecznej ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera oraz organicznymi zaburzeniami nastroju.

Z relacji sąsiadki (która pełni funkcję opiekunki) także w okresie młodości i dorosłości wykazywała symptomy zaburzeń poznawczych, nie była diagnozowana pod kątem występowania niepełnosprawności intelektualnej. Pierwsze symptomy wskazujące na początek demencji pojawiły się gdy kobieta miała 55 lat. Była wtedy u kresu aktywności zawodowej.

Pracowała w zakładzie produkcyjnym. Wykonywała ciągle te same, proste czynności. Z relacji opiekunki wynika, że lubiła swoją pracę. Powierzone jej obowiązki nie były zbyt skomplikowane, nie wymagały konieczności posiadania wiedzy specjalistycznej, ani też

dotatkowego doskonalenia, podnoszenia kompetencji zawodowych. W momencie gdy zbliżała się do wieku emerytalnego praca zaczęła jej sprawiać problemy, była dla niej ciężarem. Kobieta została przeniesiona do innego działu. Z wcześniejszej obserwacji przez nią pracujących tam osób wynikało, że będzie to praca prosta; wykonywanie obowiązków na tym stanowisku nie będzie jej sprawiało kłopotów. Jednak rzeczywistość okazała się inna. Na nowym stanowisku trzeba było podejmować decyzje. Jak to określiła opiekunka, mózg musiał pracować na wielu płaszczyznach, nie było to działanie rutynowe, stałe jak w poprzednim dziale, gdzie wykonywanie obowiązków nie wymagało myślenia. Nowa praca okazała się wysiłkiem wykraczającym poza możliwości kobiety. Wróciła do poprzednich obowiązków.

W powstałej sytuacji kobieta potrafiła zidentyfikować problem, była świadoma jego występowania. Wiedziała w jakim jest stanie.

Po przejściu na emeryturę nie wykazywała zainteresowania światem zewnętrznym, nie miała takiej potrzeby. Wraz z mężem prowadzili życie samotnicze. Opiekunka określiła funkcjonowanie kobiety jako wyalienowane. Jak stwierdziła autystyczne. Na podstawie uzyskanych od opiekunki informacji można wnioskować, że we wcześniejszym zachowaniu występowały symptomy, wskazujące na zaburzenia ze spektrum autyzmu, rzadko kiedyś diagnozowane.

Z relacji opiekunki wynika, iż kobieta zawsze była egoistką. Jej potrzeby były ważne i zaspakajane w pierwszej kolejności. Nie przejawiała żadnego zainteresowania. Nigdy nie czytała książek, nie interesowały ją gazety. Nie chodziła do kina, teatru. Nie przykładała wagi do swego wyglądu, do ubioru. Daleka była od zrozumienia pojęcia estetyki. Kiedy jej dzieci założyły własne rodziny, nie przejawiała zainteresowania ich życiem rodzinnym. Mimo wszystko, jak stwierdzi, dzieci wychowała dobrze, zawsze się o nie troszczyła. Świetnie gotowała. W domu zawsze było coś do zjedzenia. Kobieta nie miała potrzeb wyższego rzędu i ich nie zaspokajała. Dzieci również nie były wychowywane w myśl zaspokajania tych potrzeb.

Mieszkała na obrzeżach miasta, w domku jednorodzinnym. Było to życie hermetyczne, nigdzie nie wyjeżdżała, nie zwiedzała. W chwili kiedy miała możliwość skorzystania z wczasów nie potrafiła się do nich przygotować. Problem stanowiło dla niej skompletowanie niezbędnych rzeczy, podjęcie decyzji związanych z wyjazdem. Potrzebowała pomocy ze strony dzieci. Nie miała możliwości przetwarzania przekazywanych informacji, nie skupiała się na szczegółach. Żyła w innej rzeczywistości. Nie wychodziła do ludzi, chociaż jej relacje z sąsiadami były pozytywne. Nigdy nie była osobą decyzyjną. Sprawy ekonomiczne przejął mąż. W dużej mierze ich życiem rządził przypadek.

Po śmierci męża została sama. Jego odejścia nie przeżyła emocjonalnie, nie traktowała jako straty. Nie rozpaczała, nie załamała się. Nie przeżyła żałoby. W sferze życia duchowego była nieaktywna. Nie miała potrzeby obcowania z Bogiem. Była prostolinijna, jak określiła opiekunka, jej rys psychologiczny można naszkicować w postaci linii prostej, załamanej nieznacznie przez stany chorobowe i niedyspozycje psychiczne. Potrzebowała wygody, komfortu dla własnej osoby, lecz nie potrafiła spowodować, aby było lepiej. Wszelkie niedyspozycje przerzucała na innych. Lubiła absorbować otoczenie i najbliższych swoimi problemami. Nie potrafiła odnaleźć się w określonych sytuacjach, nie знаła prawideł udziału w życiu towarzyskim, nie potrafiła podtrzymać konwersacji. W rodzinie kobiety występowały „słabości zdrowia psychicznego”, depresje, lęki, wycofywanie się z życia społecznego spowodowane nienadążaniem za postępem, presją młodszego pokolenia.

Odejście męża spowodowało, iż jej życie stało się jeszcze bardziej monotonne. Wymagała pomocy i wsparcia ze strony dzieci. Opiekunka, osoba z sąsiedztwa przychodziła sprzątać, prać, prasować. Robiła zakupy. Kobieta interesowała się wyłącznie gotowaniem, w tej czynności czuła się dobrze, a jej posiłki były bardzo smaczne. W tym czasie dzieci zaczęły zauważać problemy w funkcjonowaniu codziennym matki. Nastąpiło załamanie.

Przestała dbać o higienę osobistą, nie myła się, nie przebierała, nie dbała o czystość naczyń. Używała brudnych ręczników, ścierek. Stała się całkowicie obojętna na estetykę pomieszczeń i własnej osoby. Magazynowała gotowe posiłki, a także produkty do ich przygotowania. Często można było znaleźć przeterminowaną żywność. W szafach pomiędzy czystymi ubraniami znajdowały się brudne; jeden wielki bałagan plus przedmioty, które w danym miejscu nie powinny się znaleźć.

Kolejnym etapem było przejście kontroli nad funkcjonowaniem matki przez syna. Opiekunka rozpoczęła od doprowadzenia mieszkania do czystości, zlikwidowania przykrych zapachów, wymiany mebli, które nie nadawały się do dalszego użytku. Następnie przejęła kontrolę nad stanem czystości kobiety, kąpała, przebierała, czesała. Czynności te wykonywała przy wyraźnym sprzeciwie podopiecznej, która uważała, że nie są one konieczne do wykonania. Z dnia na dzień kobieta weszła w etap wydzwaniania do bliskich, komunikowania im złego stanu emocjonalnego. Zaczęła w nadmiarze przyjmować leki i ciągle wymuszała ich podanie. Przez całe życie bała się nowości i ta obawa teraz się wzmogła. Panicznie zaczęła bać się pralki, odgłos wirowania doprowadzał ją do paniki. Przyjmowała środki uspokajające.

W ostatnim półroczu przed zamieszkaniem w DPS stan kobiety pogorszył się diametralnie. Mowa stała się bełgotliwa, wystąpiły problemy z równowagą, a co za tym idzie z poruszaniem się. Nastąpił całkowity rozstrój organizmu, tak stan kobiety określiła

opiekunka. Wypowiadanie słów sprawiało trudności. Całodobową opiekę zaczął sprawować syn. W między czasie stwierdzono udar niedokrwienny. Zaczęły się wyzwiska, stany wybuchowe, emocjonalne, trzaskanie drzwiami, agresja słowna. Kobieta zamknęła się w sobie, wyrażała poczucie niższości. Zaprzeczała złemu funkcjonowaniu. Terapeutycznie działał na nią lekarz lub ktoś w białym fartuchu, złe samopoczucie znikało automatycznie. Zaczęła bardzo wcześnie wstawać, około 4 nad ranem. Często budziła się w nocy. W dzień nie spała. Jak określiła opiekunka, potencjał zgromadzony w organizmie nie był wykorzystany przez mózg, więc musiał być spożytkowany w sposób ruchowy. Ciągłe chodziła, kręciła się, nie mogła znaleźć sobie miejsca. Zaczęły się problemy z koncentracją uwagi, kłopoty z pamięcią. Niszczyła ubrania, rwała, szarpała, cięła. Wkradła się w jej życie nuda, przestało cieszyć cokolwiek. Miała ogromną potrzebę zwrócenia na siebie uwagi, bycia w centrum zainteresowania.

Aby podtrzymać aktywność własną w wykonywaniu podstawowych czynności, wymagała podpowiedzi, wskazówek co do ich wykonywania. Opiekunka zaczęła pracować nad sposobem jedzenia posiłków przez podopieczną. Zawsze jadła w chaosie, na stojąco, więc trzeba było zmotywować ją do jedzenia przy stole. Nigdy nie używała kosmetyków, kremów pielęgnacyjnych. Opiekunka wprowadziła ich stosowanie.

Po konsultacji psychiatrycznej zdiagnozowano u kobiety chorobę Alzheimera oraz organiczne zaburzenia nastroju. Mimo wielu zaburzeń, deficytów poznawczych i ogólnego złego stanu funkcjonowania miała świadomość swej nieporadności, niepełnosprawności. Decyzję o zamieszkaniu w DPS podjęła świadomie.

Choroba Alzheimera charakteryzuje się postępującym osłabieniem pamięci i umiejętności uczenia się, funkcji wykonawczych oraz orientacji wzrokowo - przestrzennej. W późniejszym stadium choroby zaburzeniu ulegają wszystkie funkcje poznawcze. (29)

Mózg wyposażony jest w pięć funkcji poznawczych:

- spostrzeganie;
- pamięć i uczenie się;
- język;
- funkcje wykonawcze (umiejętności planowania, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji i radzenie sobie z wielozadaniowością);

- orientacja wzrokowo - przestrzenna (percepcja wzrokowa pozwala nam rozpoznawać twarze, zaś orientacja przestrzenna to nasz wewnętrzny GPS - umiejętność oceny stosunków przestrzennych między obiektami obecnymi w polu widzenia). (29)

Omówiona wyżej choroba, będąca przyczyną demencji nosi nazwę Alzheimerera od nazwiska doktora, Aloisa Alzheimerera, który w 1906 roku odkrył anormalne struktury w mózgu zmarłych pacjentów. Struktury te nazywamy dzisiaj „plakami i splątkami”. Plaki to złogi białka o nazwie beta-amyloid (amyloid). Splątki neurofibrylarne to skręcone włókna innego białka, tau. Plaki albo płytki amyloidowe odkładają się pomiędzy komórkami mózgu (neuronami), zaś splątki tau wypełniają neurony od środka. Te zmiany z wiekiem pojawiają się w mózgu u większości z nas. Jednak u chorych na Alzheimerera odkłada się duża ilość tych białek, utrudniając komunikację międzykomórkową i powodując zapalenia. Białka te mają toksyczne oddziaływanie i prowadzą do tylu uszkodzeń, że ostatecznie komórki nerwowe ulegają zniszczeniu. W miarę jak plaki i splątki zajmują coraz większe obszary mózgu, ginie coraz więcej neuronów, co powoduje kurczenie się kory mózgowej. W rezultacie mamy do czynienia z utratą pamięci i funkcji poznawczych oraz zmianami osobowości, coraz trudniej też choremu wieść normalne życie. Do tej pory niejasna jest rola, jaką odgrywają plaki i splątki, choć naukowcy odkryli, że amyloid może zacząć odkładać się w mózgu już na dziesięć do dwudziestu lat przed pojawieniem się pierwszych objawów zapominania. (29)

Poskromić demencję

*Człowiek nie może być zostawiony sam sobie
i sam dla siebie.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Uważam, że dom pomocy społecznej jest odpowiednim miejscem dla osób cierpiących na demencję. Nie oczekuję, że wszyscy podzielą moje zdanie. Obserwując mieszkańców domów pomocy w ich codziennym funkcjonowaniu stwierdzam, że gdybym jako osoba „jesieni życia” znalazła się w grupie osób dotkniętych demencją, chcę znaleźć się w instytucji całodobowej, gdzie będę miała zagwarantowaną opiekę na najwyższym poziomie, warunki przestrzenne i architektoniczne dostosowane do moich potrzeb i mojego stanu zdrowia, a co najważniejsze nie będę ciężarem dla własnych dzieci. Chciałabym, aby dzieci zapamiętały mnie jako zdrową, samodzielną osobę, nie zaś jako niedołęzną, wymagającą wyręczenia we wszystkich czynnościach, a co gorsza agresywną, obrażającą słownictwem jakiego wcześniej nie używałam swoich najbliższych i co jest bardzo przykre, nie rozpoznającą twarzy osób, które mnie kochają.

Dzieci mieszkańców domu pomocy społecznej, osoby już dorosłe, posiadają wiedzę o zaburzeniu jakim jest demencja na różnym poziomie. Niektórzy są świetnie przygotowani, świadomie oczekują kolejnych zmian w funkcjonowaniu swoich rodziców czy dziadków. Wiedzą w jakim stanie mogą zastać swojego krewnego, czego się mogą spodziewać.

Syn jednej z mieszanek, opiekował się matką przez długi okres, zanim zdecydował oddać ją do placówki. Jak stwierdził, o wiele za późno. Zrozumiał, że chce matkę zapamiętać taką, jaka była dawniej, przed chorobą. Przez okres, w którym pełnił rolę opiekuna kobieta stopniowo się zmieniała, stawała się coraz bardziej niesamodzielna. W końcowym etapie opieki poświęcił dla matki życie rodzinne, sprawy zawodowe, zainteresowania, kontakt z przyjaciółmi, stopniowo zaczął ją nienawidzić. A przecież to tylko chora kobieta. Zachowanie jej wynika z choroby. Jednak demencja jest tak podłym stworem, że zabiera całe piękno osoby, której dotyczy, zabiera jej człowieczeństwo, zmienia jej obraz z przyjaznego nam, kochanego, łagodnego i bezpiecznego w obraz całkiem innej istoty, nieporadnej, wycofanej, zagubionej, agresywnej i przede wszystkim obcej.

Alzheimer nie jest przeziębieniem lub jakąś inną chorobą wywołaną wirusem, która mija w ciągu kilku dni... O nie. Nie cofa się i, co najgorsze, w galopującym tempie następują kolejne fazy choroby, zwłaszcza jeśli nie podejmuje się odpowiedniej terapii mogącej spowolnić jej rozwój. (27)

Mężczyzna bardzo często odwiedzał matkę w placówce. Można zauważyć, że ją bardzo kochał, ciągle poszerzał swą wiedzę na temat zaburzenia, wspaniale współpracował z personelem domu.

Kolejny mężczyzna, przywiózł matkę do placówki w dniu jej przyjęcia. Była to jedyna okazja, aby z nim porozmawiać, więcej już się nie pojawił. Doznał od matki wiele złego. W ostatnim czasie w ogóle jej nie odwiedzał. Kobieta była pozostawiona sama sobie. Mężczyzna twierdził, że matka jest zdrowa, a jej zachowanie wynika wyłącznie ze złośliwości. Jak utrzymywał, zawsze była złośliwa, ale od pewnego czasu stała się nieznosna. Chodziła po ulicach i oczerniała swoją rodzinę. Właściwie nic nie mówiła na temat najbliższych, ale już samym postępowaniem stawiała rodzinę w złym świetle, wstydzą się za nią.

Jak wynika z wywiadu, a także z relacji syna, kobieta nadużywa papierosów, przypala jednego od drugiego, jeśli ich nie ma grzebie w śmietnikach i szuka niedopałków. Ciągłe nie ma pieniędzy. Ma je tylko w dniu emerytury. Nie wiadomo co z nimi robi. Chodzi po sklepach i kradnie żywność lub bierze artykuły, przychodzi do kasy i chce płacić za nie biletami lub starymi paragonami. W sklepach już ją znają dlatego nie wpuszczają jej na ich teren. Ma do zapłaty kilkanaście mandatów, właśnie za kradzieże. Całe dnie chodzi po mieście, nie wiadomo czego szuka. Ciężko ją zastać w domu. Nie myje się, nie przebiera, nie czesze, ale to wszystko zdaniem syna wynika z lenistwa. W łódzce ma pusto. Synowa przynosi jej raz w tygodniu posiłki, które kobieta wyrzuca przez okno lub rozdaje sąsiadom. Nie panuje nad kuchenką gazową, celowo nie zamyka drzwi do mieszkania. To tylko fragment opowieści syna. Syn nie przyjmuje tłumaczeń, że zachowanie kobiety wynika z zaburzenia jakim jest demencja, że trzeba kobietę zdiagnozować, że musi zacząć przyjmować leki. Obstaje przy swoim zdaniu, czyli twierdzi w dalszym ciągu, że matka jest złośliwa, leniwa, robi rodzinie na przekór.

Uważam, iż wiele przykrych konsekwencji zachowania w otępieniu można zminimalizować. Potrzebne jest przede wszystkim właściwe podejście opiekuna do podopiecznego. Opiekun powinien bacznie obserwować osobę z demencją, zauważyć na jakie sytuacje reaguje złością, jakie ją wyciszają.

Oto kilka odpowiedzi:

1. osoby z demencją mają bardzo małe zdolności adaptacyjne, przyzwyczajają się do miejsca, w którym mieszkają czy przebywają, nie lubią zmian. Starajmy się w związku z tym nie wprowadzać zbędnych nowości w ich funkcjonowaniu, na przykład zmieniać wyposażenia pokoju, czy zabierać w miejsca, których nie znają. Może to wywołać u nich szok, który objawi się agresją, płaczem, poczuciem zagubienia. Starajmy się stworzyć im azyl, który będzie miejscem dla nich przyjaznym, znajomym.
2. osoby z demencją nie potrafią zidentyfikować swoich potrzeb i ich zakomunikować. To my jako opiekunowie musimy czuć i reagować na każdą zmianę zachowania seniora. Zmiana zachowania może być wywołana jakimś czynnikiem, na przykład dyskomfortem, którego osoba nie identyfikuje. Może to być ból. Osoby z demencją nie są w stanie powiedzieć, że je coś boli mimo, że ból czują. Jedna z mieszanek była bardzo rozdrażniona, niecierpliwa, nie potrafiła usiedzieć w miejscu. Podejrzewano, że coś się musi dziać w jej organizmie. Po wykonaniu badania moczu okazało się, że cierpi na zapalenie układu moczowego. U innej mieszkanki zaobserwowano zmianę wyrazu twarzy. Było to wynikiem bólu brzucha.
3. kolejnym problemem osób z demencją jest to, że nie czują sytości. Ciągłe są głodne. Zapytane co było na obiad odpowiedzą, że jeszcze go nie było. Często też pytają krótko po posiłku, czy on już był. Kiedy odpowiemy, że już był, nie wierzą, twierdzą, że je okłamujemy, wpadają w złość. Poza tym możemy zaobserwować u tej grupy osób zjawisko zjadania wszystkiego co jest w zasięgu ich wzroku. Pozostawione w pokoju mieszkańca słodczyce, owoce czy jogurty znikają jednego dnia. Dobrym rozwiązaniem jest wydzielanie smakołyków, chowanie ich wysoko w szafie lub podpisanych w innym pomieszczeniu, pamiętając o przyniesieniu ich mieszkańcowi w odpowiedniej ilości.

„Nie gryź sobie palców... Jeśli jesteś głodna to dam ci coś innego! Przestań! Trzymaj, weź banana!” Ale skończywszy jeść banana, wraca do dzikiego gryzienia palców, jakby chciała je sobie wyrwać. (27)

4. seniorom z demencją, którzy jeszcze w pewnym stopniu kontrolują potrzeby fizjologiczne powinniśmy zakładać pieluchomajtki zamiast typowych pieluch. Tak samo postępujemy w przypadku osób, które mimo, że nie kontrolują czynności fizjologicznych chodzą do toalety. Pieluchomajtki będą dla nich wygodniejsze, a poza tym zaoszczędzimy na ilości sztuk, gdyż w pieluchach ponownie nie zakleimy taśmy. U osób,

które wyjmują zawartość pieluchy dobrze jest spróbować założyć body z dłuższymi nogawkami. W wielu przypadkach to rozwiązanie przynosi efekty.

5. nie wyprowadzajmy seniorów z demencją z błędu. Skorą uważają, że mają 18 lat niech tak zostanie. Co nam szkodzi potwierdzić? Osoby z otępieniem, które próbujemy poprawić, tłumaczymy im, że coś jest inaczej niż twierdzą, stają się agresywne.

Mieszkanka z głęboką demencją. Zawijała małą poduszkę w ręcznik lub coś co miała pod ręką uważając, że jest to małe dziecko. Kołysała je do snu, rozmawiała z nim. Jedna z pielęgniarek rozwinęła tłumoczek i wyjaśniła, że to nie dziecko, to zwykła poduszka. Wprowadziła tym stwierdzeniem mieszkankę w agresję. Seniorka szukała dziecka, płakała, szlochała. Inna pielęgniarka wyjęła z rąk mieszkanki zawiniątko, położyła w łóżku twierdząc, że pora na sen. Niech dziecko sobie śpi spokojnie i mieszkanka też. Zaśpiewała przy tym obu kołysankę.

Inna mieszkanka uważała, że jest na wczasach. Mieszkała w pokoju dwuosobowym. Ona była arystokratką, a współmieszkanka jej służącą. Pracownicy potwierdzali jej wersję, w przeciwnym razie również stawała się agresywna. Ponieważ arystokratka miała nazwisko na literę alfabetu dalszą niż jej służąca, było ono umieszczone na drugiej pozycji na tabliczce znajdującej się na drzwiach do pokoju. Kłóciła się z personelem twierdząc, że jej nazwisko powinno być umieszczone jako pierwsze. Każdego dnia pytała kiedy odjeżdża autobus bo jej wczasy już się skończyły i zostanie bez posiłku. Personel konsekwentnie przekonywał kobietę, że jeszcze dzisiaj poczęstujemy ją obiadem, a wyjedzie dopiero jutro.

Ta sama kobieta często wspominała swego męża, chciała do niego jechać. Pracownik socjalny mówił wtedy, że ma dla niej smutną wiadomość. Jej mąż nie żyje. Ona pytała kiedy zmarł, na co uzyskiwała odpowiedź, że parę lat temu. Kobieta wybuchała płaczem kolejny raz przeżywając żałobę. Następnego dnia już tego faktu nie pamiętała, więc personel tłumaczył od początku.

6. osoby z demencją powinny mieć przy sobie identyfikator z imieniem, nazwiskiem oraz adresem i numerem telefonu. Taki identyfikator może być zawieszony na szyj lub na ręku jako bransoletka.
7. niechęć do czynności pielęgnacyjnych, głównie do kąpieli, to cecha osób starszych. Jest to dla wszystkich oczywiste. Jednak nie zastanawiamy się jaka może być tego przyczyna. Być może w przeszłości zdarzyło się coś, co teraz stanowi blokadę przed tą czynnością? Być może jest im zimno; Temperatura w łazience jest nieodpowiednia; Możliwe że trzeba

wstawić dodatkowy grzejnik; Może nie zwracamy uwagi na temperaturę wody? Może też trzeba dać seniorowi trochę czasu na przygotowanie się do kąpieli. Poinformujmy osobę „jesieni życia” wcześniej, dajmy jej szansę na oswojenie się z tą myślą, być może uda nam się wykonać zabieg „bezboleśnie.” Do każdego przypadku podchodźmy indywidualnie. Jeśli jest to dom pomocy, być może mieszkaniiec ma swoją ulubioną opiekunkę. Dajmy więc mu możliwość wyboru osoby, która ma go wesprzeć w tej czynności.

Dom pomocy społecznej jako placówka, często jest wyposażony w sposób zimny, surowy. Jeżeli bierzemy pod uwagę łazienki są one z reguły w jasnych barwach. Sanitariaty są białe, okna białe, ściany białe, podłogi też jasne. Analizując funkcjonowanie człowieka w podeszłym wieku oraz zaburzenia wielu funkcji jego organizmu możemy przypuszczać, że takie rozwiązanie jest mało korzystne dla grupy osób w nich przebywających. Według obecnie funkcjonujących przepisów domy pomocy społecznej, są domami dla osób w nich mieszkających. Dlatego też ich wyposażenie powinno w jak największym stopniu przypominać dom rodzinny.

1. osoby z demencją łatwo tracą uwagę, są rozkojarzone, mają trudności z odbiorem i interpretacją bodźców zewnętrznych. Poza tym często mają słaby wzrok, słuch.
2. seniorzy z otępieniem mają problemy z rozróżnianiem kolorów (szczególnie zimnych), kontrastu, percepcji głębi. Z tego wynika, że meble powinny kontrastować z kolorem ścian i podłogi. Białe meble łazienkowe i sanitariaty na tle białych kafelków, mogą wzbudzać niepokój i dezorientację, błyszczące podłogi mogą budzić lęk, mieszkaniiec może je odbierać jako mokre. (31) Postarajmy się, aby kotary prysznicowe były w ciepłym kolorze. Zmieńmy deski sedesowe na kontrastujące ze ścianami. Możemy też zamienić zlewy na kolorowe. Lustra, półeczki mogą przybierać różne kształty i być w wyraźnych kontrastujących barwach.

Czy wiecie o tym, że w pewnym okresie choroby osoba chora na alzheimera nie potrafi już odróżnić barw, a zwłaszcza koloru białego? Ja wiem. Kto spontanicznie wszedłby w nic? Kto by się odważył postawić krok w nicość? (27)

Można przypuszczać, że takie rozwiązania będą bardziej przyjazne mieszkańcowi i będą sprzyjać poprawie nastawienia seniora do czynności higienicznych. Podobne rozwiązania powinny być zastosowane w pokojach, w jadalni czy w świetlicy.

3. mieszkańcy z demencją nie pamiętają co wydarzyło się tego samego dnia, często jednak pamiętają sytuacje z przeszłości. Ponieważ mają oni kłopoty z dotarciem do swojego pokoju, można w celu ułatwienia im tej czynności posłużyć się rysunkiem, symbolizującym coś co pamiętają. Rysunek taki umieszczamy na drzwiach pokoju. Mieszkanka, która miała na imię Danuta, często była nazywana w przeszłości nutką. Takie też imię zapamiętała. Przyklejono więc na drzwiach jej pokoju nutkę. U innego mieszkańca, który był strażakiem umieszczono na drzwiach obrazek z samochodem strażackim. Oczywiście w przypadku mieszkańców, którzy radzą sobie z dotarciem do pokoju przy pomocy cyfr nie powinniśmy zamieniać ich na piktogramy.
4. w celu ułatwienia mieszkańcom dotarcia do ubikacji umieścimy na ścianach strzałki i piktogramy wskazujące na obecność WC. Najwłaściwsza będzie tabliczka na drzwiach przedstawiająca wizerunek, jaki seniorzy pamiętają z czasów kiedy byli młodzi, czyli dziewczynka lub chłopiec załatwiający się do naczynia.



Osoby w podeszłym wieku w czasach dzieciństwa i młodości nie posiadały ubikacji. Często swoje potrzeby załatwiali na świeżym powietrzu, czy też w lesie. Dlatego można przypuszczać, że teraz nie identyfikują sedesu jako miejsca przeznaczonego do załatwienia potrzeb fizjologicznych. W jednym z domów pomocy społecznej na ścianie namalowany był las. Mieszkańcy podchodzili do ściany i tam załatwiali swoje potrzeby. Sytuacja ta trwała do czasu, kiedy ściana została przemalowana na jeden kolor. Często jednak można zaobserwować sytuację, jak mieszkańcy wychodzą załatwiać swoje potrzeby przed

budynek, pod drzewo lub do ogródka. Nieodosobnione są także przypadki załatwiania się do doniczki z kwiatem.

W Benrath Senior Centre w Dusseldorfie zainstalowano na terenie ośrodka tzw. Przystanek donikąd - replikę przystanku autobusowego. Mieszkańcy uciekający z placówki zbierają się na przystanku, z którego personel może bezpiecznie zaprowadzić ich z powrotem do pokoi. (31)

5. dla osób z demencją istotną rolę odgrywa dobrze dobrane światło. Oświetlenie powinno być zamontowane tak, aby nie było w placówce półmroków, półcieni czy niedoświetlonych powierzchni. Źle dobrane oświetlenie może spowodować, iż mieszkańiec mógłby odebrać różnicę w kontraście jako przeszkodę na drodze, co zaburzyłoby jego koordynację i doprowadziło do upadku. (31)
6. bardzo dobrze wpłynie na funkcjonowanie mieszkańca z demencją umieszczenie w jego pokoju zegara. Dzięki temu będzie on mógł kontrolować czas, a także pomoże to, opiekunom wytłumaczyć seniorowi jego funkcjonowanie zgodne z rytmem dobowym. Podobnie sytuacja będzie wyglądała z umieszczeniem w pokoju seniora kalendarza.
7. ponieważ osoby z otępieniem w miarę postępu choroby tracą zdolność wypowiedzania się, dobrym rozwiązaniem jest wprowadzenie odpowiednio wcześniej alternatywnych form komunikacji. Spróbujmy przygotować karteczki z obrazkami przedstawiającymi czynności, które wykonuje mieszkaniec oraz z rzeczami, które są wykorzystywane w jego życiu. Takie obrazki można przykleić w widocznym miejscu i pokazywać seniorowi jako czynności, które będziemy wykonywać lub mieszkaniec będzie pokazywał nam odpowiedni obrazek, który być może pomoże nam go zrozumieć.
8. zwróćmy uwagę w jaki sposób seniorzy z demencją mają podawane posiłki. Postarajmy się, aby talerz kontrastował z położonym na nim daniem. Wyobraźmy sobie chleb z twarogiem podany na białym talerzu. Osoby słabo widzące lub z demencją nie będą identyfikowały kanapek.
9. biorąc pod uwagę mieszkańców domu pomocy, powinniśmy zwrócić szczególną uwagę na przydzielenie odpowiedniego współlokatora w pokoju wieloosobowym. Mieszkańcy z procesem otępiennym będą osobami uciążliwymi dla osób, u których procesy poznawcze są prawidłowe.
10. pokój osoby z demencją powinien znajdować się w pobliżu dyżurki pielęgniarek. Osoby te powinny być pod stałą i ciągłą opieką.

11. zwróćmy uwagę na przedmioty i urządzenia niebezpieczne, mogące znajdować się w zasięgu ręki seniora. Czajniki elektryczne mogą być powodem groźnych poparzeń. Ostre narzędzia mogą być używane w celach do tego nieprzeznaczonych. Gniazdka elektryczne w miejscach widocznych powinny być zabezpieczone. Balkony muszą posiadać odpowiednie zabezpieczenia, uniemożliwiające przypadkowe wypadnięcie z nich mieszkańca, który nie potrafi w odpowiedni sposób zidentyfikować niebezpieczeństwa.
12. pamiętajmy, że osoba z demencją ma prawo do godnego traktowania. Nie ma dwóch osób z tym samym zaburzeniem, które by identycznie funkcjonowały. Do każdej osoby podchodzimy indywidualnie. Zapewnijmy jej spokój i odpowiednią ilość czasu na wykonanie danej czynności, nie popędzamy i nie wyręczamy w czynnościach, które jeszcze może wykonać sama. Dajmy jej szansę poczucia sprawstwa. Dajmy możliwość wyboru, decydowania o sobie lub chociaż spróbujmy pokierować sytuacją w ten sposób, aby osoba chora miała poczucie, że to ona była osobą decyzyjną. Dajmy do wykonania zadania, które jest w stanie wykonać do końca, aby nie poczuła się osobą niepożyteczną.
13. opiekun powinien mówić do osoby z zaburzeniami poznawczymi w sposób spokojny, wyciszony, używając prostych poleceń i zrozumiałych słów. Powinien często przytulać podopiecznego, co zapewni mu poczucie bezpieczeństwa, nie odtrącać, nie odwracać swojej uwagi na coś innego, być w pełni zaangażowanym w rozmowę, a przede wszystkim zwracać się do chorego bezpośrednio nie prowadzić rozmowy w sposób traktujący chorego jakby go nie było, jakby wykonywane przy nim czynności były kierowane na przedmiot.

Dla opiekunów osób z demencją opieka nad tą grupą osób jest ogromnym wyzwaniem. Tym bardziej, że choroba ta nie jest dostrzegana przez społeczeństwo jako problem zdrowotny. Świetnie sytuację osób cierpiących na chorobę Alzheimera określiła bohaterka filmu fabularnego „Motyl Still Alice”. Kobieta, zdając sobie sprawę z faktu, że jej stan będzie się pogarszał stwierdziła: „Żałuję, że nie mam raka. Nie byłoby mi tak wstyd. Kiedy masz raka ludzie noszą dla ciebie różowe wstążki, zbierają fundusze, nie czujesz się jak społeczny...” (32)

„Dekalog opiekuna.

1. Mówić zawsze tak.

„Chorzy na Alzheimera zawsze mają rację”.

2. Nauczyć się więcej śmiać.
„Jeśli bawią się swoimi odchodami, spróbujmy pomyśleć, że w pewnych kulturach wierzy się, że kupa przynosi pieniądze”.
3. Zaakceptuj, że pewnych rzeczy nie da się zmienić.
„Jeśli zaakceptujesz chorobę, możesz się trochę zrelaksować i znaleźć odrobinę pogody ducha potrzebną, żeby lepiej przeżyć jakąkolwiek sytuację, zwłaszcza obecną”.
4. Dojść do przekonania, że ich agresja nas nie dotyczy.
5. Zmieniać otoczenie, kiedy tylko jest to możliwe.
Opieka nad osobami buntowniczymi, szczególnie chorymi na Alzheimera może stać się niebezpieczna dla psychiki, może doprowadzić do depresji.
6. Nauczyć się prosić o pomoc.
7. Nauczyć się być niewidzialnym. Trzeba koniecznie wymyślić strategię, aby nadążyć ze wszystkim co niezbędne, nie będąc zbyt widocznym, aby nie pobudzić agresji u chorych.
8. Stać się bardziej otwartym na zmiany.
Ważne jest żeby chory nie był głodny, a nie to w jaki sposób je. Ważne, że jest ubrany, nie to, że jest to coś z plamą czy niemodne.
Ważne jest żeby miał coś na nogach. Nie ważne, że to są skarpetki, a nie buty.
9. Rozmawiać o tym, rozmawiać i jeszcze raz rozmawiać.
Nie ukrywajmy naszej sytuacji przed innymi. Może będą służyć nam pomocą i radą.
10. Uwierzyć w siebie.

Możemy dać sobie radę jeśli w to uwierzymy. Kto pokłada swoją wiarę w Bogu, może liczyć na Jego pomoc”. (27)

Więżniowie Parkinsona

Rozpoczynając partię szachów

Mamy prawie nieograniczone możliwości

wykonywania różnorodnych ruchów i kombinacji.

Z każdym jednak ruchem

możliwości te się zmniejszają,

aż w końcu zostaje tylko jedna: mat.

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Choroba Parkinsona jest jedną z wielu chorób dotyczących osoby „jesieni życia”. Jest to skomplikowane schorzenie utrudniające codzienne funkcjonowanie seniorów. Nie ma recepty na życie z tą chorobą. Każdy przypadek jest inny i powinien być traktowany indywidualnie. Chory musi wypracować swoje własne sposoby na życie. Nazwa choroby pochodzi od nazwiska lekarza dra Jamesa Parkinsona, który na podstawie obserwacji sześciu pacjentów opisał występujące u nich objawy. Choroba Parkinsona jest schorzeniem neurologicznym o postępującym przebiegu. Charakteryzuje się drżeniem, sztywnością, spowolnieniem ruchowym, rozwija się powoli, początkowo nie jest identyfikowana jako choroba Parkinsona. Chorzy zgłaszają się do specjalisty dopiero, kiedy objawy się pogłębiają i zaczynają utrudniać ich codzienne funkcjonowanie. Najbardziej charakterystycznym objawem choroby jest drżenie, chociaż nie występuje ono u wszystkich osób.

Seniorzy borykający się z chorobą Parkinsona mają problemy z wykonaniem precyzyjnych ruchów. Kłopot sprawia im pisanie. Pismo jest charakterystyczne, bardzo drobne. Występują trudności ze spożywaniem posiłków, chory nie może utrzymać w dłoni sztućców. Kolejną trudnością jest chodzenie. Kroki stają się drobne, osoba szura nogami. Zaczyna występować sztywność mięśni, spowolnienie ruchowe, a w późniejszym czasie „zacina” się chód. Chory staje w miejscu nie mogąc iść dalej. Występują zachwiania równowagi, upadki. Twarz osoby chorej na Parkinsona jest bez wyrazu, nie ma „mowy twarzy”, występują problemy z gestykulacją czyli mową ciała. Uśmiech jest płytki. Głos staje się cichy. Sylwetka osoby cierpiącej na tę chorobę pochyla się. Mówimy o powstaniu „garba parkinsonowskiego”. Nie wszystkie jednak symptomy muszą wystąpić u jednej osoby. Jest to sprawą indywidualną.

Choroba Parkinsona to zaburzenia mózgu. Pojawia się na skutek zbyt małego wytwarzania przez ten organ dopaminy, czyli neuroprzekaźnika zaangażowanego w kontrolę

celowych ruchów (kontrola ruchów, równowagi, utrzymanie prawidłowej pracy ośrodkowego układu nerwowego). (33)

Nieznane są przyczyny powstawania choroby. Brane są pod uwagę: starzenie, genetyka, czynniki środowiskowe, wirusy. (33)

Wśród mieszkańców domu pomocy społecznej możemy spotkać grupę osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Opiszę symptomy choroby występujące u mieszkanki, w przypadku której możemy zaobserwować występowanie książkowych objawów choroby.

ANALIZA PRZYPADKU

Kobieta, lat 68. Jest mieszkanką domu pomocy społecznej od 6 lat. Mieszkanka zaczęła podejrzewać, że cierpi na chorobę Parkinsona w momencie kiedy nasiliły się początkowo sporadyczne drżenia rąk. Występowało typowe dla choroby drżenie spoczynkowe, czyli drżenie w momencie kiedy kobieta pozostawała bez ruchu, a ustępowało kiedy ruch się pojawił. Często zdarza się, iż drżeniem objęta jest tylko jedna część ciała. U kobiety drżeniu uległy obie części. Stopniowo drżenie zaczęło coraz bardziej przeszkadzać mieszkance w codziennym funkcjonowaniu. Prace domowe stały się trudne do wykonania. Zaczęła zmieniać się sylwetka. Stała się pochyłona. „Garb parkinsonowski” stał się tym bardziej widoczny, że kobieta ma skrzywienie kręgosłupa. Z biegiem czasu ruchy kobiety stawały się wolniejsze i zaczęła się „zacinać” podczas chodzenia, to znaczy poczuła niemożność wykonania kolejnego kroku - blokadę, która po chwili mijała i można było iść dalej. W trakcie chodu kobieta szurała nogami, co jak twierdzi wynikało z ograniczenia ruchu nóg. Nie mogła podnosić ich do góry co nie pozwala na prawidłowe chodzenie. W momencie kiedy nastąpił bezruch kobieta nie mogła pójść dalej. Nogi odmawiały posłuszeństwa. Po chwili jednak sprawność wracała i można było wykonać rozpoczętą czynność. Takie sytuacje mogą prowadzić do upadku. Kobieta opisała, że tak jak nie można ruszyć z miejsca, tak też czasami ciężko jest się zatrzymać. Wystąpiły problemy z pisanie, charakter pisma zaczął się zmieniać. Najpierw pismo stało się mniej staranne, aż do momentu kiedy utrzymanie narzędzia pisarskiego było ogromnym wyzwaniem.

Od momentu postawienia diagnozy choroby Parkinsona do chwili obecnej minęło 10 lat. Na obecnym etapie mieszkanka jest nastawiona zarówno do występującej choroby jak i do życia pozytywnie. W tej chwili jest drobną osobą. Waży 42 kg. Postawa jej jest pochyłona z widocznym garbem spotęgowanym skrzywieniem kręgosłupa. Chód jest bardzo wolny, posuwisty. W momencie gorszego funkcjonowania kobieta porusza się na wózku

inwalidzkim. Nazywamy ją „człowiekiem z gumy”, ponieważ jej ciało jest bardzo elastyczne. Kobieta jest bardzo aktywna. Wykazuje zarówno ogromną aktywność własną, jak też aktywność w organizowanych przez dom zajęciach terapeutycznych.

Określenie „człowiek z gumy” wynika z faktu, iż mieszkanka przybiera różnorodne pozycje wykonując zadania dnia codziennego. Często znajdujemy ją na podłodze, wykonującą różne czynności. Sprząta, zamiata, wyciera kurze. Mimo choroby wchodzi na stół, aby zawiesić firany lub wytrzeć kurze. Postępowanie to jest bardzo ryzykowne, ponieważ zdarzyło się niejednokrotnie, że spadała z krzesła. Na szczęście nigdy nic się jej nie stało. Poza tym kobieta robi na drutach, szydełku, czyta gazety, rozwiązuje krzyżówki. Zawsze ma własne zdanie. Nie słucha rad personelu. Dużym niebezpieczeństwem jest wykonywanie czynności gotowania. Bardzo lubi gotować. Często niesie garnek do kuchenki na czworaka. Obiera warzywa, kroí ziemniaki na frytki lub trze na placki siedząc na podłodze. Sporządza przetwory z owoców oraz soki.

Kolejną czynnością, którą uwielbia, a która jest dla niej niebezpieczna jest nieposkromiona chęć zbierania darów natury. Całym rokiem wychodzi do ogrodu, aby coś zbierać. W zależności od pory roku są to kwiaty, trawy, orzechy, kasztany, gałązki świerkowe, owoce itp. Nie byłoby to działaniem niebezpiecznym gdyby seniorka informowała personel o swoich zamiarach i nie wychodziła sama, bez opieki. Konsekwencją wypraw poza dom są upadki i brak możliwości samodzielnego powrotu. Prośby personelu nie przynoszą skutku. Mieszkanka wie lepiej.

Zachowanie optymalnej aktywności dodaje jej energii, chęci życia. Wykonywane czynności dają poczucie spełnienia się w roli kobiety, gospodyni. Gotowanie sprawia, że czuje się pomocna dla innych, częstuje współmieszkanki, czuje się potrzebna, ma cel do zrealizowania. Robiąc na drutach czy na szydełku obdarowuje innych mieszkańców. Często też wykonuje prace na potrzeby terapii zajęciowej.

Kobieta jest bardzo czystą osobą. Utrzymuje porządek wokół siebie. Dbą o higienę osobistą. Chce i potrafi się modnie ubrać i uczesać. Nie wychodzi z pokoju niepomalowana. Jest miła, sympatyczna, towarzyska. Ma wielu przyjaciół, a wśród mieszkańców domu nie znajdzie się osoba, która by jej nie lubiła. Każdemu jest skora pomoc, nikomu nie robi krzywdy oraz nie interesuje się plotkami.

Jednak obok wielu wymienionych pozytywnych cech oraz plusów w funkcjonowaniu są też symptomy choroby, które często całkowicie utrudniają codzienne życie. Bardzo cichy głos, który ciężko usłyszeć w razie potrzeby wezwania pomocy. Ciągłe upadki i niemoc samodzielnego wstania. Problemy z przyjmowaniem posiłków. Zjedzenie dania wymaga

sporej ilości czasu. Problemy z nietrzymaniem moczu, co wiąże się z koniecznością noszenia pieluchomajtek. Trudności z wypróżnieniem, które w przypadku kobiety spowodowane są spowolnieniem ruchów i sztywnością wywieraną na mięśnie ścian jelita, przyjmowanymi lekami, które bierze w dużych ilościach. Poza tym u osób chorych na Parkinsona występuje zaburzenie otwierania się zwieracza odbytu, który kontroluje wydalanie stolca. Nie otwiera się on we właściwym momencie, co utrudnia wypróżnienie. U części chorych następuje działanie przeciwne zwieracza odbytu, to znaczy, wtedy kiedy chory jest przekonany, że go rozluźnia w rzeczywistości odbył się zaciska. (33)

Uciążliwym symptomem występującym u kobiety jest nadmierne pocenie się oraz łojotok, który objawia się przetłuszczaniem włosów.

Podczas okresu dobrego funkcjonowania, w ciągu dnia pojawiają się też momenty złego samopoczucia lub całkowitego bezruchu, który unieruchamia kobietę w łóżku. Potrzebuje wtedy wyręczenia we wszystkich czynnościach. Występują także u seniorki okresy gorszego funkcjonowania trwające kilka dni. Kobieta przebywa wtedy większość czasu w łóżku. Podobnie jak inni mieszkańcy cierpiący na tę chorobę czasami jest źle odbierana przez współmieszkańców, szczególnie tych, którzy nie posiadają wiedzy na temat choroby Parkinsona. Powodem jest brak mimiki twarzy, który może świadczyć o braku zainteresowania rozmową.

Chorobę Parkinsona diagnozuje lekarz specjalista, neurolog. Diagnoza jest oparta na historii zdrowia i badaniu klinicznym, z wykluczeniem możliwości wystąpienia symptomów choroby z innych przyczyn lub w wyniku innych zaburzeń. Specjalista w pierwszej kolejności będzie zainteresowany występowaniem spowolnienia ruchowego (bradykinezja), oznak zeszywnienia mięśni oraz drżenia spoczynkowego lub niestabilności postawy. W celu wykluczenia innych powodów występowania symptomów choroby wykonuje się analizę krwi, tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny. Jedynym jednoznacznym dowodem choroby jest obecność mikroskopijnych wtrętów komórkowych zwanych ciałami Lewy'ego, które pojawiają się w uszkodzonych neuronach w istocie czarnej - części mózgu atakowanej przez chorobę Parkinsona. Są one widoczne w badaniu mózgu po śmierci chorego. (33)

W ostatnim czasie w domu pomocy miało miejsce zdarzenie kiedy to kobieta ze zdiagnozowaną chorobą Parkinsona, leczona w tym kierunku od wielu lat, dowiedziała się podczas konsultacji lekarskiej u innego specjalisty, że nie cierpi na wymienioną chorobę.

Trudno to sobie wyobrazić, ale kobieta potrzebowała sporo czasu, aby pogodzić się z nową diagnozą.

Choroba Parkinsona jest kojarzona z chorobą wieku podeszłego. Dotyka jednak często ludzi młodych. Mówimy wtedy o chorobie Parkinsona o wczesnym początku. Symptomy pojawiają się pomiędzy 21 a 40 rokiem życia. (33)

Ageizm, przemoc i wykorzystywanie osób w podeszłym wieku

*Żadne zwierzę nie wytrzyma tego,
co wytrzymać potrafi człowiek.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

W dzisiejszych czasach coraz częściej zaobserwować można wyraźną deprecjację starości, a nawet gerontofobię, czyli wrogi stosunek do ludzi starych przy jednoczesnym obniżeniu ich statusu. (9)

Za W. Okoniem termin *ageizm* jako określenie dyskryminacji związanej z wiekiem wprowadzony został w 1969 r. przez amerykańskiego gerontologa Roberta Butlera - pierwszego dyktatora Amerykańskiego Narodowego Instytutu ds. Starzenia. Ageizm to proces systematycznego tworzenia stereotypów i gorszego traktowania ludzi z powodu tego, że znajdują się w określonym przedziale wieku (najczęściej starszym). Butler wskazał na charakterystyczne cechy tego zjawiska: kult młodości, brak rzetelnej wiedzy o starości wśród pracodawców i decydentów oraz pogarszające się traktowanie ludzi starszych z powodu negatywnego stereotypu starości. (35)

Znaczącym czynnikiem mającym wpływ na kształtowanie się negatywnych stereotypów starości jest zjawisko gerontofobii. Gerontofobia to irracjonalny strach przed ludźmi starszymi, wrogość lub nienawiść do nich. Gerontofobia jest wynikiem lęku przed własną starością, byciem osobą starszą i śmiercią, który jest przenoszony na seniorów. (36)

Autodyskryminacja to zrozumienie okazywane przez seniorów dla dyskryminacji ze względu na wiek, przejawiające się najpełniej niedostrzeganiem gorszego traktowania, minimalizowaniem związanych z tym doświadczeń, usprawiedliwianiem osób i instytucji wykazujących praktyki dyskryminacyjne. (37)

Grzechy ageizmu przyjmują różne postaci przewinień „myślą, mową, uczynkiem i zaniedbaniem”. Oto najważniejsze z nich:

1. niedostrzeganie - niezauważanie seniorów;
2. lekceważenie - uznawanie, że opinie, wyznawane wartości i potrzeby seniorów są mniej ważne i mniej cenne niż osób młodych;

3. ośmieszanie - świadome przeinaczanie i karykaturalne wyolbrzymianie problemów seniorów i ich sposobów rozwiązywania owych problemów, mające na celu wskazanie „żałosności” sytuacji osób starszych;
4. paternalizm/nadopiekuńczość - skłonność do wyręczania seniora w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego, nawet w sytuacji gdy jest on/ona w stanie samodzielnie dać sobie w tym przypadku radę i nie widzi potrzeby korzystania z pomocy innych;
5. protekcyjność - skłonność do traktowania seniora jako osoby niezdolnej do funkcjonowania bez wsparcia danej jednostki bądź instytucji;
6. zaniedbanie - niezaspokajanie (świadome lub nieświadome) istotnych potrzeb psychosomatycznych, społecznych i materialnych osób starszych.
7. segregacja - oddzielenie seniorów od reszty społeczeństwa/społeczności przez skupienie ich na wyodrębnionym terytorium. Z reguły takie oddzielenie wyjaśniane jest chęcią stworzenia mikroświata dostosowanego do specyficznych potrzeb najstarszych. W polskich realiach takim terytorium jest dom pomocy społecznej dla osób starszych;
8. nadużycia finansowe - związane są z niesprawiedliwym, nieuzasadnionym lub sprzecznym z literą prawa użyciem zasobów materialnych, tytułów własności i uprawnień znajdujących się w posiadaniu seniora. Do tej grupy nadużyć należą wszelkiego rodzaju oszustwa rynkowe związane ze świadomym wykorzystywaniem niewiedzy i bezradności seniorów jako konsumentów;
9. nadużycia cielesne - przejawy fizycznej agresji w stosunku do osób starszych;
10. eksterminacja - świadome dążenie do skrócenia „bezwartościowego” lub przepełnionego cierpieniem życia osoby starszej. Specyficzną formą tej postaci ageizmu jest eutanazja, w sytuacji gdy nie jest wyrazem świadomej woli chorego, lecz jedynie wynikiem decyzji lekarzy czy opiekunów osoby starszej.

Powyższa lista przejawów ageizmu uporządkowana została od postaci najmniej potencjalnie uciążliwych do tych przynoszących najpoważniejsze konsekwencje. (38)

Jak wspominałam wcześniej różne są drogi prowadzące ludzi starszych do placówek opiekuńczych. Jedną z nich jest droga przemocy fizycznej i psychicznej oraz wykorzystywania seniora przez osoby najbliższe, często dzieci i wnuki. Wspominałam też o przypadkach nieludzkiego traktowania seniorów w domach pomocy społecznej.

Analizując historie mieszkańców domu pomocy dostrzegam nieodosobnione przypadki nadużyć w stosunku do nich. Na każdy przypadek trzeba jednak spojrzeć w sposób

indywidualny, pozwalający zaobserwować i stwierdzić czy rzeczywiście doszło do przemocy, czy znajdujemy fakty i dowody przemawiają za nadużyciami, czy może sytuacja daje tylko obraz wykorzystywania, a w rzeczywistości przedstawia się całkiem inaczej.

Wątek ten odnoszę do rodzin mieszkańców i ich postępowania przed umieszczeniem rodzica czy dziadka w placówce, ale także do życia w samej placówce, gdzie rzekomo dochodzi do nadużyć ze strony personelu w stosunku do mieszkańców. W obydwu wątkach nie możemy wykluczyć sytuacji niepożądanych, które pewnie się zdarzają. Tak jak nie mogę ręczyć za postępowanie personelu placówek, tak też rodziny są różne. Są rodziny opiekuńcze, które z pokorą przyjmują sytuacje jakie przynosi im los. Są ze sobą na dobre i na złe, służą pomocą i opieką w trudnych sytuacjach, zaniehbując własne obowiązki, oddając się bez reszty i poświęcając swoje plany, marzenia, zainteresowania, podupadając samemu na zdrowiu, zaniehbując konsultacje lekarskie, stan własnego organizmu, często doznając załamania zdrowia psychicznego, depresji. Przy czym nie chcą, a często nie mogą liczyć na pomoc najbliższych czy znajomych w opiece nad chorym, niepełnosprawnym członkiem rodziny.

Sytuacje są też odwrotne. Ludzie starzy, niezaradni życiowo często mieszkają sami, zdani tylko na siebie, pomimo, że posiadają rodzinę, która mogłaby się nimi zająć. Nie wspominam tu o rodzinach patologicznych, gdzie takie sytuacje są notoryczne i jakby „tolerowane społecznie”. Mówię tu o rodzinach „normalnych”, lecz zaniehbujących swoje obowiązki wobec własnych rodziców.

Przypadek staruszki pozostawionej w starej kamienicy. Będąc u niej z wizytą w celu przeprowadzenia wywiadu zastano straszne zimno, temperatura zimową porą była zbliżona do temperatury panującej na dworze. Staruszka leżała w łóżku pod dwiema pierzynami. Widać jej było tylko czoło. Kobieta brudna, zaniehbana, nie miała ciepłej wody, ani warunków do utrzymania higieny. Ręce marzły tak, że nie można było utrzymać długopisu. Wnioskowano o przyjęcie do DPS poza wszelką kolejnością. Pracownik socjalny, który miał kobietę pod opieką nie widział takiej potrzeby. Seniorka posiadała rodzinę.

Kolejny przypadek kobiety mieszkającej samotnie, po udarze, nieporuszającej się samodzielnie, unieruchomionej w łóżku. Seniorka miała syna i dwóch wnuków. Syn pewnie zajmowałby się matką, gdyby nie jego partnerka, apodyktyczna kobieta, niepozwalająca nikomu dojść do głosu. Podczas wywiadu stwierdzono, iż seniorka jest zaniehbana z powodu zaniechania rehabilitacji po udarze, brudna, zniewolona, bez możliwości wypowiedzenia się.

Na widok pracowników DPS partnerka syna zareagowała agresywnie, twierdząc przy tym, że wreszcie zabiorą seniorkę. Po wyjaśnieniu, że są tylko na wywiadzie i jeszcze kobiety

nie zabiorą do placówki, zdenerwowała się, zaczęła wykrzykiwać, że ona się już chorą nie będzie zajmowała, zostawi ją bez opieki, bez jedzenia, to nie jej problem, ona ma swoje życie.

W dniu przyjęcia kobieta została przywieziona do DPS przez syna. Była w fatalnym stanie, brudna, z pozlepianymi włosami, z odparzeniami pod piersiami. Rodzina dostarczyła rzeczy osobiste w jednej reklamówce. Nie dostarczono leków mimo stwierdzonej cukrzycy, dokumentacji medycznej i wielu niezbędnych rzeczy osobistych. Kobieta pozostaje w DPS, nie odwiedzana jest przez rodzinę lub odwiedziny są sporadyczne. Trwają parę minut. Mieszkanka tęskni za wnukami. W domu pomocy funkcjonuje bardzo dobrze. Jest zadowolona.

W okresie przedwakacyjnym jest wiele pytań o wolne miejsce dla osoby starszej tylko na czas wakacji. Można by się zastanowić czy w Polsce nie przydałyby się przechowalnie dla seniorów, gdzie można by oddać osobę na kilka dni, a potem po nią wrócić albo i nie. Takie przypadki zdarzają się często w szpitalach, gdzie osoba starsza po zakończeniu leczenia nie ma dokąd, ani do kogo wrócić. Organizowane jest dla niej miejsce do szybkiego umieszczenia, rodzina nie chce zajmować się staruszkiem.

Dom pomocy społecznej jest domem dla mieszkających w nim osób. Jego celem jest zapewnienie swoim mieszkańcom warunków zbliżonych do tych, które panują w domu rodzinnym. Mieszkańcy powinni czuć się w nim bezpiecznie, mieć zapewniony komfort psychiczny i fizyczny. Dom pomocy społecznej to schronienie dla osób potrzebujących, chorych, starych, z niepełnosprawnościami. Trafiają do niego osoby z różnych środowisk, z różnymi schorzeniami, reprezentujące różne wartości, mające różne nawyki i przyzwyczajenia. Z tego też powodu podopieczni emocjonalnie słabsi są często źle traktowani przez tych z silniejszym charakterem. Mieszkańcy grzeczni, kulturalni są zdegrustowani aroganckim zachowaniem mieszkańców z środowisk patologicznych. Osoby kulturalne, czyste nie mogą sobie poradzić z zachowaniem osób nadużywających alkoholu. Warunki jakie stwarzają sobie sami mieszkańcy, przepełnione agresją, brutalnością, arogancją sprawiają, że mieszkańcy nie koniecznie czują się jak we własnym domu i na pewno nie takich warunków oczekują.

Dużą rolę w zapobieganiu agresji mieszkańców w stosunku do innych mieszkańców odgrywa personel zatrudniony w domu pomocy. Powinien on w sposób umiemytny i delikatny rozwiązywać sytuacje kryzysowe, aby swym działaniem nie zaszkodzić mieszkańcom najmniej sprawnym, nie mogącym się samodzielnie obronić przed niekorzystnymi sytuacjami. W domu obowiązuje Regulamin Mieszkańców, w którym zawarte są ich prawa i obowiązki. Do praw mieszkańców należy między innymi prawo do godnego traktowania. Chodzi tu o

traktowanie mieszkańca przez mieszkańca, gdzie główną rolę odgrywa obserwacja i czujność pracowników w celu zapobiegania sytuacjom niepożądanym, ale także o traktowanie z godnością i szacunkiem mieszkańców przez pracowników. Pracownicy powinni być obrońcami praw mieszkańca, ich stróżami i przeciwnikami złego traktowania, uwrażliwionymi na krzywdę ludzką, nie zaś agresorami inicjującymi sytuacje niepożądane.

Każdy z mieszkańców domu pomocy społecznej jest tak samo traktowany przez osoby w nim zatrudnione. Historia życia mieszkańca z okresu przed zamieszkaniem w placówce nie może wpływać na sposób myślenia pracowników na temat danej osoby. Senior przekraczając próg domu pomocy społecznej jest dla osób w nim zatrudnionych białą, niezapisaną kartą. Jego historia w oczach personelu zaczyna się od początku. Jego zachowanie, postawa jaką będzie reprezentował w placówce zaowocuje pozytywnym lub mniej pozytywnym nastawieniem personelu do danej osoby. Historia życia mieszkańca sprzed umieszczenia w placówce jest istotna wyłącznie w celu sporządzenia wstępnej dokumentacji. Jest brana pod uwagę w momencie opracowywania Planu Adaptacji Mieszkańca, następnie Indywidualnego Planu Wsparcia. Osoby przyjmowane do DPS mają często bardzo trudną historię, są po wielu przejściach życiowych, niejednokrotnie pozbawieni praw rodzicielskich, niepłacący alimentów, alkoholicy, kryminaliści itp. Gdybyśmy kierowali się informacjami zawartymi w wywiadzie, z czasu przed zamieszkaniem seniora w placówce, praca nasza byłaby bardzo trudna, a nawet niemożliwa.

Nie ma jednej reguły, według której powinien postępować mieszkaniec w domu pomocy społecznej, aby jego pobyt był satysfakcjonujący. Życie pisze różne scenariusze, które dla nikogo nie są możliwe do przewidzenia.

Mieszkanka DPS, z wywiadu której wynikało, iż była złą matką, została pozbawiona praw rodzicielskich, źle się prowadziła, nadużywała alkoholu. Cóрка zarzekła się, że nigdy jej nie odwiedzi. W domu pomocy kobieta była bardzo lubiana, zarówno przez mieszkańców jak i przez personel. Angażowała się we wszelkie formy aktywizacji, pomagała innym mieszkańcom i inni mieszkańcy pomagali jej.

Kolejny przykład mieszkanki w podobnej sytuacji. Cóрка stwierdziła, że odwiedza kobietę wyłącznie ze względu na pracowników, nie chce się wstydzić swojego zachowania. Nie powie jednak na nią nigdy mamó, kobieta nie zasługuje na to, ponieważ bardzo źle traktowała swoje dzieci. W domu pomocy jest jednak odbierana jako osoba spokojna, wyciszona, lubiana przez personel, nie sprawiająca żadnych kłopotów.

Personel nie może oceniać postępowania mieszkańców i traktować ich „tak jak na to zasługują”. Wszyscy mieszkańcy muszą być traktowani równo, z godnością i szacunkiem należnym każdemu człowiekowi.

Personel domu powinien przestrzegać zasady, iż do mieszkańca zwracamy się Pan, Pani. Nie możemy zwracać się bezosobowo. Nie powinniśmy także nazywać mieszkańców babcią czy dziadkiem. Tego samego powinniśmy oczekiwać i wymagać od mieszkańca w stosunku do nas samych.

Ważne jest, aby traktować mieszkańców podmiotowo, zwracać się konkretnie do nich kiedy są obecni podczas rozmowy, nawet jeżeli wydaje nam się, że nie rozumieją o czym mówimy. Unikać traktowania przedmiotowego. Każdy mieszkaniec niezależnie od stanu zdrowia, stopnia niepełnosprawności, wieku, jest człowiekiem i powinniśmy na pierwszym miejscu ujrzyć w nim człowieka, dostrzec jego potrzeby, plusy i potencjał, dopiero jego niepełnosprawność.

Pracownicy powinni znać i rozróżniać symptomy chorób występujących u mieszkańców, scharakteryzować poszczególne schorzenia i wynikające z nich zachowania. Służą ku temu szkolenia, które powinny być systematycznie przeprowadzane i dobierane do aktualnych potrzeb placówki. Podstawowa, usystematyzowana wiedza opiekuna pozwoli uniknąć niewłaściwych zachowań na reakcje mieszkańca, które wynikają z choroby, na którą cierpi. Agresja fizyczna, taka jak szarpanie, trącanie, popychanie, czy też słowna jak krzyczenie, używanie wulgarnych słów; tego typu zachowania skierowane ku osobom chorym nie mogą mieć miejsca, powinny być szybko wychwytywane i eliminowane. Powinniśmy reagować także na niestosowne komentarze pod adresem mieszkańców.

Często możemy zauważyć w otaczającym nas środowisku zjawisko niedbałości o osoby z niepełnosprawnościami. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, korzystające z wózka inwalidzkiego często są ubrane niedbale, niemodnie z racji tego, że nie są w stanie zareagować, zmanifestować swego niezadowolenia. Starajmy się nie stosować tego typu zachowań w stosunku do seniorów mieszkających w placówkach. Ubierajmy ich stosownie do wieku, pory roku. Zwracajmy też uwagę na ich indywidualne upodobania. Przypomnijmy sobie co nosili gdy byli jeszcze osobami sprawnymi. Nie traktujmy osób w podeszłym wieku jak małych dzieci. Infantylnie zachowanie w stosunku do seniorów może występować tylko w określonych sytuacjach, akceptowalnych przez nich samych.

Bardzo ważne jest przestrzeganie prawa do intymności. Intymność wiąże się ściśle z godnością człowieka. Starajmy się w każdej sytuacji postawić na miejscu osoby niesamodzielnej. Zadajmy sobie pytanie: jak my chcielibyśmy być traktowani? Czy

zachowanie jakie reprezentujemy byłoby akceptowalne dla nas samych. Jak byśmy się zachowali w sytuacji gdyby ktoś tak traktował naszych rodziców czy nasze dzieci? Nie dopuszczajmy do sytuacji gdzie mieszkańców będziemy kąpać kilku pod jednym prysznicem, lub gdy pozwolimy osobom postronnym wchodzić do łazienki w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Zapewnijmy mieszkańcowi szlafrok, aby nie prowadzić go pod prysznic w skąpej odzieży lub nago. Zapewnijmy parawan w pokojach kilkuosobowych, zamknijmy drzwi przed wzrokiem osób ciekawskich. Postępowanie zapewniające intymność mieszkańcom nie wymaga dużego wysiłku ze strony personelu, a daje poczucie bezpieczeństwa mieszkańcom i zapewnia im komfort psychiczny.

Zachowania agresywne pracowników w stosunku do mieszkańców placówki nie mogą mieć miejsca. Na stanowiskach gdzie głównym obowiązkiem jest opieka nad mieszkańcem lub bliski z nim kontakt, powinny być zatrudnione osoby sprawdzone, z odpowiednimi predyspozycjami. Powinniśmy zwracać uwagę na nastawienie pracownika do wykonywanych obowiązków, jego nastrój, nagłą zmianę zachowania. Zmiany w zachowaniu mogą wskazywać na nadmiar obowiązków, nieradzenie sobie z daną sytuacją lub wypalenie zawodowe.

W obecnie funkcjonujących domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, w jednej placówce mieszka kilkadziesiąt osób. Podopiecznych można podzielić na grupy według kilku kryteriów: płci, wieku, sprawności, aktywności, funkcjonowania poznawczego, nawyków higienicznych, wykształcenia, źródła dochodu i wielu innych.

Zdawałoby się, że mówiąc o zjawisku ageizmu mamy na myśli dyskryminację ze względu na wiek ludzi starych przez osoby młodsze. Niestety również sami seniorzy potrafią dyskryminować ze względu na wiek innych seniorów. Zjawisko to obserwuję każdego dnia będąc obecną w życiu mieszkańców DPS. Seniorzy mieszkając pod jednym dachem z osobami o podobnej metryce zdają sobie sprawę, że przynależą do jednej grupy społecznej, którą łączy kryterium wieku. Widzą do koła siebie osoby „jesieni życia”, ale oni w mniemaniu ich samych są młodzi. Krzywdzą się wzajemnie poprzez wypowiedane słowa, agresywne zachowanie, butną postawę. Nie zdają sobie sprawy z faktu, że oni sami są narażeni na identyczne traktowanie przez współmieszkańców.

Zatrzymując się chwilę dłużej obok tematu ageizmu, zastanawiam się czy zjawisko to dotyczy tylko osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej. Sugeruję się faktem, iż podopieczni DPS są środowiskiem specyficznym. Jest to jedna grupa zamieszkująca pod tym samym dachem, który jest jedynym wspólnym mianownikiem łączącym jej poszczególnych członków. Z racji tego, iż są to osoby, których bardzo dużo

dzieli, różnią się od siebie pod wieloma wcześniej wymienionymi względami, uzurpują sobie prawo do dokuczania jeden, drugiemu.

Cechy osób w podeszłym wieku, takie jak: wyniosłość, przekonanie o swej wyższości i nieomyślności, upór, dążenie do postawienia na swoim za wszelką cenę, w wielu źródłach są określane jako ujemna strona starości. Potęgują się one w kontakcie z drugim człowiekiem, współmieszkańcem.

Porównując zachowanie osób „jesieni życia” pozostających w środowisku rodzinnym i mieszkających w placówce, w stosunku do innych seniorów - dochodzę do wniosku, że jest ono podobne. Nie ma znaczenia w tej kwestii miejsce zamieszkania. Ludzie w podeszłym wieku w bardzo wymowny sposób określają osoby będące na tym samym bądź podobnym etapie życia. A przecież grupa osób, którą łączy ta sama metryka powinna solidaryzować się ze sobą, identyfikować z osobami, które przeżyły tę samą ilość lat, szanować osoby starsze tak, aby one również ich szanowały.

Mówi się o dyskryminacji ze względu na wiek osób starszych, przez młodzież czy osoby dorosłe. Jaką jednak ta grupa społeczna ma przyjąć postawę, skoro widzi jak odnoszą się do siebie samej osoby „jesieni życia”, jeśli obserwuje u nich zachowanie niestosowne w odniesieniu do osób w tym samym przedziale wiekowym.

U mieszkańców domu pomocy społecznej występuje także zjawisko autodyskryminacji, czyli negatywnego nastawienia do własnej osoby, do swojego wieku. Osoby starsze wycofują się z życia społecznego, nie uczestniczą w aktywizacji, zamykają się w sobie. Stają się wyalienowane, markotne, zgryźliwe i roszczeniowe, a przy tym bardzo osamotnione. Uważam, że wynika to z faktu braku akceptacji własnego wieku i zmian jakie czas zostawił w ich wyglądzie zewnętrznym, funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym i somatycznym. Seniorzy unikają innych osób, gdyż czują się nieatrakcyjni, a poprzez swą nieatrakcyjność mogą znaleźć wymówkę, aby unikać kontaktu z drugim człowiekiem.

Pogorszenie słuchu jest usprawiedliwieniem na unikanie towarzystwa, bo przecież nie będą słyszeli, pogorszenie wzroku, brak zębów, a przy tym brak motywacji do zrobienia protezy. To tylko kilka z wielu deficytów, które występują u osoby „jesieni życia” spośród wielu innych. Osobom nieakceptującym swojego wieku trudno jest funkcjonować w dzisiejszym świecie. Ciągłe mało jest działań podejmowanych w kierunku zintegrowania tej grupy osób ze społeczeństwem.

Mieszkańcy placówek, ich rodziny, a także Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy, powołany w DPS, często stwierdzają, iż osoby w podeszłym wieku, mieszkańcy domów pomocy są niewłaściwie traktowani przez lekarzy specjalistów. Można przypuszczać, że

dyskryminacja ze względu na wiek, a także na miejsce pobytu, jakim jest placówka opieki długoterminowej występuje w wielu polskich szpitalach. Specjaliści nie podejmują wysiłku w celu zdiagnozowania schorzeń osób starszych. Podobnie dzieje się w zakładach opieki zdrowotnej, gdzie lekarz często nie osłucha, a nawet nie spojrzy na seniora, który zwraca się do niego z problemem. Postawienie trafnej diagnozy w przypadku wielu mieszkańców nie powinno być trudne dla lekarzy specjalistów. Brakuje jednak empatii i zwykłego ludzkiego podejścia do problemu osoby, człowieka. Bierze górę zjawisko stygmatyzacji mieszkańca domu pomocy społecznej. Personel szpitali szufladkuje osoby mieszkające w placówkach, które zgłaszają się do instytucji służby zdrowia o pomoc, w ich ocenie mieszkańcy domów pomocy społecznej są odwodnieni, niedożywieni, zaniedbani. Z oceną tą trudno jest mi się pogodzić. (39)

Pracując w domu pomocy społecznej, zauważam wiele przejawów dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w obszarze opieki zdrowotnej:

1. osoby starsze nie otrzymują odpowiedniej opieki zdrowotnej lub społecznej;
2. brak systemowej opieki geriatrycznej, nieuwzględnianie w kontraktowaniu usług medycznych odmienności i wyższych kosztów leczenia osób starszych, niedostateczna liczba geriatrów, brak przygotowania kadry medycznej do pracy z ludźmi starszymi;
3. lekceważenie dolegliwości ludzi starszych, postrzeganie dolegliwości przez lekarzy jako nieuniknione objawy starzenia się (wiek jako diagnoza), nawet jeśli można je leczyć.
4. ograniczenia w dostępie do niektórych programów profilaktycznych. (40)

Osoby w podeszłym wieku są wykluczane z życia społecznego, a to sprzyja ich samoistnemu wycofywaniu się, nie podejmowaniu działań. Możemy w tym przypadku zauważyć zjawisko autodyskryminacji, która prowadzi do izolacji, samotności, depresji i śmierci.

Agresja w domu pomocy społecznej

Obok miłości mogą występować lęk i agresja.

Wystarczy sobie wyobrazić

co przeżywa samiec modliszki,

pożerany przez swą ukochaną w czasie kopulacji.

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Agresja to forma zachowania, która kieruje niezadowolenie lub gniew na inne osoby lub przedmioty. W domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, w których mieszkają osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami charakteryzującymi się występowaniem otępienia nie unikniemy sytuacji agresywnych, ukierunkowanych na osoby z najbliższego otoczenia jak i autoagresji czyli formy zachowania, która kieruje gniew na siebie samego. Agresja podyktowana stanem funkcjonowania organizmu jest zachowaniem, którego personel DPS można się spodziewać i któremu próbuje zapobiec. Jak już wspominałam wcześniej w zapobieganiu i minimalizacji zachowań agresywnych mieszkańców DPS ważna jest między innymi wiedza na temat występujących u osób w podeszłym wieku chorób, przyczyn ich występowania, symptomów, za pomocą których można je rozpoznać i niepożądanych zachowań, które są wynikiem choroby. Wiedza ta pozwoli personelowi zajmującemu się opieką nad mieszkańcem zapobiegać agresji poprzez właściwe podejście do chorego, zauważanie jego potrzeb, a przede wszystkim traktowanie mieszkańca jako równego sobie - człowieka, podmiotu.

Często jednak spotykamy się z niepożądanym zachowaniem objawiającym się w formie agresji lub autoagresji wpływającym od mieszkańców sprawnych. Zjawisko to wynika z braku zrozumienia mieszkańca przez innego mieszkańca, braku podstawowej wiedzy na temat chorób osób w podeszłym wieku i wynikającym z tego nieakceptowaniu osób dotkniętych chorobą lub zaburzeniem. Powodem występowania niepożądanych zachowań jest często ogarniająca mieszkańców zazdrość. Mam na myśli zazdrość mężczyzny o kobiety i odwrotnie, ale także zazdrość mieszkańca o mieszkańca wynikającą z odmiennego (lepszego) w ich mniemaniu traktowania przez pracowników domu. Agresję budzą też sytuacje wynikające z nieprzestrzegania regulaminu wewnętrznego domu, czyli zachowania nieakceptowalne społecznie, utrudniające codzienne funkcjonowanie seniorów w placówce. Wreszcie agresję potęguje spożywany w nadmiernych ilościach alkohol. Ostatni z

wymienionych czynników jest bardzo często spotykany, nieakceptowany przez społeczność mieszkańców i pracowników.

Wracając do zazdrości o odmienne traktowanie niektórych mieszkańców przez pracowników należy zauważyć, że są to sytuacje występujące dość często. Powodów może być wiele, najczęściej są one bardzo błahe. Przytoczę kilka przykładów.

Mieszkanka niewidoma, potrzebująca adekwatnego do jej niepełnosprawności zainteresowania ze strony personelu domu jest szykanowana przez współmieszkańców; przewodnicząca Rady Mieszkańców, którą funkcja zobowiązuje do większego kontaktu z personelem, miała kilkakrotnie wymazaną kałem klamkę drzwi swojego pokoju; mieszkaniec, który pomaga w ogrodzie, za co często chwali go personel, jest obiektem drwin i złośliwości ze strony współmieszkańców; mieszkanka, na której ręce są złożone kwiaty podczas oficjalnej uroczystości; osoba, która w imieniu całej społeczności składa życzenia dyrektorowi z okazji imienin; mieszkaniec, który czyta wiersz na akademii itp. są szykanowani przez innych mieszkańców, a głównym powodem takiego postępowania jest zazdrość.

Zachowania agresywne występują w domach pomocy społecznej podobnie jak i w innych placówkach opiekuńczych, a także środowiskach rodzinnych. Nie ma sposobu na całkowite ich wyeliminowanie, tym bardziej, że występują często u osób dementywnych. Należy jednak pamiętać, że nie każda osoba z otępieniem jest agresywna. W dużej mierze występowanie agresji w otępieniu zależy od jego pochodzenia. Najczęściej pojawia się w otępieniu czołowo - skroniowym. Zmiany zachodzące w tym obszarze mózgu wiążą się między innymi z pojawieniem się u pacjenta odhamowań, brakiem wglądu, patologiczną impulsywnością. (...) Osoby te mogą być nadmiernie pobudzone ruchowo i słownie, drażliwe, z niekontrolowanymi wybuchami złości lub apatyczne i pasywne. Wymienione problemy mogą występować naprzemiennie. Charakterystyczne są zachowania aspołeczne, obejmujące nieprzestrzeganie norm, zachowania kryminalne oraz nieodpowiednie zachowania seksualne. We wczesnym etapie choroby pojawia się brak empatii. (41)

Praca z osobami starszymi, chorymi, z niepełnosprawnościami jest bardzo trudna. Wymaga dużej cierpliwości, właściwego podejścia, zachowania równowagi psychicznej i spokoju. Osoby zatrudnione w domach pomocy społecznej w bezpośredniej pracy z mieszkańcem są poinformowane o możliwości wystąpienia zachowań niepożądanych. Często jednak nie są przygotowane merytorycznie. Wielokrotnie słyszymy o nieodpowiednim traktowaniu mieszkańców przez pracowników instytucji opiekuńczych. Bicie, szarpanie, wyzywanie, krępowanie ciała, przywiązywanie do łóżka lub innych przedmiotów

znajdujących się w pomieszczeniach gdzie przebywają seniorzy. Brutalne sceny traktowania mieszkańców przez personel co pewien czas pojawiają się na antenach programów telewizyjnych. Oczywistym, udowodnionym faktom trudno zaprzeczyć. Nie można także stwierdzić, w których placówkach dochodzi do nadużyć ze strony personelu. W tej sytuacji pracownicy placówek opiekujących się osobami zależnymi od pomocy osób innych powinni mieć świadomość, że są nieustannie obserwowani przez rodziny mieszkańców - rodziny, które wraz ze swoim bliskim dają kredyt zaufania personelowi wybranej placówki. Są przekonane, że oddają seniora w ręce osób, które nie zrobią mu krzywdy.

Fakty przedstawione w programach telewizyjnych dają wiele do myślenia. Przede wszystkim zastanawiamy się czy w instytucjach gdzie pracujemy także ma miejsce przemoc. Mówimy „nie” każdemu zachowaniu, które może mieć znamiona przemocy zarówno fizycznej jak i psychicznej. Jeżeli my, osoby pracujące w domach pomocy społecznej nie będziemy reagować na sytuacje uwłaczające godności człowieka, sami nie jesteśmy godni żyć i pracować z ludźmi, tym bardziej z osobami bezbronnymi, chorymi, słabymi. Każde z wymienionych zachowań zasługuje na krytykę i potępienie.

Zdarzają się także przypadki kiedy mieszkaniiec skutecznie manipuluje personelem w celu uzyskania określonego celu. Dochodzi do zdarzenia, które daje obraz winy pracownika mimo, że fakty wskazują na winę mieszkańca. Po takiej sytuacji u pracownika oskarżonego o wywołanie sytuacji agresywnej, pozostaje przez długi czas dyskomfort psychiczny. Dyskomfort, który dodatkowo potęguje bezsilność, niemoc, zależność od opinii i podejścia do danego zdarzenia pozostałych członków personelu, kierownictwa i samej dyrekcji.

Bardzo obciążająca psychicznie jest procedura podjęta w celu wyjaśnienia okoliczności zaistniałej sytuacji.

Stres, którym w tym przypadku jest obciążona pielęgniarka czy opiekunka wpływa niewątpliwie na obniżenie jej własnej wartości, podważenie jej kompetencji oraz pojawienie się wielu wątpliwości dotyczących sensu wykonywanej przez nią pracy.

Analizując sytuacje gdzie członek personelu jest posądzony przez mieszkańca o nadużycia mimo, że nie jest winny i biorąc pod uwagę to co czuje i co przeżywa, możemy z łatwością odwrócić sytuację i zastanowić się co czuje mieszkaniiec poszkodowany przez personel. Zadajemy sobie pytanie czy opiekun wyrządzający krzywdę podopiecznemu jest człowiekiem, istotą myślącą, potrafiącą wnioskować, a co najważniejsze osobą, która przestrzega zasad etyki zawodowej.

Pracując z osobami starszymi musimy mieć świadomość, że starość to jeden z kolejnych etapów życia człowieka, do którego podąża od chwili urodzenia. Dzisiejsze czasy

znacznie wydłużyły życie człowieka, niestety w niewielkim stopniu nastąpiła poprawa jego jakości. Jakość życia mieszkańców domów pomocy społecznej w ogromnej mierze zależy od osób w nich zatrudnionych.

Przytoczę cytat, który trafnie obrazuje ostatni etap życia człowieka. Życia człowieka w murach domu pomocy społecznej.

Codziennie w domach opieki umierają ludzie. Życie w takim miejscu może być przytłaczające.

Czeka się na telefon od ukochanej córki, nie wspominając o wizycie. Niestety młodzi ludzie w dzisiejszych czasach są tak zajęci, że mają problem z utrzymywaniem kontaktu z bliskimi. Seniorzy często odchodzą w samotności. Są zgorzkniali i rozczarowani życiem.

Tak samo pielęgniarki myślały o tej starszej kobiecie. Wydawało im się, że już tylko czeka na śmierć i nic dobrego ją nie spotka. Bywała złośliwa i bardzo surowa wobec ludzi, co sprawiało, że mało kto ją lubił.

Po śmierci w jej szufladzie znalazły list, który wszystko zmienił...

Kochane siostry, co widzicie, gdy na mnie patrzycie?

Złośliwa staruszka, która nie jest zbyt mądra i ma dziwne nawyki.

Rozmarzonym wzrokiem wpatruje się w nicłość.

Stara kobieta, która nie reaguje, gdy się ją prosi o to, żeby jadła.

Staruszka, która nie ma pojęcia, co się wokół niej dzieje.

Staruszka, która cały czas gubi buty i rękawiczki.

Mała staruszka, która jest nieposłuszna, ale na koniec dnia pozwala się wykąpać i nakarmić.

A dni mijają i wszystko wygląda tak samo...

Co myślicie, gdy na nią patrzycie? Czy coś się zmienia? To jaką mnie postrzegacie, to nieprawdziwa ja.

Powiem wam, kim jestem. Chociaż, zgodnie z tym, co było ustalone na początku, będę siedzieć cicho.

Jestem 10-letnią dziewczynką, która ma tatę, mamę i rodzeństwo.

Bardzo mocno się kochamy i wspieramy.

Jestem 16-latką ze skrzydłami, która marzy o wielkiej miłości.

Jestem 20-letnią młodą kobietą, której serce szybciej bije na widok ukochanego chłopaka, który złożył obietnicę miłości do końca życia.

Jestem 30-letnią żoną i mamą i martwię się o rodzinę, która mnie potrzebuje. Mam bezpieczny i szczęśliwy dom.

Jestem 40-letnią kobietą, która widzi, jak szybko dorastają jej dzieci, ale to co nas łączy, będzie trwać wiecznie.

Mam 50 lat i moje dzieci już nie mieszkają ze mną, ale jestem szczęśliwa z moim mężem. Jestem 60-letnią babcią z wnuczkami na kolanach, niestety ciemne chmury są nade mną, ponieważ mój ukochany mąż odszedł.

Kiedy myślę o przyszłości, widzę tylko coś przerażającego. Moje dzieci są już dorosłe i mają swoje życie. Myślę o tym wszystkich latach, które minęły i o tym, jak bardzo Was kocham. Teraz jestem starą kobietą – natura jest bezlitosna!

Starość to kiepski żart.

Człowiek czuje się odizolowany.

Ciało zawodzi, siła i piękno przemijają.

Tam, gdzie kiedyś było serce, teraz jest kamień.

Ale mimo wszystko, dziewczyna z przeszłości cały czas jeszcze gdzieś tam jest. W ruinach chodzi jak we mgle. Moje zmęczone serce targają różne emocje - nawet teraz tak się dzieje. Pamiętam szczęśliwe i smutne dni. W głowie przeżywam na okrągło moją miłość i dobre chwile. Myślę o tym wszystkim, co minęło i krótko trwało. I zgadzam się z tym, że nic nie trwa wiecznie.

Więc otwórz oczy i patrz na świat tak, jakby jutra miało nie być.

A przed Tobą stoi krucha i złośliwa staruszka, która miała piękne życie.(42)

Srebrna miłość jest piękna

*Kochając, kocha się też siebie,
nienawidząc, nienawidzi się także siebie.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Miłość jest wartością ponad czasową, uczuciem „aktualnym” z życia każdego człowieka, tego młodego i tego starego. Żyjemy w świecie stereotypów, które kierują naszym myśleniem i postępowaniem. Młodemu daleko do zrozumienia potrzeb seksualnych osób starych, a starzy boją się przyznać do miłości, która przyszła do nich w wieku podeszłym. Stereotypem jest przekonanie, że miłość nie jest dla starych, brzydkich, pomarszczonych, chorych, niepełnosprawnych staruszków. Mylnym jest stwierdzenie, że ludzie starzy nie mają potrzeb seksualnych, nie myślą o miłości, nie starają się być atrakcyjni.

Osoby „jesieni życia” odczuwają silną potrzebę bycia atrakcyjnymi, akceptowanymi, seksualnymi. Obserwując życie i funkcjonowanie ludzi starszych mieszkających w domach pomocy społecznej widzę, że ukierunkowane jest ono na kontakty z osobami płci przeciwnej. Można to zauważyć podczas rozmów z mieszkańcami, obserwując ich zachowania i dążenia do akceptacji przez osoby płci przeciwnej. W przeciągu mojej kilkunastoletniej pracy w domu pomocy społecznej byłam świadkiem tworzenia się wielu związków. Obserwatorem ich szczęścia i satysfakcji z bycia razem. Niejednokrotnie też uczestniczyłam w życiu osób po rozstaniu z partnerem, po stracie miłości.

Związki mieszkańców domu pomocy są różne, mają różne początki, dyktowane są różnymi przesłankami. Często są to związki z prawdziwej miłości. Osoby zakochują się w sobie i nie widzą możliwości życia bez siebie. Spędzają razem czas, razem wyjeżdżają na wycieczki, odwiedzają swoje rodziny. Często unikają towarzystwa innych, wystarcza im tylko bycie razem. Bywa, że swoją miłość pieczętują przed ołtarzem.

Często zdarzają się związki z wyrachowania. Z reguły to kobiety upatrują sobie „bogatego” staruszka. Są to panie, które po opłaceniu należności za pobyt pozostają bez grosza, najczęściej z obciążeniami komorniczymi. Starszy mężczyzna jest przez nie osaczony, zmuszony do miłości, zmanipulowany, spełniający wszystkie zachcianki kobiety.

Są też związki oparte na całkowitym podporządkowaniu mężczyzny kobiecie. Stary kawaler, usidlony przez despotyczną kobietę; mężczyznę, który bardzo dobrze funkcjonował w placówce, korzystał z wszystkich form aktywności, wyjeżdżał na wycieczki, śpiewał w

zespole owaładnęła chora miłość. W tej chwili jest niewolnikiem, ubezwłasnowolnionym przez uczucie, nie jest w stanie sam podjąć decyzji, decydować o własnym życiu. Jego życiem kieruje zaborcza partnerka, która w mniemaniu jej samej wie najlepiej co jest dla niego dobre.

Innym przykładem są kobiety chcące za wszelką cenę przypodobać się mężczyźnie, zakochane niewolnice, spełniające każdą zachciankę swojego partnera. Mimo, że same są schorowane, cierpiące, z niepełnosprawnościami, potrzebujące pomocy w codziennych czynnościach, w chwili uniesienia są w stanie zrobić wszystko. Zapominają o chorobie, gotują, smażą, pieką, piorą.

Kobieta cierpiąca na chorobę Parkinsona, biegnie po schodach, by spotkać się z ukochanym w jego pokoju. Zostaje u niego na noc, wraca nad ranem całkiem sama. Po powrocie przywołuje pielęgniarkę, aby przełożyła jej rękę z jednego miejsca w drugie bo sama nie jest w stanie tego zrobić. Rano trzeba ją przebrać, posadzić na toaletę. Znika cały zapal do życia. Z ponętnej kochanki zmienia się w osobę całkowicie zależną od innych. Mężczyzna o niej zapomina, nie zagląda do jej pokoju, przychodzi czasem żeby zrobić jej zakupy, o ile będzie mógł przy okazji uszczknąć coś dla siebie. I tak do następnego spotkania. Ona zakochana, on interesowny. Często się kłócą o byle drobnostkę, gniewają na siebie, aż wreszcie godzą w łóżku.

W domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku jak zauważyłam przeważają kobiety. Często słyszy się ich głośno wypowiedane życzenia, nadzieję, że następny przyjęty mężczyzna pewnie będzie ich wybrankiem. Panowie często rozkochują w sobie panie. Usidlają je na kilka dni, obiecują przyjaźń, wyznają miłość, aż wreszcie zostawiają rozkochane w sobie i oszukane. Skłócają ze sobą mieszkanki, które są o nich zazdrosne. Robią to z premedytacją, bawią się nimi, rozczarowują, idą na łowy albo czekają, aż rybka sama przyplynie.

Jest też wiele par, które łączy szczególna przyjacielska więź. Trudno uwierzyć, ale często są to osoby z demencją. Para większość dnia spędza razem. Nie pamiętają co przed chwilą robili, czy jedli posiłek, ale pamiętają, że się przyjaźnią i w swoim towarzystwie jest im dobrze.

Seniorzy pozostający w związkach są różnie traktowani przez współmieszkańców. Często są wyśmiewani, obmawiani, są obiektem drwin i zazdrości. Rzadko się zdarza przychylne nastawienie do takich osób. Nigdy nie słyszałam pozytywnych opinii na ich temat.

Jak wynika z moich obserwacji związki w domach pomocy bardzo pozytywnie wpływają na funkcjonowanie mieszkańców, są dla nich ważne, dają wiele satysfakcji, radości w życiu. Ludzie ci, mają poczucie własnej wartości, akceptowalności własnego ciała,

atrakcyjności. Podejmują wiele działań w kierunku poprawy swojej vitalności. Są radośni, widzą cel i sens życia. Mają dla kogo żyć. Miłość w „jesieni życia” pozytywnie wpływa na zdrowie mieszkańców. Jest akumulatorem pobudzającym sferę psychiczną człowieka, co w sposób pośredni poprawia jego funkcjonowanie somatycznie - fizyczne. (43)

Seks jest jedną z potrzeb człowieka aktualnych przez większość życia. Przyzwolenie na seks mają osoby młode i wczesnej dorosłości, ale brakuje akceptacji dla miłości w późnej dorosłości. Negatywne nastawienie społeczne generuje powstawanie stereotypu, że ludziom „jesieni życia” seks nie jest potrzebny, oni tego nie robią.

Prawdziwej miłości nie da się zapomnieć. Wygląd się starzeje, miłość się nigdy nie starzeje. Miłość zawsze jest młoda. (5)

Osoby w podeszłym wieku mają potrzebę bycia w bliskości z drugim człowiekiem, potrzebę dotyku, posiadają pragnienia, marzenia i życzenia seksualne.

Mieszkanka jednego z domów pomocy społecznej zwróciła się do psychologa z prośbą o rozmowę. Problemem była sytuacja kiedy weszła bez pukania do pokoju innej mieszkanki, która właśnie była poddana pieszczotom mężczyzny. Stwierdziła, że to przerażające, brzydkie; zapytała, jak oni mogą tak się zachowywać. Chociaż właśnie ta mieszkanka parę miesięcy wcześniej, po powrocie z sanatorium chwaliła się tym, jakie to miała powodzenie wśród mężczyzn, z jednym nawet miała bliższe kontakty. W ostatnim czasie uczestnicząc w zabiegach fizjoterapeutycznych, które prowadził młody mężczyzna stwierdziła, że chyba mu się spodobała lub ma on skłonności seksualne do starszych kobiet, gdyż tak blisko przysuwał się do niej, że czuła jego przyrodzenie, co było dla niej bardzo przyjemne. Z czego więc wynika zdegustowanie mieszkanki, która nakryła inną na pieszczotach z mężczyzną? Myślę, że było to wynikiem zazdrości.

Kobiety, mieszkanki DPS są sprawniejsze fizycznie od mężczyzn, pozostają w lepszym zdrowiu somatycznym. Te czynniki wpływają na większe zapotrzebowanie na bliskość i kontakty intymne kobiet przy deficycie mężczyzn i dodać należy, sprawnych mężczyzn.

Każdy musi odkryć swój własny sposób przeżywania doznań seksualnych i nauczyć się, jak te doznania wywołać. Dla wielu osób przynoszący zadowolenie intymny stosunek z drugim człowiekiem może stanowić o różnicy między życiem w samotności, a pełnią życia we dwoje. Oczywiście zawsze istnieje ryzyko, że w stosunkach między dwojgiem ludzi coś się popsuje. Jednak tego typu więzi dają tyle radości, że wynagradza ona gorycz ewentualnej porażki. (5)

Musimy zmienić swoje nastawienie do sfery intymnej ludzi starszych, aby dać im szansę na przeżycie szczęścia w wieku podeszłym. Często zdarza się, że dopiero w „jesieni życia” ludzie znajdują szczęście w miłości.

I w ten sposób kradniecie nam ostatnią radość ryzyka, odbieracie nam ostatnie okruchy odwagi. Ostatnie okruchy szczęścia. Dla niektórych z nas pierwsze okruchy szczęścia. Szczęścia, które może potrwać tylko dwa dni, ale może też i dwadzieścia lat. (5)

Osoby urodzone po wojnie lub w latach wojny często zawierały związki z rozsądku, pod wpływem rodziny, związki bez miłości, gdzie uczucie przychodziło z biegiem czasu lub nie. Jedna z mieszkank opowiadała, że wyszła za mąż z inicjatywy rodziców, miała to być najlepsza partia. Najlepsza partia to była, ale dla jej rodziny nie dla niej. Miłość nigdy nie przyszła, oddalali się coraz bardziej od siebie. Często dochodziło do przemocy fizycznej i psychicznej, do znęcania się nad dziećmi. Ostatecznie mąż ją zdradzał, czego nie ukrywał. Żyła w tym związku bo nie widziała innego rozwiązania. Tym bardziej, że rodzice bardzo go szanowali, a wręcz nie wierzyli w jej skargi na jego postępowanie. Inną kwestią był wstyd i presja wywoływana na nią przez rodzinę. Co powiedzą ludzie, co powie ksiądz, no i przysięga małżeńska. Takich związków było na pewno więcej. Czemu więc nie dać szansy na miłość ludziom tej miłości spragnionym. Znam wiele związków formalnych i nieformalnych, w które weszły osoby „jesieni życia”. Są do związki udane, szczęśliwe. Ludzie ci są mniej problemowi, roszczeniowi.

Pracownicy domów pomocy społecznej powinni być pozytywnie nastawieni do seksualności mieszkańców, dawać im dodatnie wzmocnienia poprzez aprobatę pozytywnych zachowań seksualnych, pamiętając, że potrzeba seksu jest tak samo ważna w wieku podeszłym jak i we wcześniejszych etapach życia.

Jedna z par domu pomocy społecznej, która jest ze sobą już parę lat twierdzi zgodnie, że nie są po to żeby uprawiać sex. Im na tym nie zależy. Mieszkaniec jest niepełnosprawny i niesprawny seksualnie. W rozmowie zawsze podkreśla że „oni nic”. Z obserwacji wynika, że kobieta boi się przyznać do tego, iż ma potrzeby seksualne, a ich zaspakajanie nie koniecznie musi opierać się na stosunku seksualnym. Zdaniem A. Zycha związek intymny niekoniecznie musi przybierać formę kontaktu fizycznego w postaci stosunku płciowego, może on także wyrażać się poprzez emocje i miłość łączącą dwoje ludzi czy też w postaci współdziałania, które wymaga długotrwałego i bezpośredniego kontaktu z sobą. Te trzy podstawowe formy intymności wzajemnie się dopełniają i przenikają, wówczas związek intymny jest najbardziej

satysfakcjonujący oraz istnieje realna szansa by starość półmrok przebić światłem miłości, która w tym okresie życia może trwać wiecznie, gdy często bywa ostatnią. (5)

Poprzez kontakty intymne osoby starsze stają się bardziej pewne siebie, przekonują się o swojej wartości, upewniają się, że są istotami seksualnymi, którym nikt nie może zabrać potrzeby i chęci udziału w życiu intymnym innej osoby - osoby przeciwnej płci. Zdają sobie sprawę, że nadal są istotą płciową, co daje im możliwość wyrażania swojej kobiecości i męskości.

Była w domu pomocy kobieta z głębokim otępieniem oraz mężczyzna z zaawansowaną chorobą Alzheimera. Mieszkali w przeciwnych końcach długiego korytarza. Budzili się rano nie wiedząc gdzie są i jak się nazywają, nie sygnalizowali potrzeb fizjologicznych, ich życiem kierowali pracownicy domu, dbając o stan higieny, spożywanie posiłków, przyjmowanie leków, udział we wszelkich formach aktywizacji organizowanej na terenie domu. Jedno czego nie zapomnieli to bliskiego kontaktu ze sobą. Potrafili odnaleźć się w grupie innych staruszków lub przypadkiem spotykając zatrzymać się przy sobie. Razem siadali w świetlicy lub na ławce przed domem. Można było zaobserwować jak się do siebie przytulają, całują i pieszczą. Było to oczywiście bardzo gorszące dla innych mieszkańców. W codziennym funkcjonowaniu oboje bywali agresywni, wyzywali personel, mężczyzna często zabierał noże innym mieszkańcom i groził nimi pracownikom. Jednak w stosunku do siebie byli wyciszeni, serdeczni, potrafili na swój sposób się porozumieć. Można było zauważyć, że łączy ich silna więź emocjonalna, a w swoim towarzystwie czuli się zadowoleni i szczęśliwi.

Kolejna para mieszkańców to też osoby z postępującym procesem otępiennym. Oboje wyróżnia wyjątkowa niechęć do kąpieli i zachowania higieny otoczenia. Kobieta jest jedyną mieszkanką pewnego DPS, która nigdy nie została wykąpana przez pielęgniarkę, mimo iż takiej pomocy wymaga. Każda próba przekonania kobiety do kąpieli wywołuje u niej ogromną agresję. Nagle zaczyna się pakować grożąc wyprowadzeniem, wyzywa w wulgarny sposób personel, zdarzyło się, że trzeba było wzywać karetkę pogotowia gdyż rzuciła się na bramę wjazdową na teren domu. Mężczyzna w podobny sposób reaguje na sugestie kąpieli, z tym wyjątkiem, że przy odpowiednim podejściu i determinacji personelu idzie do łazienki. Nie pozwala skontrolować stanu czystości więc nie wiadomo jak się umył. Pewne jest natomiast, że przebiera odzież. Jak przypuszczam w tym przypadku również osoby o sobie nie pamiętają. Dziwnym trafem jednak wpadają na siebie w ciągu dnia i razem spędzają czas. Znika wtedy agresja, na twarzy pojawia się uśmiech, rozmawiają ze sobą, żartują, widać, że czerpią radość z faktu przebywania w swoim towarzystwie.

Dodać należy, że intymne zbliżenie dobroczynnie wpływa na organizmy osób dojrzałych - zarówno partnerki, jak i partnera: przyspiesza przemianę materii, dotlenia, regeneruje komórki mózgu, wzmacnia mięśnie, poprawia sen, zaspokaja potrzebę bliskości, zwiększa więź psychiczną i rozładowuje napięcie. (...) Życie osób starszych aktywnych seksualnie jest o około pięć lat dłuższe od życia rówieśników rezygnujących z pożycia seksualnego. Zatem zaspokojenie potrzeby seksualnej przez osoby starsze spełniać może w ich życiu trzy ważne funkcje: zdrowotną, integracyjną i rekreacyjną. (5)

Aktywne życie seksualne w starszym wieku jest nie tylko możliwe, ale i zupełnie normalne. Jeżeli seks będziemy rozumieli nieco szerzej, jako źródło przyjemności i satysfakcji, jako sposób pogłębienia więzi i wyrażania uczuć, to wówczas jakakolwiek granica wieku przestanie być obowiązująca. (9)

Tymczasem współcześni gerontolodzy udowadniają, że osoby starsze mogą i powinny uprawiać miłość fizyczną, a wszelkie odżegnywanie się od tego wynika tylko z zacofania, z wpajanych przez wieki przesądów i wstydów, z nieznajomości niektórych zjawisk fizjologicznych i emocjonalnych. (9)

Jak wspomniałam wcześniej, w naszym społeczeństwie nadal silne jest przekonanie, iż osoby starsze nie mają potrzeb seksualnych. Tymczasem, według najnowszych badań ani klimakterium u kobiet, ani andropauza u mężczyzn nie są granicą zaniku aktywności seksualnej, są jedynie obniżeniem poziomu hormonów płciowych, co charakteryzuje się tym, że maleje zainteresowanie seksem. Ponadto zakłada się, że popęd płciowy przez całe życie ma wyraźnie indywidualne nasilenie, zaś osłabiona seksualność w podeszłym wieku bywa bardzo boleśnie przeżywana. Traktowanie potrzeb seksualnych jako tematu „tabu” w domach pomocy społecznej wiąże się z niewłaściwym przygotowaniem tych instytucji do potrzeb seniorów.

Zarówno odkrycia gerontologii, jak i dokonujące się w społeczeństwie przeobrażenia nie pozostawiają wątpliwości, iż personel domów pomocy społecznej nie może pozostać obojętnym na potrzeby seksualne mieszkańców. Okazanie zainteresowania seksualnością podopiecznych wymuszają następujące zmiany:

- po pierwsze, do domów pomocy społecznej przyjmowani są coraz młodszy seniorzy;
- po drugie, senior jest także odbiorcą reklam i filmów przesycanych erotyzmem, które wywierają na niego wpływ;
- po trzecie, dla współczesnych seniorów małżeństwo nie ma już tej szczególnej i niepowtarzalnej rangi, jaką miało jeszcze dla poprzedniej generacji seniorów.

W domach pomocy mieszka najczęściej samotnych, owdowiałych czy rozwiedzionych pań i panów. To oni wcześniej czy później: „będą potrzebowali pomocy, zrozumienia, a nawet jakiejś formy prowadzenia w zakresie spraw intymnych”. Stąd tak ważne są szkolenia personelu w kierunku przygotowania samego siebie do zmierzenia się z sytuacjami, jakże ludzkimi, bo wynikającymi z naturalnych potrzeb choć różnie nasilających się w poszczególnych fazach życia człowieka. (44)

Bilans życia

*Wiek, w którym zaczyna się
dokonywać zasadniczego bilansu własnego życia,
odpowiada zwykle przełomowi
między przeszłością a przyszłością,
od tego przełomu
przeszłość będzie wyraźnie przeważać nad przyszłością.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Seniorzy mieszkający w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku zdają sobie sprawę z tego, iż domy te są ich miejscem docelowym. Tutaj spędzą ostatnie lata swojego życia. Nie jest istotne, która z dróg ich tutaj przywiodła. W tej chwili ważne jest, że się znaleźli w tym, a nie innym miejscu. Muszą podjąć próbę zaadaptowania się do życia w placówce. Muszą zaakceptować fakt przebywania z innymi osobami w podobnym wieku i żyć rytmem, jaki dyktuje funkcjonowanie placówki. Często rytm ten jest wyznaczany przez pory spożywania posiłków. To sami mieszkańcy mają ogromny wpływ na to, jak będzie się im żyło w DPS, czy życie tutaj będzie satysfakcjonujące, czy ostatnie lata, miesiące czy dni upłyną w poczuciu szczęścia, czy też w samotności i tęsknocie za tym co umknęło, co nie zostało spełnione.

Osoby przebywające w placówce mają dość czasu na przeanalizowanie swego dotychczasowego życia, zastanowienie się czy wszystko co planowali zostało zrealizowane, czy ich marzenia w większości się spełniły, czy bilans wypada dodatnio czy ujemnie. Często bezsenne noce, spędzone w czterech ścianach skłaniają do refleksji, przemyśleń. Seniorzy muszą podjąć decyzję czy życie w placówce spędzą monotonnie, czy poddadzą się rytmowi dnia, czy też wezmą sprawy w swoje ręce i zaczną cieszyć się otaczającym ich światem, nawiążą nowe przyjaźnie, będą korzystać z atrakcji jakie zapewnia personel, a także czy będą podejmować działania na własną rękę. Przecież dom pomocy to nie więzienie. W każdym momencie można wyjechać na wycieczkę, pielgrzymkę, skorzystać z turnusu rehabilitacyjnego, odwiedzić rodzinę, czy nadgonić stracony czas, może pogodzić się z rodziną czy zrobić dla niej coś pożytecznego. Jak pisze A. Zych w swoim szkicu, *przejdzie od*

oczarowania do rozczarowania życiem - tak przecież cudownym w dzieciństwie i młodości, z nieuchronną inwolucją, a niekiedy z degradacją, upodleniem i rozkładem ciała, z doświadczaniem losu, który często bywa trudny, nieubłagany, okrutny - stąd krok jedynie do utraty sensu własnego istnienia, niepokoje wiążą się też z zanikiem energii, wysychaniem myśli, doświadczaniem zanikania świata, zmęczeniem ponad prawa ziemskie, wyłączaniem się z życia i schodzeniem na boczny tor, wreszcie pojawiają się lęki - związane z nadchodzącymi chorobami, bólem, cierpieniem i nieuchronnością śmierci, gdy to Anioł Starości w ten czas naturalnego smutku stawia przed nami lustro traumatycznych doznań, a my stajemy przed nim w egzystencjalnej nagości. (5)

Podsumowania życia dokonujemy nie jeden raz. Oceniamy je z reguły po pewnym etapie, który się skończył. Bilans życia człowieka starego ma inny wymiar, jest podliczeniem istnienia, przeanalizowaniem celu pojawienia się na tym świecie, wypełnienia ról jakie może zostały nam z góry narzucone. Może mieliśmy do wykonania jakieś specjalne zadanie. Zastanawiamy się jakich ludzi przeznaczenie stawiało na naszej drodze, jaki wywarli wpływ na naszym życiu i co my zmieniliśmy w ich egzystencji.

Bilans dodatni to życie satysfakcjonujące, spełnione, w pełni wykorzystane, z poczuciem braku straconych chwil. Rola, którą mieliśmy zagrać została odtworzona z zaangażowaniem, włożyliśmy w nią całe serce. Bilans ujemny to niewłaściwie wyreżyserowany scenariusz. Scenariusz zapowiadał się świetnie, ale reżyser miał inną wizję świata. Aktor błędnie zinterpretował swoją rolę. Teraz zastanawia się ile stracił i czy może nadrobić stracony czas, naprawić błędy. Można przypuszczać, że osoby zadowolone ze swego życia, u których bilans życia wychodzi dodatnio mają bardziej satysfakcjonującą i optymalną starość.

Często słyszę powiedzenie „Żyj tak, aby nikt przez Ciebie nie płakał.” Albo „Lepiej żałować, że się coś zrobiło, zamiast żałować, że się czegoś nie zrobiło”.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej nie są samotni, ale są osamotnieni mimo, iż żyją pośród innych osób.

Osamotnienie i samotność człowieka niejedno mają imię, kojarzą się często z cierpieniem, porażką, brakiem, opuszczeniem bądź z charakterystyczną dla naszych czasów obecnością wśród bliskich. (9)

Obok gorzkiego osamotnienia może być również słodka samotność z wyboru, zaplanowana, a celem której jest refleksja nad samym sobą, wzbogacanie doświadczeń i poszukiwanie wrażeń. (9)

Ludziom starszym podsumowującym swoje życie ciężko jest myśleć pozytywnie. Rozważają sens przeżytych lat w chwili dla nich bardzo niekorzystnej. Lata młodości minęły. Zostały wspomnienia. To co przed nimi wydaje się często niepewne i nieosiągalne. Marzenia traktują z dużym dystansem.

Starość to czas utraty. W sposób naturalny odchodzą bliscy, znajomi. W wielu przypadkach seniorzy doświadczyli utraty współmałżonka, ale także często własnych dzieci. Seniorzy mogą stwierdzić, że utracili wiele. Mieszkańcy domu pomocy społecznej są niewątpliwie grupą osób „jesieni życia”, która utraciła znacznie więcej w porównaniu z grupą seniorów mieszkających w swym dotychczasowym środowisku. Tak jak wszyscy utraciła przede wszystkim młodość, zdrowie, witalność, ale także rodzinę, gwarancję bezpieczeństwa i celu życiowego. Utraciła także prywatność, która w realiach placówki jest bardzo ograniczona, a także możliwości działania, planowania, decydowania o dalszym życiu. Ciężko jest się pogodzić z utratą.

Postawmy obok osoby starszej, często schorowanej, z niepełnosprawnością, niemogącej pogodzić się z faktem, że życie tak szybko przeminęło, pełnej pesymizmu - jej optymistyczne odbicie. Przeciwny bliźniak, który spojrzy realnie i obiektywnie na przeżyte lata, odtworzy seniorowi jego istnienie, udowodni, że nie było puste, bezowocne. Tym sposobem przypomnimy mu chwile pięknie przeżyte, jego sukcesy, osiągnięcia, jego zyski. Pomożemy mu uświadomić ile zrobił dobrego w swoim życiu i jakie jego działania miały konsekwencje dla innych. Udowodnimy, iż jego życie nie pozostało tylko cieniem. Jest zapisaną kartą papieru, z której możemy wyciągnąć wiele wniosków dla siebie, wskazówek do postępowania wynikających z jego doświadczenia i wiedzy życiowej.

Będąc u kresu życia seniorzy nie muszą pozostawać w smutku i rezygnacji. Pomóżmy im się pozbierać, zmotywujmy ich do działania. Pomóżmy im zapomnieć o dolegliwościach wynikających z wieku i cieszyć się urokami życia.

Śmierć z poczucia bezsensu życia

*Człowiek jest tak bardzo istotą społeczną,
że nigdy nie może być samotny.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Większość z nas nie lubi zmian, szczególnie jeśli wiemy, że będą to zmiany niekorzystne, budzące lęk, niepewność, niosące wątpliwości i dylematy. Mimo tego, zmiany w życiu człowieka są nieuniknione, wpisują się w jego biografię. Ludzie młodzi podejmują szereg decyzji. Dotyczą one wyboru zawodu, pracy, miejsca zamieszkania. Jest to dla nich działanie proste, często instynktowne, nie potrzebują dłuższego czasu na zastanowienie. Wiąże się to z dużymi zdolnościami adaptacyjnymi osób młodych. Choć zmiany dla nikogo nie są komfortowe, często napędzają ludzi młodych, są bodźcem do działania, lepszego funkcjonowania, znajdowania nowych życiowych celów.

W miarę upływu czasu, człowiek dąży do stabilizacji, unormowania swego życia, spokoju. Pragnie mieć swoje miejsce na ziemi i tam spędzić starość. Staje się zmęczony poszukiwaniem celu życiowego, ciągłym biegiem, tempem życia. Zdaje sobie sprawę, że jego zdolności adaptacyjne maleją. Zdarza się, że nie podejmuje wyzwania jakim jest wyjazd na wczasy czy kilkudniową wycieczkę. Ogranicza kontakty z rodziną, wycofuje się stopniowo z życia społecznego. Oczywiście nie możemy wszystkich osób wrzucać do jednego worka. Mam na myśli grupę, która w ten sposób wchodzi w okres „jesieni życia”. Niezależnie jednak jaki styl życia człowiek wybiera, jego ostoją jest dom i rodzina. Tutaj czuje się bezpiecznie pod każdym względem.

Znam przypadki gdzie osoby starsze, samotne, bez szans na towarzystwo, pomoc w codziennych czynnościach i co najbardziej przykre, bez gwarancji zapewnienia opieki w razie choroby czy niepełnosprawności przez kogoś bliskiego, nie chcą podjąć decyzji o przeprowadzce w inną część miasta czy do innej miejscowości. Twierdzą, że tu mieszkają i niezależnie od tego co ich w życiu czeka tu zostaną. W miejscu, do którego droga życia ich doprowadziła i które stało się dla nich bardzo ważne. Tu znajduje się dorobek całego życia;

ścieżki, które pokonywali każdego dnia; jeśli nie bliżsi to dalsi znajomi, utracone marzenia, a przede wszystkim wspomnienia. Nie istotne jest dla nich co będzie dalej, jak ich życie się potoczy, czy zapewnią sobie opiekę i gwarancję bezpieczeństwa na stare lata. Ważne jest też to, że w miejscu, które mieliby zostawić są groby ich najbliższych, o które dbają i w których chcieliby spocząć. Łącząc wszystkie te argumenty plus niskie zdolności adaptacyjne otrzymują gwarantując emocjonalnego bezpieczeństwa.

Trafne jest spostrzeżenie A. Kępińskiego, mówiące o tym, że *„starych drzew się nie przesadza”*. *Przysłowie to jest z lekarskiego punktu widzenia ważne i prawdziwe. Często stykamy się z wypadkami, że nagła zmiana trybu życia, np. przeniesienie w stan spoczynku, śmierć bliskiej osoby, umieszczenie w szpitalu lub w domu opieki, wywołuje nagłe załamanie się nie tylko psychiczne, lecz także fizyczne.* (34)

Gdy przesadzimy stare drzewo - umiera. Do drzewa można porównać człowieka. Jeśli wyrwiemy go z korzeniami z własnego domu, gdzie miał zapewnione optymalne warunki funkcjonowania - umrze, nie mogąc przystosować się do zmian. Mózg osoby starszej nie wypuści młodych liści i nie pobudzi drzewa do życia w nowych, nawet najlepszych warunkach. Zadajmy sobie pytanie: Czy będą one lepsze? W naszym mniemaniu tak. Jednak dla człowieka „jesieni życia” będzie to zrujnowaniem bezpieczeństwa emocjonalnego. Jeśli umysł odmówi posłuszeństwa, odmówi posłuszeństwa także ciało.

Po zamieszkaniu seniora w domu pomocy społecznej następuje okres adaptacji do warunków w nim panujących. Przyjęte jest, że okres adaptacji trwa jeden miesiąc. W razie konieczności Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy podejmuje decyzję o jego przedłużeniu. Zdarzają się mieszkańcy, którzy od momentu postawienia stopy za progiem placówki, czują się w niej jak we własnym domu. Z reguły są to osoby, które decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy podjęły samodzielnie i świadomie. Bywają też seniorzy, gdzie już po kilku dniach zauważamy, że nigdy nie zaakceptują placówki jako swojego domu. Z obserwacji wynika, że są to osoby, które podjęły decyzję o zamieszkaniu pod wpływem osób innych lub wręcz osoby drugie zdecydowały za nie. Z doświadczenia wiemy, że osoby te źle znoszą pobyt w placówce. Nie akceptują jej, nie odnajdują się wśród nowych osób, pośród narzuconego instytucjonalnie schematu dnia, czują się samotne i opuszczone. Są smutne, rozżalone, chodzą z kąta w kąt nie mogąc znaleźć sobie miejsca. Czekają na rodzinę lub znajomych, wyglądają przez okno, podchodzą często do drzwi wejściowych. Stają się wyalienowane, apatyczne, tracą zainteresowanie światem. Gubią apetyt, nie mają potrzeby uzupełniania zakupów, są obojętne. Osoby takie umierają w krótkim czasie od zamieszkania. Mówimy wówczas o „śmierci z poczucia bezsensu życia” lub o podjęciu wewnętrznej decyzji o odejściu.

Po okresie bezowocnego funkcjonowania ciało odmawia posłuszeństwa, osoba przestaje opuszczać swój pokój, potem łóżko.

W przypadku osób „umierających z poczucia bezsensu życia” nie ma znaczenia fakt, czy są one odwiedzane przez rodzinę, czy też nie. Obserwujemy, iż w większości przypadków, najbliżsi pojawiają się często. Nie ma to jednak wpływu na poprawę stanu emocjonalnego mieszkańca, w dalszym ciągu czuje się on samotny i opuszczony. Tęsknota za bliskimi u niektórych mieszkańców jest bardzo silna. Często doradzamy rodzinom, aby w takich przypadkach przyjeżdżały do seniora rzadziej. Uważamy, że jest to o wiele korzystniejsze dla osoby „jesieni życia” niż częste odwiedziny i nieświadome rozbudzanie w niej nadziei na powrót do domu. Każdy przypadek jest jednak inny i należy go rozpatrywać indywidualnie.

Ten ból osamotnienia szczególnie odczuwają mieszkańcy, którzy znaleźli się w domach pomocy społecznej wbrew swej woli, po prostu często tam zostali porzuceni przez najbliższych. (5)

Kobieta, mieszkanka domu pomocy - trafiła do placówki po przebytych udarach niedokrwinnym mózgu, poruszała się na wózku inwalidzkim. W porównaniu z innymi mieszkańcami stosunkowo młoda. Została przyjęta z domu rodzinnego. Była przekonana, że jej pobyt w placówce zakończy się wraz z remontem mieszkania. Tak obiecał syn. Remont jednak zaczął się przeciągać, a kobieta tracić nadzieję na powrót do domu. Syn odwiedzał matkę w miarę często, zawsze przywoził coś do zjedzenia. Kobieta bardzo go kochała, czego nie ukrywała. Bardzo za nim tęskniła. Brakowało jej także wnuków. Często wspominała rodzinę, w rozmowach nawiązywała do czasów kiedy byli razem. Przyszedł w końcu moment, kiedy zrozumiała, że nie wróci do rodziny, że jest oszukiwana, zwodzona obietnicami bez pokrycia. Załamała się i straciła chęć do życia. Niejednokrotnie powtarzała, że nie chce już żyć. Zaczęła unikać ludzi. Przestała udzielać się w życiu domu. Wcześniej była bardzo aktywna, uczestniczyła we wszystkich formach aktywizacji oferowanych przez dom. Pisała piękne wiersze. Mieszkanka nie wychodziła ze swego pokoju, w końcu stała się osobą leżącą. Wystąpiły bardzo rozległe odleżyny. Syn przyjeżdżał bardzo często, przywoził różne specyfiki na odleżyny. Zabrakło jednak specyfiku w formie zabrania kobiety do domu, może chociaż próby wyjaśnienia powodu braku możliwości powrotu. Kobieta nie chciała walczyć, nie współpracowała z personelem. „Zmarła z poczucia bezsensu życia”.

A. Zych w jednym ze swoich szkiców tak podsumował przypadek pewnej kobiety: *Po pobycie w szpitalu syn ją przywiózł do domu opieki. - I była tak przerażona, że ja się nad nią*

popłakałam. - Ona tak czekała, że ją stąd syn zabierze, miała w oczach ciągły żal i strach. Jak zaszczute zwierzę. Musieli ją karmić. Szybko zmarła. (5)

Kolejna mieszkanka została przywieziona do domu pomocy przez znajomych. To oni pomogli w skompletowaniu dokumentacji kierującej do placówki. Stwierdzili, że nie mogą jej zostawić bez pomocy. Kobieta załamała się po śmierci męża. Nie miała własnych dzieci. Wychowywała adoptowaną córkę, która się od niej odwróciła. W DPS nigdy matki nie odwiedziła. Znajomi kontaktowali się z kobietą regularnie. Mieszkanka nie zaadaptowała się do warunków panujących w placówce. Zmarła w krótkim czasie od zamieszkania. Tęskniła za swoim domem i za córką.

„Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najpiękniejszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia, a to co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może”.

(34)

Różne oblicza życia w domu pomocy społecznej

Życie człowieka

*rozgrywa się między „rajem utraconym” dzieciństwa,
a rajem, który nas oczekuje w przyszłości
i który jest swoistym odbiciem tego pierwszego raju.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

„Proces starzenia się jest nieuchronny, jednak zbiorowość ludzi starzejących się i starych jest wewnętrznie ogromnie zróżnicowana. Niepełnosprawność nie jedno ma imię, ale i starość różne ma oblicza”. (5)

Poszczególne osoby mieszkające w domu pomocy społecznej w indywidualny sposób odbierają toczące się w nim życie oraz otaczający je świat. Jest to uwarunkowane aktualnym, różniącym się od innych mieszkańców stanem zdrowia, dotychczasowymi przyzwyczajeniami, cechami charakteru, dotychczasową aktywnością własną, częstotliwością i potrzebą kontaktów z innymi, właściwymi tylko sobie zainteresowaniami i wieloma innymi czynnikami, które determinują postawę jaką senior przyjmuje w domu pomocy.

Uważam, że ogromny wpływ na zadowolenie z życia w placówce ma droga, którą mieszkaniowiec do niej doszedł. Czy była to droga jego samodzielnego wyboru, czy wyznaczona przez rodzinę, czy też była trudną decyzją podjętą wspólnie przez mieszkańca i jego bliskich, na którą złożył się zły, ciągle pogarszający stan zdrowia osoby „jesieni życia” i wynikająca z tego potrzeba zapewnienia całodobowej opieki, jakiej z różnych powodów nie można było zapewnić w środowisku rodzinnym.

Indywidualne spojrzenie na życie w placówce, jej funkcjonowanie, realizację świadczonych usług mają także rodziny mieszkańców. Mieszkańców i ich rodziny można podzielić na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią osoby sprawne, aktywne poznawczo, korzystające z wszelkich form aktywizacji proponowanej przez dom i odwiedzające je rodziny. Druga grupa to mieszkańcy chorzy, niesprawni i ich rodziny, które współuczestniczą w opiece; czyli osoby, które dom pomocy znają wyłącznie z perspektywy pokoju. Grupa

wymieniona jako druga, korzysta z dostosowanego do jej stanu zdrowia wachlarza usług wspomagających. Są one świadczone osobom chorym, pozostającym w pokojach w nieco inny sposób, dostosowany do ich potrzeb i możliwości.

Mieszkańcy zdrowi, sprawni są w większości zadowoleni z przebywania w domu pomocy społecznej. Mają możliwość wyboru korzystania z proponowanych usług. Mają prawo wyboru posiłku, uczestniczenia w zajęciach terapii zajęciowej czy fizjoterapii. Sami decydują w co się ubiorą, czy pójdą na spacer, czy też wyjadą na wycieczkę lub odwiedzą rodzinę. Dom pomocy jest placówką otwartą, jest domem dla osób w niej mieszkających. Dlatego też mieszkańcy mają prawo zachowywać się w nim jak we własnym domu. Przysługuje im w roku 21 dni urlopu, podczas którego nie wnoszą odpłatności za pobyt w placówce. Mają też prawo do samorządności, decydowania o rozkładzie zajęć w ciągu dnia, miejscu wyjazdu na wycieczki. Zbierają się, aby współuczestniczyć w układaniu jadłospisu. Mogą samodzielnie przyrządzić posiłek, prać swoje ubrania.

Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najlepszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia, a to co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła. (34)

Dom pomocy społecznej jest placówką, w której mieszka wiele osób. Każda z tych osób ma inne nastawienie do otaczającej ją rzeczywistości. Według obowiązujących przepisów zewnętrznych, a także wewnętrznych domu, jego mieszkańcy mają te same prawa, są równo traktowani, posiadają taki sam dostęp do świadczonych przez dom usług. Pokoje mieszkańców wyposażone są jednakowo. Wiele kwestii, które mogłyby wywołać spory jest regulowanych odpowiednimi procedurami.

Jednak tak jak i w innych miejscach, gdzie pod jednym dachem zgromadzone są osoby z różnych środowisk, z różnymi przyzwyczajeniami i co ważne poglądami często dochodzi do kwestii spornych, roszczeń i sugerowania, że pewni mieszkańcy powinni być traktowani w inny sposób niż pozostali. Przykładem mogą być dochody mieszkańców. Mieszkańcy, którzy pokrywają koszty pobytu w domu w całości z własnej emerytury uzurpują sobie prawo do lepszego traktowania niż ci, którzy ponoszą koszty w wysokości 70 procent zasiłku stałego otrzymywanego z pomocy społecznej. Pierwsza grupa czuje się poszkodowana w stosunku do drugiej grupy. Płaci, więc powinna wymagać. Przede wszystkim pokoju jednoosobowego z indywidualną łazienką, balkonem. Posiłków gotowanych w innym garnku, z innych składników. Indywidualnych zajęć terapeutycznych w ilości godzin większej od pozostałych. Osoby leżące zapewnienia nowoczesnego łóżka rehabilitacyjnego i opieki jeden na jednego.

W państwowych domach pomocy mieszkańcy są traktowani równo, a zakres świadczonych dla nich usług odpowiada obowiązującym standardom. Standardy, o których mowa są regulowane przez obowiązujące ustawy i rozporządzenia.

W domach pomocy mieszkają obok osób z niepełnosprawnościami, także mieszkańcy nadużywający alkoholu. Mieszkanie w osobnym pokoju, a jednak pod wspólnym dachem z osobą uzależnioną jest dużym problemem przede wszystkim dla osób potrzebujących w ciszy i spokoju dotrzeć do końca swoich dni.

Tak więc mieszkańcy domu są jedną grupą społeczną. Dzieli się ona jednak wewnętrznie na kilka podgrup. Każda z podgrup ma własne potrzeby i wymagania. Życie kilku podgrup obok siebie jest często kłopotliwe, wywołuje wiele emocji i jest powodem do roszczeń. Można się zastanowić czy dobrym rozwiązaniem jest pozostawić wszystkie grupy pod jednym dachem, czy może właściwsza byłaby większa specyfikacja domów, a chociażby przestrzeganie zasad umieszczania osób w odpowiednim typie domu, co często jest pomijane przez osoby mające wpływ na skierowanie do danej placówki.

Jak już wspominałam wcześniej osoby mieszkające w domu pomocy społecznej pochodzą z różnych środowisk. Często są to środowiska trudne, gdzie żyły w skrajnych warunkach funkcjonowania. Przekraczając próg placówki czują się jak w raju. Niektórzy potrafią docenić fakt otrzymanej pomocy i pozostają w tym przeświadczeniu. Jest też grupa seniorów, która po zachłyśnięciu się „rajem” szybko zapomina skąd trafiła, w jakich warunkach wcześniej żyła. Ma wymagania nie do przeskoczenia, ciągle roszczenia i pretensje.

Przyjrzyjmy się życiu seniorów zamieszkujących placówki i porównajmy je z życiem seniorów, którzy mieszkają z najbliższymi w domu rodzinnym. Przebywanie z rodziną we własnym domu jest bardzo ważne, nic nie zrekompensuje seniorom przebywającym w placówkach braku rodziny, ciepła i bezpieczeństwa jakie ona daje. Można jednak postarać się odszukać wartości płynących z życia w domu pomocy, jakich nie mają osoby „jesieni życia” przy rodzinie.

Można przypuszczać, że seniorom mieszkającym w domach pomocy społecznej dokucza samotność - osoby spoza placówki też czują się samotne. Często nawet jeśli żyją przy rodzinie, nie są samotni to czują się osamotnieni. Mieszkają z najbliższymi, a jednak obok nich; traktowani przedmiotowo, niemający możliwości decydowania o sobie. Poza tym nie mają zagospodarowanego czasu, nie uczestniczą w zorganizowanych zajęciach, które pozwoliłyby wypełnić nadmiar wolnego czasu. Poza tym często mają daleko do domu kultury, biblioteki, kina, czy teatru. Ludzie starsi są grupą, która odczuwa ogromną potrzebę

akceptacji oraz aktywności społecznej, poszukują przyjaźni i pragną być pożyteczni dla innych, mają potrzebę włączania do grupy rówieśników, utrzymywania zainteresowań światem oraz przystosowania do rosnących ograniczeń fizycznych.

Osoby pozostające w rodzinnym środowisku często są unieruchomione w łóżkach, zamknięte w czterech ścianach z powodu swojej niepełnosprawności, a właściwie z powodu braku architektonicznego przystosowania przestrzeni do potrzeb osób z niepełnosprawnościami; braku podjazdów dla wózków, braku windy itp. Problemem może być brak odpowiedniego samochodu, który mają do dyspozycji mieszkańcy domów pomocy społecznej.

Zamieszkanie w placówce ma duży wpływ na funkcjonowanie seniorów. Każdy z nich przeżywa ten fakt indywidualnie. W jaki sposób zmiana miejsca zamieszkania i jego warunków wpłynie na psychikę seniora i jego funkcjonowanie zależy od wielu czynników: osobowości, charakteru, nastawienia do nowej sytuacji, a także od możliwości wsparcia przez rodzinę i przyjaciół.

Niechęć wobec spędzenia ostatniego etapu życia w instytucji jaką jest dom pomocy społecznej według M. Chodorowskiego jest zrozumiała i nikogo nie powinna dziwić. Potwierdzają to następujące słowa: „Bo możemy rosnać w dumę, że starzy ludzie mają swoje miejsce w rozpędzonym świecie młodych, bo tworzymy przecież takie wygodne, coraz wygodniejsze domy pomocy społecznej, które w niczym nie przypominają dawnych ubogich przytułków. Ale czy nie powinniśmy zachować trochę krytycznego spojrzenia, a może nawet wstydu, że wmawiamy seniorom, w jakim to wspaniałym umieściliśmy ich miejscu, a w rzeczywistości jest to miejsce, gdzie niemal codziennie doświadczają obecności śmierci? Sacrum śmierci staje się w tym miejscu biologicznym porządkiem - umierający „robi” miejsce dla następnego. Jak mówi jeden z mieszkańców, dom pomocy społecznej jest dla niego domem umierania”. (44)

Podsumowując wszystkie za i przeciw, osoby najbardziej niezadowolone mają możliwość znaleźć chociażby odrobinę pozytywów z faktu zamieszkania w domu pomocy. Muszą tylko chcieć.

Nie ma dobrego czasu na śmierć

*Wiosna - młodość - jest porankiem,
lato - wiek dojrzały - pełnią dnia,
a jesień - starość - jest wieczorem.
Zima byłaby nocą śmierci.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Śmierć. Czym właściwie jest śmierć? Każdy kolejny dzień przybliża nas do śmierci. Wiemy, że wszystkich nas czeka. Jesteśmy świadomi, że ten kto się urodził musi umrzeć. Jest to fakt nieunikniony i nieodwracalny. A jednak wszyscy się jej boimy, wszyscy odsuwamy myśli o niej, wszyscy chcemy żyć. Obserwując ludzi w podeszłym wieku widzę, jaka jest w nich wola życia, determinacja w pokonywaniu chorób, walka o każdy kolejny dzień. Niezależnie od ilości przeżytych lat ludzie starsi czują się silni, potrzebni i młodzi. Średnia wieku mieszkańców domów pomocy społecznej, wynosi ok. 80 lat. (taką średnią przyjął na podstawie wieku mieszkańców kilku domów pomocy społecznej) Najmłodsza mieszkanka liczy sobie 60 lat, najstarsza 97. Obie panie dzieli duża różnica wieku, łączy wola walki o każdy kolejny dzień życia.

Przez całe życie trzeba się uczyć żyć i - co może bardziej cię zdziwi - przez całe życie trzeba się uczyć umierania. (...) Przez całe życie więc, człowieku, ucz się umierać i zgodnie z tym czyn to, o czym umierając chcesz wiedzieć, że to zrobisz. (5)

Istotną sprawą starości jest nieuchronne umieranie i śmierć. Śmierć zdarza się w każdym okresie życia, ale w starości jest zjawiskiem nieuniknionym. Nikt nie chce powiedzieć głośno, że starość jest czekaniem na śmierć. (5)

Trzeba nauczyć się zatrzymywać, aby pomyśleć, dokąd pędzimy, dokąd zmierzamy. Trzeba patrzeć na dzisiaj z punktu widzenia jutra, żeby później nie żałować, że straciło się dobrą okazję do zrozumienia, że świat jest jeden, że każda jego część ma swój sens, że nikt nie ma na nic monopolu, że harmonia i piękno tkwią w równowadze przeciwieństw. Świat

jest przepelniony niesłychaną radością, która otula nas razem z drzewami, ptakami, mrówkami. (...) Śmierć jest pewna, niepewna jest tylko jej godzina. (...) Jeśli jesteśmy świadomi skończoności życia, nie opieramy go na „rzeczach”. Śmierć przerywa związek z „rzeczami”, bo człowiek umierając nic z sobą nie weźmie, jego bogactwo nie pójdzie za nim. Nic na ten świat nie przynieśliśmy i nic z niego nie możemy wynieść. (45)

Mieszkańcy domu pomocy społecznej mają świadomość śmierci. W rozmowach z nimi często słyszę zdania wyrażające obawę o sam akt umierania. Pytanie, czy ich postępowanie w ciągu całego życia będzie nagrodzone dobrą śmiercią i spokojnym umieraniem, czy też cierpieniem, konaniem w męczarniach. *Święty Augustyn mówi „nie ma dobrej śmierci po złym życiu i odwrotnie, nie ma złej śmierci po dobrym życiu”.* (47)

Śmierć jest gościem niezapowiedzianym, nie dzwoni, nie umawia się na spotkanie, przychodzi nagle. Często zaskakuje ludzi młodych. Jednak w miarę upływu lat staje się ona coraz bardziej realna. O ile wcześniej nas nie spotkała, przychodzi niewątpliwie i nieodwracalnie w starości. Dla osób wierzących śmierć jest przejściem z życia doczesnego do życia wiecznego. Osoby w podeszłym wieku mają możliwość przygotowania się do odejścia. Mogą być wdzięczne losowi za długowieczność i możliwość naprawienia błędów, odkupienia win.

W obecnym świecie brakuje refleksji nad procesem umierania. Brakuje czasu, chwili zastanowienia się, zatrzymania przy umierającym. W domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku umiera kilkanaście osób rocznie. Tylko osoby religijne, głęboko wierzące, współczujące i obdarzone ogromną empatią są w stanie towarzyszyć człowiekowi w ostatnich chwilach życia. Wiedzą jak zareagować, jak się zachować, potrafią stworzyć warunki godnego umierania. W dzisiejszych czasach społeczeństwo opanowała znieczulica na cierpienie innych, krzywdę ludzką, brak zainteresowania umierającym, traktowanie umierającego przedmiotowo, brak poszanowania jego godności jako człowieka. A przecież każdy człowiek niezależnie od tego jak przeżył swoje doczesne życie ma prawo do godnego umierania; zapytania czego potrzebuje, bycia blisko, potrzymania za rękę; zapewnienia intymności, zapalenia świecy, wezwania księdza. Nie zapominajmy o umierającym. Zatrzymajmy się na chwilę. *Oddzielamy życie od śmierci, żywych od umierających, jakby należeli do różnych światów. A przecież to to samo życie tylko w innej jego fazie. Niektórzy lekarze i pielęgniarki uciekają od łóżek umierających jakby sami nie byli bezpieczni. Kiedy to robimy, zostawiamy za sobą pustkę, opuszczając cierpiącego.* (47)

Może jest to moment refleksji nad naszym życiem? Zastanawiamy się co w danej chwili jest ważne, a co ważniejsze. Może warto odłożyć inne obowiązki na później, aby być

blisko osoby umierającej, osamotnionej, dla której rodzina nie znalazła czasu. *To chorzy umierający są naszymi najlepszymi nauczycielami. To oni bowiem są w trakcie jednostkowego wydarzenia (najważniejszego w ich życiu) i wydarzenie to nie może być powtórzone. W tym względzie każdy uczestnik (jeśli tylko potrafi być obiektywnym) czegoś się uczy.* (47)

Brakuje nam odwagi, by przyznać, że śmierć jest częścią życia. Dlatego tak wielu ludzi odchodzi samotnie w szpitalach i hospicjach. A przy umierającym trzeba być do końca. Mówić do nich, trzymać za rękę, głaskać po głowie. Niby niewiele. (5)

I właśnie w tej chwili zdałam sobie sprawę, że w ciągu mojej kilkuletniej pracy w domu pomocy nie przypominam sobie nawet jednego przypadku obecności rodziny w chwili śmierci mieszkańca. Nie przypominam sobie chociażby jednej rodziny, która poprosiłaby o zawiadomienie jej w momencie zbliżającej się śmierci rodzica czy dziadka. Nawet jednego przypadku na kilkadziesiąt zgonów.

Dziwne jest zachowanie rodzin mieszkańców po samej śmierci seniora. Córka jednej z mieszkanek przyszła w dniu pogrzebu pytając jaki pomnik zakupi DPS. Brat kolejnej mieszkanki, jej jedyny bliski - w dniu pogrzebu zapytał czy będzie stypa.

Wielu jest mieszkańców, których nikt nie odwiedza mimo, iż posiadają rodziny. Zjawiają się one po pogrzebie, w sprawie spadku, który zmarły zostawił, uważając, że coś zostało. Robią przy tym często awantury.

Przygnębiająca jest historia jednej z mieszkanek DPS, która bardzo tęskniła za rodziną. Dopiero w dniu pogrzebu okazało się, że posiadała dużą rodzinę, kilkoro dzieci i jeszcze więcej wnuków. W placówce odwiedzał ją tylko syn, w dodatku sporadycznie. Wpadał i wypadał z pokoju. Kobieta żyła w ogromnym smutku. Popadła w depresję, nie chciała uczestniczyć w życiu domu, nie kontaktowała się z innymi mieszkańcami, nie opuszczała swojego pokoju. Często wspominała wnuki. Z rozmowy z psychologiem wynika, iż żyła nadzieją spotkania z nimi. Nadzieja umiera ostatnia. W tym przypadku też umarła. Kobieta nie opuszczała łóżka, pogorszył się jej stan somatyczny, dostała odleżyn, zmarła. Taki jest scenariusz kresu życia wielu mieszkańców. Ten przypadek jest jednak inny. Na pogrzeb przyszła niemal cała rodzina, kilkadziesiąt osób. I nic w tym nie byłoby dziwnego gdyby wcześniej pojawiali się w placówce. Personel nikogo nie znał. Żałobnicy bardzo płakali. Trumna była otwarta mimo tego, że kobieta w niej położona miała rozległe i głębokie odleżyny.

Być może rodzina nie wiedziała o odleżynach, przecież nie uczestniczyła w ostatnich dniach życia kobiety. Łzy też nie wiadomo czy były wyrazem żalu, straty, może przyznaniem się do winy; może tylko nieuniknionym elementem pogrzebu. Tak czy inaczej ta sytuacja

pozostała na długo w pamięci. Tym bardziej, że rodzina poniekąd przyczyniła się do śmierci kobiety. To jest przypadek śmierci z „poczucia bezsensu życia”. Gdyby mieszkanka czuła zainteresowanie ze strony rodziny, miała poczucie bycia potrzebną, kochaną, może nie popadłaby w depresję, nie straciłaby chęci do życia i woli walki.

Często zdarza się, że osoba jest na pograniczu życia i śmierci, ale śmierć nie przychodzi. Mówimy wtedy, że czeka na kogoś bliskiego. Być może chce się z kimś pożegnać. Może zostawia niedokończone sprawy, niedopowiedziane kwestie. Może oczekuje przebaczenia za coś, co do tej pory nie zostało wybaczone. Mieszkańcy domu często zbierają się przy łóżku takiej osoby. Modlą się, odmawiają różaniec.

Mieszkańcy zadają sobie pytanie: *Czy będę umierał w samotności wśród obcych mi ludzi i przedmiotów, porażony bólem i cierpieniem przekraczającym granice wytrzymałości, czy też pośród najbliższych i kochanych osób, mając za sobą uporządkowane sprawy życia.* (5)

I w końcu nadchodzi cierpienie, związane z umieraniem. (...) Ból fizyczny bywa najbardziej oczywistą i najczęstszą przyczyną cierpienia, a zarazem sygnałem, że coś nie działa bądź źle funkcjonuje w naszym ciele, a gdy obejmuje całą osobę, stając się bólem totalnym, zaczyna przekraczać swoją rolę ostrzegawczą, i wówczas pacjent pragnie, aby został on usunięty za wszelką cenę, nawet za cenę śmierci. (...) Z kolei ból psychiczny bądź psychologiczny, związany z niepewnością oraz z negatywnymi emocjami towarzyszącymi perspektywie umierania i śmierci, wiąże się z utratą kontroli nad własnym życiem, rozwianiem marzeń i nadziei, przejawia się w - występującej często w chorobach terminalnych - ambiwalencji nastrojów i silnych emocjach, takich jak: niepokój, rozpacz lub gniew. (5)

Pracownicy placówek często boją się zostać w bliskim kontakcie z osobą umierającą. Boją się śmierci, uciekają od momentu kiedy ma nastąpić zgon. I w tym miejscu znów odwołam się do rodzin umierającego mieszkańca, do ich sumienia, kiedy często wiedzą w jakim mieszkaniem jest stanie. Wiedzą, że nadchodzące godziny mogą być ostatnimi godzinami życia matki, ojca, babci czy dziadka. Myślę, że obecność najbliższych w ostatnich minutach życia człowieka jest nieoceniona. Nawet najbardziej troskliwy personel nie zastąpi umierającemu rodziny, jej obecności, modlitwy, dotyku, rozmowy. Żaden człowiek nie chce samotnie umierać, bez wsparcia osób bliskich i często w nieświadomości umierania.

Każdy z nas jest uzależniony od siły wyższej. Czy się chce, czy nie śmierć o nas nie zapomni, to coś pewnego. (...) Bardzo bym chciała, by w chwili choroby i śmierci nie być samą. Uważam, że pomoc w takich chwilach jest bardzo potrzebna. Wystarczy, aby ktoś

posiedział obok, potrzywał za rękę, uśmiechnął się. Obecność drugiego człowieka to największy skarb w obliczu śmierci. (9)

Fenomen umierania to nieznana nam, obca sytuacja problemowa. Poznając i rozwiązując ją, nie możemy przekazać rozwiązania innym, ponieważ nie ma nas już wśród żywych. Zatem śmierć jest zjawiskiem najbardziej nieuchwytnym, intymnym, tajemniczym i realnym zarazem, a przy tym - mimo swej powszechności - jest to fenomen starannie przemysłany, rodzaj tabu, o którym jeśli już się mówi, to z szacunkiem, lękiem i emfazą. (9)

Z przykrością muszę stwierdzić, że śmierć osoby starszej mieszkającej w domu pomocy społecznej jest dla personelu kolejnym przypadkiem. Mówi się wtedy: „Mamy zgon”. Zgonów w ciągu roku jak już wcześniej wspomniałam jest kilkanaście, a nawet zdarzają się lata, że kilkadziesiąt. Pamiętam dzień kiedy zmarły dwie osoby. Były także przypadki odejścia mieszkańca w dniu jego przyjęcia do placówki. Dla pracowników jest to dzień jak każdy inny. Różni się tym, że stawiamy zdjęcie osoby, która odeszła w wyznaczonym miejscu i zapalamy obok niego latarenkę, która stoi do dnia pogrzebu.

Bardzo smutnym stwierdzeniem jest przerażająca postawa mieszkańców domu pomocy wobec osoby umierającej. Osoby w podeszłym wieku, które walczą o każdy dzień życia, należą do tej samej społeczności, spotykają się na co dzień, rozmawiają, śmieją; w chwili odchodzenia współmieszkańca nie przeżywają refleksji, nie współczują. Czekają na śmierć kolejnej osoby, często w nadziei na zajęcie pokoju po osobie zmarłej. Tym bardziej gdy jest to pokój jednoosobowy.

Pożegnanie mieszkańca często odbywa się w kaplicy domu. Odmawiany jest różaniec, odprawiona zostaje msza św. Na cmentarz jedzie delegacja pracowników i chcący uczestniczyć w ostatniej drodze mieszkańca przedstawiciele Społeczności Domu.

Każdy człowiek ma prawo umierać z godnością. W placówkach opiekuńczych przestrzeganie tego prawa zależy w dużej mierze od postawy personelu zajmującego się bezpośrednią opieką nad chorymi. W celu uświadomienia społeczeństwu wagi jaką ma postawa człowieka wobec człowieka umierającego powstała Konwencja Praw Człowieka Umierającego.

Człowiek ma prawo do:

1. naturalnej, godnej i świadomej śmierci;
2. umierania we własnym domu, a jeśli to niemożliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu;

3. rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia, uzyskiwania prawdziwych odpowiedzi na zadawane pytania i udziału w podejmowaniu decyzji;
4. zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości;
5. troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności;
6. otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci
7. swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi;
8. pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego z przekonaniami;
9. niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie;
10. zapewnienia należnego szacunku dla swojego ciała po śmierci. (48)

Dla ciebie śmierć to coś odległego, co się spełni pewnego dnia. Dla nas starych śmierć to coś, co może się zdarzyć jutro. Z tego powodu dla wielu starych ludzi jedynym zajęciem jest patrzenie w przeszłość. Nie dlatego, żeby tak bardzo tęsknili za tym, co przeżyli. Raczej dlatego, że myśląc o przeszłości nie znajdują tego, czego się najbardziej boją: śmierci. Niewielu starych ludzi patrzy w przyszłość. Ja należę do tych nielicznych. Kiedy patrzę w przyszłość, widzę, co mi ona niesie: śmierć. (49)

Dylematy w pracy z mieszkańcami domu pomocy społecznej

*Hierarchia wartości odgrywa istotną rolę
przy formowaniu się decyzji.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Praca z osobami starszymi, chorymi, z niepełnosprawnościami jest ogromnym wyzwaniem dla opiekunów. Opieka nad tą grupą osób jest obciążona dużą odpowiedzialnością i ryzykiem popełnienia błędu. Personel często zastanawia się czy nadejdzie kiedyś czas na zatrzymanie się, westchnie i stwierdzenie z poczuciem dobrze wykonanego obowiązku, że wszystko jest zrobione. Będąc osobami realnie myślącymi i zdrowo podchodzącymi do życia, zdajemy sobie sprawę, że taki czas nie nadejdzie. Praca w placówce opiekuńczej nigdy się nie kończy, zawsze jest coś do zrobienia. Personel niejednokrotnie boryka się z dylematem wyboru, między jednym rozwiązaniem dotyczącym życia mieszkańca, a drugim, nigdy nie mając pewności czy wybrał dobrze.

Mieszkanca domu, 97 letnia kobieta, przewróciła się w swoim pokoju. Konsekwencją upadku było złamanie kości biodrowej. Zastanawiano się czy można było tego uniknąć. Nie ma na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi. Rozważano wcześniej ewentualność ograniczenia jej aktywności poprzez umieszczenie w łóżku z barierkami. Stwierdzono jednak, że kobieta jest zbyt aktywna i nie można ryzykować tym, że będzie próbowała przejść przez zabezpieczenie, czego konsekwencji nie jest się w stanie przewidzieć. Poza tym stwierdzono, że powinna mieć możliwość poruszania się w obrębie swego pokoju do pólki czuje się na siłach. Kolejnym argumentem przemawiającym za utrzymaniem aktywności kobiety był fakt, wynikający z doświadczenia mówiącego, że osoba starsza raz unieruchomiona w łóżku z dużym prawdopodobieństwem spędzi w nim resztę życia, narażona na powstanie odleżyn.

Wiele dylematów nurtujących personel domów pomocy dla osób w podeszłym wieku dotyczy postępowania w przypadku ciężkich niedyspozycji mieszkańców. Niedyspozycji, które często są przyczyną odejścia seniora z tego świata. W wielu przypadkach śmierć przychodzi nagle, we śnie. Często też zabiera mieszkańca ze szpitala, w przebiegu ciężkiej choroby. Są też przypadki, kiedy seniorzy odchodzą od nas w męczarniach, po długiej agonii. Praca „białego personelu” wiąże się z koniecznością podejmowania wielu decyzji. Jednymi z najważniejszych są decyzje o potrzebie wezwania lekarza do mieszkańca będącego u kresu życia. Dylematem jest stwierdzenie zasadności interwencji lekarskiej, a także uszanowanie prawa mieszkańca do spokojnego odejścia. Jest to dylemat bardzo obciążający psychikę opiekunów, a każdy wybór jest obciążony ryzykiem nieprzyjemnych konsekwencji lub poczucia niewłaściwie wykonanego obowiązku.

Wezwano do ciężkiego, agonalnego stanu karetkę pogotowia. Uważano, że tak należy uczynić w danej sytuacji. Lekarz po wejściu do pokoju i obejrzeniu chorego stwierdził, że wezwanie jest nieuzasadnione, a personel nie potrafi właściwie ocenić sytuacji. Stwierdził, że w tym przypadku nic już nie da się zrobić, zapytał czego właściwie od niego oczekiwano? W jego mniemaniu, zmarnował czas przyjeżdżając do mieszkańca, który jest w stanie agonalnym. Nie zlecił nawet kroplówki.

Kobieta, mieszkanka domu pomocy. W przeciągu kilku dni jej stan zdrowia radykalnie się pogorszył, była słaba, nie wstawała z łóżka, wystąpiła biegunka. Bardzo źle wyglądała, potrzebowała wsparcia w przyjmowaniu posiłków oraz płynów. Seniorka nie wyraziła zgody na wyjazd do szpitala. W tej sytuacji powinniśmy uszanować wolę mieszkanki i pozwolić jej umrzeć. Syn kobiety także nie wyraził zgody na umieszczenie matki w szpitalu, pożegnał się z nią i pogodził z faktem, że wkrótce umrze. Personel domu podczas zebrania Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego przeanalizował sytuację kobiety i postanowił przekonać ją do wezwania pogotowia. Podopieczna wyraziła zgodę po kolejnej rozmowie z psychologiem. Trafiła do szpitala. Stwierdzono bakterię przewodu pokarmowego. Kilka dni później wróciła do domu pomocy. Stan kobiety bardzo szybko uległ poprawie. Personel był zadowolony z trafnie podjętej decyzji. Sytuacja mogła jednak wyglądać inaczej.

Często w przypadku zgonu mieszkańca zastanawiamy się czy zrobiliśmy wszystko, aby temu zapobiec. Tego typu pytania często się powtarzają. Nigdy nie mamy pewności czy bieg wydarzeń można było zmienić.

W większości przypadków o swoim funkcjonowaniu, a wręcz życiu decydują sami mieszkańcy. To oni, sprawni poznawczo, poinformowani o konsekwencjach jakie mogą wywołać niektóre zachowania, podejmują decyzje. Decyzje te często nie są trafne.

Mieszkańcy chorzy na serce, często po zawale nadużywają alkoholu, palą papierosy. Nie jesteśmy w stanie im tego zabronić. Dom pomocy społecznej jest ich domem, mogą w nim robić co chcą. Nam pozostaje tylko rozmawiać i informować o konsekwencjach niektórych wyborów, dokonywanych przez nich samych. Osoby chore na cukrzycę, nie unikają słodczy, nie przestrzegają diety, nie prowadzą aktywnego trybu życia. Osoby biorące leki psychotropowe nadużywają alkoholu; cierpiące na choroby układu oddechowego palą papierosy w nadmiernych ilościach. Czy my jako pracownicy domu pomocy mamy czuć się za to odpowiedzialni, czy możemy przedłużyć czyjeś życie na siłę, wbrew jego woli?

Mieszkanka z zaawansowaną chorobą Parkinsona jest pełna energii, prowadzi aktywny tryb życia. Bardzo lubi gotować i przebywać wśród natury, zbierać kwiaty, owoce, jesienią orzechy, kasztany. Wykonując te czynności często się przewraca. Na szczęście jej ciało jest na tyle elastyczne, że nie dochodzi do złamań. Kilka razy w ciągu dnia znajdujemy ją siedzącą na podłodze, przyjmującą różne pozycje ciała. Wchodząc do jej pokoju, widząc ją siedzącą na podłodze zadajemy pytanie, czy przewróciła się czy tak siedzi? Pytanie to wynika z faktu, że mieszkanka w swej codziennej aktywności często siada na podłodze i z tej pozycji wykonuje różne czynności: zamiata, obiera ziemniaki, pierze itp.

Podobnie rzecz się ma z wyjściem na zewnątrz budynku w celu zebrania darów natury. Kobieta nie informuje personelu, o opuszczeniu budynku. Idzie samodzielnie, bez opieki, ponieważ w tej chwili dobrze się czuje. W ogrodzie obok domu upada, nie może się podnieść, nie krzyczy, ponieważ jej głosu nikt nie usłyszy. Czeką, aż ktoś się zorientuje i zacznie jej szukać. Któregoś zimowego dnia przewróciła się za budynkiem w śniegu. Dobrze, że personel szybko zorientował się co do jej nieobecności i zaczął poszukiwania. Rozmowy, prośby i tłumaczenia nie pomagają, mieszkanka wychodzi nadal z budynku bez powiadomienia personelu. Do absurdałnej sytuacji dochodzi kiedy prosi o towarzystwo podczas wyjścia do ogrodu lub do pobliskiego sklepu inną mieszkankę. Nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie fakt, że kobieta, która ma jej towarzyszyć jest niewidoma. Zdarzyło się, że personel szczęśliwie zdążył zareagować, gdy obie panie były już za bramą domu i zmierzały w kierunku dość ruchliwej ulicy. Innym razem obie seniorki znaleziono poza budynkiem, w ogrodzie sąsiada, zbierające jabłka. Owoce zbierała mieszkanka niewidoma naprowadzana na cel przez kobietę z chorobą Parkinsona.

W tej sytuacji także nasuwa się pytanie: co zrobić? Jeśli coś stałoby się mieszkance, niezależnie od tego czy byłby to jej pokój czy okolica domu, personelowi pozostałby dylemat związany ze słusnością sprawowanej nad kobietą opieki. Czy w takim razie ograniczyć aktywność mieszkanki np. umieszczając ją w łóżku z barierkami, zabierając jej jedyne

przyjemności, które może wykonać i czuje się przy tym szczęśliwa, czy też zezwolić na prawdopodobieństwo wypadku? Pewnie zdania w tej kwestii byłyby podzielone. My kierujemy się sugestią mieszkanki i pozwalamy jej korzystać z namiastki szczęścia.

Dylematy w kontaktach z rodzinami mieszkańców

*Podstawową decyzją emocjonalną
w stosunku do drugiego człowieka
jest decyzja zbliżania się do niego
lub oddalania.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Różne są drogi dotarcia osób „jesieni życia” do domu pomocy społecznej. Jak wspomniałam wcześniej, może to być droga własnego wyboru, droga wyznaczona złym stanem zdrowia i w konsekwencji potrzebą skorzystania z opieki całodobowej, a często wybrana i narzucona przez rodzinę lub instytucję pomocy społecznej.

Drogi dotarcia do placówki, w dużej mierze determinują późniejsze postawy rodzin mieszkańców. Postawy jakie rodziny obiorą w nastawieniu do placówki, zatrudnionego w niej personelu i samego seniora jako mieszkańca. Znając drogę, którą dotarł mieszkaniec do domu pomocy, możemy z góry przewidzieć, jakie postrzeganie instytucji przyjmie jego rodzina. Możemy odpowiedzieć sobie na pytania, czy najbliżsi będą często gościli w DPS, jaki będą z nim mieli kontakt, czy mieszkaniec będzie mógł liczyć w razie potrzeby na pomoc ze strony swoich krewnych, czy ich kontakt i współpraca z pracownikami będzie pozytywna i satysfakcjonująca obie strony?

Szczęśliwym, satysfakcjonującym pobytem mieszkańca w placówce można wypełnić pole trójkąta równobocznego, gdzie jedno ramię to postawa samego mieszkańca, drugie personelu, a trzecie rodziny. Cechą wspólną wszystkich ramion jest pozytywne nastawienie do siebie. Jeżeli współpraca między poszczególnymi ramionami będzie przebiegała pomyślnie, wszyscy będą zadowoleni. Jeżeli jednak jedno ramię się wyłamie, negatywnie wpłynie to na kontakty pomiędzy rodziną, a mieszkańcem; rodziną, a personelem oraz

personalem, a mieszkańcem. Możemy założyć, iż w wymienionym przypadku życie mieszkańca nie będzie szczęśliwe i satysfakcjonujące.

Na podstawie własnych obserwacji, mogę stwierdzić, że rodziny mieszkańców, którzy samodzielnie podjęli decyzję o zamieszkaniu w DPS w większości są pozytywnie nastawione do funkcjonowania placówki. Uczestniczą w życiu mieszkańca, a tym samym w życiu domu. Można zwrócić się do nich o pomoc w razie konieczności i tę pomoc otrzymać. Może to być między innymi wyłączenie w dowiezieniu na konsultację lekarską. Dzieje się tak z rodzinami mieszkańców, którzy zdecydowali się zamieszkać w placówce, pomimo faktu, iż ich życie było spełnione, satysfakcjonujące, mieli dobry kontakt ze swymi bliskimi, wspierali się wzajemnie i mogli na siebie liczyć w potrzebie. Senior w większości takich przypadków zdaje sobie sprawę z tego, że będzie ciężarem dla dzieci i wnuków, usuwa się z ich życia, chcąc spędzić „jesień życia” wśród osób w podobnym wieku i w podobnej sytuacji.

Jest także grupa mieszkańców, którzy podjęli świadomie decyzję o zamieszkaniu w placówce, ale była ona podyktowana patologiczną sytuacją rodzinną. Konflikty z najbliższymi, często przemoc fizyczna, a także psychiczne znęcanie się, dyskryminowanie, wykorzystywanie ekonomiczne to nieodosobnione przypadki złego traktowania osób w podeszłym wieku. To ostatnie w sytuacji kiedy osoba starsza zawsze była niezależna finansowo, posiadała dostęp do pieniędzy i nimi gospodarowała jest bardzo dla niej poniżające. Senior będący w takiej sytuacji decyduje się na ucieczkę. Tutaj własny wybór może być uznany za konieczność odejścia od rodziny. Taka rodzina będzie unikała odwiedzin w domu pomocy lub będą to odwiedziny intencjonalne, najczęściej w dniu wypłaty emerytury. Wszelkie próby nawiązania pozytywnego kontaktu rodziny mieszkańca z mieszkańcem i personelem będą ukierunkowane na usprawiedliwienie się, wybielanie własnej osoby.

Podobnie wygląda sytuacja osób, które podjęły decyzję o zamieszkaniu w placówce pod wpływem rodziny lub wręcz rodzina dokonała wyboru za nie. Często powodem takiego postępowania jest potrzeba przejęcia mieszkania seniora lub zwolnienia zajmowanego przez niego pokoju.

Niejednokrotnie można zaobserwować przypadki, kiedy osoba starsza zamieszkuje w placówce po wcześniejszym zmanipulowaniu jej przez rodzinę. Bliscy argumentują potrzebę zamieszkania seniora w instytucji remontem mieszkania lub wyjazdem na wakacje. Staruszkowi wmawia się, że jedzie do sanatorium w celu podratowania zdrowia. W rezultacie człowiek „jesieni życia” zostaje w placówce na stałe, opuszczony i oszukany. Cierpi, tęskni, niedowierza, czeka na moment kiedy wróci do własnego domu, na moment, który nigdy nie

nadejdzie. Rodzina tej grupy mieszkańców czasem się pojawia - rzadko, aby uniknąć zbędnych pytań ze strony personelu i samego seniora. Takie postępowanie niesie za sobą negatywne konsekwencje dla mieszkańca, który nie może się zaadaptować do warunków panujących w placówce. Nie może i nie chce przyzwyczajać się do nowego miejsca, oddala od siebie myśl pozostania w placówce na stałe. Opisana sytuacja w wielu przypadkach prowadzi do załamania psychicznego seniora, depresji i śmierci. Człowiek pozbawiony nadziei nie walczy z chorobami, które go spotykają, a wręcz przeciwnie, jest magnesem przyciągający infekcje i inne niedyspozycje.

Mieszkańcami domu pomocy są też osoby nie mające bliskiej rodziny, najczęściej bezdzietne, bez perspektywy zapewnienia sobie opieki w chwili pogorszenia sytuacji zdrowotnej czy społecznej. Zamieszkują w placówce z konieczności. Uciekają zawczasu, zanim będzie za późno. W tym miejscu wymienić należy także mieszkańców, którymi obiecała zająć się dalsza rodzina. To ona przejęła mieszkania w zamian za opiekę, a w rezultacie oddała krewnego do domu pomocy. Jest to grupa rodzin, które czasem odwiedzają swoich krewnych. Przynoszą słodczyce, napoje, chwilę porozmawiają, utrzymują pozytywne relacje z personelem domu.

Kolejną grupę mieszkańców stanowią osoby przyjęte ze schronisk dla bezdomnych. Posiadają one rodziny, ale te wstydzą się utrzymywać z nimi bliższe relacje. Wyparły się swych rodziców, którzy wpadli w alkoholizm lub w czasach ich dzieciństwa zaniedbywali obowiązki, wynikające z opieki nad dziećmi. Niektóre z tych rodzin kontaktują się z pracownikiem socjalnym, interesują się funkcjonowaniem rodzica w placówce, ale go nie odwiedzają. Są też rodziny, które po upływie jakiegoś czasu od zamieszkania seniora, dowiadują się, że zamieszkuje on placówkę. One też nie podejmują wysiłku, aby odwiedzić swego bliskiego.

Mieszkaniec domu, mężczyzna stosunkowo młody. Przed zamieszkaniem w domu pomocy społecznej przebywał kilka lat w schronisku dla bezdomnych. Pewnego dnia odwiedziła go młoda kobieta. Zastała go w jego pokoju. Zapytała mężczyznę czy ją poznaje. Odpowiedział, nie. Była to jego córka. Mężczyzna po tym zdarzeniu był wyśmiewany przez swego współlokatora.

Kobieta, mieszkanka domu, również stosunkowo młoda. Przed zamieszkaniem w domu pomocy podobnie jak opisywany wcześniej mężczyzna przebywała kilka lat w schronisku dla bezdomnych. Nadużywała alkoholu. Zaniedbywała dzieci. W placówce czuje się opuszczona, dzieci nie odwiedzają matki, wstydzą się jej, mają do niej żal.

Trzeci, podobny przypadek. Mężczyzna, mieszkaniec domu, także stosunkowo młody. Po kilkuletnim pobycie w różnych schroniskach dla bezdomnych trafił do domu pomocy. Przedstawił się jako osoba wykształcona, pokrzywdzona przez los. Pisał książkę. Uważaliśmy go za osobę inteligentną, mądrą. Często udzielał porad prawnych innym mieszkańcom. Był osobą samotną, nie posiadał dzieci, nie kontaktował się z byłą żoną. Zmarł w krótkim czasie po zamieszkaniu w placówce. Po jego śmierci okazało się, że był nie tą osobą za którą się podawał. Pewnego dnia placówkę odwiedziły jego dorosłe już dzieci. Poinformowały, że utrzymywał z nimi kontakt telefoniczny. Był w stałym kontakcie z żoną. Nie był wykształcony, ukończył zawodówkę. Możemy przypuszczać, że ukrywał wiadomość o stałym kontakcie z dziećmi i z żoną, ponieważ go nie odwiedzali. Wstydził się tego.

Ostatnią grupą są mieszkańcy, którzy trafiają do placówki z konieczności. Najczęściej z powodu złego stanu zdrowia, potrzebują opieki całodobowej, sprawowanej przez wykwalifikowany personel oraz zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.

Złe warunki mieszkaniowe to kolejna przyczyna zamieszkania w domu pomocy, podyktowana koniecznością. Są to również osoby cierpiące na choroby przebiegające z otępieniem, które zagrażają sobie i swojemu otoczeniu; mogące wyjść poza mieszkanie w trakcie dnia i nocy, w niestosownym ubraniu, nieadekwatnym do pogody czy pory roku, mogą wpuścić do domu osoby obce, które czyhają na takie sytuacje, mogą zostawić odkręcony gaz, odkręconą wodę, włączony piecyk elektryczny lub czajnik. Są też przypadki kiedy osoby z demencją palą w piecu kaflowym bez drzwiczek, gdzie żar wydobywa się na zewnątrz i takie, które gotują posiłki nie pamiętając, że trzeba dolać wody do garnka. Seniorzy krzyczący na klatkach schodowych, w chwili niepewności czy zagrożenia lub agresywni w stosunku do sąsiadów.

Największą grupą mieszkańców są ci, którzy potrzebują pomocy w codziennej pielęgnacji, osoby leżące, niesprawne fizycznie. W takich przypadkach oddanie bliskiej osoby do placówki jest często ogromnym obciążeniem psychicznym, etycznym i moralnym dla rodziny, która nie może sobie poradzić z wyrzutami spowodowanymi zaistniałą sytuacją. Ta grupa rodzin jest najbardziej roszczeniowa. Przyjeżdża bardzo często, „wyręczając personel w jego obowiązkach”.

Kontakty z rodzinami mieszkańców są z reguły bardzo trudne. Personel staje przed dylematem jak rozmawiać, jak się zachowywać w danej sytuacji. Czy ustępować rodzinie, żeby mieć święty spokój, czy trzymać się swojego rozkładu dnia, ufać intuicji i mieć własne zdanie. Rodziny mieszkańców często odbierają pewność siebie personelowi medycznemu,

podważają jego kompetencje, wskazują zaniedbania, niedociągnięcia. Rozmowa personelu medycznego z rodzinami jest w niektórych sytuacjach bardzo trudnym zadaniem.

Staram się upewniać panie pracujące bezpośrednio przy mieszkańcach w przekonaniu, iż są wartościowymi osobami, wykształconymi, posiadającymi specjalistyczną wiedzę i wieloletnie doświadczenie. Wiedzą kiedy powinny reagować, na co zwracać uwagę w opiece nad osobą chorą, z niepełnosprawnościami. Ciężko jest jednak o spokój i wyciszenie emocji w rozmowie z kimś, kto wchodząc nie powie „dzień dobry”, minie pielęgniarkę na korytarzu, traktując ją jak kogoś obcego, nie zapyta o stan osoby, którą odwiedza, samodzielnie wyciąga wnioski i przychodzi do kierownika lub dyrektora z górną pretensją i wątpliwością. Błędem często popełnianym przez rodziny mieszkańców jest lekceważenie personelu medycznego, unikanie pielęgniarki lub opiekunki w celu natychmiastowego wyjaśnienia zaistniałego problemu, zweryfikowania swoich wątpliwości, potwierdzenia ich lub odrzucenia.

Córka jednego z mieszkańców przyszła do pracownika socjalnego, aby zapytać co się stało jej ojcu. Jej pytanie wynikało z faktu, że ojciec ma czerwoną brodę co sugerowało przypuszczenie, że się przewrócił. Okazało się jednak, że broda była czerwona od czerwonego barszczu, który mieszkaniec jadł na obiad.

Rodziny nie pytają o bieżące funkcjonowanie przebywającego w placówce krewnego. Nie zdają sobie sprawy, że nie może on na przykład przyjmować niektórych potraw; karmić niedozwolonymi produktami, dokładać obowiązków personelowi, ale przede wszystkim robią krzywdę mieszkańcowi, który w następstwie spożycia czegoś niedozwolonego ma biegunkę. Częstym zjawiskiem jest przynoszenie przez rodziny różnych smakołyków, nie biorąc pod uwagę diet mieszkańców. Senior mający cukrzycę, przyjmujący insulinę jest faszerywany słodyczami. Rodzina wie o chorobie, ale twierdzi, że w tym wieku nic już jej bliskiemu nie pozostało, więc niech je to na co ma ochotę. Takie podejście do problemu niszczy pracę członków całego Zespołu. Regularny pomiar cukru, dieta, systematyczne konsultacje w poradni diabetologicznej są niczym w porównaniu z zagłuszeniem wyrzutów sumienia rodzin. Rodziny właśnie poprzez dostarczanie przyjemności płynącej z jedzenia, starają się zagłuszyć własne wyrzuty sumienia. Jest to idealny sposób, łatwy, tani i akceptowany przez mieszkańca, który żyje w przekonaniu, że dzieci się o niego troszczą, odwiedzają go, dbają o niego, przynoszą prezenty. Dla rodziny taki sposób pozbycia się wyrzutów sumienia jest bardzo komfortowy, nie stanowi wysiłku. Wysiłkiem byłoby zabranie ojca czy dziadka na kilka dni z wizytą do siebie, czy na wycieczkę. Mówiąc o wycieczce mam na myśli sytuacje całkowicie abstrakcyjne, ale zabranie na spacer, na cmentarz, na zakupy lub do fryzjera? Może zamiast żywności kupić coś do ubrania lub artykuły

higieniczne czy pielęgnacyjne? Nic prócz żywności jednak nie wchodzi w grę. Oszukanie i zaspokojenie seniora w najprostszy i najtańszy sposób daje ujście negatywnym emocjom rodziny i przynosi na jakiś czas ulgę. Surowe soki, którymi pojeni są mieszkańcy leżący, obłożnie chorzy, wywołują biegunki; w nadmiarze spożywane słodyczne u jednej z senierek powodują wymioty, ale mimo próśb personelu o niedostarczanie ich, po każdej wizycie są znajdowane w szafie.

Kolejnym problemem jest ingerencja rodziny w leczenie mieszkańca. Często, bez uzgodnienia i powiadomienia personelu, rodziny przywożą mieszkańcom leki lub inne specyfiki. Takie postępowanie grozi przedawkowaniem lub skumulowaniem środków, które może mieć poważne konsekwencje. Rodziny potrafią bez uzgodnienia z pielęgniarką lub lekarzem stosować środki na odleżyny, zdejmować te stosowane przez personel i stosować swoje. Do kłopotliwych sytuacji dochodzi także, kiedy najbliżsi zaczynają swoimi metodami usprawniać mieszkańców lub na siłę wyjmować z łóżek.

Rodziny mieszkańców potrafią być bardzo roszczeniowe. Często zdarza się, że mieszkaniarz przychodzi do placówki bez żadnej dokumentacji medycznej. Z wywiadu środowiskowego, rozmowy z rodziną i samym mieszkańcem wynika, że nie był konsultowany u specjalistów i nie przyjmuje żadnych leków. Po kilku dniach od zamieszkania zaczynają się pretensje rodzin, spowodowane brakiem konsultacji specjalistycznych, nie wspominając o sztucznych zębach, okularach i aparacie słuchowym.

Moje zdanie na temat sposobu podejścia pracowników DPS do rodziny mieszkańców zmieniało się w przeciągu kilkuletniego stażu pracy. Od pierwszego, kiedy to byłam przekonana o konieczności spokojnej, uległej i bardzo grzecznej postawy, w stosunku do nawet najbardziej roszczeniowych rodzin, do podejścia konkretnego i stanowczego.

W tej chwili w moim Zespole stawiamy na otwartość i szczerą rozmowę. Jeśli zaistnieje potrzeba zwołujemy „konsylium”. Tak określamy spotkanie z rodziną mieszkańca. Uczestniczą w nim pracownicy Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego, dyrektor i rodzina seniora. Naszym celem jest jasno i konkretnie wyjaśnić zasady naszej pracy, zasady komunikacji i kontaktów z personelem. Wy tłumaczyć, jakie podejmujemy działania w stosunku do mieszkańca i precyzyjnie określić nasze oczekiwania co do jego rodziny. W rozmowie nie pomijamy opinii rodziny na temat świadczonych przez nas usług i propozycji współpracy. Często takie spotkanie prowadzi do zaniechania dalszych nieporozumień personelu z rodziną, co ma duże znaczenie dla właściwej jakości udzielanej pomocy w stosunku do mieszkańca, poprawia atmosferę między personelem, a bliskimi seniora.

Dużym problemem dla personelu medycznego jest brak wspólnego języka z rodziną, na temat bieżących problemów. Ciężko ocenić co jest tego przyczyną. Czasami na pewno mały zasób wiedzy rodziny na temat obecnego funkcjonowania mieszkańca, a także konsekwencji jakie za sobą niesie występująca u niego choroba, czy zaburzenie. Przyczyną może też być sytuacja odwrotna, budząca frustracje personelu. Rodziny, które bardzo dobrze znają zachowanie i funkcjonowanie mieszkańca, długo borykali się z chorobą lub zaburzeniem wstępującym u seniora, kiedy opiekowali się nim przed zamieszkaniem w placówce. Wiedzą jak funkcjonuje, jakie zmiany w organizmie spowodowała choroba, jakie wystąpiły zaburzenia poznawcze. Odwiedzając krewnego w placówce nagle doznają amnezji, zdziwieni niektórymi sytuacjami, sytuacjami, z którymi nie mogli sobie poradzić wcześniej i z tego powodu szukali pomocy w instytucji całodobowej. To oni posądzają, obwiniają personel o zaniedbania. Nie pozwalają sobie wytłumaczyć co się stało. Oni mają rację i obstają przy swoich poglądach.

Praca „białego personelu” w domu pomocy społecznej jest bardzo trudna. Zmaga się on z ciężkimi obowiązkami wykonywanymi przy mieszkańcach. Z obowiązkami, których z biegiem czasu jest co raz więcej, ale też z często nieuzasadnionymi roszczeniami ich rodzin. Nie chcę i nawet nie próbuję w tym momencie usprawiedliwiać personelu, co do sposobu kontaktów z osobami odwiedzającymi mieszkańców. Staram się jednak wczuć w ich rolę i postawić w ich sytuacji. Kilkudziesięciu mieszkańców, i często tylko 2 pielęgniarki opiekujące się nimi. Według rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej (46), taka sytuacja jest prawidłowa. Współczynnik zatrudnienia w Zespole Terapeutyczno - Opiekuńczym jest zgodny z obowiązującym. Kilka osób wymaga pomocy w przyjmowaniu posiłków, a wręcz nakarmienia. Zanim pielęgniarki przystąpią do karmienia muszą wcześniej rozdać posiłki osobom, które jedzą w pokojach. Ponad połowa osób pieluchowanych. Między ustalonym czasem zmiany pieluch, trzeba u niektórych osób wykonać tę czynność dodatkowo. Niektórzy z mieszkańców w między czasie wybrudzą siebie, pościel, ściany swoimi odchodami. Trzeba posprzątać, przebrać, wykąpać. Między podstawowymi obowiązkami koniecznym jest reagować i odbierać dzwonki przyzywowe. Jedna mieszkanka dzwoni, aby zrobić jej herbatę, kolejna, żeby podlać kwiatka, jeszcze inna, aby wyprowadzić do toalety. Trzeba podać leki, poczekać, aż mieszkańcy je przyjmą, toaleta, kąpanie i dopajanie. Dylemat kim się zająć najpierw? Komu poświęcić więcej czasu? Często trzeba wezwać pogotowie do nagłego pogorszenia stanu zdrowia mieszkańca, przygotować dokumentację medyczną i samego chorego na ewentualność wyjazdu do szpitala, uczestniczyć w badaniu, napisać raport, wypełnić zlecenia. Nie wiadomo gdzie ręce włożyć, a

tu rodzina któregoś z seniorów alarmuje, że bliski ma brudną pieluchę albo leży, a nie siedzi. Siedzi, a nie leży. Ma spódnice zamiast spodni albo nie swoje skarpetki. Gdzie w nadmiarze obowiązków znaleźć czas na pokorę? Staram się wyjaśniać personelowi, że empatyczne podejście to podstawa dobrego kontaktu z rodziną. Czasami jednak ciężko zdobyć się na empatię w ferworze codziennej bieganiny i kolejnych oskarżeń o zaniedbanie obowiązków.

Wielu mieszkańców potrzebuje ciągłej opieki i zainteresowania ze strony personelu. Optymalnym rozwiązaniem byłoby zatrudnienie takiej ilości pracowników, która zapewniłaby nie tylko wykonanie usług pielęgnacyjnych, ale także wspomagających w najkorzystniejszej dla każdego z mieszkańców ilości godzin. Taka sytuacja pozwoliłaby na funkcjonowanie mieszkańca na optymalnym poziomie, wsparcie na najwyższym poziomie usług, poprawiła znacząco jakość jego życia, no i usatysfakcjonowałaby jego rodzinę. Jednak możemy przypuszczać, że w najbliższym czasie wiele w tej kwestii się nie zmieni.

Często zdarza się, że rodziny mieszkańca „wyręczają personel w jego obowiązkach”. Umieściłam to zdanie w cudzysłowie, ponieważ oprócz pojedynczych przypadków pomocy personelowi przy pielęgnacji mieszkańca występuje przewaga pomocy „na pokaz”. Rodzina deklaruje, że wykąpie seniora, a w rezultacie robi to tak nieporadnie, że bez pomocy pielęgniarki się nie obędzie. Pielęgniarka odrywa się od obowiązków, które aktualnie wykonuje, zostawia innego mieszkańca i pomaga zagubionej rodzinie. Inny przypadek to wyprowadzenie seniora na spacer. Wszystko byłoby w porządku gdyby rodzina odprowadziła z powrotem mieszkańca do pokoju i położyła do łóżka. Często się zdarza, że zostaje on postawiony przed drzwiami pokoju. Pomoc w nakarmieniu osoby leżącej przez osoby odwiedzające to zadanie nierealne. W chwili podania posiłku rodzina wychodzi. Być może jest to spowodowane obawą przed nieporadzeniem sobie z tą czynnością lub o zachłyśnięcie chorego mieszkańca.

Rodziny rezydentów najczęściej przyjmują postawę roszczeniową w stosunku do pielęgniarek, opiekunek czy pokojowych. W rozmowie z dyrektorem domu, kierownikiem, pracownikiem socjalnym czy psychologiem ten sam problem jest przedstawiony w innym świetle. Taką sytuację można porównać do sytuacji w sklepach samoobsługowych. Klient robiąc zakupy jest zadowolony, wrzuca do koszyka to co jest mu niezbędne, często nie patrzy na ceny. Rozkosznie żartuje z ekspedientką obsługującą stoisko z serami, uśmiecha się do sprzedawczyni ze stoiska mięsnego, pozdrawia pracownicę stoiska z warzywami. Nastrój ulega zmianie, kiedy podchodzi do kasy. Widzi jak kasa zlicza poszczególne ceny i suma rośnie, nagle cena jakiegoś artykułu się nie zgadza, jogurt jest uszkodzony, brakuje kodu kreskowego, ekspedientka z wędlin pomyliła się i dała nie tą wędlinę co trzeba, a ser jest źle

zapakowany. Złe emocje zostają wyładowane na niewinnej kasjerce. To ona jest tą niedobłą, która każe płacić za chwile radości z kupowania.

W placówce opiekuńczej fizjoterapeuta jest cudowny, porozmawia z mieszkańcem, pomasuje, wykona proste ćwiczenia. Podczas zajęć terapeutycznych miło płynie czas. Wśród rozmów, żartów, śmiechu senior zapomina o dolegliwościach i problemach. Psycholog, doradzi, pochwali, zapyta o problemy, pomoże je rozwiązać. Pielęgniarka jest tą niedobłą, ciągle się krząta, zagląda do pokoi, przeszkadza. To ona wykonuje najmniej wdzięczne czynności, często sprawia ból, nakłania do przyjmowania leków. Emocje jakie mieszkaniiec zgromadził w ciągu dnia wyładowuje na personelu medycznym. Podobnie jest z rodzinami. Jeżeli znajdą problem to dotyczy on najczęściej obowiązków wykonywanych przez pielęgniarki.

Kontakty z rodzinami mieszkańców są trudne, trudno jest się do nich przygotować, często zdarzają się niespodziewanie, w najmniej odpowiednim momencie.

Dobrym rozwiązaniem są szkolenia dla personelu. Jednak szkoleń na temat kontaktów z rodziną mieszkańca nie ma w ofercie. Musimy sami wypracować metody pracy, które pozwolą nam rozwiązywać problemy w możliwie jak najdelikatniejszy sposób. My jako pracownicy musimy mieć na uwadze, że nasze zachowanie powinno być profesjonalne, nie dające się sprowokować. To my jesteśmy specjalistami w swojej dziedzinie, specjalistami od seniorów, z dużym doświadczeniem i doskonałymi kwalifikacjami. Mądrze, profesjonalnie przeprowadzona rozmowa będzie świadczyła o naszej profesjonalnej, pełnej pewności postawie. **Pamiętajmy, że jedno zdanie w rozmowie z roszczeniową czy konfliktową rodziną może wiele zmienić na naszą niekorzyść, ale też jedno zdanie może skutkować przekonaniem się rodziny do nas, zaważyć na dalszej współpracy i opinii.**

Dyrektor

*Patrząc na wysokie szczyty górskie,
człowiek czuje się mały,
a patrząc ze szczytów w dół
- czuje się wielki.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Domem pomocy społecznej kieruje dyrektor. Pełni on niejako trzy funkcje. Pierwsza to zarządzanie powierzoną mu jednostką. Druga to nadzór nad zatrudnionym w jednostce personelem. Trzecia to stworzenie i zapewnienie właściwej opieki osobom starym, chorym, z niepełnosprawnościami według obowiązujących standardów.

Dyrektor zarządzający placówką opieki całodobowej, w której mieszkają osoby z wielorakimi niepełnosprawnościami, między innymi sprzężonymi i złożonymi, osoby starsze, u których występuje zjawisko wielochorobowości, powinien mieć odpowiednie predyspozycje osobowe, posiadać wysoką kulturę osobistą, a przede wszystkim wielostronne wykształcenie, dzięki któremu spojrzy obiektywnie na wiele sytuacji. Odpowiednie wykształcenie będzie gwarantem wsparcia zarówno dla mieszkańców jak i dla pracowników. Kompetentny, odpowiedzialny dyrektor powinien nieustannie poszerzać swoją wiedzę merytoryczną, korzystać ze szkoleń, analizować literaturę specjalistyczną, szukać fachowych wskazówek, które pozwolą mu profesjonalnie, mądrze podejmować decyzje.

Kwalifikacje dyrektora powinny być podparte wiedzą z zakresu gerontologii, geriatrii, wielorako rozumianej rehabilitacji, socjologii, psychologii. Poznanie zagadnień z wymienionych dziedzin pozwoli rozpoznać choroby somatyczne, zaburzenia psychiczne osób mieszkających w placówce. Daje to podstawy do rozwiązywania dylematów i problemów

mieszkańców i ich rodzin, a także często wynikających kwestii problemowych pomiędzy personelem, a mieszkańcami. Rozumiejąc choroby i ich mechanizmy, znając skutki jakie wywołują, przewidujemy ewentualne problemy w funkcjonowaniu osób nimi obarczonych i pokonujemy wiele kłopotów jakie występują w kontaktach mieszkaniac - pracownik, mieszkaniac - mieszkaniac. Potrafić trafnie ocenić sytuacje konfliktowe i odpowiednio na nie zareagować to domena osób na kierowniczych stanowiskach. Wiedza na temat zachowań, których możemy się spodziewać u poszczególnych mieszkańców, ale też wiadomości dotyczące symptomów, które mogą wystąpić w funkcjonowaniu mieszkańca pozwolą odpowiednio wcześniej zareagować w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia podopiecznego. Wiemy w jaki sposób poprowadzić rozmowę z mieszkańcem, aby uniknąć jego wycofania się z problemu, a jednak wyjaśnić sprawy nas nurtujące. Na każdą sytuację trzeba spojrzeć indywidualnie i rozważyć ją w każdym aspekcie. Dyrektor nie może wyciągając wniosków z zaistniałej sytuacji brać pod uwagę jedynie zdania mieszkańca jako osoby, która jest klientem, świadczeniobiorcą usług oferowanych przez dom i konieczność jego zadowolenia za wszelką cenę. Każdorazowe traktowanie skarg mieszkańców jako uzasadnionych, i co za tym idzie obwinianie personelu za wynikłe sytuacje odbiera mu kompetencje, obciąża odpowiedzialnością. Pracownik traci autorytet i wiarygodność w oczach mieszkańców. Każde oskarżenie personelu (przez mieszkańca) o zaniedbania ma swoje podstawy. Często podstawą oskarżenia jest choroba, zaburzenie, chęć zwrócenia na siebie uwagi, roszczeniowa natura lub roszczeniowość podyktowana mniemaniem wyższości mieszkańca. Klient płaci, klient wymaga. Dlatego też na każdą sytuację roszczeniową, w której uczestniczy mieszkaniac i osoba opiekująca się nim trzeba spojrzeć z indywidualnej perspektywy. Jeżeli będzie ona wynikała z niedociągnięć, zaniedbań, braku kultury osobistej pracownika musimy reagować, wyciągać wnioski. Podstawą rozstrzygnięcia dylematów powinna być przede wszystkim ich analiza.

Osoby będące na stanowisku dyrektora domu pomocy mają różne, odmienne predyspozycje charakterologiczne, których nie da się zmienić w znaczący sposób. Można jedynie spróbować je korygować.

Możemy spotkać dyrektorów **zadaniowców**, którzy wszystko muszą mieć dopięte na ostatni guzik i na czas. Sporządzają listę zadań do wykonania, spraw do załatwienia i skrupulatnie odhaczają wykonane czynności. Koncentrują się oni na wykonywanej przez siebie pracy, stawiają sobie wysokie cele do wykonania i konsekwentnie dążą do ich realizacji. Z reguły osiągają duże sukcesy. Nie są jednak lubiani, ani przez personel, ani przez mieszkańców. Są perfekcjonalistami w wykonywaniu swoich obowiązków. Zlecają

pracownikom zadania do wykonania, ale ściśle ich kontrolują. Ostatnie zdanie zawsze należy do nich. Dużo czasu musi upłynąć zanim zaufają pracownikom, a nawet jeśli tak się stanie będzie to zaufanie ograniczone. Każdy element ich pracy musi być szczegółowo zaplanowany, zarówno pracy własnej jak i podległych pracowników. Ten typ pracodawcy daje luksus pracownikom, którzy mają przekonanie o dobrze wypełnionych przez siebie obowiązkach. Przekonanie to wynika ze sprawdzenia i zaakceptowania przez dyrektora każdego działania, zaplanowania, przeanalizowania i dopilnowania każdego szczegółu.

Pomimo, że dyrektor zadaniowiec dba o najwyższą jakość usług dla mieszkańców, nie jest przez nich lubiany, gdyż nie ma dla nich wystarczającej ilości czasu i często traktuje ich bardzo oficjalnie.

Mieszkańcy lubią kiedy dyrektor wchodzi w interakcje z nimi, interesuje się ich sprawami, problemami. Znajduje czas, aby porozmawiać z nimi w sposób służbowy, poważny, oficjalny; ale także pożartować, pośmiać się wspólnie z nimi na neutralnym gruncie. Dyrektor, który wygospodaruje czas dla mieszkańców, znajdzie też czas dla personelu. Nie będzie się wywyższał, będzie traktował podległych sobie pracowników na równi z samym sobą. Dyrektor, który szanuje i docenia swój personel, będzie doceniany i szanowany przez mieszkańców. Taki typ dyrektora nazwałabym **animatorem**. Potrafi on spojrzeć obiektywnie na istniejące problemy mieszkańców i pracowników, rozróżnia relacje pomiędzy nimi, identyfikuje problemy i próbuje je rozwiązać.

Inny typ dyrektora to **choleryk**. Osoba, której leży na sercu los mieszkańców, zrobiłby dla nich dużo, ale działa często pod wpływem emocji lub pod wpływem innych osób. Wyciąga wnioski ze swego postępowania po fakcie. Szkodzi tym zarówno personelowi jak i mieszkańcom. Obie grupy deklarują szacunek i akceptację jego osoby jako dyrektora, lecz po cichu krytykują jego zachowanie. Często ten typ jest typem narcyza. To on jest najlepszy, najmądrzejszy, czuje się pewnie gdy jest w centrum zainteresowania, jest chwalony i podziwiany przez innych. Lubi, gdy zauważa się jego zasługi i mówi o nich głośno.

W społeczności mieszkańców domu pomocy, ciężko stwierdzić, który z typów jest odpowiedni. W zbiorowości osób z różnymi charakterami, przyzwyczajeniami, nawykami, a co istotne pochodzącymi z różnych środowisk trudno jest pogodzić obowiązki trzymając się ścisłych reguł postępowania. W kontakcie z trudnymi mieszkańcami łatwo stracić cierpliwość i opanowanie. Potrzeba ogromnej siły charakteru i ciągłej pracy nad sobą, aby móc zapanować nad negatywnymi emocjami w kontakcie z nimi lub ich rodziną. Z obserwacji i doświadczenia w pracy z seniorami można wyciągnąć wniosek, że każdy z nich wymaga lub oczekuje indywidualnego podejścia. Do jednego można mówić spokojnie, swoim

opanowaniem wiele osiągnąć w sytuacji problemowej. Inni potrzebują podejścia bardziej stanowczego, pewnego, aby zastanowili się nad swoim postępowaniem.

Dobry dyrektor powinien starać się:

- znaleźć czas dla mieszkańców, zarówno tych sprawnych, z którymi kontakt jest ułatwiony, jak i chorych przebywającymi w swoich pokojach;
- podchodzić obiektywnie do spraw mieszkańców, pomagać w rozwiązywaniu problemów tak, aby mieli poczucie wsparcia;
- traktować wszystkich równo, niezależnie od stanu zdrowia, funkcjonowania, środowiska z jakiego pochodzą;
- uczestniczyć w spotkaniach organizowanych dla mieszkańców, uroczystościach i dużych imprezach;
- mieć dobry kontakt z rodzinami i stwarzać okazje do jego nawiązywania. Bardzo dobrym pomysłem są spotkania organizowane dla mieszkańców i ich rodzin - SPOTKANIA RODZINNE, podczas których można poznać rodziny, porozmawiać, zapoznać się z sytuacją rodzinną mieszkańców;
- być wśród mieszkańców w ich codziennym funkcjonowaniu, aby odnosili wrażenie, że to co jest akceptowane i sprawdzone przez samego dyrektora, jest też dobre dla mieszkańców. Przykładem może być wspólne spożywanie obiadów, gdzie często powstają konflikty wynikające z preferencji seniorów. Jeśli dyrektorowi coś smakuje, smakuje większości mieszkańców;

Cechami osobowościowymi specyficznymi dla przywódcy, powinny być: inteligencja społeczna, rozumiana jako umiejętność emocjonalnego radzenia sobie w różnych sytuacjach; sprawność intelektualna, czyli kreatywność i otwartość na doświadczenie; silny układ nerwowy, odporność na stres i frustracje; stabilność emocjonalna i samokontrola emocji. Silna motywacja wewnętrzna szefa przejawia się jego wytrwałością i konsekwencją w działaniu, asertywnością, planowaniem i podejmowaniem działań, które uwzględniają interesy pracowników. Pragmatyzm w działaniu to jeszcze inna pozytywna cecha dyrektora.

(3)

Zespół terapeutyczno - Opiekuńczy

Kierownik Zespołu

*Człowiek, nie może żyć tylko dniem,
potrzebna jest mu także noc.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

W domu pomocy społecznej, obowiązki pań pielęgniarek, opiekunek, oraz specjalistów zajmujących się aktywizacją mieszkańców, muszą być zaplanowane w taki sposób, aby nie kolidowały ze stałym rytmem dnia seniorów. Poszczególni specjaliści wykonują swoje zadania według wcześniej opracowanych planów tygodniowych. Plany tygodniowe są układane przy współpracy wszystkich terapeutów, aby zajęcia nie pokrywały się ze sobą, a także by poszczególni specjaliści nie podbierali sobie nawzajem osób w nich uczestniczących. Oferta zajęć powinna uwzględniać codzienną aktywizację każdego mieszkańca, zarówno tego sprawnego, jak i tego, który z różnych powodów przebywa w swoim pokoju. Dodatkowo trzeba uwzględnić harmonogram kąpieli, wizyty lekarza rodzinnego i inne czynności pielęgnacyjne seniorów. Pracę całego Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego koordynuje kierownik Zespołu.

W skład Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego (ZTO) wchodzi „biały personel”: pielęgniarki, opiekunowie, pokojowe oraz specjaliści: pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, psycholodzy. Wszystkie wymienione osoby zajmują się bezpośrednio pracą z mieszkańcami. Są obecni w ich życiu każdego dnia. Działania członków Zespołu ukierunkowane są na zapewnienie mieszkańcom odpowiedniej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i aktywizacji. Aby jakość usług opiekuńczych i wspomagających była realizowana na najwyższym poziomie, wszyscy członkowie muszą ze sobą ściśle współpracować. Udana i satysfakcjonująca współpraca między personelem jest możliwa

dzięki odpowiednio zaplanowanej i zorganizowanej pracy. Praca „białego personelu” jest wykonywana w systemie ciągłym, całodobowym, w celu zapewnienia mieszkańcom opieki i pielęgnacji przez całą dobę, co wynika z charakteru placówki. Specjaliści domu pracują w systemie jednozmianowym, ośmiogodzinnym.

W celu dokładnego omówienia rozkładu dnia, kierownik spotyka się z członkami Zespołu dwa razy dziennie, rano podczas raportu pielęgniarstwa oraz przed zakończeniem pracy, kiedy to podsumowuje dzień i omawia obowiązki na kolejny.

Praca kierownika Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego jest bardzo obciążająca psychicznie, dlatego też powinien on odznaczać się szczególnymi predyspozycjami, mieć silny charakter i być odpornym psychicznie.

Niejednokrotnie można znaleźć w czasopiśmie, książkach poświęconych zagadnieniu pomocy instytucjonalnej, tematy dotyczące pracy dyrektora domu pomocy czy innych instytucji zajmujących się osobami starszymi, chorymi, z niepełnosprawnościami. Nie spotkałam się nigdy z tematem mówiącym o pracy kierownika Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego. Często zastanawiam się jak radzą sobie osoby pełniące te stanowiska. Chciałabym dowiedzieć się jak wygląda dzień pracy kierowników ZTO, jak organizują sobie czas wykonywania obowiązków, jaki mają kontakt z mieszkańcami, jaki z pracownikami, jak wyglądają ich relacje z dyrektorem domu. Ważną kwestią dla mnie jest rozwiązywanie sytuacji konfliktowych, zarówno z mieszkańcami, pracownikami jak i z rodzinami mieszkańców. Czy można wypracować sobie stały model pracy? Może model dnia, tygodnia? Zadawałam niejednokrotnie te pytania moim koleżankom pracującym w innych domach pomocy. Od żadnej nie otrzymałam zadawalającej mnie odpowiedzi. Mogę przypuszczać, że nie potrafią jednoznacznie odpowiedzieć na te pytania, ponieważ borykają się z takimi samymi dylematami jak ja.

Dzień pracy kierownika ZTO jest trudno zaplanować. Każde, nawet wymagające najmniejszego zaangażowania plany, często stają się niewykonalne i przesuwane na inny termin, z powodu nagłych sytuacji. Kierownik ZTO wykonuje zadania wynikające z potrzeby chwili. W przeciągu dnia nierzadko kilkakrotnie wyjaśnia problemy mieszkańców, konflikty wynikłe pomiędzy mieszkańcami lub niedomówienia między mieszkańcami, a pracownikami. W swoich działaniach musi dostosować się do rytmu dnia mieszkańców. Powinien być obecny przy czynnościach jakie są wykonywane przy seniorach, mieć nadzór nad czystością pomieszczeń, wykonywaniem czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, sprawdzić funkcjonowanie seniorów podczas spożywania posiłków w jadalni oraz sposób podania posiłków osobom pozostającym w pokojach, mieć nadzór nad dokumentacją medyczną

mieszkańców, czuwać nad terminowością konsultacji lekarskich i koordynować czynności wykonywane przez panie pielęgniarki. Kierownik odpowiada za obowiązki pracownika socjalnego, sprawy związane z przyjęciem mieszkańców, ewidencją, aktami osobowymi, zgonami, kontaktami z urzędami, uczestniczy w zajęciach aktywizacyjnych i koordynuje pracę terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów. Do obowiązków kierownika ZTO należy także planowanie spotkań biesiadnych, uroczystości świątecznych, ich organizacja i koordynacja, stały kontakt z klubami seniora, uniwersytetami III wieku, szkołami, zespołami folklorystycznymi itp. Ważnym zadaniem jest nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z rodzinami mieszkańców.

Starając się jednak usystematyzować obowiązki, głównie z powodu zminimalizowania nadmiernego chaosu wykonywanej pracy warto wdrożyć harmonogram zajęć sporządzony na okres tygodnia. Myślę, że bardzo usprawni to pracę i da poczucie dobrze wykonanych obowiązków. Można założyć, że w poniedziałek zajmujemy się Indywidualnymi Planami Wsparcia mieszkańców. Tego dnia zrobmy zebranie Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego i zajmijmy się wszystkimi sprawami związanymi z dokumentacją IPW. Kolejnego dnia skupmy się na obowiązującej nas dokumentacji, sprawdzimy wszelkie aktualizacje, procedury, wykazy itp. Środa to czas przeznaczony dla mieszkańców. Postarajmy się odwiedzić seniorów nieopuszczających pokoi, porozmawiać, poznać ich problemy, przy okazji zwrócimy uwagę na wystrój pokoi, estetykę, porządek, a także na wygląd mieszkańców ich zachowanie, samopoczucie. Tego dnia porozmawiamy także z mieszkańcami sprawnymi, możemy spotkać się z nimi podczas zajęć grupowych. Czwartek może być dniem przeznaczonym dla „białego personelu”, zwrócimy uwagę na dokumentację medyczną, zabiegi wykonywane przy mieszkańcach, sposób podania posiłków mieszkańcom leżącym. Piątek to czas na sprawy socjalne i aktywizację mieszkańców, można też zaplanować wyjazd w celu przeprowadzenia wywiadu u osoby oczekującej na umieszczenie w placówce. Przestrzeganie tego harmonogramu da nam pewność, że nie zaniedbaliśmy poszczególnych obowiązków.

Największym sukcesem kierownika Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego, a zarazem dumą jest posiadanie dobrego Zespołu. Sztuką jest stworzyć dobry Zespół, utrzymać go i odpowiednio motywować. Dobry Zespół to grupa pracowników ściśle ze sobą współpracujących, gdzie każdy z nich wykonuje odrębne, przypisane sobie czynności, ukierunkowane na mieszkańców domu, mając na celu ich dobro.

Zespół powołany w Domu Pomocy Społecznej, w którym pracuję, jest Zespołem wyjątkowym. Jego członkowie charakteryzują się odpowiednimi cechami: empatią, ogromną wrażliwością, posiadają wysoką kulturę osobistą. Są to osoby zaangażowane w wykonywane

przez siebie obowiązki, potrafiące ze sobą współpracować. Są to specjaliści, którzy potrafią zauważać najmniejsze symptomy pojawiających się zaburzeń i stanów chorobowych i na nie reagować. Niezależnie od wykonywanych obowiązków mają odwagę monitować zauważony problem osobie kompetentnej w danej dziedzinie. Zespół aktywnie bierze udział w spotkaniach (raportach), organizowanych w celu omówienia bieżących problemów mieszkańców, zaplanowania dalszego postępowania, wyjaśnienia sytuacji problemowych. Zaangażowany personel potrafi zgłaszać bieżące problemy i szukać ich rozwiązania, ale także wyciągać wnioski z niedociągnięć. Są to osoby, które potrafią się zorganizować w sytuacjach kryzysowych, niespodziewanych, gdzie liczy się każda chwila, ale także w czasie przygotowań np. uroczystości czy programu artystycznego. Są to pracownicy, na których można liczyć w dobrych i złych chwilach, potrafiący wyjść z największych opresji. Osoby posiadające wiedzę merytoryczną, będące ogromnym wsparciem w czasie kontroli.

Jestem bardzo dumna z mojego Zespołu, zwłaszcza kiedy słyszę pozytywne opinie pod jego adresem. Pewnego dnia bardzo zaskoczyła mnie rozmowa z osobą, która ma wieloletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym. Stwierdziła, że stworzyłam cudowny Zespół; gromadkę ludzi, którzy co rzadko się zdarza potrafią ze sobą współpracować, wymieniać się doświadczeniami, podpowiadać rozwiązanie problemów, są bardzo zaangażowani w pracę. Nie występuje w moim Zespole jak to nazywamy „wyścig szczurów”, nikt pod nikim nie kopie dołków, nie utrudnia pracy. Przy tych wszystkich pozytywnych cechach, nie można zapomnieć o miłej, serdecznej atmosferze, którą da się zauważyć w kontaktach między pracownikami, a przede wszystkim między pracownikami, a mieszkańcami Domu. Słowo „zazdroszczyć” wypowiediane przez osoby mające długoletnie doświadczenie pracy z personelem jest bardzo wzruszające i motywujące do dalszego działania.

Myślę jednak, że za stworzenie dobrego Zespołu nie odpowiada sam kierownik. Zespół to ludzie, którzy mają lepsze i gorsze dni, różnorodne problemy, ale potrafią sobie z nimi radzić wiedząc, że mają wsparcie wśród koleżanek i kolegów. To właśnie członkom mojego Zespołu zawdzięczam atmosferę jaka panuje, zadowolenie mieszkańców oraz wiele słów wdzięczności i podziękowań ze strony rodzin mieszkańców. **Kieruję słowo „Dziękuję” do wszystkim moim koleżanek i kolegów. Zawsze mogę na Was liczyć, szczególnie w sytuacjach kiedy nie widzi się rozwiązania, a Wy to rozwiązanie znajdujecie.**

Pomocna w wykonywaniu obowiązków zawodowych jak również w życiu codziennym jest zasada wywodząca się z japońskiej kultury i praktyki zarządzania, mówiąca

o dążeniu do celu małymi krokami, które dają duży sukces. Jest to zasada KAIZEN, ciągłego doskonalenia. Kierując się tą zasadą powinniśmy pamiętać o 10 punktach:

- problemy stwarzają możliwości;
- pytaj 5 razy „Dlaczego?”;
- bierz pomysły od wszystkich;
- myśl nad rozwiązaniami możliwymi do wdrożenia;
- odrzucaj ustalony stan rzeczy;
- wymówki, że czegoś się nie da zrobić są zbędne;
- wybieraj proste rozwiązania - nie czekając na te idealne;
- użyj sprytu zamiast pieniędzy;
- pomyłki koryguj na bieżąco;
- ulepszenie nie ma końca. (50)

Dodałabym jeszcze jeden, jedenasty punkt:

- **zawsze bądź człowiekiem.**

Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy

Członkowie

*Możliwości rozwoju człowieka są wielkie,
by nie rzec - nieograniczone.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Zespół Terapeutyczno - Opiekuńczy to grupa specjalistów zajmujących się bezpośrednią pracą z mieszkańcami domu pomocy społecznej. W skład Zespołu wchodzi kierownik ZTO, pracownik socjalny, psycholog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pielęgniarki, opiekunowie, pokojowe. W celu zapewnienia sprawnego, harmonijnego świadczenia oferowanych przez placówkę usług, członkowie Zespołu ściśle ze sobą współpracują. Istotne znaczenie we właściwej współpracy ma komunikacja między poszczególnymi ogniwami Zespołu. Prawidłową komunikację umożliwiają systematyczne zebrania, w których uczestniczą wszyscy specjaliści. Najważniejszym zebraniem, które odbywa się każdego dnia, zaraz po rozpoczęciu pracy jest „raport pielęgniarski”. Na porannym raporcie Zespół analizuje wydarzenia minionej doby i planuje działania na rozpoczynający się dzień. Każdy z uczestników zebrania przedstawia swoje spostrzeżenia na temat stanu zdrowia oraz funkcjonowania mieszkańców oraz sugestie do dalszej pracy z podopiecznymi.

Raz w tygodniu odbywa się posiedzenie Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego, podczas którego opracowuje się Indywidualne Plany Wsparcia Mieszkańców, Plany Adaptacji lub je aktualizuje, stawia cele do realizacji dla omawianego mieszkańca na kolejne pół roku. Członkowie Zespołu zgłaszają swoje spostrzeżenia, które poddawane są dyskusji i akceptacji wszystkich członków.

W domu pomocy społecznej organizowane są szkolenia wewnętrzne dla członków Zespołu o tematyce dotyczącej kierunków prowadzonej terapii, rehabilitacji, aktywizacji mieszkańców, a także chorób występujących u seniorów, ich symptomów, sposobów leczenia oraz zapobiegania im.

PRACOWNIK SOCJALNY

Osoba, która jest niezbędna w Zespole. Zawód pracownika socjalnego jest bardzo trudny. Opiera się na kontakcie z drugim człowiekiem, który ma własne już nabyte przyzwyczajenia, indywidualny charakter, pochodzi z różnych, często patologicznych środowisk. Pokora, cierpliwość, empatia, wrażliwość, to cechy, które powinien posiadać pracownik socjalny. Ale też asertywność i zdystansowanie. Powinien być dobrym obserwatorem i słuchać ludzi.

Pracownik socjalny:

- udziela informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną trudnej sytuacji życiowej;
- pomaga mieszkańcowi przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspiera w uzyskaniu pomocy;
- przeprowadza wywiady środowiskowe;
- aktywnie uczestniczy w przyjęciu mieszkańca;
- aktywnie uczestniczy w adaptacji mieszkańca;
- realizuje zakupy dla mieszkańców;
- odwiedza mieszkańców w szpitalu;
- utrzymuje kontakt z rodziną mieszkańca;
- kontaktuje się z właściwymi służbami w sytuacjach problemowych. (51)

PSYCHOLOG

Obecność psychologa w domu pomocy społecznej umożliwia organizację wielu spotkań, na które inny pracownik nie mógłby sobie pozwolić. Psycholog nie tylko świadczy pomoc psychologiczną dla mieszkańców domu, ale także udziela wsparcia i porad pracownikom oraz rodzinom mieszkańców. Jest członkiem zespołu Terapeutyczno -

Opiekuńczego, ma rozległą wiedzę na temat stanu psychicznego mieszkańca, jego problemów, sytuacji kryzysowych, trosk i obaw. Celem terapii psychologicznej prowadzonej w domach pomocy społecznej są między innymi:

- poprawa stanu psychicznego mieszkańców;
- rozwój ich osobowości;
- minimalizowanie deficytów poznawczych;
- zmniejszenie natężenia objawów chorobowych oraz podniesienie stopnia radzenia sobie z nimi;
- zapobieganie nawrotom choroby psychicznej;
- pomoc w ostrej zmianie choroby;
- niwelowanie poczucia osamotnienia, opuszczenia oraz odizolowania;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, akceptacji, zrozumienia i życzliwości;
- wspieranie w trudnych i kryzysowych sytuacjach;
- wyzwolenie procesów twórczego działania;
- wykształcenie motywacji wewnętrznej u mieszkańca oraz umiejętności wykorzystywania swoich możliwości;
- wyrabianie postawy zaradności życiowej;
- rozwój umiejętności interpersonalnych, usamodzielnienie.
- organizowanie grup wsparcia, podczas których pomaga w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, wspiera emocjonalnie, kształtuje umiejętności radzenia sobie z problemami dnia codziennego. (51)

TERAPEUTA ZAJĘCIOWY - jako animator aktywizacji mieszkańców

Do podstawowych obowiązków terapeuty zajęciowego należy organizacja uroczystości kulturalnych.

Pomysłów dotyczących organizacji imprez w domach pomocy społecznej można szukać wszędzie. Dostępne są w książkach, publikacjach, czasopismach, Internecie. Można skorzystać ze szkoleń dla terapeutów, pozyskiwać inspiracje wymieniając się doświadczeniami z terapeutami pracującymi w innych domach. Największą skarbnicą pomysłów jest jednak nasza głowa.

Poszukując pomysłu musimy zacząć od znalezienia słowa klucza. Klucz może kojarzyć się z porą roku, świętami, piosenką, wierszem, postacią autentyczną lub fikcyjną. Gdy już mamy słowo klucz dobieramy do niego pasujące pomysły. Możemy je wypisać na kartce, następnie przeanalizować podczas zebrania Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego.

Posłużę się przykładem imprezy, która miała miejsce w jednym z domów pomocy społecznej. Jako słowo klucz posłużył tytuł piosenki, „U cioci na imieninach”. Tak więc spotkanie nosiło nazwę, „U cioci na imieninach”. Podzielono osoby biorące w nim udział na dwie grupy. Jedna grupa to goście, druga domownicy. Gośćmi były autentycznie zaproszone na spotkanie osoby. Spośród domowników wybrano mieszkankę, która pełniła rolę jubilatki. Osobę pełniącą tę funkcję ubrano odpowiednio do pełnionej roli, wpięto jej kwiat we włosy. Pełniła ona rolę gospodyni imprezy. Przypięto gościom znaczki z napisem, gość. Rozpoczęto świętowanie od złożenia gospodyni życzeń i zaśpiewania „Sto lat”.

Zabawę taneczną rozpoczęto od piosenki, „U cioci na imieninach”. Był to element kompozycji klamrowej, czyli uroczystość zakończono tą samą piosenką. Wsluchiowano się w treść piosenki. Wybrano spośród mieszkańców domu, czyli domowników: wuja Michała, szwagra, zięcia, brata szwagra, szwagierkę, Mańkę i Felka. Mieszkańcom, którzy pełnili te role przypięto znaczki z imionami i odpowiednio ich przebrano.

W czasie uroczystości zrobiono przerwę na zabawę z prezentem. Kiloro mieszkańców usiadło na krzesłach, tworząc okrąg. Jednej osobie wręczono prezent. Uczestnicy zabawy kolejno odpowiadali na przygotowane wcześniej pytania. Jeśli została udzielona prawidłowa odpowiedź, prezent przechodził do osoby obok, zgodnie z kierunkiem ruchu wskazówek zegara. Zabawa trwała określony czas. Mierzono go klepsydrą (można użyć stopera lub innego sposobu). Ponadto zrzucano konfetti z balkonu na znak zakończenia zabawy. Osoba, która trzymała prezent w chwili zakończenia zabawy została zwycięzcą. Zabrała prezent do domu. Kolejna zabawa odpowiednia na uroczystość imieninową to, „Listonosz”. Polega ona na oddawaniu przyniesionego przez listonosza prezentu osobom wymienionym w czytanim przez prowadzącego zabawę wierszu. (pani w najładniejszej sukience, panu z najdłuższym nosem, osobie, która ma ładne nogi czy niebieskie oczy).

Imprezę może wieńczyć wręczenie każdemu z odchodzących gości skromnych prezentów, np. w postaci pudełeczek, w których będzie cukierek. Kartonik może mieć napis, „Dziękuję za przybycie”.

Obowiązki terapeuty zajęciowego:

- komunikowanie się z mieszkańcami;
- określenie wpływu środowiska na osoby z niepełnosprawnościami;
- planowanie i prowadzenie pracy indywidualnej i grupowej;
- dobieranie pracy wg stanu zdrowia, potrzeb i zainteresowań mieszkańców;
- integracja mieszkańców;

- uświadomienie mieszkańcom ich zdolności, przydatności i możliwości zrobienia czegoś pożytecznego, które wpływa na samoocenę ludzi starych, podnosi ich wartość w oczach innych uczestników zajęć, wyzwala poczucie bycia potrebnymi;
- stwarzanie warunków sprzyjających zapomnieniu o samotności, bólach i chorobach. (51)

Domy pomocy społecznej wychodząc naprzeciw aktualnym wyzwaniom, świadczą różnego rodzaju usługi, w tym szeroko pojętą aktywizację. J. Gielas zwraca uwagę, iż aktywizujący klimat wykracza poza sformułowania celu opieki, jakim jest: „czysty, nakarmiony i spokojny senior”. Dom pomocy powinien być pełen „szans i niespodzianek”. Chodzi o to, aby dom stwarzał szanse i możliwości aktywizacji, ale też powinien zaskakiwać swoich mieszkańców mnogością ofert inspirujących i interesujących. Wiele zależy od samego personelu i aktywności wykraczającej poza standardowe zachowania. (44)

Znaczenie ruchu w życiu człowieka - zadania dla fizjoterapeuty

*Smutek może być „pusty”
lub „pełny”*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Ruch towarzyszy człowiekowi od chwili narodzin, ujawniając się w różnych formach jego aktywności. Rozwój psychiczny człowieka jest ściśle powiązany z rozwojem motorycznym. Nasza psychika warunkuje podatność zapadalności na wiele chorób somatycznych. Rehabilitacja psychomotoryczna ma zatem na celu usprawnienie i harmonizowanie współdziałania motoryki i psychiki przez korekcję zaburzonych funkcji. Człowiek za pomocą ruchu i rytmu wyraża swoją osobowość. Język ciała, inaczej język ruchu jest jednym z ważniejszych sposobów komunikacji. Ruch jest wyrazem potrzeby ludzkiej aktywności. Stałe ograniczenie go prowadzi do wzrostu wewnętrznego napięcia, stresów i zahamowań, a w konsekwencji jest przyczyną utraty wiary we własne możliwości, zamykania się w sobie, unikania kontaktów z otoczeniem.

Zdaniem A. Zycha *brak aktywności ruchowej prowadzi do wyraźnych zmian strukturalnych, które przyczynowo przyspieszają proces starzenia się człowieka, aktywność „jest potrzebą psychiczną i społeczną w każdym wieku, nie wyłączając późnych lat życia człowieka.”* (9) *Twierdzi, iż aktywność psychiczna i fizyczna, jak również harmonia tych dwóch komponentów ludzkiego zachowania, jest podstawą dobrego zdrowia i bezbolesnego przejścia jednostki w trzecią, a następnie czwartą fazę życia, czyli w starość i wiek podeszły.* (9)

Każdy człowiek niezależnie od ilości przeżytych lat potrzebuje dotyku. Dobrze wiemy, że dzieci lubią się przytulać, siadać na kolanach, czuć bliskość matki czy ojca. W późniejszych etapach życia ta potrzeba nie zanika. Osoby starsze, szczególnie leżące, mają

zaburzoną świadomość własnego ciała. Świadomość ciała, jego zarysu może być zaburzona przez występujące choroby, np. przebyte udary.

Osoby obłożnie chore, pozostające większość czasu w łóżku powinny być obtulone kołdrą, tak aby mogły zidentyfikować własne ciało, jego położenie. Czują się wtedy bezpieczne. Gwarantem bezpieczeństwa jest także bliskość, dotyk drugiej osoby. Nie powinniśmy się wstydzić podejść do osoby leżącej, pogłaskać ją po głowie, ramionach, wziąć za rękę. Wnętrze dłoni jest częścią ciała szczególnie wrażliwą na dotyk. Podczas rozmowy z seniorem postaramy się trzymać go za rękę od spodu. Zaspokoimy tym działaniem potrzebę dotyku, bliskości oraz sprawimy, że senior poczuje się bezpiecznie. Osoba starsza mieszkająca w domu pomocy społecznej poczuje, że jest nam bliska, że jest dla nas kimś ważnym. Tym bardziej, że często pracownicy placówki są jedynymi osobami, z którymi senior ma kontakt, na które może liczyć, jedyną rodziną jaką człowiek „jesieni życia” posiada.

Fizjoterapeuta jest najwłaściwszą osobą, która jest w stanie zaspokoić potrzebę bliskości oraz wzmocnić świadomość własnego ciała seniorów poprzez odpowiednie ćwiczenia, które może realizować z seniorem indywidualnie lub grupowo.

Istnieje wiele metod terapeutycznych, odpowiednich do wykorzystania w pracy z osobami starszymi, unieruchomionymi w łóżku lub, a także z tymi, u których zauważamy procesy otępienne.

Jedną z metod jest metoda Marianne i Christophera Knillów.

Dotyk - jedno proste słowo, które pozwala nam poznawać świat. Daje nam możliwość rozróżniania kształtów, a co ważniejsze pozwala na nawiązanie emocjonalnego kontaktu z drugim człowiekiem. Czasami znaczy nawet więcej niż słowa. Może sprawiać radość, nieść poczucie spokoju i bezpieczeństwa lub krzywdzić i ranić drugiego człowieka. Władimir Nabokow twierdził nawet, „że zmysł dotyku, nieskończenie mniej ceniony przez ludzi niż wzrok, w krytycznych chwilach tworzy główną, jeśli nie jedyną więź między nami, a rzeczywistością.” Idąc tym tropem małżeństwo Knillów postanowiło wykorzystać dotyk jako narzędzie nawiązania kontaktu oraz pobudzenia aktywności osób z niepełnosprawnościami.

Metoda leczenia opracowana przez Knillów składa się z dwóch części, „Dotyku i Komunikacji” oraz „Programu Aktywności, Świadomości Ciała, Kontaktu i Komunikacji”. W tym programie dotykowi towarzyszy duża liczba ćwiczeń ruchowych, z dopasowywanym do potrzeb zajęć oraz możliwości osób uczestniczących w terapii repertuarem muzycznym. Dzięki temu osoba z niepełnosprawnością uczy się łączyć słyszane dźwięki z konkretnymi czynnościami, co daje nie tylko radość z prawidłowo wykonywanych ćwiczeń, ale ponadto

zapewnia jej odpowiedni poziom bezpieczeństwa konieczny do nawiązania kontaktu. W efekcie można uzyskać zwiększoną koncentrację uwagi oraz pamięć, a także usprawnić koordynację między układem nerwowym, a mięśniowym. (52)

Kolejną metodą, którą z powodzeniem można stosować w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku jest metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne. Autorka tej metody opracowując ją kierowała się naturalnymi potrzebami dzieci, które są zaspakajane poprzez kontakt z drugim człowiekiem. Poprzez tą metodę przekazuje nam znaczenie ruchu jako narzędzia wspomagającego rozwój psychiczny i motoryczny oraz ich zaburzenia.

Celem metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne jest: rozwijanie świadomości własnego ciała, usprawniania ruchowego; świadomości przestrzeni i działania w niej; dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu.

Udział mieszkańców w ćwiczeniach tą metodą stwarza okazję do poznania własnego ciała, usprawnienia motoryki, pocucia własnej siły i sprawności. Poza tym senior, który większość czasu spędza we własnym pokoju, może poznać przestrzeń, w której się znajduje. Ćwiczenia tą metodą dają poczucie bezpieczeństwa w znajdującej się przestrzeni, otwarcia się na obecność innych osób, nawiązania kontaktu z osobami zajmującymi tą samą przestrzeń, nabrania zaufania do ludzi. (53)

Inną metodą, którą warto wdrożyć do pracy z seniorami jest metoda Paula Dennisona. Proponuje on wiele ćwiczeń, które poprawiają funkcjonowanie mózgu i zwiększają skuteczność treningu pamięci przez osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych. (54)

Umiejętności nabywane w wyniku stosowania zabiegów w zakresie Gimnastyki Mózgu to: ożywienie i uaktywnienie naturalnych mechanizmów samoregulacji pracy mózgu; zwiększenie pozytywnych motywacji do uczenia się i zdobywania wiedzy, rozwijania umiejętności; wzmocnienie wiary we własne siły i możliwości; zwiększenie zakresu pamięci i koncentracji; usprawnienie analizatorów wzrokowego i słuchowego; polepszenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, usprawnienie małej i dużej motoryki; usprawnienie jedności myśli i ruchu; likwidacja zbędnych ruchów dodatkowych; udoskonalenie integracji połączeń prawej i lewej półkuli mózgu oraz całościowego odbioru. (55)

Paul Dennison traktuje umysł i ciało człowieka jako całość. Jego zdaniem naturalny ruch całego ciała jest doskonałym stymulatorem funkcji psychicznych. Metoda Gimnastyki Mózgu Paula Dennisona, polegająca na regularnym wykonywaniu prostych, zaplanowanych i wbudowanych w program terapii ćwiczeń zakłada, że ruch jest naturalnym procesem aktywności człowieka i warunkiem jego prawidłowego funkcjonowania psychicznego i fizycznego. (56)

Poziom ruchu i związanego z nim wysiłku fizycznego jest uzależniony od stanu ogólnego seniora, indywidualnie odbierany. Każda osoba „jesieni życia” powinna żyć aktywnie na miarę swoich możliwości. Każda aktywność fizyczna seniora jest dla niego korzystna pod względem zdrowotnym.

Rolą fizjoterapeuty jest znalezienie czegoś co da możliwość stworzenia dialogu, interakcji pomiędzy nim, a osobą dotkniętą demencją. W pracy z mieszkańcem warto odnieść się do lat młodości i wczesnej dorosłości seniora. Okres ten zostaje najwyraźniej utrwalony w jego pamięci. Potwierdzeniem tego faktu może być odpowiedź na zadane seniorowi pytanie dotyczące ilości przeżytych lat, kiedy ich ilość jest wyznaczona granicą młodości i wczesnej dorosłości. Inny przykład potwierdzający powrót seniora do czasów młodości to rozpoznawanie rodziców lub rodzeństwa we własnych dzieciach.

Punktem zaczepienia w budowaniu wspólnego pola uwagi może być zainteresowanie seniora wynikające z jego szczególnych, indywidualnych predyspozycji. Zainteresowanie muzyką, przyrodą, uprawą roślin, majsterkowaniem, zwierzętami, religią.

Praca z osobą z demencją wymaga czasu, cierpliwości, odpowiedniego miejsca. Najlepiej gdyby było to pomieszczenie specjalnie do tego celu przeznaczone. Zajęcia powinny odbywać się sam na sam z terapeutą, a czas na nie przeznaczony powinien być obierany indywidualnie, zależny od nastroju, stanu psychicznego, somatycznego i wytrzymałości seniora. Zadaniem terapeuty jest uważne obserwowanie podopiecznego, reagowanie na sygnały płynące z jego wnętrza.

Większość osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej reprezentuje pasywny stosunek do jakiejkolwiek aktywności. Udział w zajęciach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej czy też wycieczkach i imprezach jest z reguły u większości osób „wymuszany” przez personel.

W domach pomocy społecznej dla osób starszych zwraca się szczególną uwagę na aktywizację seniorów. Fizjoterapia wiąże się w dużej mierze z wysiłkiem fizycznym, zaś osoby starsze mieszkające w placówce mają ograniczone możliwości wykonywania ćwiczeń wymagających wysiłku. Każdy zabieg fizjoterapeutyczny wymaga zlecenia przez lekarza rodzinnego lub rehabilitanta.

Nie tylko ograniczenia i deficyty zdrowotne seniorów uniemożliwiają korzystanie z zajęć fizjoterapeutycznych, ale także niechęć do nich, zmęczenie, pozorny brak czasu, brak motywacji. Fizjoterapeuta ma ciężkie zadanie, aby zmobilizować osoby „jesieni życia” do uczestnictwa w zajęciach.

Jednym ze sposobów zachęcenia seniorów do czynnego działania jest uświadomienie im zagrożeń jakie niesie za sobą brak aktywności fizycznej. Osoba starsza powinna wiedzieć, iż większość chorób towarzyszących starości nie wymaga ograniczeń w aktywności fizycznej, a wręcz przeciwnie - aktywność fizyczna jest wskazana, aby występujące choroby niwelować i minimalizować ich skutki, a co najważniejsze utrzymać jak najdłużej na optymalnym poziomie sprawność fizyczną i niezależność własną.

Wysiłek fizyczny należycie dawkowany w układzie sercowo - naczyniowym zwiększa tolerancję na obciążenia, obniża ryzyko wystąpienia miażdżycy, poprawia pracę mięśnia sercowego, reguluje tętno i normalizuje ciśnienie tętnicze krwi oraz zwiększa elastyczność naczyń tętniczych. (57) Prowadzona aktywność ruchowa w układzie oddechowym utrzymuje dotychczasową pojemność życiową płuc i ruchomość klatki piersiowej, zwiększa wymianę gazową, bardziej intensywny staje się odruch kaszlu. O wiele szersze znaczenie ma aktywność fizyczna w narządzie ruchu. Mięśnie utrzymują swoją sprawność, siła i masa mięśniowa nie ulega redukcji. Ruch przeciwdziała demineralizacji kośćca i pozwala na utrzymanie odporności na wewnętrzne i zewnętrzne obciążenia struktury kostnej. W stawach zachowana jest ruchomość, a w strukturach okołostawowych ich elastyczność, zmniejsza to ryzyko wystąpienia drobnych urazów. W układzie nerwowym wykonywane ruchy utrzymują lub doskonałą koordynację nerwowo -mięśniową, czucie obwodowe (w tym głębokie), równowagę, czas reakcji i przewodnictwo nerwowe pozostają na poziomie pozwalającym na bezpieczne funkcjonowanie. Aktywność ruchowa, przy współudziale umysłowej, u ludzi starszych pozwala na przekazywanie sygnałów sensorycznych w mózgu przy zmniejszającej się liczbie neuronów, z kolei w zapamiętywaniu i pamięci świeżej odnotowuje się mniejsze ubytki. Aktywny udział w zajęciach ruchowych obniża również poziom depresji i lęków u osób starszych. Odnotowuje się poprawę indeksu jakości życia przez wykonujących codzienne czynności i inne zajęcia fizyczne. (58)

Systematyczne zajęcia ruchowe wywierają istotny wpływ na wydolność fizyczną i zwiększają sprawność wykonywania aktów ruchowych potrzebnych w codziennym życiu. Odpowiednia dla konkretnej osoby aktywność fizyczna, czyli dostosowana do wieku i sprawności oraz łatwa w realizacji jest najlepszym sposobem na zachowanie dobrej jakości życia, zdrowia i długowieczności. Do zalecanych form aktywizujących osoby starsze zalicza się: aktywność prewencyjną, rekreacyjną i leczniczo - rehabilitacyjną, zaś najkorzystniejszymi i popularnymi technikami są: chodzenie, marsz, marszobiegi, jazda na rowerze, narciarstwo, terapia zajęciowa, codzienne czynności oraz turystyka. Osoby aktywne fizycznie (bez względu na poziom obciążenia wysiłkiem) są nie tylko zdrowe i pełne energii,

ale również lepiej zorganizowane, pewne siebie, pogodne, bardziej wierzą w swoje możliwości, są pozytywnie nastawione do otaczającego świata. Korzyści zdrowotne wynikające z aktywności fizycznej wśród osób starszych są powszechnie znane i doceniane, ruch jest w pełni wykorzystywany w promowaniu zdrowego stylu życia. (58)

Obowiązki fizjoterapeuty wg E. Zdebskiej:

1. organizacja i prowadzenie zajęć z zakresu rehabilitacji zgodnie z wymogami lekarza; organizowanie różnych form aktywności fizycznej dostosowanych do możliwości mieszkańców;
2. prowadzenie ćwiczeń przyłózkowych usprawniających, indywidualnych i grupowych;
3. edukacja w zakresie ewentualnego zaniechania usprawnienia leczniczego, które może w konsekwencji doprowadzić do zubożenia ruchowego, depresji, a tym samym wycofania społecznego;
4. poczynanie działań dążących do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godnego życia w poczuciu użyteczności i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia;
5. rehabilitacja ruchowa jako nieodłączny element postępowania leczniczego w większości schorzeń niezależnie od wieku i stanu pacjenta;
6. ćwiczenia przywracające lub kompensujące funkcje utracone w następstwie choroby, urazów lub niepełnosprawności i ubytków somatycznych za pomocą fizycznych środków;
7. stosowanie działań uprawniających i terapeutycznych, a zwłaszcza ruchu;
8. zastosowanie rehabilitacji ruchowej jako podstawowego środka leczniczego;
9. zastosowanie rehabilitacji ruchowej w celu przyspieszenia procesu rekonwalescencji;
10. ćwiczenie nieobjętych zmianami chorobowymi części ciała w celu uzyskania kompensacyjnej poprawy sprawności ogólnej;
11. ćwiczenia ogólnokondycyjne w celu polepszenia lub utrzymania sprawności ruchowej;
12. ćwiczenia relaksujące;
13. ćwiczenia zwiększające siłę i masę mięśni. (51)

Predyspozycje personelu DPS

*Dzień to panowanie rozumu i rzeczywistości,
noc - to władztwo tajemnych sił,
dzikich namiętności, ekstazy,
olśnienia i panicznego lęku.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Empatia to cecha, którą powinny posiadać osoby opiekujące się ludźmi chorymi, starymi, z niepełnosprawnościami. *Empatia jest znakiem wejścia w prywatny świat czyjejś percepcji i zdomowienia się w nim. Oznacza, że ma się nieustannie wyostrzoną wrażliwość na zmiany znaczeń i odczuć drugiego człowieka, na jego lęk, wściekłość i czułość, zaniepokojenie, na wszystko, co on przeżywa. Znaczą też, że przez jakiś czas żyje się jego życiem, poruszając się tam delikatnie, nie ferując ocen, wyczuwając znaczenia, których on prawie sobie nie uświadamia, nie próbując jednak obnażać uczuć, których osoba ta jest zupełnie nie świadoma, gdyż stanowiłoby to dla niej zbyt wielkie zagrożenie. Wyraża również to, że terapeuta daje wyraz uczuciom, jakie budzi w nim świat przeżyć pacjenta, gdy bez uprzedzeń i lęku spogląda na to, czego się pacjent obawia. (5)*

Czułość i wrażliwość na potrzeby i problemy osób potrzebujących wsparcia lub całkowitego wyręczenia w identyfikacji potrzeb, to kolejna ważna cecha, którą muszą posiadać pracownicy DPS, niezależnie od stanowiska na jakim są zatrudnieni. Seniorzy napotykają problemy na drodze codziennego funkcjonowania. Potrzebują wsparcia, ciągłej obserwacji ich zachowania zarówno w pokojach i pomieszczeniach terapii zajęciowej jak i w jadalni, pomieszczeniach biurowych, a także poza terenem budynku. Każdy człowiek jest predysponowany do czułości i wrażliwości, ale nie każdy potrafi tą zdolność wykorzystać w nagłej sytuacji. Na terenie domu pomocy i poza nim, gdzie obok pracowników posiadających fachową wiedzę terapeutyczną - opiekunów, zatrudnione są osoby o kompetencjach nie mających związku z opieką nad osobami starszymi czy z niepełnosprawnościami, zdarzają się

sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu mieszkańców. Często można zaobserwować u niektórych pracowników postawę obojętną - postawę, która jest uwarunkowana wykonywanym zawodem. Brak empatii, pasywność, całkowita negacja obowiązku pomocy osobie słabszej, stwierdzenie: „To mnie nie obchodzi”, „To nie jest w zakresie moich obowiązków”, „Niech inni się martwią, to nie moja działka”.

Zdarzają się przypadki kiedy osoba wchodząca na teren placówki, otwierając furtkę wypuszcza poza teren seniora w papciach i piżamie, uważając, że taka sytuacja to norma. Przykładem jest zdarzenie, kiedy to mieszkaniec został wypuszczony poza teren DPS z pilotem od telewizora w dłoni. Spotyka się także brak reakcji na widok seniora ubranego nieadekwatnie do pogody.

Osoby chcące podjąć pracę z osobami starymi, chorymi, z niepełnosprawnościami muszą posiadać obok właściwego wykształcenia odpowiednie predyspozycje charakterologiczne, silną psychikę oraz cechy osobowościowe, które umożliwią pracę w trudnych, stresogennych warunkach. Nie posiadając właściwych predyspozycji nie jest możliwa praca w domu pomocy społecznej, wyjście do pracy będzie wyzwaniem ponad siły pracownika. Praca stanie się ciężka i bardzo obciążająca psychicznie.

Osoby, które kochają pracę z osobami wymagającymi całodobowej opieki, wierzą, że podjęli dobrą decyzję wybierając swój zawód, związany z pomocą społeczną, pracą socjalną, pielęgnacją człowieka powinny zdawać sobie sprawę, że osoby, którym pomagają mają wiele cech negatywnych, w większości wynikających z chorób na jakie cierpią. Nie dopuszczalne jest więc wyśmiewanie mieszkańców, niewłaściwe odzywanie się do nich, szeptanie po kątach na ich temat czy głośne rozmawianie o ich przywarach tak, aby słyszeli. Niedopuszczalne jest także przyzwolenie na podobne zachowanie pracownika przez innego pracownika. Jeżeli osoba słyszająca lub widząca niewłaściwe zachowanie pozostaje bierna, pasywna w stosunku do zaistniałej sytuacji, jest tak samo winna jak nieodpowiednio postępująca koleżanka czy kolega. Wymaga to od pracowników **postawy asertywnej**.

Osoby pracujące z mieszkańcami domu pomocy społecznej muszą być świadome, iż każdy człowiek powinien być traktowany z godnością. Godność człowieka jest wartością bezwzględną, nie podlega stopniowaniu, przysługuje każdemu, nie można jej odebrać ani stracić. Jest tożsama z człowieczeństwem i stanowi nieodłączny atrybut każdej osoby. Stosunek do osób wymagających opieki i pomocy świadczy o **poziomie moralnym** społeczeństwa. (58)

W placówkach jakimi są domy pomocy społecznej bardzo istotny jest klimat. **Klimat** ma ogromne znaczenie dla mieszkańców, pracowników, a także osób odwiedzających. Miło jest

słyszeć od gości, że czują się dobrze w placówce, że miejsce to działa na nich przyciągająco, jest swobodnie, ciepło, serdecznie, czują się potrzebni, aprobowani, ważni. Bywają domy o klimacie przykrym, z których chce się uciec, przebywanie w nich nudzi, drażni, goście wysiłkiem woli powstrzymują się od ucieczki lub agresji.

Atmosfera jaka panuje w placówce jest odzwierciedleniem związków uczuciowych w niej panujących, które każdy odwiedzający odbiera całościowo jako siłę przyciągającą lub odpychającą.

Klimat jest nieśmiertelny. Zmieniają się ludzie go tworzący, pracownicy, mieszkańcy, lecz klimat miejsca zostaje tak jakby nie był związany z konkretnymi ludźmi. Kolejne osoby wchodzące w dane środowisko dostosowują się mimo woli do określonego, istniejącego już klimatu uczuciowego. (34)

Dom Pomocy Społecznej, w którym pracuję cieszy się bardzo dobrą opinią. Panuje w nim dobra, serdeczna atmosfera, co często potwierdzają osoby odwiedzające oraz rodziny mieszkańców. Jest to ogromnym sukcesem wszystkich zatrudnionych w nim osób. Przyjemnie jest słyszeć podczas rozmowy telefonicznej pochwałę ze strony rozmówcy, dotyczącą kultury naszej wypowiedzi. Rozmówcy twierdzą, że jesteśmy wyjątkowi, w innych placówkach nie chciano udzielić im informacji lub potraktowano ich niegrzecznie, z góry, powierzchownie. Nasza rozmowa telefoniczna zachęca do kontaktu osobistego, a co za tym idzie zainteresowania placówką.

Podobnie sytuacja przedstawia się w rozmowach z osobami odwiedzającymi, odbytymi w DPS. Goście odwiedzający placówkę w celu rozeznania warunków zamieszkania i ewentualnego pobytu w niej swojego bliskiego, wychodzą zadowoleni, doinformowani i serdecznie przyjęci. Tak jak w poprzednim przypadku, twierdzą, że nie w każdej placówce tak jest. Spotkałam się ze stwierdzeniem, że w jednym z domów, które były brane pod uwagę jako placówka do zamieszkania, pracownik udzielający informacji nawet nie podniósł głowy znad dokumentów. Można wnioskować, że postawa pracowników, pierwsze wrażenie jakie robią na potencjalnym kliencie jest bardzo ważna i owocuje w przyszłości większym zainteresowaniem placówką lub też negatywną opinią, którą często trudno jest zmienić.

Społeczność domu pomocy można traktować jako małą grupę osób, w której przeważają kontakty bezpośrednie. Grupa ta składa się z czterech części: dyrektor i kierownictwo, pielęgniarki i specjaliści zajmujący się bezpośrednią pracą z mieszkańcami, opiekunowie i pokojowe oraz sami seniorzy. W grupie tej obowiązuje określona hierarchia władzy, która układa się w wymienionej wcześniej kolejności. Mieszkańcy powinni stanowić grupę najważniejszą, ponieważ to dzięki temu, iż potrzebują opieki pozostałe grupy znajdują

zatrudnienie i cel swojej aktywności. Zależność ta często jest podkreślana przez samych seniorów, którzy przyjmując pozycję roszczeniową i wycofanie z wykonywania czynności samoobsługowych przypominają pracownikom, że gdyby nie oni - mieszkańcy, personel nie miałby pracy. Trudno sobie jednak wyobrazić, aby mieszkańcy mieli możliwość rządzenia pozostałymi podgrupami. (34)

Obserwując mieszkańców domu pomocy społecznej zauważa się reguły omówionej hierarchii. Mieszkańcy pewni siebie, niezależni, sprawni ruchowo, krzywdzą mieszkańców słabszych od siebie, tych którzy potrzebują pomocy i wsparcia ze strony osób sprawniejszych. Rzadko chodzi o przemoc fizyczną, w większości jest to przemoc psychiczna, znęcanie się słowne nad słabszym mieszkańcem. Grupa mieszkańców wykorzystywanych, swą energię i frustrację wyładowuje na mieszkańcach jeszcze słabszych, najczęściej dementywnych, żyjących we własnym świecie.

O jednolitości grupy decyduje **zdolność posługiwania się zaimkiem „my”**. Tak w grupie mieszkańców, gdzie wszyscy powinni się tolerować i stanowić spójną całość, jak i w grupie pracownicy - mieszkańcy. Jeśli nie będziemy posługiwać się zaimkiem „my”, zamieniając go na zaimek „oni” postawimy mieszkańców na pozycji podrzędnej, zmieni to nasze nastawienie do seniorów, nie będziemy starali się wczuć w ich położenie, zabraknie nam empatii, która jest cechą dominującą w pracy z osobami potrzebującymi pomocy i wsparcia.

W myśl hierarchii grupy, z mieszkańcami domu najczęstszy kontakt ma personel medyczny oraz pokojowe. Sytuacja ta dla mieszkańców nie jest korzystna, gdyż pracownicy o niskiej pozycji społecznej, nieusatsfakcjonowani wynagrodzeniem, mogą czuć się pokrzywdzeni i swoją krzywdę manifestować wyładowując agresję na seniorach, którzy w hierarchii znajdują się niżej. Aby zapobiegać sytuacjom agresywnym, które nie mogą mieć miejsca w domach pomocy, należy więcej czasu poświęcić fachowym szkoleniom osób z grupy położonej na najniższym szczeblu hierarchii, zwłaszcza, że często osoby te są bez żadnego wykształcenia. (34)

Szkolenia podnoszące kompetencje członków Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego są bardzo ważne. Powinny być przeprowadzane często. Rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej obliguje dom do przeprowadzenia co najmniej raz na dwa lata szkoleń, z zakresu praw mieszkańca domu oraz kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców. (46) Dwa szkolenia w przeciągu dwóch lat to stanowczo za mało.

Dobrym rozwiązaniem jest zaplanowanie i przeprowadzenie szkoleń wewnętrznych minimum raz w miesiącu. Powinny być one przygotowywane przez członków Zespołu Terapeutyczno - Opiekuńczego zgodnie z rocznym harmonogramem szkoleń. Temat szkoleń może wynikać z bieżących potrzeb personelu, dyktowanych sytuacjami wymagającymi wsparcia i poparcia wiedzą teoretyczną.

W miarę możliwości pracownicy korzystają ze szkoleń zewnętrznych, które w większości są płatne.

Należy się zastanowić, czy personel o najniższym wykształceniu nie powinien częściej **korzystać ze szkoleń**, które miałyby na celu poprawę komunikacji interpersonalnej z mieszkańcami z różnymi zaburzeniami i schorzeniami; będącymi w odmiennych stanach społecznych, psychicznych, fizycznych i somatycznych. Wśród personelu najniższego obserwuje się także deficyt wiedzy o istocie chorób wieku starczego, funkcjonowaniu tej grupy osób.

Uważam, że mylne jest stwierdzenie, iż osoby zatrudnione na danym stanowisku kilkanaście lat, nie potrzebują podnosić swoich kwalifikacji, ponieważ niezbędną wiedzę nabyli przez doświadczenie. Doświadczenie w pracy z mieszkańcami domu pomocy jest bardzo ważne i zapewne podnosi jakość wykonywanej pracy, ale nie podparte wiedzą teoretyczną prowadzi do wykonywania obowiązków w sposób rutynowy. Pracownik nie zauważa zależności między zachowaniem osoby „jesieni życia”, a występującą u niego chorobą; nie potrafi w odpowiedni sposób zapobiec wielu sytuacjom konfliktowym, gdyż nie zna podstawowych zasad komunikowania się z osobą z postępującymi procesami otępiennymi. Pracownik nie potrafi zrozumieć mieszkańca i pozbyć się gniewu i upokorzenia po wystąpieniu sytuacji agresywnych, często wzmocnionych wyzwiskami, wulgaryzmami w kierunku jego osoby. Braku podstawowej wiedzy i wynikających z niej kompetencji nie zrekompensuje pracownikowi doświadczenie i nie ułatwi współpracy pomiędzy pozostałymi grupami hierarchii pracowników.

Problemem w domach pomocy społecznej jest brak specjalistycznego wykształcenia pracowników, ale także brak motywacji do podnoszenia kwalifikacji.

Trafnie określiła to M. Lambui: „Wiatr czasów wieje i koniecznością stało się permanentne kształcenie i nabywanie nowych kompetencji”. (59)

Studiując edukację i rehabilitację osób z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem okazało się, że jestem jedyną słuchaczką pracującą w Domu Pomocy Społecznej. Usłyszałam stwierdzenie: „To co Ty tutaj robisz?” Na kolejnym wykładzie Profesor, psychiatra, pracujący z osobami z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem w jednym z domów pomocy społecznej, na terenie województwa mazowieckiego, wyraził zdziwienie twierdząc, że przynajmniej połową słuchaczy tego kierunku powinni być pracownicy domów pomocy

społecznej, ponieważ obecne dzieci i młodzież z zaburzeniami ze spektrum autyzmu to potencjalni klienci placówek opieki całodobowej, w tym również domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Możemy zadać pytania: Jacy w takim razie będą specjaliści pracujący z osobami autystycznymi? Jakimi będą metodami pracować? Jakie będą ich kompetencje zawodowe? Skąd i od kogo będą czerpać wiedzę potrzebną do kontynuacji terapii osób z niepełnosprawnościami w tym z autyzmem, rozpoczętej przed zamieszkaniem tych osób w placówce? Czy nie będą zmarnowane dotychczas zdobyte kompetencje społeczne przez osoby z wielorakimi niepełnosprawnościami, czas poświęcony tym dzieciom i młodzieży, wytrwałość, zaangażowanie specjalistów, a także ogromne nakłady finansowe skierowane na tę grupę społeczeństwa?

Problem nie ogranicza się wyłącznie do braku motywacji ze strony personelu domów pomocy społecznej. Dotyczy także postawy osób kierujących tymi placówkami. Brak możliwości skorzystania z urlopu szkoleniowego oraz dofinansowania do studiów nie jest motywujące pracowników do podnoszenia swoich kompetencji zawodowych, tym bardziej, że zarobki w domach pomocy są bardzo niskie i nieadekwatne do wykonywanej pracy. Propozycja skierowania specjalistów domów pomocy społecznej na studia, w celu poszerzenia specjalistycznej wiedzy przez samą dyrekcję domów jest nierealna, zaś stwierdzenie, że studiujemy dla własnej przyjemności raczej jest demotywatorem podejmowania działań i poszerzania horyzontów wiedzy i umiejętności. (42)

Wypalenie zawodowe

*Trudno wejść w kontakt z otoczeniem,
przed którym się ucieka,
lub które chce się zniszczyć.*

A. Kępiński „Autoportret człowieka (myśli, aforyzmy)”

Zespół wypalenia nazywany jest także „Syndromem Syzyfa”. Praca z ludźmi potrzebującymi, chorymi, w podeszłym wieku, z niepełnosprawnościami jest bardzo ciężka. Często pracownicy pozostający w bliskim kontakcie z mieszkańcami tracą poczucie sensu wykonywanych obowiązków. Pracy, która nigdy nie ma końca, jest nieprzerobiona i nie widać jej efektów. Mieszkaniec z otępieniem wymazuje się własnymi odchodami. Umyty, przebrany - po kilku minutach robi to samo. Znowu zostaje umyty, przebrany i tak kilka razy dziennie. Syzyf, postać mitologiczna, musi wtoczyć kamień na szczyt góry, kiedy jest już blisko, kamień wymyka mu się i spada w dół. Syzyf rozpoczyna pracę od początku.

Zjawisko wypalenia zawodowego w dużej mierze dotyczy pracowników zawodów społecznych: lekarzy, pielęgniarek, nauczycieli, pracowników socjalnych, terapeutów. Praca w tych zawodach wiąże się z koniecznością bliskiego kontaktu z osobami potrzebującymi pomocy. Mimo wysiłków z naszej strony nie unikniemy emocjonalnego zaangażowania w problemy osób, które wspieramy. Często problemy te przenosimy na grunt prywatny. Nie możemy się zatrzymać, odciąć, myślami jesteśmy z podopiecznymi, szukamy skutecznych sposobów rozwiązania trudnej sytuacji. (60)

Symptomy wypalenia zawodowego można zaobserwować we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. W sferze fizycznej może to być poczucie zmęczenia, zaburzenia snu, bóle głowy, zmniejszenie odporności na infekcje, dolegliwości ze strony układu pokarmowego. W sferze emocjonalnej - poirytowanie, lęk, gniew, poczucie winy, apatia. W sferze behawioralnej - absencja, obniżenie jakości pracy, zwiększenie spożycia alkoholu, leków, kofeiny, nikotyny, objadanie się. W sferze interpersonalnej przedmiotowe traktowanie mieszkańców, dystansowanie się, przemoc psychiczna lub fizyczna, izolowanie się od bliskich. W sferze postaw - cynizm, gruboskórność, pesymizm, nieufność. (60)

Osoby opiekujące się starymi rodzicami czy dziadkami w warunkach domowych przeżywają często kryzys. Opowiadają, że jest to najgorszy okres ich życia. Początkowo pielęgnacja osoby niesamodzielnej jest akceptowalna, nie wymaga dużego zaangażowania, ani też wysiłku. Z upływem czasu jednak stan osoby się pogarsza, potrzebuje ona coraz więcej uwagi i coraz więcej czynności jest do wykonania. Przychodzi w końcu czas, że opiekun jest zaabsorbowany obowiązkami przez całą dobę. Przerastają one jego siły i możliwości. Nie ma wsparcia innych osób. Staje się osobą zależną od osoby zależnej.

Dramatem staje się to, iż opiekun zapomina jak funkcjonowała bliska mu osoba parę tygodni temu. Zatarł się obraz kochającej, troskliwej, uśmiechniętej matki lub biegnącego z pomocą ojca, negatywny, potworny obraz osoby chorej, często wulgarnej i agresywnej.

Opieka i pielęgnacja skierowana ku mieszkańcom domu pomocy jest pracą bardzo trudną i wyczerpującą. Biały personel jest podstawą funkcjonowania domów pomocy. To on jest 24 godziny na dobę z osobami potrzebującymi opieki. Praca ta jest trudna, a personelu zajmującego się bezpośrednią opieką nad mieszkańcem jest bardzo mało, za mało. Na dyżurze popołudniowym i nocnym zostają dwie osoby, które muszą opiekować się kilkudziesięcioma mieszkańcami. Służba - bo tak możemy nazwać pracę pielęgniarek, opiekunów, pokojowych jest *emocjonalnie wyczerpująca i „uczuciowo wypalająca”*. *Podstawą dobrze prowadzonego procesu terapeutycznego jest samoświadomość i jej rozwój w relacjach z pacjentem. Terapeuta musi uczciwie, twarzą w twarz, stanąć przed cierpiącym i umierającym pacjentem, by nauczyć się prostej prawdy, że każdy pacjent ma dla niego szczególne, psychologiczne znaczenie, by dokładnie odczytywać i rozpoznawać potrzeby pacjenta, a także, by w miarę możliwości je w pełni zaspokajać.* (5)

Obok głosów „białego personelu”, dotkniętego „Syndromem Syzyfa” słyszałam niejednokrotnie głosy pracowników, będących na stanowiskach kierowniczych lub specjalistycznych, mówiące, iż obowiązki przez nich wykonywane doprowadzają ich do stanu stresu psychologicznego. Mówią, że jeśli czegoś nie zmienią w nastawieniu do wykonywanych obowiązków to zwariują. Widziałam wtedy w ich wypowiedzi siebie samą, która przychodząc do domu po pracy nie była w stanie normalnie funkcjonować. Nawał myśli, które kłębiły się w mojej głowie rozsadał mi czaszkę. Miałam wrażenie, że sprawy minionego dnia, informacje, problemy, chaos wykonywanej pracy, pośpiech skumulowały się w moim umyśle, nie znajdując żadnego ujścia. Nie potrafiłam skupić się na codziennych, domowych czynnościach, schodziłam z drogi członkom rodziny, aby nie wybuchnąć i nie wyładować się na nich, Boga ducha winnych moich problemów. Ulgę przynosiła codzienna drzemka, która często trwała nawet kilka godzin.

Koleżanki w pracy zauważały moje problemy, martwiły się o mnie, namawiały do odpuszczenia niektórych spraw, zmiany nastawienia do obowiązków służbowych, powtarzały często: „Jak się nie ogarniesz to zwariujesz”. Jednak nie jest łatwo z dnia na dzień się zmienić, trzeba nad tym pracować, o ile zmiana jest w ogóle możliwa.

Trzeba znaleźć sposób, aby móc rozgraniczyć pracę zawodową od życia rodzinnego. Obowiązki służbowe wykonujemy przez osiem godzin w zakładzie pracy, po zamknięciu drzwi swego gabinetu jesteśmy na gruncie neutralnym, nasze myśli i obowiązki powinniśmy skupić na rodzinie, czynnościach domowych, przyjemnościach, rzeczach które nas interesują, pasjonują, z których czerpiemy przyjemność.

Ja, po kilku latach pracy „24 godziny na dobę”, dałam radę się odizolować, otrząsnąć ze spraw służbowych wykonywanych w domu, przestać nieustannie myśleć o tym, co się w danej chwili dzieje z mieszkańcami, czy mają dobrą opiekę, czy wszystko jest w porządku, dzwonić kilka razy dziennie do pracy lub do pracowników z tysiącem pytań, problemów i wątpliwości. Obecnie zastanawiam się kiedy to się stało, jak to się stało, że zmieniłam swoje nastawienie.

Myślę, że w dużym stopniu moją odmianę mogę zawdzięczać mężowi, który ciągle mi tłumaczył, że „praca jest w pracy, a w domu jest rodzina”. Denerwował się gdy ciągle dzwoniłam lub odbierałam rozmowy w sprawach służbowych. W końcu postanowiłam całkowicie wyciszać telefon, a że nie lubię rozmów telefonicznych było mi to na rękę. Myślę, że od tego momentu nastąpił przełom w moim funkcjonowaniu. Przemyślałam wiele rzeczy, znalazłam czas na czytanie książek, robótki szydełkowe i studia podyplomowe. Dojrzałam też do przekonania, że życie jest zbyt krótkie, aby robić rzeczy, na które się nie ma ochoty, które nie przynoszą satysfakcji. Przestałam martwić się tym co inni mówią i myślą na mój temat. Stwierdziłam, że życie według ściśle przyjętych w moim otoczeniu reguł mi nie odpowiada, nie będę męczyć się żyjąc tak, jak chcą tego inni, tak jak żyją inni, jak wypada. Dojrzałam do tego, aby żyć w zgodzie z samą sobą, zrobić coś dla siebie, przestać dawać radość tylko innym, a zacząć dawać ją sobie, żyć tak, aby być szczęśliwym człowiekiem. Zrozumiałam, że „aby się wypalić trzeba najpierw płonąć”. (60)

Praca w domu pomocy społecznej jak najbardziej wpisuje się w schemat zawodów zagrożonych ryzykiem wypalenia zawodowego.

Wypalenie pojawia się, gdy wysoce zmotywowani ludzie, pełni zapału i poświęcenia, wysoko stawiający sobie poprzeczkę, w pewnym momencie kariery uświadamiają sobie, że bez względu na to, jak ciężko pracują, nigdy nie osiągną pożądanego stanu - starania są

nieistotne, pozbawione znaczenia, niewystarczające - pacjenci nie wykazują poprawy, współpracownicy przejawiają opór, nic się nie udaje. (60)

„Płonać”, wykonując obowiązki służbowe jest zapewne marzeniem każdego pracownika. Nie dla każdego jednak osiągalnym. Można przypuszczać, że duży odsetek osób pracujących zawodowo nie jest zadowolony z wykonywanych przez siebie obowiązków. Wybierają zawody nie dające im satysfakcji, często wykonywane wbrew sobie, z potrzeby chwili. Nie posuwajmy się jednak w naszych marzeniach zbyt daleko. Nie pozwólmy, aby płomień był zbyt mocny. Im mocniejszy płomień tym jego wypalenie może być dotkliwsze i może nieść za sobą wiele negatywnych konsekwencji.

Zawarte w książce opinie, są wyłącznie moimi. Podyktowane są obserwacją przebywających w domach pomocy społecznej mieszkańców; wykonujących obowiązki przy osobach starszych, chorych i z niepełnosprawnościami pracowników, a także przepisów, na podstawie których funkcjonują domy pomocy społecznej. Przepisy te moim zdaniem nie są dostatecznie doprecyzowane, co nie sprzyja zapewnieniu i utrzymaniu świadczonych przez placówki usług na najwyższym poziomie.

BIBLIOGRAFIA

1. Czerniawska O, „*Nowe drogi w andragogice i gerontologii*”, Wyd. Akademii Humanistyczno - Ekonomicznej, Łódź 2011.
2. Procedura dotycząca roli pracownika pierwszego kontaktu w Domu Pomocy Społecznej we Włocławku.
3. Mielczarek A., *Człowiek stary w domu pomocy społecznej, z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Wyd. AKAPIT, Toruń. 2010.
4. Smyła K., „*Jesień życia*”, a uzależnienie od alkoholu, [w:] Medi, nr 4(70), grudzień 2016.
5. Zych A., *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Wyd. Śląsk, Katowice. 2009.
6. Kępiński A., *Rytm życia*, Wyd. literackie, Kraków, 1983.
7. Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, Wyd. Akademickie „ŻAK”, Warszawa, 2006.
8. Dubas E., *Starość znana i nieznana - wybrane refleksje nad współczesną starością*, Rocznik Andragogiczny 2013, t. 20, 2013.
9. Zych A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wyd. „Śląsk”, Katowice, 1999.
10. Zych A., *Profilaktyka gerontologiczna, a normalne i optymalne starzenie się*, [w:] Wspólne tematy, nr 1/2011.
11. Leszczyńska - Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie - w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego, Olsztyn, 2007.
12. Relacja A. B. z dnia 12.04.2012 r., w posiadaniu autora.
13. Relacja C. K. z dnia 12.04.2012 r., w posiadaniu autora.
14. Relacja Z. G. z dnia 12.04.2012 r., w posiadaniu autora.
15. Relacja K. K. z dnia 12.04.2012 r., w posiadaniu autora.
16. Relacja T. J. z dnia 12.04.2012 r., w posiadaniu autora.
17. Relacja A. D., z dnia 12. 04. 2012 r. w posiadaniu autora.
18. Rosłonowska M., *Stary człowiek w domu pomocy społecznej - własny wybór czy konieczność? (Na przykładzie Domu Pomocy Społecznej we Włocławku ul. Dobrzyńska 102)*, praca licencjacka napisana pod kierunkiem dra Władysława Kubiaka, Włocławek, 2012.
19. Kowalewski J., Szukalski P., *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wyd. PAN, Łódź, 2008.
20. Maslow A., *Motywacja i osobowość*, Wyd. PWN, Warszawa, 2006.
21. Strelau J., *Psychologia-Psychologia ogólna*, Wyd. GWP, Gdańsk, 2006.
22. Bio-psycho-społeczna koncepcja rozwoju człowieka wg ONZ.
23. http://abc.lzinr.lublin.pl/4_konwencja-onz-o-prawach-osob-niepelnosprawnych.html
Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. Podstawa prawna: Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 - dokument ratyfikacyjny podpisany przez Prezydenta RP w dniu 6 września 2012; Oświadczenie Rządowe z dnia 25 września 2012 r. w sprawie mocy obowiązującej Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z

- 2012 r. poz. 1170); Obwieszczenie Ministra Spraw Zagranicznych o sprostowaniu błędów z dnia 15 czerwca 2018 r. (Dz. U. z 2018, poz. 1217)
24. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/konwencja-onz-o-prawach-os%C3%B3b-niepe%C5%82nosprawnych-0>
25. Sobów T., *Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wyd. Conlinuo, Wrocław, 2010.
26. Szczudlik A., Parnowski T., *Otępienie*, [w:] Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, 2012, Wyd. Mesisfera.
27. Follador M., *Jestem matka swojej teściowej - życie u boku chorej na Alzheimera*, Wyd. Bernardinum.
28. Siuda J., Opala G., *Diagnostyka różnicowa otępienia*, [w:] Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, Wyd. Mesisfera, 2012.
29. Chapman G. *Jak ocalić miłość gdy błedną wspomnienia. Pięć języków miłości, a choroba Alzheimera*, Wyd. św. Wojciecha, Poznań 2017.
30. Barcikowska M., *Choroba Alzheimera - rozpoznawanie*, [w:] Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, Wyd. Medisfera, 2012.
31. Olesiak G., *Współczesne trendy w architekturze przyjaznej osobom z demencją*, [w:] Dom pomocy Społecznej. Magazyn Dyrektorów.
32. Cytat z filmu *Motyl Still Alice*, w reżyserii i według scenariusza Richarda Glatzera i Washa Westmorelanda, adaptacja powieści *Motyl* (2007) Lisy Genovy.
33. McCall B., *Jak radzić sobie z chorobą Parkinsona*, Wyd. Jk. Łódź 2007.
34. Kępiński A., *Rytm życia*, Wyd. literackie, Kraków, 1978.
35. Thel K., *Przejawy dyskryminacji kobiet ze względu na wiek w obszarze rynku pracy w Polsce*, [w:], *Dyskryminacja seniorów w Polsce*, Broda – Wysocki P., Dylus A., Pawlus M., (red.), Wyd. Naukowe UKSW, Warszawa, 2016.
36. Leszczyńska - Rejchert A., *Stereotypy starości w perspektywie społeczno - pedagogicznej* [w:] *Stereotypy a starość i niepełnosprawność – perspektywa społeczno – pedagogiczna*, Leszczyńska – Rejchert A., Kantowicz E., (red), wyd. AKAPIT, Toruń.
37. Szukalski P., *Kulturowe uwarunkowania (auto) dyskryminacji ze względu na wiek*, [w:] *Dyskryminacja Seniorów w Polsce*, Broda - Wysocki P., Dylus A., Pawlus M., (red.), Wyd. Naukowe UKSW, Warszawa, 2016.
38. Szukalski P., *Ageizm - dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] Kowaleski J. T., Szukalski P., (red.), *Starzenie się ludności Polski - między demografią a gerontologią społeczną*, Wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź, 2008.
39. M. Rosłonowska, *Problemy z przelatykaniem u mieszkanki domu pomocy społecznej. Analiza przypadku*, [w:] *Gerontologia współczesna*, 2/2018, Vol 6
40. Chabiera A., Tokarz-Kamińska B., „*Za starość naszą i waszą! Rozmawiamy o Konwencji o prawach osób starszych*” - *Akcja na miarę wyzwań demograficznych*, Gerontologia Polska 2016, 24.

41. *Diagnostyka i leczenie otępień, Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, Wyd. Medisfera, 2012.
42. <https://www.popularne.pl/list-starszej-kobiety/>
43. Rosłonowska M., *Udział rodziny własnej w aktywizacji mieszkańców domu pomocy społecznej. (Na przykładzie Domu Pomocy Społecznej we Włocławku ul. Dobrzyńska 102)*, praca magisterska napisana pod kierunkiem profesora L. Plocha, Warszawa, 2014.
44. Zbryd T. *Domy pomocy społecznej dla seniorów - wyzwania i perspektywy rozwoju*, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli, Red. Szyszka M., Dancák P., Wąsiński A., Daszykowska J, [w:] Instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy wsparcia osób starszych, Stalowa Wola - Bratysława, 2015.
45. Szczepanowicz B., *Starość niejedno ma imię*, Wyd. Księży Sercanów, Kraków, 2015.
46. Rozporządzenie z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. 2012 poz. 964.
47. Bohdan Z., *Smutek pożegnania z pacjentem*, [w:] Medi, nr 4(74), grudzień 2017/styczeń 2018.
48. Prawa Człowieka Umierającego powstały we współpracy z dr n. med. Małgorzatą Krajnik, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej i ks. Dr Piotrem Krakowiakiem. Przy ich opracowywaniu korzystaliśmy z: W. Bołoz, "Bioetyka i prawa człowieka", Warszawa 2007, i z Carta dei Diritti del Morente, Fondazione Floriani, Mediolan 1997.
49. Coelho P., *Walkirie*, tł. J. Jeżdżikowski, Wyd. Drzewo Babel, Warszawa, 2010.
50. <http://tomasz-miler.pl/10-zasad-kaizen/>
51. Zdebska E., *Zespół Terapeutyczno-Opiekuńczy w domu pomocy społecznej*, Kraków, 2016.
52. Kolasa - Skiba A., *Metody aktywizujące w pracy z dziećmi z upośledzeniem umysłowym*, [w:] Dyskurs Pedagogiczny, Tom 12, rok 2014, Pedagogiczne, psychologiczne i społeczne refleksje nad zdrowiem oraz skuteczną edukacją zdrowotną, redakcja naukowa: Wojciech Błazejewski Zbigniew Ruszaj, Jarosław Kosidło J., *Pracownik idealny. Jakie powinny być osoby pracujące z niepełnosprawnymi i chorymi*. [w:] Dom Pomocy Społecznej, Magazyn dyrektora, nr 1(3) styczeń - luty, 2017.
53. Ziółkowska - Leśna A., *Metoda ruchu rozwijającego, w Dom Pomocy Społecznej*, [w:] Magazyn Dyrektora, Nr 6 (8) listopad - grudzień 2017.
54. Michałowska - Olechnowicz I, *Zatrzymać młodość umysłu. Metody wspomagania pamięci, w Domu Pomocy Społecznej*. [w:] Magazyn Dyrektora.
55. Gordzelewska B, *Kinezylogia edukacyjna jako wsparcie dla uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, [w:] Terapia pedagogiczna, t. 2, red. E.M. Skorek, Kraków 2004.
56. Hannaford C., *Zmysłne ruchy, które doskonalą umysł*, Wydawnictwo Polskiego Stowarzyszenia Kinezylogów we współpracy z Medyk Sp. z o.o., Warszawa, 1998.
57. Rottermund J., Knapik A., Wąsiński A., Szyszka M., *Motywowanie osób starszych do aktywności fizycznej*, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział

Zamiejscowy Prawa i Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli, Redakcja naukowa: Michał Szyszka, Pavol Dancák, Arkadiusz Wąsiński, Jadwiga Daszykowska, Instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy wsparcia osób starszych, Stalowa Wola - Bratysława, 2014.

58. Kosidło J., *Pracownik idealny. Jakie powinny być osoby pracujące z niepełnosprawnymi i chorymi*. [w:] Dom Pomocy Społecznej, Magazyn dyrektora, nr 1(3) styczeń - luty, 2017, s. 37.
59. Lambui M., *Dorosłość, starzenie się i umieranie osób z niepełnosprawnością intelektualną przebywających w domach pomocy społecznej*, [w:] Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia, teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa aż do późnej dorosłości, Głodkowska J., Giryński A., (red.) Wyd. APS, Warszawa, 2004.
60. Glińska-Neweś A., *Wypalenie zawodowe czyli zglišzcza zaangażowania*, [w:] Medi, 3(65), 2015.

