

FEDERACJA NAUKOWA WSB-DSW MERITO

mgr Jarosław Grzebyk

**Człowiek stary w domu pomocy społecznej.
Studium etnopedagogiczne**

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dra hab. Adama A. Zycha

Gdańsk – Wrocław, 2023

Spis treści

Streszczenie	5
Summary	7
Wykaz akronimów i skrótów	9
Wstęp	11
Rozdział 1. Starzenie się i starość człowieka	13
1.1. Starzenie się polskiego społeczeństwa	13
1.2. Starość jako ostatnia faza życia	21
1.3. Jakość życia człowieka w starości	27
1.4. Wybrane problemy człowieka w starości	33
Rozdział 2. Człowiek stary w instytucji pomocowej	43
2.1. Kierunki rozwoju współczesnej polityki senioralnej w Polsce	43
2.2. Opieka nad osobami starszymi a rozwiązania instytucjonalne	49
2.3. Dom pomocy społecznej (DPS) jako instytucja pomocy społecznej	57
2.4. Dom pomocy społecznej przyszłości	79
Rozdział 3. Instytucja totalna	92
3.1. Teoria działań społecznych i koncepcja instytucji totalnej Ervinga Goffmana	92
3.2. Dom pomocy społecznej jako instytucja totalna	109
3.3. Człowiek stary w instytucji totalnej widziany przez autorów sztuk teatralnych, badacza i pracownika DPS	116
Rozdział 4. Metodologiczne podstawy badań własnych	128
4.1. Cele i przedmiot badań	128
4.2. Problemy badawcze	129
4.3. Strategia badawcza	133
4.4. Metody, narzędzia i techniki badawcze	139
4.5. Metody analizy wyników badań	140
4.6. Teren, organizacja badań i dobór osób badanych	142
Rozdział 5. Człowiek stary w Domu Pomocy Społecznej L1 – badania terenowe	160
5.1. Proces przygotowań do badań własnych	160

5.2. Integracja z osobami starszymi mieszkającymi w Domu Pomocy Społecznej L1	167
5.3. Portrety ludzi starszych w Domu Pomocy Społecznej L1	172
5.4. Codziennosc w Domu Pomocy Społecznej L1	178
Rozdział 6. Człowiek stary w Domu Pomocy Społecznej CH2 – badania terenowe	202
6.1. Charakterystyka placówki	202
6.2. Adaptacja nowego mieszkańca	205
6.3. Portrety ludzi starszych w Domu Pomocy Społecznej CH2	212
6.4. Codziennosc w Domu Pomocy Społecznej CH2	216
6.5. Kontrola i utrzymywanie porządku wewnętrznego przez personel placówki	229
6.6. Nieformalne grupy środowiskowe w domu pomocy społecznej	238
6.7. Język komunikacji społeczności w domu pomocy społecznej	247
6.8. Ukryta aktywnosc społeczności DPS w zaspokajaniu własnych potrzeb	249
Rozdział 7. Typologia osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej	254
7.1. Typologia postaci	254
7.2. Style życia	259
7.3. Typologia człowieka starego w domu pomocy społecznej	265
7.4. Typologia mieszkańców DPS z zajmowaną przestrzenią życiową	289
Rozdział 8. Pandemia COVID-19 w domu pomocy społecznej – badania własne	298
8.1. Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce podczas pandemii COVID-19	298
8.2. Regulacje prawne dotyczące COVID-19 wprowadzone w domach pomocy społecznej	301
8.3. Środowisko domu pomocy społecznej podczas pandemii COVID-19	306
8.4. Działania kryzysowe personelu domu pomocy społecznej w trakcie wykrycia transmisji COVID-19 wśród mieszkańców na przykładzie DPS w Pile	316
Zakończenie – wnioski i wskazania pedagogiczne	322
Bibliografia	335
Spisy rysunków, tabel i fotografii	357
Aneks	358

STRESZCZENIE

W trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej autor skoncentrował się na dogłębnym zbadaniu problematyki związanej z życiem osób starszych w domu pomocy społecznej jako instytucji opiekuńczej. W niniejszej pracy w sposób kompleksowy przedstawiono analizę warunków, wyzwań i doświadczeń, z jakimi spotykają się seniorzy przebywający w tego rodzaju placówkach.

Celem pracy było zebranie odpowiedniej ilości danych i zgromadzenie doświadczeń związanych z pobytem w dwóch wybranych domach pomocy społecznej w charakterze mieszkańca. W czasie pobytu w tych placówkach, autor, dodatkowo opierając się na opisie autoetnograficznym, przeprowadził szczegółową analizę warunków życiowych mieszkańców.

Przygotowując plan badawczy, wykorzystano doświadczenia Yanna Straussa, francuskiego badacza, specjalisty zdrowia publicznego, który poznał problematykę pensjonariuszy zakładu opiekuńczego, korzystając z badań etnograficznych, opartych na metodzie obserwacji uczestniczącej ukrytej.

Podobnie jak Strauss, autor wszedł w środowisko mieszkańców domu pomocy społecznej i doświadczył codzienności życia człowieka starego w instytucji opiekuńczej. Do tej roli mieszkańca autor przygotowywał się półtora roku. Zmiana wyglądu fizycznego pomogła wczuć się w rolę osoby bezdomnej, zagubionej i z łatwością mógł wtopić się w środowisko placówki. Należy dodać, iż badania były przeprowadzone w okresie pandemii COVID-19, bardzo trudnym czasie dla tych domów. W trakcie pobytu w wybranych ośrodkach zaobserwowano rutynowe czynności mieszkańców realizowane zgodnie z harmonogramem dnia, ale także zanurzono się w ich świat emocji, relacji społecznych i oddziaływania środowiska instytucjonalnego na ich doświadczenia. Poprzez uczestnictwo w życiu codziennym mieszkańców, poznano problematykę, z jaką codziennie spotykają się pensjonariusze domów pomocy społecznej, a także porównano warunki życia pensjonariuszy.

Praca objęła trzy części: teoretyczną, metodologiczną i analityczno-interpretacyjną. W części pierwszej przedstawiono problematykę związaną ze starością i starzeniem się człowieka, a także zjawiska temu procesowi towarzyszące. Poza tym poruszono zagadnienia dotyczące polityki senioralnej w Polsce, jej kierunków rozwoju, a także perspektywy dotyczące domów pomocy społecznej jako ważnych elementów struktury opieki nad osobami starszymi. Dodatkowo podjęto próbę wyjaśnienia goffmanowskiego pojęcia „instytucja totalna” w drugiej dekadzie XXI wieku na przykładzie domu pomocy społecznej. W części drugiej zaprezentowano metodologiczne podstawy badań własnych. Z kolei w części trzeciej zaprezentowano przebieg

badania własnych, opartych na doświadczeniach autora pracy, który przebywał w domach pomocy społecznej, gdzie zebrał materiał badawczy pozwalający na sformułowanie wniosków, które mogą przyczynić się do dalszych działań mających na celu poprawę jakości życia osób starszych przebywających w tego typu placówkach opiekuńczych.

Analizując funkcjonowanie instytucji opiekuńczej, zwrócono szczególną uwagę na jakość opieki, dostępność do różnorodnych form wsparcia, a także jakość życia seniorów, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

Całość rozprawy obejmuje nie tylko kompleksowy przegląd problematyki opieki nad mieszkańcami DPS, ale także prezentację indywidualnych doświadczeń autora, który dla potrzeb projektu stał się jego pensjonariuszem. Współdzielenie przestrzeni życiowej z osobami starszymi umożliwiło autorowi rozprawy zrozumienie ich codziennych wyzwań, emocji i doświadczeń, a także pomogło zidentyfikować trudności, z jakimi borykają się starsi ludzie, takie jak: utrata autonomii, problem izolacji społecznej czy wyzwania zdrowotne.

Słowa kluczowe: człowiek stary, dom pomocy społecznej, pandemia COVID-19, instytucja totalna, jakość życia osób starszych.

SUMMARY

In the process of preparing the doctoral thesis, the author focused on a thorough examination of the issues related to the lives of elderly individuals in nursing homes as care institutions. This paper comprehensively presents an analysis of the conditions, challenges, and experiences faced by seniors residing in such facilities.

The main objective of the study was to gather a sufficient amount of data and accumulate experiences related to residing in two selected nursing homes as a resident. During their stay in these facilities, the author, additionally relying on autoethnographic description, conducted a detailed analysis of the living conditions of the residents.

In preparing the research plan, the author drew on the experiences of Yann Strauss, a French researcher and public health specialist who explored the issues of nursing home residents through ethnographic research based on hidden participant observation. Like Strauss, the author immersed themselves in the environment of nursing home residents and experienced the daily life of an elderly person in a care institution. The author prepared for this role for a year and a half, undergoing a physical transformation to better understand the experience of homelessness and seamlessly blend into the facility's environment. It is important to note that the research was conducted during the COVID-19 pandemic, a challenging time for these homes. Throughout their stay in the selected facilities, routine activities of the residents were observed following the daily schedule. However, the study delved into their world of emotions, social relationships, and the impact of the institutional environment on their experiences. By participating in the residents' daily lives, the author gained insights into the issues encountered by nursing home residents and compared their living conditions.

The thesis comprises three parts: theoretical, methodological, and analytical-interpretive. The theoretical part addresses issues related to aging, the elderly, and phenomena accompanying this process. It also discusses senior policy in Poland, its development directions, and the perspective concerning nursing homes as essential elements of elderly care structure. Additionally, an attempt is made to explain Goffman's concept of the "total institution" in the second decade of the 21st century, using the example of nursing homes.

The methodological part presents the foundations of the author's own research, and the third part details the course of the research based on the author's experiences. The author resided in two described nursing homes, collecting research material to formulate conclusions contributing to further actions aimed at improving the quality of life for elderly individuals in such care facilities.

In analyzing the functioning of care institutions, particular attention was given to the quality of care, accessibility to various forms of support, and the quality of life for seniors in both physical and psychological aspects.

The entire thesis encompasses not only a comprehensive overview of the issues of caring for nursing home residents but also a presentation of the author's individual experiences, who, for the project's needs, became a resident. Sharing living space with elderly individuals allowed the author to understand their daily challenges, emotions, and experiences, and helped identify difficulties faced by the elderly, such as loss of autonomy, social isolation, and health challenges.

Keywords: elderly individuals, nursing home, COVID-19 pandemic, total institution, quality of life for the elderly.

Wykaz akronimów i skrótów

ADOOS – Akademicki Dom Opieki nad Osobami Starszymi

AED – defibrylator (automatyczny defibrylator zewnętrzny)

b.d. – brak danych

BHP – bezpieczeństwo i higiena pracy

COG – całościowa ocena geriatryczna (ang. *comprehensive geriatric assessment*)

COVID-19 – nazwa choroby zakaźnej układu oddechowego wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2

DDP – dzienny dom pomocy

DDPS – dzienny dom pomocy społecznej

DDS – dzienny dom seniora

DPS – dom pomocy społecznej, który w rozumieniu Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające. Dom pomocy społecznej zgodnie z art. 51 ustawy udziela świadczeń całodobowo osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia

DPS CH2 – Dom Pomocy Społecznej oznaczony na potrzeby badań własnych jako ośrodek CH2

DPS L1 – Dom Pomocy Społecznej oznaczony na potrzeby badań własnych jako ośrodek L1

ds. – do spraw

DPS X – nieokreślony dom pomocy społecznej

EKS – Europejska Karta Społeczna

GOPS – gminny ośrodek pomocy społecznej

GUS – Główny Urząd Statystyczny

HACCP – analiza zagrożeń i krytyczne punkty kontroli

JST – jednostka samorządu terytorialnego

KPPUE – Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej

KS – klub seniora

MOPS – miejski ośrodek pomocy społecznej

MRPiPS – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

MRiPS – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

n – liczebność próby
NATO – Pakt Północnoatlantycki
NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPS – ośrodek pomocy społecznej
OSP – Ochotnicza Straż Pożarna
PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna
PGR – Państwowe Gospodarstwo Rolne
PRL – Polska Rzeczpospolita Ludowa
PSP – Państwowa Straż Pożarna
PTG – Polskie Towarzystwo Geriatryczne
RE – Rada Europy
RODO – Ogólne Rozporządzenie o Danych Osobowych 2016/679 obowiązujące we wszystkich krajach Unii Europejskiej
r.ż. – rok życia
SARS-CoV-2 – nazwa czynnika chorobotwórczego należącego do koronawirusów, czyli wirusów RNA
SSP – system sygnalizacji pożaru
UE – Unia Europejska
UTW – uniwersytet trzeciego wieku
UODO – Urząd Ochrony Danych Osobowych
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)

Wstęp

Człowiek stary charakteryzuje się mnogością doświadczeń, wyzwań i zmian, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Starość jest ostatnią fazą życia, w której jednostka zaczyna odczuwać proces starzenia się organizmu. Warunki zdrowotne, społeczne i psychologiczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu życia człowieka starego.

Fizyczne wyzwania starzenia obejmują spadek sprawności fizycznej, zmiany w układzie kostnym, utratę masy mięśniowej, pogarszający się wzrok i inne schorzenia zdrowotne. Jednocześnie podłoże psychospołeczne związane jest ze zmianami z zakresu najbliższego otoczenia, zmianami w relacjach społecznych oraz rozważaniami nad własnym życiem i sensem istnienia. Ważnym elementem starości jest także potrzeba wsparcia i opieki, szczególnie w przypadku osób, które z różnych powodów nie są w stanie samodzielnie funkcjonować.

Starzenie się społeczeństwa i wzrost liczby osób starszych, analiza warunków życia, opieki oraz dostosowania instytucji opiekuńczych, takich jak domy pomocy społecznej, stają się istotnym obszarem badań. Zrozumienie codziennego życia człowieka starego będącego w instytucji opiekuńczej pozwoli na identyfikację obszarów wymagających poprawy i rozwijanie bardziej efektywnych strategii wsparcia.

Starość, będąc nieodłącznym etapem życia, wymaga spojrzenia na nią z perspektywy wielowymiarowej, uwzględniającej zarówno sfery fizyczne, jak i psychiczne, a także tworzenie warunków sprzyjających godnemu i pełnemu życiu w tym okresie.

Wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa pojawiają się nowe wyzwania związane z opieką nad osobami starszymi. Dom pomocy społecznej staje się istotnym elementem systemu opieki i miejscem, w którym często schronienie znajdują seniorzy.

Starość niesie ze sobą unikatowe wymiary, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychospołecznym. W zakresie domu pomocy społecznej jako miejsca zapewniającego opiekę seniorom, istnieje potrzeba głębszego zrozumienia codziennego życia mieszkańców, ich wyzwań, potrzeb i doświadczeń. Praca ta podejmuje próbę spojrzenia na tę problematykę z perspektywy człowieka starego, żyjącego w warunkach instytucji opiekuńczej oraz analizy uwarunkowań życiowych osób zamieszkujących domy pomocy społecznej.

Wybór tematu pracy związany jest z zainteresowaniami autora, który skupił się na problemach społecznych dotyczących demografii, starzejącego się społeczeństwa oraz codziennym życiu osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej. Autor uznaje te zagadnienia za istotne, zważywszy na rosnącą liczbę osób starszych, często niesamodzielnych, niepełnosprawnych i wymagających opieki, zwłaszcza tych przekraczających 80. r.ż.

W literaturze coraz częściej poruszana jest kwestia DPS jako instytucji totalnej, co wywołuje pytania dotyczące jej rzeczywistego funkcjonowania oraz przyczyn negatywnej opinii, jaką często się ją obarcza. Autor stawia sobie za zadanie zrozumienie, dlaczego DPS ma często niekorzystną opinią, skąd ona się wzięła oraz czy istnieją sposoby na poprawienie tego wizerunku. W analizie uwzględnia cechy charakterystyczne instytucji totalnych oraz rozważa, czy obecne standardy polityki społecznej są odpowiednie w zakresie poprawy warunków i jakości życia osób starszych.

W rozprawie zastosowano podejście etnopedagogiczne, w którym autor sam stał się pensjonariuszem DPS, by z bliska doświadczyć codzienności i standardów tej instytucji. Będąc kierownikiem instytucji pomocowej lub członkiem personelu niższego szczebla, nie dostrzega się tego, co można doświadczyć z punktu widzenia pensjonariusza DPS. Taka perspektywa ma pomóc w zidentyfikowaniu obszarów wymagających zmiany lub poprawy oraz zrozumieniu, czy DPS nadal efektywnie spełnia swoje zadania w zmieniającym się społeczeństwie.

Warto podkreślić, że przeprowadzone badania naukowe miały miejsce w trakcie panującej pandemii COVID-19. Ta zakaźna choroba wprowadziła dodatkowy wymiar do analizy, biorąc pod uwagę wpływ ograniczeń związanych z pandemią na codzienne funkcjonowanie i jakość życia osób starszych w badanej instytucji. Warto zwrócić uwagę na to, w jaki sposób sytuacja pandemiczna mogła wpływać na wyniki oraz wnioski płynące z przeprowadzonych badań, uwzględniając specyficzne wyzwania i zmiany, jakie miały miejsce w czasie epidemii.

Poprzez skoncentrowane badania i analizę, niniejsza praca ma na celu przedstawienie codziennego życia seniorów w domach pomocy społecznej, z identyfikacją istotnych kwestii, wyzwań i problemów związanych z poprawą jakości ich życia.

Przeanalizowanie tych kwestii może przyczynić się do bardziej holistycznego spojrzenia na potrzeby i warunki życia osób starszych w instytucjach opiekuńczych oraz dostarczyć istotnych wniosków, które mogą wspomagać podejmowanie decyzji dotyczących poprawy jakości życia i opieki nad seniorami w DPS.

Rozdział I. Starzenie się i starość człowieka

Osoby starsze stanowią znaczący segment społeczeństwa w wielu krajach. Starzenie się populacji wiąże się z pojawieniem się nowych potrzeb i wyzwań. Obecna sytuacja osób starszych, zarówno w Polsce, jak i na świecie, jest przedmiotem intensywnych debat i dyskusji.

Według Polskiego Towarzystwa Badań nad Przyszłością, odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do osób w wieku produkcyjnym był niski na całym świecie i wynosił 13,7% w 2018 r. Jednak w krajach rozwiniętych średnia ta była znacznie wyższa. Na podstawie badań przeprowadzonych w dwudziestu największych gospodarkach świata, odsetek ten wynosił średnio 21,1%, a w państwach Unii Europejskiej sięgał 31,1%.

Analizując problem starzenia się społeczeństwa, prognozy wskazują, że wskaźniki obciążenia demograficznego w krajach rozwiniętych będą nadal wzrastać. Przewidywane jest, że do 2050 r. odsetek ten wyniesie 43,5% dla dwudziestu największych gospodarek światowych i 53,2% dla krajów Unii Europejskiej (*Sytuacja seniorów w Polsce i na świecie. Raport SeniorApp*, <https://seniorapp.pl/sytuacja-seniorow-w-polsce-i-na-swiecie-raport-seniorapp/>, 2022, dostęp 01.06.2023). To oznacza, że ponad połowę populacji Unii Europejskiej w 2050 r. będą stanowić osoby w wieku 60 lat i starsze.

1.1. Starzenie się polskiego społeczeństwa

Starość to nieodłączny etap życia, który wiąże się z procesami biologicznymi i psychospołecznymi. Te zmiany, które zachodzą w organizmach w miarę starzenia się, mogą prowadzić do wyzwań zdrowotnych i refleksji nad własnym życiem. Starość jest zdecydowanie procesem nieuniknionym i naturalnym, charakteryzującym się dużą indywidualnością. Obecnie widzimy tendencję do postrzegania starzenia się i starości jako nierozzerwalnych elementów życia, co sprawia, że starzenie się jest traktowane jako naturalny proces z charakterystycznymi dla niego przemianami. Ważne jest, aby społeczeństwo zrozumiało pojęcia starzenia się i starości, aby lepiej przygotować się na to, co niesie ze sobą ten etap życia.

Dla Joanny Wawrzyniak starość stanowi naturalny etap życia, który niesie ze sobą wiele wyzwań, przemian i refleksji, zarówno na poziomie biologicznym, jak i psychospołecznym. W miarę postępującego starzenia się ludzi zachodzą zmiany w organizmach. Obserwuje się spadek ogólnej sprawności fizycznej oraz zmniejszenie wydolności narządów i układów, co predysponuje do wystąpienia różnych problemów zdrowotnych. Starość staje się zauważalna, gdy te różnorodne zmiany występują jednocześnie. To zupełnie naturalny proces, który cechuje się dużą indywidualnością, ale też nieuniknionością i nieodwracalnością. Starzenie się stanowi

trwały i długotrwały proces fizjologiczny. Przeważa przekonanie, że starzenie się jest integralną częścią procesu życiowego u każdej osoby. W związku z tym starzenie się jest postrzegane jako naturalny proces, w którym zachodzą różnorodne, charakterystyczne dla danego etapu życia przemiany (Wawrzyniak, 2017d, s. 46).

Adam Zych definiuje starość jako nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu (Zych, 2001, s. 202). Oznacza to, że starość to nieuchronny skutek starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać na siebie wzajemnie, co prowadzi do zakłócenia równowagi tych sfer, bez możliwości jej odwrócenia.

Anna Brzezińska i Szymon Hejmanowski zauważają, że terminologia określająca ostatni etap życia może być różnorodna i obejmować określenia, takie jak: późna dorosłość, wiek podeszły, okres senioralny lub po prostu starość. Często towarzyszą temu strach i obawy, które kojarzą się z: utratą zdolności, chorobami, osłabieniem ciała, a przede wszystkim zależnością od innych ludzi w życiu codziennym. Wielu ludzi obawia się również samej śmierci. Jednak kiedy zbliżamy się do tego etapu życia lub mamy okazję obserwować go u innych, wiele z tych lęków zwykle zanika. Trudności, które się pojawiają, dają się rozwiązać w różny sposób, a otaczający nas ludzie często okazują się pomocni. Ostatni etap życia nierozzerwalnie wiąże się z doświadczaniem różnych strat – sił i zdrowia, zasobów finansowych, współmałżonka, dzieci, przyjaciół i znajomych, ale także rzeczy materialnych, które z biegiem lat tracą swoją wartość, np. ubrania, meble itp. (Brzezińska i Hejmanowski, 2021, s. 623-624).

Warto zwrócić uwagę, że sposób, w jaki jednostki postrzegają starość, jest zróżnicowany. Dla niektórych jest to czas aktywnego życia i realizacji marzeń, podczas gdy inni mogą odczuwać strach przed procesem starzenia się i utratą niezależności. Jeśli przyjrzymy się starzeniu się biologicznemu, można zauważyć spadek funkcji fizjologicznych organizmu, co wynika z różnorodnych czynników, takich jak: czynniki genetyczne, wpływ środowiska, kultura, a także wykonywany zawód. W obszarze psychologicznym starzenie się wpływa na zmiany w sferze osobowości jednostki, często skupiając ją na własnych doświadczeniach i refleksjach. Starość społeczna związana jest z utratą społecznych ról i interakcji, co może wpłynąć na samopoczucie osób starszych.

Starość nie jest zazwyczaj okresem życia, który budzi radość i jest z niecierpliwością oczekiwany przez wiele osób. Często jest postrzegana jako zbędny etap, który młodsza część społeczeństwa chce zbagatelizować lub udaje, że nigdy ich nie będzie dotyczyć.

Warto zrozumieć, że starość jest naturalnym etapem życia każdej osoby, pełnym wyzwań, ale także impulsem do rozwoju i satysfakcji. Przełamanie milczenia na ten temat może pomóc w budowaniu większej akceptacji i zrozumienia dla potrzeb i doświadczeń osób starszych i przyczynić się do tworzenia społeczeństwa bardziej przyjaznego dla ludzi w różnym wieku. Simone de Beauvoir (1908–1986) stwierdza, że „Społeczeństwu starość jawi się jako wstydlivy sekret, o którym nie wypada mówić. Oto dlaczego piszę tę książkę: dla przełamania zmyślenia” (Beauvoir de, 2011, s. 5). Nieformalne porozumienie sprawia, że starość staje się tematem tabu lub jest pomijana w rozmowach publicznych. Chcąc przełamać ten niezdrowy zwyczaj i otwarcie poruszyć kwestie związane ze starzeniem się, starością i wszystkimi wyzwaniami, jakie temu towarzyszą, należy wspierać otwarcie i uczciwie rozmowy na ten temat. Poprzez takie działania można przyczynić się do poprawy jakości życia osób starszych i zmniejszenia izolacji, z jaką często się borykają.

Polityka społeczna wobec osób starszych, jak zauważa Grzegorz Łyś, powinna opierać się na kilku istotnych założeniach:

- proces starzenia się jest nieunikniony, ale tempo tego procesu może się różnić w zależności od grup wiekowych, zwłaszcza w przypadku osób niepełnosprawnych, które starzeją się szybciej niż ogólna populacja. Dlatego polityka społeczna musi uwzględniać te grupy wiekowe, które są najbardziej narażone, np. dzieci i osoby starsze;
- zarówno najmłodsze, jak i najstarsze pokolenia, włącznie z osobami niepełnosprawnymi, powinny być odpowiednio przygotowane do życia w społeczeństwie otwartym na różnice wiekowe i sprawności. To oznacza promowanie równości i ochronę przed dyskryminacją, a także zapewnienie pełnego i równego dostępu do praw każdej grupy;
- zbiorowość osób niepełnosprawnych w starszym wieku jest niezwykle zróżnicowana i jednocześnie narażona na różne zagrożenia społeczne i zdrowotne, takie jak: samotność, inwolucja, wielochorobowość, izolacja społeczna i ograniczona przestrzeń życiowa, szczególnie w miarę starzenia się. W ramach polityki społecznej należy uwzględniać te różnice i potrzeby, aby skutecznie wspierać tę zróżnicowaną grupę ludzi (Łyś, 2003, s. 6-7).

Starość w znaczeniu duchowym często przynosi większą refleksyjność nad kwestiami duchowymi i dążenie do zaspokojenia potrzeb związanych ze sferą ducha, takich jak religijność czy rozwijanie życia duchowego. W przeszłości spojrzenie na starość było inne niż obecnie. Wówczas oczekiwana długość życia była znacznie krótsza, co sprawiało, że osoby w starszym

wieku były rzadsze. Często były one całkowicie zależne od opieki swoich rodzin, zwłaszcza od swoich dzieci, a opieka nad osobami starszymi była postrzegana jako naturalny obowiązek rodzinny. W wielu przypadkach osoby starsze żyły w trudnych warunkach materialnych i miały ograniczony dostęp do opieki medycznej, co wpływało na występowanie powszechnych problemów zdrowotnych. Niemniej jednak, w wielu kulturach starość była hołubiona i szanowana, a starsi członkowie rodziny pełnili istotne role doradcze. Mimo to często byli wycofywani z aktywnego życia społecznego. Osoby starsze miały ograniczony dostęp do edukacji i kultury, co wpływało na ich aktywność intelektualną. To była odmienna wizja starości niż ta, którą obecnie obserwujemy.

Współczesna starość to etap życia, który przeszedł znaczące transformacje i wyzwania w porównaniu z przeszłością. Dzięki postępowi w dziedzinie medycyny i poprawie standardów życia, oczekiwana długość życia istotnie wzrosła. Osoby starsze obecnie cieszą się perspektywą dłuższego i zdrowszego życia. Proces starzenia się jest obecnie bardziej uświadomiony, z większą uwagą poświęcaną zdrowej diecie, regularnej aktywności fizycznej i monitorowaniu stanu zdrowia. W rozwiniętych krajach powstały systemy opieki długoterminowej i usług wspierających dla osób starszych, które pozwalają im na utrzymanie niezależności i wysokiej jakości życia. Nowoczesne technologie, w tym dostęp do internetu, ułatwiają osobom starszym utrzymywanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, umożliwiają dostęp do informacji oraz dostarczają rozrywki. Pomagają także w codziennym życiu. Osoby starsze coraz częściej są traktowane jako pełnoprawni członkowie społeczeństwa, którzy wciąż mogą przyczynić się do jego rozwoju. Współczesna starość to okres, w którym osoby starsze nadal mogą cieszyć się pełnią życia, niezależnie od swojego wieku. Społeczeństwa starają się tworzyć bardziej przyjazne warunki dla osób starszych, zapewniając im wsparcie, szacunek i godność. To odzwierciedla nowe cele i wartości współczesnego społeczeństwa w obliczu wyzwań związanych ze starzeniem się populacji.

Zdaniem Jerzego Surdykowskiego, młodość jest często dostępna w zasięgu ręki, a starość można leczyć. Oznacza to, że współczesne społeczeństwo często dąży do zachowania młodzieńczego wyglądu i zdrowia za pomocą różnych środków, jednocześnie kładąc nacisk na samorealizację i dbanie o siebie, co jest charakterystyczne dla współczesnej cywilizacji (Surdykowski, 2007, s. 143).

Zwiększający się odsetek ludzi w wieku powyżej 65 lat w wielu krajach, w tym także i Polsce, sprawia, że należy zwrócić szczególną uwagę na potrzeby tej starzejącej się populacji. Obecna sytuacja wielu osób starszych w dzisiejszym społeczeństwie jest trudna, a ich wyzwania wymagają dokładnych analiz na różnych poziomach. Analizując tę sytuację na

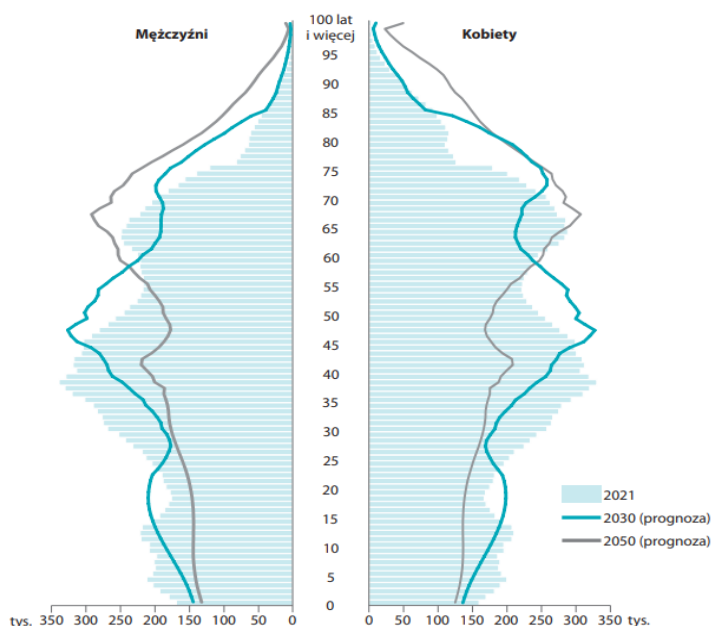
poziomie indywidualnym, można dostrzec, że osoby starsze często muszą dokonywać ciągłych dostosowań do zmieniających się warunków gospodarczych i społecznych. Często muszą radzić sobie samodzielnie z różnymi problemami, które dotyczą ich samotności i izolacji, co określa się jako „nożyce społecznej śmierci” (Zych, 2020, s. 13). Z kolei rozpatrując ową sytuację na płaszczyźnie zbiorowej, można zauważyć istotne zmiany w społecznym położeniu osób starszych, wynikające z przemian ich roli, miejsca i statusu społecznego. Tradycyjnie osoby starsze często pełniły ważne role w społeczeństwie jako opiekunowie, przewodnicy czy doradcy. Jednak obecnie wraz ze zmieniającymi się strukturami rodziny i pracy ich role społeczne uległy znacznym modyfikacjom. Sytuację ludzi w starszym wieku dodatkowo komplikują czynniki takie jak brak porozumienia i wzajemnego zrozumienia między różnymi pokoleniami. Zwłaszcza po dwóch ostatnich wojnach światowych obserwujemy istotne zmiany demograficzne, które polegają na systematycznym wydłużaniu się przeciętnej długości życia oraz stale rosnącej liczbie osób starszych w wielu krajach na całym świecie (Zych, 2020, s. 16). Justyna Deręgowska uważa, że przemiany kulturowe wynikające z oddziaływania kultury popularnej mają wpływ na kształtowanie nowoczesnej tożsamości jednostki. W dzisiejszym świecie nie pozostawia się miejsca na starość, ponieważ dominuje w nim wpływ masowych mediów, kult sukcesu, przyjemności, młodości i energii życia, co ogranicza czas przeznaczony na starzenie się (Deręgowska, 2008, s. 25).

Elżbieta Trafiałek zwraca uwagę na ważny element efektywnej polityki społecznej wobec starości, którym jest systematyczne monitorowanie w zakresie zmian demograficznych, aspiracji, sytuacji ekonomicznej i zdrowotnej osób starszych, diagnozowanie ewoluujących potrzeb tej grupy wiekowej, a także wdrażanie kompleksowych działań, które powinny być wspólnym przedsięwzięciem różnych resortów i instytucji. Te działania powinny być oparte na klarownej analizie, wykorzystującej jednolite wskaźniki pomiaru, a także na profesjonalnej ocenie i kontroli. Ostateczny sukces w rozwiązywaniu problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa nie zależy od tworzenia kolejnych instytucji czy komisji o podobnym celu, lecz od profesjonalizmu osób odpowiedzialnych za inicjatywy i wprowadzanie zmian (Trafiałek, 2021, s. 20).

Zdaniem Jolanty Szymańczak, w demografii okres starości można podzielić na trzy etapy: wczesną starość (60-69 lat), późną starość (70-79 lat) i sędziwą starość (powyżej 80 lat). Ogólnie rzecz biorąc, proces starzenia się społeczeństwa polega na wzroście liczby osób w starszym wieku oraz zwiększeniu ich udziału w całkowitej liczbie ludności, przy jednoczesnym obniżeniu liczby dzieci i młodzieży, a także ich udziału w ogólnej liczbie ludności (Szymańczak, 2012, s. 9).

Dorota Wyszowska, Magdalena Gabińska i Sylwia Romańska, na podstawie prognoz demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), stwierdzają, że Polska zmierza ku starzejącej się populacji do 2050 r. W tym samym okresie spodziewany jest spadek ogólnej liczby ludności do poziomu 34,0 miliona osób. Niemniej jednak, równolegle przewiduje się stały wzrost liczby osób w wieku senioralnym (Wyszowska, Gabińska i Romańska, 2022, s. 22).

Poza tym proces starzenia się ludności przebiega zróżnicowanie w zależności od regionu. W 2021 r. województwo świętokrzyskie miało największy odsetek mieszkańców w wieku 60 lat i więcej, wynoszący 28,5%, podczas gdy województwo małopolskie miało najniższy odsetek, który wynosił 23,6% (Wyszowska, Gabińska i Romańska, 2022, s. 10).



Rysunek 1. Ludność według płci i wieku. Stan na 31 grudnia 2021 r. i prognozy 2030-2050

Źródło: Wyszowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.* Urząd Statystyczny w Białymstoku.

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf, s. 23, dostęp 15.08.2023 r.).

Według prognoz GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i starszych ma wzrosnąć w Polsce w nadchodzących latach. Przewiduje się, że w 2030 r. osiągnie poziom 10,8 miliona, co oznacza wzrost o 10,8% w porównaniu do 2021 r. Prognozy na 2040 r. mówią o liczbie 12,3 miliona osób w wieku senioralnym, co stanowi wzrost o 26,0%. W 2050 r. przewiduje się, że w Polsce będzie żyć aż 13,7 miliona osób w wieku 60 lat i więcej, oznacza to wzrost o 40,8% w porównaniu z 2021 r. i stanowi 40,4% ogółu populacji. Przyglądając się tej liczbie z bliska, w 2050 r. spodziewa się, że osoby starsze w miastach stanowiąc będą 23,5% populacji Polski, podczas gdy mieszkańcy wsi w tym wieku osiągną 16,8% (Wyszowska, Gabińska i Romańska, 2022).

W miastach przewiduje się, że udział osób starszych wzrośnie z 27,7% w 2021 r. do 42,4% w 2050 r. Jednocześnie na obszarach wiejskich spodziewany jest wzrost udziału osób starszych w populacji z 22,7% do 37,8%. W 2050 r. kobiety w wieku 60 lat i starsze stanowią będą 22,2% ogólnej liczby ludności w kraju, natomiast mężczyźni – 18,2%. Wzrost udziału kobiet w wieku 60 lat i więcej w populacji kobiet przewiduje się z 28,9% w 2021 r. do 43,3% w 2050 r., podczas gdy wskaźnik ten dla mężczyzn ma wzrosnąć z 22,2% w 2021 r. do 37,3% w 2050 r. (Wyszkowska, Gabińska i Romańska, 2022, s. 24).

Szymańczak twierdzi, że proces starzenia się społeczeństw jest szczególnie ważnym wyzwaniem dla krajów europejskich. Ekonomiści i demografowie przewidują, że w XXI wieku Europa będzie borykać się z problemem marginalizacji i stanie się kontynentem, którego populacja będzie kurczyć się na korzyść emigrantów. Przewiduje się, że udział mieszkańców Europy, którzy obecnie stanowią około 10% populacji światowej, zmniejszy się do 5% w ciągu 50 lat. Starzenie się społeczeństwa europejskiego wynika z trzech głównych tendencji:

- ciągłego wydłużania się długości życia, co jest wynikiem poprawy zdrowia i jakości życia Europejczyków;
- systematycznego wzrostu liczby osób w wieku powyżej 60 lat;
- utrzymującego się niskiego przyrostu naturalnego (Szymańczak, 2012, s. 10).

Marcin Boruta twierdzi, że ze względu na starzejące się społeczeństwo w Polsce, spadający potencjał opiekuńczy ze strony rodzin i przewidywane tendencje demograficzne, konieczne staje się stworzenie różnorodnych, wysokiej jakości rozwiązań mieszkaniowych dla osób starszych, włączając w to usługi z zakresu długoterminowej opieki, jak domy seniora. Ważne jest zrozumienie, że grupa seniorów jest bardzo zróżnicowana. Skuteczna polityka senioralna powinna więc obejmować wszystkie te grupy seniorów, niezależnie od stopnia ich samodzielności, a także tych, którzy są bardziej zależni od pomocy innych ludzi (Boruta, 2022, s. 105-106).

Zdaniem Roberta Krzemienia proces starzenia się polskiego społeczeństwa, wynikający z tzw. drugiego przejścia demograficznego, to zmiana struktury wieku ludności o charakterze trwałym i radykalnym. Choć Polska (w porównaniu z innymi krajami europejskimi) nadal jest relatywnie młoda demograficznie, to w krótkim okresie stanie się jednym z krajów o najwyższym odsetku ludności w wieku powyżej 60. roku życia (r.ż.). Te zmiany będą miały dalekosiężne skutki i odczuwalne niemal we wszystkich dziedzinach życia społeczno-ekonomicznego, wpłyną także na ogólną kondycję gospodarki kraju i będą miały wpływ na praktycznie każdy obszar funkcjonowania (Krzemień, 2022, s. 9).

Aleksandra Ciałkowska-Rysz twierdzi, że starzenie się społeczeństwa w Polsce, w połączeniu z narastającym występowaniem chorób nowotworowych, stanowi źródło rosnącego zapotrzebowania na opiekę paliatywną. To zwiększone zapotrzebowanie będzie wynikać z rozszerzenia zakresu świadczeń na inne grupy pacjentów (Ciałkowska-Rysz, 2020, s. 168).

Starzenie się społeczeństwa w Polsce to proces demograficzny polegający na wzroście udziału osób w starszym wieku (zwykle 60 lat i więcej) w populacji kraju. Ten proces jest wynikiem dwóch głównych czynników: wydłużania się średniej długości życia i spadku liczby urodzeń. Na ten proces składa się kilka czynników:

- 1) Wzrost długości życia – dzięki postępowi medycyny, poprawie warunków życia i edukacji zdrowotnej obserwujemy wydłużanie się średniej długości życia. Ludzie żyją dłużej, co zwiększa liczbę osób w starszym wieku.
- 2) Spadek dzietności – w Polsce, jak i w wielu innych krajach rozwiniętych, następuje spadek liczby urodzeń. To oznacza, że nowo narodzone pokolenia są mniejsze niż pokolenia ich rodziców, co wpływa na skład wiekowy populacji.
- 3) Wzrost udziału osób starszych w populacji – w miarę jak liczba osób w starszym wieku rośnie, wzrasta także ich udział w populacji. Przykładowo, w prognozach demograficznych przewiduje się, że w 2050 r. osoby w wieku 60 lat i więcej będą stanowić znaczną część społeczeństwa w Polsce.
- 4) Wyzwania i konsekwencje – starzenie się społeczeństwa niesie ze sobą szereg wyzwań, takich jak zapewnienie opieki zdrowotnej, długoterminowej opieki społecznej, mieszkań i innych usług odpowiednich dla osób starszych. To stawia przed społeczeństwem wyzwania związane z opieką nad seniorami i jakością ich życia.
- 5) Wpływ na gospodarkę – starzenie się społeczeństwa wpływa także na gospodarkę. Konieczne jest dostosowanie rynku pracy, systemu emerytalnego i innych wymiarów gospodarki do starzejącego się społeczeństwa.
- 6) Konieczność inwestycji w opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową – dla zapewnienia jakości życia osobom starszym konieczne jest inwestowanie w system opieki zdrowotnej oraz długoterminową opiekę społeczną.

Zdaniem Anny Leszczyńskiej-Rejchet starość jako etap życia często jest trudna i obciążona różnymi problemami i kryzysami. Osoby starsze muszą radzić sobie z wyzwaniami zdrowotnymi, ekonomicznymi, mieszkaniowymi, rodzinnymi, emocjonalnymi i problemami związanymi z dyskryminacją, a także marginalizacją społeczną. Mieszkańcy obszarów wiejskich, oprócz typowych trudności związanych z wiekiem, mogą doświadczać problemów wynikających z charakterystycznych warunków życia na wsi. Problemy osób starszych często

wynikają także z dynamicznych zmian społeczno-gospodarczych i kulturowych zachodzących we współczesnym świecie. Dlatego starość może być okresem, w którym konieczne jest dostosowywanie się do zmieniających się warunków i wyzwań (Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 9-10).

W związku z procesem starzenia się społeczeństwa, rząd i instytucje muszą opracować strategie i programy, które zapewnią odpowiednie wsparcie dla osób starszych i dostosują się do radykalnie zmieniającej się demografii kraju.

Joanna Janiszewska-Rain wskazuje na obecny proces starzenia się społeczeństw jako wynik współdziałania różnych czynników. Po pierwsze, notujemy wzrost przeciętnej długości życia, co jest głównie efektem postępu w dziedzinie medycyny. Po drugie, obserwujemy spadek liczby urodzeń, co jest szczególnie widoczne w Polsce, porównując obecne statystyki z danymi sprzed dwóch dekad. Dodatkowo, po drugiej wojnie światowej w wielu krajach miało miejsce zjawisko wyżu demograficznego, a teraz te grupy ludności wkraczają w wiek senioralny. W Polsce kolejny wyż demograficzny miał miejsce w latach osiemdziesiątych XX wieku (Janiszewska-Rain, 2021, s. 593).

1.2. Starość jako ostatnia faza życia

Jeszcze nie tak dawno młodym byłem, a gdy się obejrzałem stanąłem u bram starości. Czas dzieciństwa i dorastania liczyłem od wakacji do wakacji. Okres aktywności zawodowej w dorosłości od urlopu do urlopu. Jednak nie wiem, jak starość należy liczyć – od urodzin do urodzin? Tak jak książka składa się z rozdziałów, tak życie składa się z etapów. Człowiek jest jak książka składająca się z rozdziałów opisujących etapy życia i to od niego zależy, czy ta autobiografia będzie piękną powieścią, czy tylko tandetnym zapisem w barwach szarości.

Starość to taki sam okres życia człowieka jak każdy inny, tyle tylko, że jest ostatnim, bo na jego końcu znajduje się śmierć finalizująca życie istoty na ziemi. Starość zawsze będzie towarzyszyć żyjącemu człowiekowi, jeżeli do niej dotrwa. Józef Rembowski (1923–1995) podkreśla, że życie ludzkie obejmuje wiele kolejno występujących po sobie etapów, które tworzą pełen cykl życia (Rembowski, 1984, s. 41).

Starość jest coraz częściej opisywana w literaturze przedmiotu jako ostatni rozdział życia człowieka. Zazwyczaj jest kojarzona z chorobami, gorszą sprawnością ruchową, gorszym słuchem i wzrokiem.

Starości nieodzownie towarzyszy proces starzenia się, który Zych definiuje jako „naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości

fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów” (Zych, 2017a, s. 466), czyli nieodwracalny proces zmian w organizmie człowieka, który z czasem się nasila, prowadząc do ogólnej lub częściowej niesprawności.

Alex Comfort (1920–2000) uważał, że starzenie się to proces, który prowadzi do stopniowego zmniejszenia trwałości życia i odporności organizmu, a te zmiany stają się coraz bardziej widoczne w miarę upływu czasu (Comfort, 1968, s. 7). Proces ten jest naturalny, postępujący i nieunikniony, w którym na pewnym etapie rozwoju człowieka zauważalny jest spadek sprawności ruchowej, stopniowa utrata słuchu i wzroku, zmiana wyglądu całego ciała i sylwetki, zmiana jędrność skóry itp. Przemiana ta jest charakterystyczna dla rozwoju organizmów żywych.

Janiszewska-Rain podkreśla, że starość często kojarzy się z cierpieniem. W kulturze zachodniej, gdzie konsumpcja i rozrywka są głównymi wartościami, istnieje niewiele obszarów, które doceniają wartość doświadczenia i mądrości życiowej. Osoby starsze często są postrzegane jako wykluczone, niezdolne do pełnego uczestniczenia w tzw. „prawdziwym” życiu społecznym (Janiszewska-Rain, 2021, s. 592).

Starość jako ostatni etap życia przychodzi wraz z wiekiem u tych, którzy dotrważą do niej. My, jako gatunek ludzki, mamy tę świadomość, że starość jest wpisana w proces starzenia się człowieka jako żywej istoty wchodzącej w skład świata przyrody.

Zdaniem Magdaleny Pakuły starość i proces starzenia się to nie tylko kwestie demograficzne i społeczno-ekonomiczne, ale przede wszystkim indywidualny los każdej osoby. Wielu ludzi nie postrzega starości jako atrakcyjnej i pożądanej, co wywołuje lęk. W dzisiejszych czasach, choć ludzie żyją dłużej, to samo dojście do starości nie zmienia znacząco trudnych sytuacji i problemów, z którymi muszą się zmierzyć. Starość często niesie ze sobą trudności, które wywołują poczucie zagrożenia i bezradności u jednostki (Pakuła, 2010, s. 45).

W literaturze przedmiotu można odnaleźć kilka wyjaśnień dotyczących pojęcia „starości”. Zych uważa, że starość oznacza nieunikniony efekt procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychologicznej, bez możliwości przeciwdziałania temu; końcowy okres procesu starzenia się. Starość jest terminem statycznym, natomiast starzenie się – dynamicznym (Zych, 2017a, s. 330). Oznacza to, że starość jest następstwem kilku okresów rozwoju człowieka jako proces nieunikniony i nieodwracalny. Starość jest ostatnim okresem życia człowieka. Aktywność kończy się wraz ze śmiercią człowieka, która również jest nieunikniona i nieodwracalna.

Jerzy Piotrowski (1907–1983) starość określa jako „[...] zjawisko kulturowe, wywołane na podłożu biologicznym, związane z osłabieniem sił, lecz jego wiązanie wyłącznie z wiekiem kalendarzowym jest umowne, wynikające z konwencji przyjętej w systemie zabezpieczeń społecznych” (Piotrowski, 1973, s. 38). Z definicji można odczytać, że jej autor wyodrębnił dwie kategorie, z których pierwsza z nich dotyczy stanu biologicznego człowieka, będącego wynikiem aktywności człowieka w poszczególnych okresach jego rozwoju. Druga część nawiązuje do obowiązującego systemu emerytalnego.

Zdaniem Piotra Błędowskiego starość to faza życia, w której niekorzystnym zmianom w kondycji biologicznej i sprawności psychofizycznej towarzyszą zmiany w pozycji społeczno-zawodowej, statusie ekonomicznym i sytuacji rodzinnej (Błędowski, 2002, s. 63-64). Starość to taka faza życia, w której następują zmiany we wszystkich aktywnościach człowieka. W starości pojawiają się choroby przewlekłe, do których należą m.in. nadciśnienie tętnicze, depresja, reumatyzm, cukrzyca, osteoporoza, otępienie o późnym początku itp. Pojawiają się problemy z pamięcią, słuchem, sprawnością ruchową i wiele innych problemów związanych ze sprawnością, wśród których jedne rozwijają się szybko, a inne wolniej. Osiągając wiek emerytalny, człowiek zmienia status osoby aktywnej zawodowo na status emeryta, a co za tym idzie odnotowuje zmniejszenie dochodów. Wreszcie człowiek stary to postać, która najczęściej nie pełni już funkcji rodzica i nie ma obowiązków rodzicielskich.

W Polsce starość u człowieka umownie rozpoczyna się w wieku 60 albo 65 lat (Zych, 2017a, s. 330), czyli w momencie zakończenia aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę.

W polskiej polityce społecznej co jakiś czas dokonywano zmian w zakresie granic wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn. Ostatnia regulacja prawna w tym zakresie miała miejsce w 2015 r. i dotyczyła obniżenia wieku emerytalnego z 67 lat na 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Dodatkowo Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych wprowadziła do polskiego prawodawstwa kryterium określające osobę starszą. W myśl art. 4 ust. 1 osobą starszą jest osoba, która ukończyła 60. r.ż. (Ustawa o osobach starszych, 2015). Oznacza to, że wszędzie tam, gdzie będzie mowa o osobie starszej, będzie pewność, że dotyczy to człowieka, który ukończył 60 lat życia bądź jest starszy.

Starość, według Zycha, to nieunikniony skutek procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychologicznej, bez możliwości przeciwdziałania temu; końcowy okres procesu starzenia się. Starość jako okres życia następujący po wieku dojrzałym jest pojęciem statycznym, natomiast starzenie się – dynamicznym. Za początek starości przyjmuje się umownie 60. lub 65. r.ż., a nieuchronnym

końcem starości jest śmierć (Zych, 2017, s. 330). Oznacza to, że starość jest ostatnim etapem procesu starzenia się, w którym zachodzą interakcje biologiczne, psychiczne i społeczne. Starość jest pojęciem statycznym, oznaczającym okres życia po wieku dojrzałym, podczas gdy proces starzenia się jest dynamiczny. Umownie starość rozpoczyna się w wieku 60 lub 65 lat, a nieuniknionym zakończeniem jest śmierć.

Czy należy się bać starości? Nie, przecież to taki sam okres życia jak dzieciństwo czy dorosłość, może tylko trochę inny, może trochę spokojniejszy, bo choć czas subiektywnie płynie szybciej, to nie trzeba się nigdzie spieszyć. W okresie starości nie można zapominać o aktywności fizycznej, intelektualnej i społecznej, a także o higienie osobistej. To podobne jest do okresu dzieciństwa czy młodości, gdzie istotne jest uprawianie sportu, uczestnictwo w grupowych zabawach i nauka. Te proste bodźce mogą sprawić, że proces starzenia będzie wolniejszy, życie bardziej satysfakcjonujące i pełne ciekawych przeżyć. Wystarczy zadbać o siebie i korzystać z dostępnych ofert lokalnych społeczności, takich jak uniwersytety trzeciego wieku (UTW), koła gospodyń wiejskich, biblioteki, kluby seniora, muzea, kluby sportowe, organizacje pozarządowe itp. Aktywność społeczna osób starszych wzmacnia relacje międzyludzkie w ich otoczeniu i wpływa na poprawę ich pozycji społecznej. Ponadto osoby starsze, poprzez swoją aktywność, stają się ważnym elementem wpływającym na kształtowanie lokalnych i ogólnokrajowych działań społeczno-gospodarczych.

Według Trafiałek starość jest „[...] naturalną fazą życia następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem «końcowej tendencji życia», utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszystkich zmian [...]” (Trafiałek, 2006, s. 69). Oznacza to, że niniejsza faza charakteryzuje się pewnym osłabieniem organizmu pod względem biologicznym, fizycznym i trudnościami związanymi z akceptacją zmian.

Najbardziej znanym i jednym z prekursorów, którzy podjęli skuteczną próbę zdefiniowania różnych faz życia człowieka, był Erik Homburger Erikson (1902–1994), amerykański psychoanalityk, który „[...] wskazał na konflikty i dylematy jako czynniki wyznaczające fazy życia człowieka” (Worach-Kardas, 2015, s. 53). Oznacza to, że w określonych fazach życia człowieka pojawiają się charakterystyczne dla danego okresu problemy w sferze biopsychospołecznej.

Człowiek przychodząc na świat, nie ma świadomości, co go będzie spotykać na różnych etapach życia. Kiedy zaczyna rozpoznawać innych ludzi w swoim najbliższym otoczeniu, zyskuje poczucie bezpieczeństwa, głównie ze strony rodziców i dziadków, którzy różnią się od

niego pokoleniowo. Podobnie jak zmieniają się pory roku, tak i on będzie przechodził przez kolejne etapy rozwoju, zrozumie, że starość jest częścią naturalnego i jedyne go cyklu życia.

Pokoleniowość zmienia się średnio co 20 lat, czyli tradycyjny model rodziny wielopokoleniowej tworzą dzieci, rodzice i dziadkowie, a w ostatnim czasie, ze względu na wydłużającą się średnią długość trwania życia, również pradiadkowie. Każdy z tych przedstawicieli różni się od siebie m.in. wzrostem, sylwetką, jakością skóry, kolorem włosów, sprawnością fizyczną itp. Każda z tych grup ma do spełnienia określone zadania zarezerwowane dla danego okresu rozwoju.

Osobie starszej, często ze względu na stan zdrowia, towarzyszą przeszkody związane z utratą dostępności i zdolności do zaspokojenia wszelkich potrzeb o różnym formacie. Ze względu na indywidualny charakter nie można ich podzielić na ważne i mniej ważne. Każdy człowiek ma osobisty stosunek do ich zaspokojenia. Człowiek wolny ma prawo do realizowania własnych pragnień, pasji i przyzwyczajzeń, które przynoszą mu przyjemność i ukojenie.

Starość to ostatni etap życia człowieka zwany również trzecią fazą, którą niezależnie od czasu jej trwania kończy śmierć. Starość czeka na każdego, kto do niej dotrwa.

Zdaniem Zycha, osoby starsze są często określane mianem samotnych, zachowawczych, nietolerancyjnych, a sam okres starości jest często utożsamiany z utratą zdolności seksualnych, poczuciem bezużyteczności, ograniczeniem możliwości i osiągnięć (Zych, 2017b, s. 169). Z kolei Trafiałek uważa, że narzucanie negatywnych stereotypów dotyczących starości prowadzi do tego, że osoby w procesie starzenia się często identyfikują się z tymi stereotypami, które narzuca im społeczeństwo. W rezultacie akceptują swoją pozycję na marginesie społecznym i ograniczają swoje aspiracje i potrzeby (Trafiałek, 2006, s. 74).

Według raportu GUS dotyczącego sytuacji osób starszych w Polsce w 2021 r., liczba mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej wynosiła 9730,1 tys. W porównaniu, w 2005 r. udział osób starszych w populacji polskiego społeczeństwa wynosił 17,2%, natomiast w 2021 r. wzrósł on do 24,7% (GUS, 2021).

Wiesław Kowalski podkreśla, że osoba starsza staje w obliczu wielu trudności, wśród których można wymienić:

- spadek atrakcyjności w wyglądzie zewnętrznym;
- trudności materialne;
- pogorszenie stanu zdrowia i zmniejszenie sprawności;
- utrata najbliższych osób;
- brak inspiracji do spędzania wolnego czasu;
- samotność;

– poczucie braku celu i bezużyteczności (Kowalski, 2021, s. 57).

Według Williama Abramsa i in., wszystkie okoliczności życia, które podlegają porównaniu, wydają się być w sprzeczności: zdrowie ustępuje miejsca chorobie i ograniczeniom, piękno ustępuje miejsca brzydocie i starzeniu się, sukces i zamożność ustępują miejsca kryzysom, deficytom, stratom i biedzie, a wspólnota działań w środowisku pracy, życiu i rodzinie ustępuje miejsca marginalizacji osób starszych i ich izolacji w „getcie” starości i samotności (Abrams i in., 1999, s. 70-278).

O. Leon Dyczewski (1936–2016) zauważył, że „to, że się starzejemy, jest jednakże dla wszystkich, to, jak się starzejemy, jest różne dla każdego” (Dyczewski, 1994, s. 11). Oznacza to, że procesy starzenia są jednakowe dla wszystkich. Jednakże to, w jaki sposób będziemy się starzeć, zależy od nas samych.

Zdaniem de Beauvoir „wszyscy wiedzą, że w dzisiejszych czasach sytuacja starych ludzi jest skandaliczna [...] członek wspólnoty powinien przecież wiedzieć, że chodzi tu o jego własną przyszłość” (Beauvoir de, 2011, s. 245). Ludzie będący w okresie wczesnej dorosłości w pewien sposób powinni być egoistami, bo za pewien czas będą musieli sami się zmagać z podobnymi problemami dzisiejszych ludzi starych. Społeczeństwo niezależnie od wieku jest uzależnione od siebie na każdym etapie rozwoju człowieka, „są połączeni wzajemnymi relacjami” (Beauvoir de, 2011).

Edyta Kędra podkreśla, że jedną z fundamentalnych wartości obecnych w kulturach na całym świecie jest szacunek dla osób starszych. To przekonanie wynika przede wszystkim z przekonania, że mądrość i wiedza wywodzą się z doświadczenia, którego młodsze pokolenie jeszcze nie zdobyło. Dlatego starsi ludzie cieszyli się dużym szacunkiem i powierzano im ważne role w społecznościach, takie jak: przywódcy, kapłani, sędziowie, nauczyciele, legislatorzy itp. Było to korzystne w wielu wymiarach – szanowano starszych za ich mądrość, doświadczenie i wiedzę, co przekładało się na powierzanie im ważnych decyzji. To z kolei wzmacniało ich pozycję w społeczeństwie, tworząc pewną elitę, która zyskiwała szeroki szacunek (Kędra, 2011, s. 210).

Starość to nieodzowna faza życia, która wiąże się z procesami biologicznymi i psychospołecznymi. W miarę starzenia się zachodzą w organizmach różne zmiany, które mogą prowadzić do wyzwań zdrowotnych. Starzenie się jest procesem trwałym i nieuniknionym, charakteryzującym się dużą indywidualnością. Obecnie dominuje przekonanie, że starzenie się jest integralną częścią życia każdej istoty żywej, a starość jest postrzegana jako naturalny etap, w którym zachodzą charakterystyczne przemiany. Zrozumienie, że procesy starzenia się są nieuniknione i trwają przez całe życie jest ważne, aby lepiej przygotować się do starości

i postrzegać ją jako naturalny etap w cyklu życia, który niesie ze sobą wyzwania i zmiany, ale może być pełen cennych doświadczeń i refleksji.

1.3. Jakość życia człowieka w starości

Jakość życia to pojęcie o wielowymiarowym charakterze, które odgrywa istotną rolę w zrozumieniu dobrostanu jednostki i społeczeństwa jako całości. W miarę jak społeczeństwo staje się coraz bardziej złożone i rozwija się technologicznie, analiza i ocena jakości życia stają się coraz ważniejsze. W tym podrozdziale skupiono się na zrozumieniu, co kryje się za terminem jakość życia oraz na tym, w jaki sposób różne płaszczyzny życia jednostki wpływają na jej ogólny stan zdrowia i zadowolenie.

Marcin Wnuk i in. twierdzą, że na podstawie analizy dostępnej literatury dotyczącej badań nad jakością życia wynika wiele niejasności, zarówno w zakresie rozumienia, jak i definiowania tego pojęcia. Termin ten zalicza się do kategorii pojęć naukowych, które są trudne do zdefiniowania i uzgodnienia wspólnego stanowiska w obszarze jego interpretacji, ze względu na jego ogólną naturę. Kontrowersje wokół tego zagadnienia pojawiają się nie tylko między różnymi dziedzinami nauk społecznych, ale także wewnątrz tych samych dziedzin wiedzy. Wydaje się, że głównym powodem tych kontrowersji jest koncentracja na różnych poziomach jakości życia oraz interdyscyplinarny charakter tego pojęcia. Jakość życia jest postrzegana inaczej w ekonomii, psychologii, w medycynie, pedagogice i socjologii (Wnuk i in., 2012, s. 21).

Zdaniem Jakuba Trzebiatowskiego zainteresowanie tym pojęciem można śledzić od starożytnych czasów. Już wówczas myśliciele, tacy jak Hipokrates czy Arystoteles, podejmowali próby zrozumienia, jakie elementy stanowią podstawę życia szczęśliwego i satysfakcjonującego, a także starali się znaleźć wskazówki, które pomogą osiągnąć te cele (Trzebiatowski, 2011, s. 26).

Jakość życia jest ściśle powiązana ze sferą psychiczną człowieka. Zych tłumaczy jakość życia jako spełnienie potrzeb o charakterze egzystencjalnym (dążenie do posiadania), potrzeb bezpieczeństwa (odczucie bycia bezpiecznym) oraz potrzeb związanych z interakcjami społecznymi (Zych, 2017b, s. 78). Tak szeroko pojmowana jakość życia obejmuje wszystkie elementy wpływające na zdolność prowadzenia życia w sposób typowy lub standardowy. Jest to wskaźnik oceniający, jak dobrze osoba żyje, nie tylko pod względem fizycznym, ale także psychicznym, społecznym, ekonomicznym i kulturowym. Jakość życia jest zatem złożonym pojęciem, które uwzględnia wiele czynników.

Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia jest subiektywnym sposobem, w jaki jednostka ocenia swoją sytuację życiową, biorąc pod uwagę kulturowe i systemowe wartości panujące w jej otoczeniu oraz w ramach oczekiwań i standardów wyznaczonych przez czynniki środowiskowe (*The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL*, 1995, s. 1403-1409).

Augustyn Bańka uważa, że jakość życia jest efektem rozwoju jednostki i wynika z procesu tworzenia standardów porównawczych na podstawie dostępnych informacji w określonym czasie. To także efekt długotrwałego procesu tworzenia osobistych ocen życia, które pełnią rolę mentalnych reprezentacji życia i wpływają na sposób, w jaki przetwarzamy nowe informacje (Bańka, 2005, s. 25). Bańka podkreśla, że ocenianie jakości życia przez jednostkę opiera się na czterech głównych źródłach: przeszłych doświadczeniach, obecnych przeżyciach, oczekiwaniach związanych z przyszłością i opinii społecznej (Bańka, 2005, s. 25-32).

Zdaniem Katarzyny Baumann jakość życia jest pojęciem dynamicznym, które ulega zmianom w zależności od czasu i przestrzeni. Obejmuje ona odczucie satysfakcji jednostek lub społecznych grup, wynikające z zaspokojenia potrzeb emocjonalnych, społecznych, potrzeb związanych z samorealizacją i innych podobnych. Strukturalnie definiowane pojęcia jakości życia można podzielić na cztery rodzaje: globalny, złożony, połączony i swoisty.

- 1) Globalny – jakość życia jest powiązana z ogólnym samopoczuciem jednostki i obejmuje subiektywną ocenę jej szczęścia lub braku szczęścia, jak również jej zadowolenia z życia jako całości. To subiektywne odczucia, takie jak: satysfakcja z życia lub poczucie własnej pomyślności.
- 2) Złożony – jakość życia obejmuje zarówno subiektywną ocenę zadowolenia z życia w ogólnym znaczeniu, jak i obiektywną ocenę warunków życia, a także funkcjonowania jednostki w różnych dziedzinach. To poczucie dobrostanu, które wynika z różnych płaszczyzn życia.
- 3) Połączony – uwzględniają indywidualne postrzeganie własnego dobrostanu i pozycji życiowej w znaczeniu różnorodnych wymiarów życia. Obejmują one zarówno warunki środowiskowe, kulturowe i wartości społeczeństwa, jak i emocjonalny stan jednostki, jej osobiste cele, normy i oczekiwania.
- 4) Swoisty – jakość życia jest oceną przez pacjenta własnego stanu zdrowia (Baumann, 2006a, s. 167).

Analizując pojęcie jakości życia w zakresie interdyscyplinarnym, należy uwzględnić takie dziedziny nauki jak: psychologia, andragogika, socjologia i ekonomia.

- 1) Psychologia – zakłada, że jakość życia to szeroko rozumiane poczucie zadowolenia (dobrostanu) i szczęście jednostki.
- 2) Andragogika – przywołuje hierarchię wartości, celów i ambicji jednostki lub grup społecznych.
- 3) Socjologia – jakość życia analizuje za pomocą wskaźników, takich jak społeczne standardy określające jej poziom, system wartości oraz zasady funkcjonowania w społeczeństwie.
- 4) Ekonomia – uwzględnia mierzalne wskaźniki, cechy oraz indeksy związane z jej poziomem. Wartością odniesienia często są takie elementy jak: koszty dóbr i usług, minimalne standardy socjalne, poziom konsumpcji, zakres podstawowych potrzeb oraz programy świadczeń socjalnych (Baumann, 2006a, s.168).

Każda z tych dziedzin nauki ma swoje podstawy i indywidualne spojrzenie na rozumienie pojęcia jakości życia, a zrozumienie tych różnic wymaga wielopłaszczyznowego podejścia, które uwzględnia różne obszary i wskaźniki oceny.

Baumann, po przeprowadzeniu analizy literatury, zidentyfikowała 13 istotnych czynników, które wpływają na jakość życia. Należą do nich:

- 1) Dobrostan fizyczny – obejmuje on zdolność do aktywności, energię, jakość opieki zdrowotnej, brak bólu i zachowanie zdolności zmysłów.
- 2) Dobrostan finansowy i materialny – odnosi się do niezależności finansowej, zabezpieczenia finansowego oraz posiadania dóbr materialnych.
- 3) Dobrostan osobisty – obejmuje zdrowie psychiczne, szczęście, samoocenę, godność, ciągły rozwój, wygląd zewnętrzny, kontrolę nad życiem, niezależność, duchowość, brak stresu, miłość, edukację i zdolność do wyborów.
- 4) Dobrostan społeczny – związany jest z relacjami rodzinnymi, przyjaźniami i wsparciem społecznym.
- 5) Życiowa satysfakcja – odnosi się do poczucia spełnienia, pełni życia, kreatywności i ogólnego dobrego samopoczucia.
- 6) Cel życia – obejmuje altruizm, zaangażowanie i uczestnictwo w życiu innych, a także produktywny proces starzenia się.
- 7) Dobrostan estetyczny – związany jest z czasem wolnym, zainteresowaniami i hobby oraz kontaktem z muzyką, sztuką i literaturą.
- 8) Wesołość/radość – obejmuje małe i duże przyjemności oraz radość z zabawy i uciechy.
- 9) Dobrostan moralny – odnosi się do czystego sumienia.
- 10) Radość życia – związana jest z przekonaniem, że warto było żyć.

- 11) Duchowość – obejmuje osobiste przekonania religijne.
- 12) Życie terażniejszością – odnosi się do elementarności, prostoty, naturalności oraz wolności od zbytniego zatracania się w przeszłości i przyszłości.
- 13) Koniec życia – obejmuje jakość umierania, poczucie kontroli nad tym procesem oraz jakość opieki, ze szczególnym uwzględnieniem minimalizacji bólu i cierpienia. (Baumann, 2006a, s. 169-170).

Analizując jakość życia osób starszych, należy podkreślić fakt, iż Polska w 2002 r. przyjęła Międzynarodową Strategię Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw, znaną jako Plan Madrycki. W ramach wdrażania tego planu, w celu poprawy jakości życia osób starszych, sformułowano istotne obszary działań społecznych, do których zaliczono:

1. Budowę społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku. Oznacza to tworzenie otoczenia społecznego, które jest przyjazne i akceptujące dla osób w każdym wieku.
2. Zapewnienie ciągłości rozwoju w społeczeństwie starzejącym się. Działania te obejmują ograniczanie ubóstwa wśród osób starszych, zachęcanie do produktywnego starzenia się oraz uwzględnianie problemów związanych z zatrudnieniem coraz starszych pracowników.
3. Edukację osób starszych. Wyrównywanie dysproporcji w rozwoju poszczególnych regionów, umacnianie więzi międzypokoleniowych i przestrzeganie praw człowieka w odniesieniu do osób starszych oraz tych, którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować.
4. Dbłość o dobry stan zdrowia i dobre samopoczucie osób starszych. Promowanie zdrowego stylu życia i ogólnego samopoczucia wśród osób starszych.
5. Tworzenie korzystnych warunków życia dla osób w każdym wieku. Obejmuje to zagwarantowanie ochrony socjalnej, wsparcia materialnego, poprawy warunków mieszkaniowych i wyposażenia mieszkań.
6. Zapewnienie opieki dla osób niesamodzielnych i ochrona przed naruszeniem praw osób starszych, a także przemocą wobec nich. Działania te zmierzają do zapewnienia wsparcia i ochrony dla osób starszych, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować oraz do zapobiegania przemocy wobec nich.
7. Promocję solidarności międzypokoleniowej i pozytywnego wizerunku ludzi starszych. Obejmuje to działania na rzecz budowania pozytywnego wizerunku osób starszych oraz promowanie współpracy i solidarności międzypokoleniowej (Błędowski i in., 2012, s. 184-185).

Wawrzyniak twierdzi, że jakość życia jest określana poprzez perspektywę udanego procesu starzenia się i okresu starości. Głównym elementem, który determinuje jakość życia, jest satysfakcja z życia, czyli poziom zadowolenia z naszego bytowania. Koncepcja udanego procesu starzenia się opiera się na postrzeganiu szczęścia jako ogólnego celu, dążenia człowieka i głębokiej potrzeby, która towarzyszy nam na każdym etapie życia. Natomiast satysfakcję z życia można również opisać jako uczucie szczęścia i dobre samopoczucie (Wawrzyniak, 2017b, s. 115).

Proces starzenia się, a w szczególności naturalny spadek zdrowia z wiekiem, stanowią najbardziej widoczną biologiczną konsekwencję starzenia się i mają ważne znaczenie jako determinanty jakości życia.

Istotnym elementem wpływającym na ocenę jakości życia osób starszych są relacje z ich rodzinami i przyjaciółmi. Agata Chabior podkreśla, że rodzina jako fundamentalna komórka społeczna odgrywa istotną rolę w życiu człowieka, będąc pierwotnym otoczeniem, w jakim funkcjonuje. Aktywność życiowa seniorów jest powiązana z różnymi czynnikami, które wpływają na tę ocenę, w tym na emocjonalne więzi rodzinne. Wśród tych czynników można wymienić strukturę rodziny, relacje międzypokoleniowe, sytuację finansową i zdrowotną, a także wzajemną pomoc i zrozumienie. To rodzina w pierwszej kolejności tworzy warunki do rozwoju swoich członków oraz satysfakcji ich potrzeb (Chabior, 2014, s. 80-84).

Zych zwraca uwagę na warunki mieszkaniowe, które również mają wpływ na jakość życia, np. osoby zamieszkujące w DPS oceniają jakość swojego życia niżej niż osoby żyjące w rodzinach, co oznacza, że rodzina i kontakty społeczne są istotnymi czynnikami wpływającymi na jakość życia (Zych, 2017b, s. 78-79).

Iwona Benek zwraca uwagę na proces poznawczy, który jest niezbędny do efektywnego funkcjonowania w otaczającym środowisku. Obejmuje on zdolność do spostrzegania bodźców, analizowania sytuacji, wyciągania wniosków i podejmowania trafnych decyzji. Dla osób cierpiących na różne rodzaje zaburzeń poznawczych, konsekwencje zdrowotne i społeczne są jasne i mają znaczący wpływ na jakość ich życia, a także stan zdrowia. Utrzymywanie się umiarkowanych zaburzeń poznawczych przez dłuższy czas negatywnie wpływa na samopoczucie i jakość życia osób starszych, a także stanowi duże wyzwanie dla ich opiekunów (Benek, 2016a, s. 347).

Zdaniem Heleny Sęk, pojęcie jakości życia, podobnie jak zdrowie i szczęście, może być rozumiane na dwa sposoby: obiektywnie i subiektywnie. Obiektywna jakość życia odnosi się do warunków życia i sposobu działania jednostki. Te warunki mogą być również określane jako wyznaczniki subiektywnej jakości życia. Z kolei subiektywna jakość życia wynika z oceny

i wartościowania różnych sfer życia oraz życia jako całości. Ocena jakości życia może mieć charakter poznawczy, oparty na poczuciu satysfakcji lub emocjonalno-przeżyciowy, oparty na poziomie zadowolenia z różnych sfer życia i życia jako całości. Czasami jakość życia jest utożsamiana z poczuciem dobrostanu (Sęk, 2001).

Sylwia Nowak twierdzi, że jakość życia zależy nie tylko od warunków istniejących, lecz także od warunków pożądaných, nie stanowi zatem ona wielkości obiektywnej. Dlatego jej opisywanie wymaga uwzględnienia subiektywnych potrzeb mieszkańców (S. [ylwia] Nowak, 2017, s. 60).

W ten sam sposób wypowiada się również Mieczysław Gałuszka. Jego zdaniem, problem jakości życia osób starszych głównie dotyczy zagadnień społecznych, medycznych, ekonomicznych, prawnych, a także politycznych, wynikających z ich życiowej sytuacji i związanych z funkcjonowaniem systemów opieki nad starszymi (Gałuszka, 2006, s. 111).

W ostatnim okresie podejmowane są różnorodne inicjatywy mające na celu poprawę sytuacji osób w podeszłym wieku w Polsce. Wdrażane są programy oferujące wsparcie finansowe, jednocześnie inwestuje się w rozwój placówek opiekuńczych i geriatrycznych. Dodatkowo propaguje się ideę aktywnego procesu starzenia się oraz tworzenia środowisk sprzyjających osobom starszym.

Małgorzata Kaleta-Witusiak zauważa, że troska o jakość życia osób dorosłych cierpiących na choroby przewlekłe i/lub terminalne, a także pacjentów hospitalizowanych w Polsce, częściej stanowi temat badań i debat niż spójnych, systemowych działań. Nie zawsze skuteczne postępowanie przeciwbólowe to w zasadzie jedyna czynność, którą można zaliczyć na poczet poprawy jakości życia osób starszych chorobowo cierpiących. Z pomocą przychodzą społeczne organizacje pozarządowe, które wspierają chorych i ich rodziny. Do takich organizacji można zaliczyć: Stowarzyszenie Osób Chorych na SM, Stowarzyszenie Rodzin z Chorobą Alzheimera, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Przewlekłe Chorym IGNIS, Stowarzyszenie Kobiet po Mastektomii itp. Aktywność tych organizacji wpływa na poprawę jakości życia tych osób i ich rodzin (Kaleta-Witusiak, 2012, s. 292-293).

W celu poprawy sytuacji osób starszych w Polsce konieczne jest podejmowanie działań na różnych poziomach, w tym politycznym, społecznym i instytucjonalnym. Wsparcie finansowe, dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, integracja społeczna, a także odpowiednie warunki mieszkaniowe są niezbędne dla zapewnienia godnego życia seniorom w Polsce.

Jakość życia według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to indywidualna percepcja jednostki dotycząca jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu

wartości, z uwzględnieniem zadań, oczekiwań i standardów wynikających z otoczenia środowiskowego (WHO, 1995).

Jakość życia to pojęcie, które ocenia ogólną jakość doświadczeń i warunków życiowych jednostki lub społeczeństwa. Obejmuje ono różne obszary, takie jak zdrowie, poziom życia, edukacja, bezpieczeństwo, satysfakcja z życia i inne czynniki wpływające na dobre samopoczucie i ogólny poziom życia.

Pojęcie jakości życia jest wielowymiarowe, co oznacza, że uwzględnia wiele różnych czynników i jest subiektywne, ponieważ ocena jakości życia może różnić się w zależności od jednostki i jej okoliczności.

Ocena jakości życia jest istotna dla rozwoju społecznego i ekonomicznego, a także w planowaniu polityki publicznej i podejmowaniu decyzji dotyczących poprawy warunków życiowych jednostek i społeczeństw. Dążenie do poprawy jakości życia jest ważnym celem wielu szerokich programów i inicjatyw na całym świecie.

1.4. Wybrane problemy człowieka w starości

Starość, choć nieuchronna, to etap życia, który niesie ze sobą szereg wyzwań i problemów. W miarę jak człowiek starzeje się, zaczynają pojawiać się różnorodne kwestie, zarówno te wynikające z natury biologicznej, jak i te ukształtowane przez czynniki społeczne i kulturowe. W niniejszej części rozdziału zostały poruszone wybrane problemy, które często towarzyszą ludziom w starości.

Zych uważa, że problemy ludzi starych często są ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują w sposób, który sprawia, że rozumienie i zarządzanie nimi staje się bardziej złożone. Istnieją trzy kategorie problemów życiowych, z jakimi człowiek może się spotykać:

- 1) Problemy związane z codziennym funkcjonowaniem (problemy na polu zawodowym, rodzinnym, towarzyskim, społecznym oraz aktywność i wypoczynek).
- 2) Problemy istotne dla egzystencji (zdrowie, siła fizyczna, równowaga psychiczna, możliwość dalszego rozwoju, nowe doświadczenia, optymizm oraz odwaga).
- 3) Problemy związane z harmonijnym funkcjonowaniem w społeczeństwie (problem polegający na trudności w ustaleniu porządku i skoncentrowaniu się na organizacji życia w spójną strukturę) (Zych, 2017b, s. 136).

Leszczyńska-Rejchert zauważa, że w okresie starości zwykle występuje nagromadzenie różnych trudności życiowych. Te wyzwania mogą obejmować kwestie zdrowotne, ekonomiczne, związane z mieszkaniem, troski rodzinne, trudności adaptacyjne, uzależnienia, a także problemy emocjonalne (Leszczyńska-Rejchert, 2016, s. 33-64).

Starość jest zwykle okresem, w którym pojawiają się różnego rodzaju schorzenia i ograniczenia zdrowotne. Choroby przewlekłe, takie jak nadciśnienie, cukrzyca czy choroby serca, mogą stać się codziennością i wpływać na jakość życia. Starzenie się wiąże się również z większym ryzykiem demencji, co stanowi znaczne wyzwanie zarówno dla samej osoby starszej, jak i dla jej opiekunów.

Jednym z głównych problemów, z jakimi borykają się osoby starsze w Polsce, jest opieka zdrowotna. System ten często nie jest w pełni dostosowany do potrzeb i oczekiwań seniorów, a dostęp do wysokiej jakości usług medycznych może być ograniczony. Wiele osób starszych ma trudności z uzyskaniem specjalistycznej opieki medycznej oraz brakuje odpowiedniego wsparcia dla seniorów z chorobami przewlekłymi. Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z czerwca 2021 r. wskazuje, że w Polsce było jedynie 532 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie geriatry (NIK, 2021, s. 28).

Krzysztof Duda twierdzi, że jest niewielka grupa osób w starszym wieku, stanowiąca około 8-10% populacji, u których proces starzenia się można uznać za naturalny i związany z upływem czasu. Osoby te nie borykają się z chorobami przewlekłymi i umierają w wyniku naturalnego procesu starzenia się. Niemniej jednak w trakcie tego procesu zachodzą liczne zmiany prowadzące do stopniowego osłabienia, redukcji lub utraty funkcji na poziomie tkanek, organów i układów. To stan, który nie jest patologiczny, ale jest bardziej podatny na schorzenia ściśle związane z wiekiem (Duda, 2012, s. 1-32).

Małgorzata Pabiś i Alicja Babik podkreślają problemy związane ze stanem zdrowia i niezależnością osób starszych. Twierdzą, że osoby starsze często doświadczają wielu problemów wpływających na ich samodzielność i zdolność do samopielęgnowania. Te problemy zazwyczaj stanowią złożone zespoły geriatryczne, obejmujące takie schorzenia jak: choroby serca, nowotwory, cukrzyca, zaburzenia równowagi, problemy z poruszaniem się, upadki, otępienie o późnym początku, depresja, bezsenność, nietrzymanie moczu i stolca, zaparcia, zaburzenia wzroku i słuchu, skurcze nocne mięśni kończyn dolnych i owrzodzenia. Wielokrotne współwystępowanie tych problemów utrudnia proces leczenia. W późniejszym etapie mogą prowadzić do inwalidztwa i niepełnosprawności, co z kolei sprawia, że osoba starsza staje się zależna od pomocy innych osób (Pabiś i Babik, 2007, s. 62-65).

Innym problemem dotyczącym osoby starsze w Polsce jest niski poziom emerytur i świadczeń oraz rosnące koszty utrzymania, które przyczyniają się do trudności finansowych i ubóstwa wśród tej grupy społecznej. Dodatkowo brakuje wystarczającej liczby miejsc w domach pomocy społecznej i placówkach geriatrycznych, co skutkuje koniecznością oczekiwania na miejsce dla osób potrzebujących opieki długoterminowej. W oparciu o dane GUS, na koniec

2021 r. w Polsce funkcjonowało 897 domów pomocy społecznej różnego typu, w których zamieszkiwało ponad 127 tys. osób starszych (GUS, 2022, s. 1).

Ponadto izolacja społeczna i samotność są powszechnymi problemami wśród osób starszych. Brak aktywności społecznej i uczestnictwa w życiu społecznym może negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne i ogólną jakość życia seniorów. Istnieje konieczność rozwijania programów i inicjatyw mających na celu integrację społeczną osób starszych oraz zapewnienie im dostępu do różnorodnych form aktywności i wsparcia społecznego.

Leszczyńska-Rejchert podnosi istnienie poważnego problemu związanego z samotnością i osamotnieniem w starości. Chcąc wyjaśnić te pojęcia, sięga po słowa Piotrowskiego, który definiuje samotność jako stan fizyczny oraz osamotnienie jako stan społeczny. W tym kontekście osamotnienie jest bardziej uciążliwe i bolesne, ponieważ oznacza życie poza społecznością ludzką, poza sprawami dotyczącymi ludzi i poza swoim otoczeniem. Osamotnienie jest stanem, w którym odczuwa się utratę ważnych relacji i brak istotnych interakcji (Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 103).

Wawrzyniak podkreśla, że choć samotność bywa często mylona z osamotnieniem, to są to dwa różne zjawiska. Istotnym kryterium różnicującym oba te stany jest wola osoby przebywającej w izolacji od innych ludzi. Samotność jest wyborem, decyzją podejmowaną świadomie, która może mieć pozytywny wydźwięk dla osoby jej doświadczającej (Wawrzyniak, 2017c, s. 92). Problemy samotności i osamotnienia występują w domu pomocy społecznej w zakresie codziennego funkcjonowaniem osób starszych. Wielu mieszkańców DPS zmagają się z uczuciem samotności i osamotnienia, zwłaszcza jeśli opuścili swoje domy i rodziny na zawsze. Samotność może być korzystna dla osób, które świadomie ją wybierają, by się rozwijać, realizować swoje plany lub w krótkotrwały sposób osiągnąć określone cele. Jednakże osamotnienie zawsze wiąże się z negatywnymi skutkami i nie jest czymś, co można wybierać świadomie (Wawrzyniak, 2017c, s. 56-57).

Elżbieta Dubas także wyraża przekonanie, że samotność zazwyczaj bywa negatywna, ale może mieć pozytywny wpływ na rozwój jednostki. Sugeruje ona, że kiedy samotność wynika z osobistego wyboru i jest postrzegana jako szansa, zadanie rozwojowe lub nawet jako coś pozytywnego, może stanowić korzystny czynnik wpływający na życie jednostki (Dubas, 2000a, s. 110).

Mieszkalnictwo to kolejne wyzwanie, z którym często trzeba się zmierzyć w starości. Niektórzy starsi ludzie mogą mieć problemy z utrzymaniem swojego dotychczasowego miejsca zamieszkania ze względu na ograniczenia związane z kondycją fizyczną lub finansową. Potrzeba poprawy warunków mieszkaniowych dla osób starszych, dostosowane i przyjazne dla

seniorów mieszkania, infrastruktura publiczna i możliwość korzystania z różnych form wsparcia domowego są istotne dla zapewnienia godnej jakości życia i niezależności osobom starszym; mogą w tym pomóc dom pomocy społecznej czy mieszkanie wspomagane.

Problemy rodzinne stanowią także istotną część wyzwań w starości. Osoby starsze mogą potrzebować wsparcia rodziny w codziennym funkcjonowaniu, zwłaszcza jeśli borykają się z problemami zdrowotnymi. Z drugiej strony, starość to czas, gdy mogą pojawić się trudności związane z opieką nad osobami starszymi. To powoduje napięcia i pytania dotyczące opieki nad seniorami.

Innymi problemami osób starszych, na które zwraca uwagę Małgorzata Dzięgielewska, są aktywność i wypoczynek. Aktywność ludzka w różnych fazach życia jest nie tylko naturalną potrzebą, ale także jest niezbędna do prawidłowego rozwoju. Dzięki aktywności człowiek nawiązuje kontakt z otaczającym go światem, uczestniczy w interakcjach społecznych i integruje się z określoną grupą społeczną. Aktywność stanowi istotny sposób zaspokajania różnorodnych potrzeb człowieka, a jednocześnie pozwala na rozszerzanie tego zestawu potrzeb, które nabierają znaczenia na kolejnych etapach życia (Dzięgielewska, 2006, s. 161-165).

Chabior i Wawrzyniak podkreślają istnienie poważnego problemu społecznego, jakim jest marginalizacja osób starszych. Pojęcie marginalizacji jest często utożsamiane z terminem „wykluczenie społeczne”, które oznacza stan, w którym niektóre jednostki lub grupy społeczne są pozbawione możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Osoby wykluczone mają znacznie mniejsze szanse na poprawę swojego życia w porównaniu z resztą społeczeństwa. To wynika z ograniczonego dostępu do wielu instytucji i placówek publicznych, gdzie większość społeczeństwa organizuje swoje życie społeczne. Wykluczenie społeczne wiąże się z brakiem możliwości uczestnictwa, ograniczonym dostępem i ograniczeniem praw społecznych (Chabior i Wawrzyniak, 2017, s. 242).

Pojęcie marginalizacji obszerniej wyjaśnia Trafiałek, która opisuje je jako sytuację, w której dochodzi do rozpadu więzi społecznych i wykluczenia jednostek ze struktur społecznych. Osoby te tracą zdolność uczestniczenia w życiu grup i społeczności, korzystania z instytucji, a także nawiązywania różnorodnych interakcji społecznych, co zazwyczaj zapewnia poczucie użyteczności i akceptacji. Marginalizacja jest postrzegana jako system ograniczonego dostępu do dóbr oraz braku pełnego uczestnictwa w instytucjach i procesach społecznych i politycznych. Wynika to z odmowy przyznania określonych praw lub z braku możliwości korzystania z tych praw (Trafiałek, 2016, s. 124).

Anthony Giddens zauważa problem społeczny związany z dyskryminacją, którą określa jako faktyczne zachowania skierowane przeciwko innej grupie lub jednostce. Dyskryminacja

manifestuje się w praktykach, które zapewniają określone możliwości dla członków jednej grupy kosztem innych (Giddens, 2006, s. 272).

Dyskryminacja to poważny problem społeczny, który polega na niesprawiedliwym i nieuczciwym traktowaniu jednostek lub grup na podstawie określonych cech, takich jak płeć, wiek, rasa, orientacja seksualna, niepełnosprawność, religia, poglądy polityczne i inne. Jest to zjawisko, które narusza prawa człowieka i zasady równości. Dyskryminacja prowadzi do nierówności społecznych, wykluczenia i cierpienia ludzi, a także może mieć negatywne konsekwencje dla ofiar. Działa na szkodę jednostek i społeczeństwa jako całości, ponieważ ogranicza dostęp do zasobów, możliwości rozwoju i uczestnictwa w życiu społecznym.

De Beauvoir zwróciła uwagę na negatywny stosunek do osób starszych przez przedstawicieli młodszej części społeczeństwa i zagrożenia związane z relacjami międzypokoleniowymi. Zwróciła też uwagę, że starzy ludzie, nie będąc istotną siłą ekonomiczną, często nie mają możliwości domagania się swoich praw. W interesie osób wyzyskujących leży podważanie solidarności między pracującymi a niepracującymi, aby ci ostatni nie mogli znaleźć oparcia. Mity i stereotypy kultury mieszczańskiej przyczyniają się do postrzegania osób starszych jako Innych (Beauvoir de, 2011, s. 7). Dlatego walka z dyskryminacją i promowanie równości jest istotnym celem społecznym i prawdziwą koniecznością. Działanie to wymaga świadomości, edukacji, aktywności społecznej, wprowadzenia skutecznych przepisów i polityk, które chronią prawa jednostek i zwalczają dyskryminację na wszystkich jej poziomach. Równość i poszanowanie różnorodności to fundamenty sprawiedliwego społeczeństwa.

Problem dyskryminacji ze względu na wiek, zwany ageizmem lub „wiekizmem”, wyjaśnia Trafiałek. Jej zdaniem niniejsze zjawisko oznacza dyskryminację ludzi na podstawie ich wieku, często skupiając się na osobach starszych. Jednak może dotyczyć różnych grup wiekowych i polega na postrzeganiu ludzi jako zbędnych, pozbawionych pewnych praw, ograniczonych w dostępie do zasobów i społecznie marginalizowanych (Trafiałek, 2016, s. 124).

Dzięgielewska zwraca uwagę na znaczenie kwestii związanych z wycofywaniem się z życia społecznego i aktywności osób starszych jako istotnych zagadnień pedagogicznych. Badanie możliwości stymulowania aktywności seniorów, sposobów zachęcania ich do uczestnictwa w życiu społecznym i przygotowywania do odkrywania różnych ujęć aktywności jest ważne (Dzięgielewska, 2006, s. 163-164).

Grażyna Orzechowska porusza kwestię aktywności istotnych dla osób starszych, które ze względu na różne obszary zainteresowań można podzielić na:

- 1) Aktywność domowo-rodzinną – obejmuje wykonywanie codziennych obowiązków związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego i opieką nad rodziną.
- 2) Aktywność kulturalną – to forma aktywności związana ze stylem życia w mieście, często obejmuje czytanie, słuchanie radia i oglądanie telewizji.
- 3) Aktywność zawodową – może zapewnić osobom starszym satysfakcję związaną z uznaniem, użytecznością i utrzymaniem społecznego statusu.
- 4) Aktywność społeczną – często dotyczy osób, które już wcześniej były zaangażowane w różne formy aktywności społecznej.
- 5) Aktywność edukacyjną – ta sfera umożliwia ciągłe doskonalenie i poszerzanie swojej wiedzy, poznawanie nowych tematów i ludzi, a także ćwiczenie umysłu i pamięci.
- 6) Aktywność religijną – z wiekiem rośnie znaczenie religii i uczestnictwo w jej obrzędach.
- 7) Aktywność rekreacyjną – obejmuje wszelkie formy wypoczynku, aktywności fizycznej oraz wykonywanie ulubionych zajęć w czasie wolnym (Orzechowska, 1999, s. 28-29).

Jednym ze współczesnych problemów osób starszych jest wykluczenie cyfrowe. Wykluczenie cyfrowe osób starszych odnosi się do sytuacji, w której starsze pokolenia napotykają na trudności w korzystaniu z nowoczesnych technologii cyfrowych, takich jak komputery, smartfony, internet itp. Ten poważny problem rodzi wiele wyzwań. Osoby starsze, które nie są biegłe w obszarze technologii, mogą odczuwać izolację cyfrową i ograniczenia w dostępie do ważnych usług i informacji. Wykluczenie cyfrowe osób starszych może wynikać z kilku czynników, w tym:

- 1) braku umiejętności technicznych – starsze pokolenia często nie miały tak szerokiego dostępu do technologii cyfrowych jak młodsze; niejednokrotnie brakuje osobom starszym podstawowych umiejętności obsługi nowoczesnego sprzętu;
- 2) trudności w dostępie do technologii – niektórych seniorów nie stać na zakup komputera czy smartfona, co ogranicza ich dostęp do innych narzędzi komunikacyjnych, np. do internetu;
- 3) obaw dotyczących bezpieczeństwa – osoby starsze mogą obawiać się oszustw internetowych i problemów związanych z bezpieczeństwem online;
- 4) barier sensorycznych – niektórzy seniorzy mogą mieć problemy ze wzrokiem lub słuchem, co sprawia, że korzystanie z technologii jest utrudnione.

Wykluczenie cyfrowe osób starszych ma istotne konsekwencje, ponieważ odcinają się one od wielu korzyści, takich jak dostęp do informacji, dostęp do bezpłatnych usług, dostęp do

elektronicznej bankowości, usług zdrowotnych online, możliwość komunikacji ze znajomymi i rodziną, a także dostęp do rozrywki. Rozwiązywanie tego problemu wymaga podejścia edukacyjnego, dostarczania dostępnych narzędzi i wsparcia technicznego, a także tworzenia technologii bardziej przyjaznych starszym użytkownikom.

Wawrzyniak zauważa, że jedynie 18% Polaków w wieku powyżej 50 lat korzysta z internetu, podczas gdy aż 65% dorosłych w tej grupie wiekowej nie posiada dostępu do sieci. Osoby w wieku 50+ wykazują znacząco niższy poziom kompetencji cyfrowych w porównaniu z młodszymi grupami (16–49 lat). To wykluczenie cyfrowe dotyka częściej osoby starsze o niższym wykształceniu, mieszkające poza dużymi miastami i o niskich dochodach (Wawrzyniak, 2017d, s. 252-253).

Barbara Szmigielska, Anna Bąk, Małgorzata Hołda podkreślają, że osoby starsze w Polsce często korzystają z internetu w celu pozyskiwania aktualnych informacji z zakresu ogólnych wiadomości, spraw zdrowotnych, treści turystycznych i rozrywkowych. Natomiast rzadziej wykorzystują go do poszukiwania pracy lub czytania blogów (Szmigielska, Bąk i Hołda, 2012).

Zdaniem Baumann człowiek może doświadczyć różnych rodzajów lęku przed śmiercią. Pierwszy z nich to lęk przed własną śmiercią, który bardzo często łączy się z obawą przed rozstaniem z najbliższymi, smutkiem związanym z końcem własnych życiowych doświadczeń, czy żalem dotyczącym niezrealizowanych planów. Lęk przed śmiercią innych wprowadza dodatkowe rozróżnienie dotyczące śmierci bliskich i obcych osób. Śmierć kogoś bliskiego jest również związana z lękiem przed samotnością i przemijaniem i łączy się ze świadomością utraty miejsc i relacji, które istniały dzięki tej osobie. Jednak to właśnie doświadczenie, należące do najbardziej radykalnych i nieodwołalnych, może stać się powodem przemiany (Baumann, 2006b).

Jednym z ważniejszych problemów osób starszych jest lęk tanatyczny, nazywany lękiem przed śmiercią, a także lękiem przed umieraniem. Jest to rodzaj lęku, który swoje źródło znajduje w obawach związanych z własną śmiercią albo śmiercią bliskich. Jest to naturalna reakcja ludzka, ponieważ kwestia śmierci i niepewności co do tego, co dzieje się po śmierci, często budzi emocje. Lęk tanatyczny jest naturalnym uczuciem i wielu ludzi doświadcza go w pewnym momencie swojego życia. Dla niektórych jest to uczucie przejściowe, a u innych może utrzymywać się przez dłuższy czas.

Według Fabisia lęk jest trwałym uczuciem dyskomfortu, które towarzyszy człowiekowi przez całe jego życie. Lęk tanatyczny wynika z uczucia zagrożenia własnym istnieniem. Nawet kilkuletnie dzieci zdają sobie sprawę z potencjalnie destrukcyjnej siły śmierci. Pierwotny instynkt samozachowawczy stopniowo rozwija się w głębszą refleksję nad ograniczonym

czasem życia ludzkiego, aż w końcu prowadzi do pełnej konfrontacji z własnym procesem umierania (Fabiś, 2017, s. 280).

Problem uzależnienia osób starszych jest istotnym zagadnieniem zdrowotnym i społecznym. Seniorzy są podatni na różne formy uzależnień, które mogą negatywnie wpływać na ich jakość życia, zdrowie fizyczne i psychiczne. Poniżej przedstawiono niektóre z problemów związanych z uzależnieniem osób starszych:

- 1) Uzależnienie od leków – starsze osoby często mają przepisane leki na przewlekłe schorzenia. Niestety, niektórzy z nich mogą stać się uzależnieni od leków, zwłaszcza od silnych środków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. To może prowadzić do nadużywania leków i problemów związanych z tym uzależnieniem.
- 2) Uzależnienie od alkoholu – niektórzy seniorzy nadużywają alkoholu, traktując go jako sposób na radzenie sobie z samotnością, stresem lub problemami zdrowotnymi. Nadmierne picie alkoholu może prowadzić do alkoholizmu i poważnych problemów zdrowotnych.
- 3) Uzależnienie od nikotyny – starsze osoby, które palą papierosy przez długie lata, mogą być uzależnione od nikotyny. To zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego.

Uzależnienie osób starszych może być skomplikowane i wpływać na ich zdrowie psychiczne i fizyczne. Profesjonalna pomoc, wsparcie społeczne i odpowiednie programy leczenia są niezbędne do zwalczania tych problemów i poprawy jakości życia seniorów.

Wawrzyniak podkreśla, że uzależnienia wśród osób starszych to kwestia o znaczeniu zarówno medycznym, jak i społecznym. Niemniej jednak w Polsce brakuje wystarczających badań nad tym zjawiskiem. W związku z tym większość dostępnych informacji na ten temat czerpie się z analiz i opracowań pochodzących z krajów takich jak Stany Zjednoczone, gdzie problem ten jest bardziej doceniany i badany. Dlatego istnieje potrzeba podjęcia działań mających na celu poważne zajęcie się problemem uzależnień wśród osób starszych w Polsce (Wawrzyniak, 2017e, s. 298).

Tomasz Hanć, Marta Komorowska i Katarzyna Ziółkowska wyjaśniają, że proces starzenia się wpływa na zmiany w układzie nerwowym, które nie tylko wpływają na przekształcenia w sferze poznawczej u ludzi, ale także sprawiają, że osoby starsze stają się bardziej podatne na wpływ substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol i leki. Te substancje stanowią główną przyczynę uzależnień w późnej dorosłości (Hanć, Komorowska i Ziółkowska, 2007, s. 66).

Wśród osób starszych z problemem uzależnienia można wyróżnić głównie dwie kategorie. Pierwszą stanowią jednostki, które sięgały po alkohol od młodości (stanowią one około dwóch trzecich wszystkich uzależnionych) i mimo problemów zdrowotnych i dolegliwości udało im się dożyć późnego wieku. Warto zaznaczyć, że osoby te rzadziej osiągają wiek starszy niż abstynenci lub umiarkowani konsumenci alkoholu. Drugą grupę stanowi mniejsza liczba uzależnionych (około jednej trzeciej), którzy rozpoczęli nadmierne picie w późniejszym okresie dorosłości (Suwała i Gerstenkorn, 2006, s. 173).

Innym wyzwaniem, z którym borykają się osoby starsze, jest kwestia ubóstwa i braku środków do zabezpieczenia swoich podstawowych potrzeb. Problem ubóstwa i niedostatku wśród osób starszych to istotne wyzwanie społeczne, które dotyka wiele starszych osób na całym świecie. W miarę jak ludzie starzeją się, mogą doświadczać różnych czynników, które wpływają na ich sytuację ekonomiczną i materialną. Zakończenie aktywności zawodowej i spadek dochodów niejednokrotnie prowadzą do trudnej sytuacji finansowej, co w konsekwencji może prowadzić do ubóstwa i braku możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb.

Dochody osób starszych opierają się wyłącznie na emeryturach lub rentach. Niestety, w niektórych przypadkach te świadczenia są niewystarczające do pokrycia podstawowych kosztów życia, takich jak opłaty za mieszkanie, żywność, opiekę zdrowotną i inne wydatki. Niskie emerytury mogą prowadzić do ubóstwa w starszym wieku. W niektórych krajach brak lub słabe zabezpieczenie społeczne dla osób starszych może pogłębiać problem ubóstwa. Osoby, które nie miały dostępu do stabilnych miejsc pracy i emerytur firmowych, są szczególnie narażone na ubóstwo w starszym wieku. Starsze osoby często potrzebują regularnej opieki zdrowotnej, co wiąże się z kosztami. Wydatki na leki, wizyty u lekarzy, opiekę domową lub pobyty w placówkach opieki długoterminowej mogą być znaczącym obciążeniem finansowym. Podobnie wzrost cen na towary i usługi, a także inflacja, mogą prowadzić do spadku siły nabywczej emerytur i innych dochodów na przestrzeni czasu, co wpływa na standard życia osób starszych. Osoby starsze, zwłaszcza te mieszkające samotnie, mogą doświadczać izolacji społecznej, co utrudnia dostęp do wsparcia i źródeł pomocy finansowej. Brak wsparcia społecznego może przyczynić się do niedostatku. Warunki mieszkaniowe, w tym wysokie koszty wynajmu lub utrzymania domu, mogą stanowić znaczący wydatek dla osób starszych. Zły stan techniczny mieszkania lub brak dostępu do mieszkań chronionych może utrudniać życie na starość.

Jerzy Boczoń, Witold Toczyński i Anna Zielińska uważają, że ubóstwo, często nazywane biedą lub niedostatkiem, to sytuacja, w której brakuje wystarczających środków materialnych do prowadzenia godziwego życia. Jest to zjawisko, które charakteryzuje się życiem poniżej

pewnego progu dochodowego lub poziomu, który pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb jednostki, rodziny lub społeczności. Ubóstwo ma wpływ na zdrowie, edukację, jakość życia i dostęp do podstawowych usług, a jego wyeliminowanie stanowi istotne wyzwanie społeczne. Dlatego ważne jest prowadzenie działań i programów, które zmierzają do redukcji ubóstwa oraz zapewnienie równego dostępu do szans i zasobów społecznych (Boczoń, Toczyński i Zielińska, 1995, s. 319).

Warto także podkreślić, że starość nie ogranicza się wyłącznie do kwestii fizycznych, ekonomicznych i rodzinnych. Problemy natury emocjonalnej, takie jak poczucie osamotnienia, lęk przed śmiercią, czy trudności z adaptacją do zmieniających się okoliczności życiowych, również odgrywają ważną rolę w życiu osób starszych.

Warto podkreślić, że każda osoba starsza może doświadczać tych problemów w sposób unikalny i indywidualny. W związku z tym istnieje konieczność rozważenia różnych okoliczności starzenia się i podejścia do tych wyzwań z empatią i zrozumieniem. Rozumienie tych problemów i podjęcie działań mających na celu poprawę jakości życia osób starszych staje się coraz bardziej istotne w społeczeństwach, które starzeją się wraz z upływem czasu.

Rozdział 2. Człowiek stary w instytucji pomocowej

2.1. Kierunki rozwoju współczesnej polityki senioralnej w Polsce

Starość może nie być zawsze postrzegana jako popularny czy atrakcyjny okres życia, ale paradoksalnie jest to etap, ku któremu nieuchronnie zmierzamy. Mimo że wiele osób może odczuwać niepewność lub obawy związane z procesem starzenia się, to właśnie w tej fazie życia może się pojawić wiele cennych doświadczeń, refleksji i zdobyczy życiowych. Starość niesie ze sobą potencjał do głębokiej mądrości, zrozumienia życiowych priorytetów i cieszenia się chwilą obecną. Starość może nie być popularnym tematem w kulturze, warto jednak podejść do niej z otwartym umysłem i szacunkiem, widząc w niej potencjał do pogłębienia zrozumienia życia i osiągnięcia spokoju ducha.

Andrzej Grudziński zauważa, że w przeszłych epokach istniał podział w sposobie postrzegania osób starszych. Ich pozycja i prestiż były zależne od struktury społeczeństwa, priorytetów kulturowych, modelu rodziny i miejsca w hierarchii społecznej, którą budowali przez całe życie. Na uwagę zasługuje fakt, że w każdym okresie historii ludzie byli niepewni starości i tęsknili za utraconą młodością. W dzisiejszych czasach temat starzenia się i starości wywołuje liczne emocje. Coraz częściej wiąże się on z lękiem, niepokojem, negatywnym obrazem starości i pragnieniem uniknięcia jej za wszelką cenę (Grudziński, 2014, s. 61).

Barbara Szatur-Jaworska definiuje politykę społeczną wobec starzenia się jako politykę, której celem jest wspieranie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacjami charakterystycznymi dla tej życiowej fazy, uwzględniając konkretne uwarunkowania historyczne. Dodatkowo jej celem jest zapewnienie seniorom równoprawnego statusu wobec innych grup wiekowych oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku starości w społeczeństwie (Szatur-Jaworska, 2000, s. 120).

Współczesna polityka senioralna w Polsce odnosi się do działań i programów rządowych, które są kierowane na poprawę jakości życia osób starszych oraz promowanie ich aktywnego i godnego starzenia się. Jest to obszar polityki społecznej, który rozwija się w odpowiedzi na wyzwania związane ze starzejącym się społeczeństwem. Do głównych elementów współczesnej polityki senioralnej w Polsce można zaliczyć:

- 1) opiekę zdrowotną, która skoncentrowana jest na zapewnieniu dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Opieka ta obejmuje programy profilaktyczne, leczenie chorób przewlekłych, opiekę długoterminową i dostęp do opieki paliatywnej;

- 2) wsparcie socjalne, poprzez które rząd polski oferuje różne programy wsparcia socjalnego dla osób starszych, w tym emerytury i renty, wybrane bezpłatne leki, świadczenia rodzinne, dodatki mieszkaniowe i inne formy pomocy finansowej. Polityka ta ma na celu zmniejszenie ryzyka ubóstwa wśród osób starszych;
- 3) edukację i aktywność, wspierane przez programy edukacyjne i aktywizujące. Pod hasłem „starzenie się aktywne” promowane są aktywności fizyczna i intelektualna osób starszych, a także zachęca się do uczestnictwa w życiu społecznym;
- 4) dostosowanie infrastruktury, takiej jak transport publiczny czy budynki publiczne, do potrzeb osób starszych. Ma to pomóc w zachowaniu mobilności i samodzielności;
- 5) ochronę praw osób starszych, w tym zapobieganie nadużyciom finansowym i innym formom dyskryminacji;
- 6) promowanie zdrowego starzenia się poprzez promocję zdrowego stylu życia, w tym odpowiedniej diety i aktywności fizycznej, aby osoby starsze mogły cieszyć się dobrą kondycją przez dłuższy czas;
- 7) wspieranie opieki rodziny opiekującej się osobą starszą, w tym dostępu do opieki długoterminowej i programów wsparcia dla opiekunów;
- 8) zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu w obliczu coraz większej roli technologii.

Współczesna polityka senioralna w Polsce jest dynamiczna i podlega ciągłym zmianom w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby społeczeństwa i wyzwania związane ze starzejącym się społeczeństwem. Celem polityki senioralnej jest zapewnienie osobom starszym godnego życia i wsparcia w utrzymaniu jak najlepszej kondycji i niezależności.

W ramach współczesnej polityki prosenioralnej wdrażane są programy, które mają na celu poprawę jakości życia osób starszych. Do najważniejszych programów na szczeblu krajowym, wspierających tę grupę społeczną, należą:

- 1) Rodzicielskie świadczenie uzupełniające – program „Mama 4+”, które jest przeznaczone dla rodziców, którzy z różnych przyczyn nie mogli podjąć pracy zarobkowej lub zrezygnowali z niej, aby wychować co najmniej czworo dzieci. Obecnie żyją oni w trudnych warunkach, często na granicy ubóstwa, i nie mają dostępu do żadnych świadczeń nawet na poziomie minimalnym. Rodzicielskie świadczenie uzupełniające ma na celu zapewnienie tym osobom niezbędnych środków do życia.
- 2) Program Opieka 75+, który ma na celu dostarczanie usług opiekuńczych osobom powyżej 75. r.ż. w miejscu ich zamieszkania i jest realizowany przez samorządy na szczeblu gminnym. Program jest skierowany do gmin miejskich, wiejskich i miejsko-

wiejskich o populacji nieprzekraczającej 60 tysięcy mieszkańców, które są w stanie świadczyć te usługi samodzielnie.

Głównym celem strategicznym programu jest zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych, w tym tych o charakterze specjalistycznym, dla osób w wieku 75 lat i starszych.

- 3) Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, na który co roku przyznawany jest budżet na dofinansowanie w następujących obszarach:
 - aktywność społeczna – obejmuje szeroki zakres działań, których celem jest podniesienie poziomu zaangażowania osób starszych w aktywne spędzanie czasu wolnego, wsparcie niezależności osób starszych oraz ich otoczenia w miejscu zamieszkania, promowanie wolontariatu wśród osób starszych w lokalnych społecznościach oraz zachęcanie seniorów do udziału na rynku pracy;
 - partycypacja społeczna – stanowi działanie zmierzające do wzmocnienia zdolności samoorganizacji społeczności osób starszych oraz zwiększenia ich wpływu na procesy podejmowania decyzji dotyczących warunków życia obywateli;
 - włączenie cyfrowe – to zestaw działań mających na celu rozwijanie kompetencji w obszarze nowoczesnych technologii i korzystania z nowych mediów przez osoby starsze. Dodatkowo obejmuje promowanie i implementację rozwiązań technologicznych, które wspierają uczestnictwo społeczne oraz zapewniają bezpieczne funkcjonowanie seniorów;
 - przygotowanie do starości – obejmuje działania, których celem jest wzmocnienie trwałych relacji międzypokoleniowych, promowanie pozytywnego obrazu osób starszych oraz podniesienie poziomu bezpieczeństwa seniorów.
- 4) Program wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025. Program zakłada finansowe wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizacji własnych zadań polegających na prowadzeniu i zapewnieniu miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”. Celem strategicznym programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym poprzez dofinansowanie rozwoju infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie liczby miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”. Obejmuje to wsparcie działań jednostek samorządu w rozbudowie sieci Dziennych Domów „Senior+ i klubów „Senior+” na ich terenie.
Celem operacyjnym programu jest dostarczanie wsparcia seniorom, którzy nie są aktywni zawodowo i mają 60 lat lub więcej. Program umożliwi im korzystanie z oferty

z zakresu aktywności społecznej i usług z zakresu aktywności ruchowej, kinezyterapii, edukacji, kultury, rekreacji i opieki, w zależności od potrzeb określonych w lokalnym środowisku. W ramach programu zapewniana jest infrastruktura umożliwiająca seniorom aktywne spędzanie czasu wolnego, a także angażowanie się w działania samopomocowe i na rzecz społeczności lokalnej.

Arkadiusz Korycki objaśnia, że cele polityki społecznej wobec osób starszych do roku 2030 zostały sprecyzowane w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030: Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*. Działania te mają na celu poprawę jakości życia osób starszych i opierają się na trzech filarach:

- 1) Bezpieczeństwo – rozumiane jest jako przekonanie, że wszystkie podstawowe potrzeby bytowe, materialne, psychiczne i duchowe są lub w razie potrzeby mogą być zaspokojone dzięki posiadaniu odpowiednich zasobów materialnych i/lub wsparciu ze strony rodziny i systemu zabezpieczenia społecznego.
- 2) Uczestnictwo – rozumiane jest jako aktywny udział seniorów w różnych sferach życia społecznego, takich jak aktywność fizyczna, zawodowa, rodzina, lokalna itp., dostosowany do wieku i związanych z nim ograniczeń. W tym kontekście promuje się wykorzystywanie potencjału i doświadczenia seniorów, m.in. poprzez tworzenie Rad Seniorów i innych organów konsultacyjnych reprezentujących głos osób starszych.
- 3) Solidarność – zarówno wewnątrzpokoleniowa, jak i międzypokoleniowa. Solidarność obejmuje inicjowanie i wspieranie działań, które integrują i promują wzajemną solidarność między osobami starszymi. Jednocześnie polityka ma na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i wspieranie włączenia społecznego oraz tworzenie więzi międzypokoleniowych (Korycki, 2020, s. 36-37).

Beata Ziębińska zwraca uwagę na wsparcie środowiskowe osób starszych ze strony Rady Ministrów, która podjęła uchwałę z zakresu „Polityki społecznej wobec osób starszych 2030” dotyczącą zmierzaniu do deinstytucjonalizacji, rozumianej jako rozwój usług w dotychczasowych mieszkaniach osób starszych oraz rozwój instytucji alternatywnych wobec tradycyjnych DPS (Ziębińska, 2022, s. 51).

„Z punktu widzenia zarówno osób starszych, jak i systemu opieki, najlepsze jest możliwie najdłuższe zamieszkiwanie seniorów w środowisku domowym. Pozwala to bowiem na utrzymanie optymalnej jakości życia osób starszych, ale musi też być efektywne kosztowo. Konieczne jest więc poszukiwanie rozwiązań wspierających samodzielne funkcjonowanie seniorów, po to, aby umożliwić im starzenie w miejscu zamieszkania. [...] Zamieszkanie w instytucji

powinno być ostatecznością zarezerwowaną tylko dla tych osób, którym udzielenie wsparcia w środowisku nie jest możliwe” (Rozporządzenie Rady Ministrów, 2018, s. 66). Oznacza to, że zarówno dla osób starszych, jak i systemu opieki, najlepszym rozwiązaniem jest, aby seniorzy mogli jak najdłużej pozostać w swoim domu, w środowisku naturalnym. To pomaga im zachować jakość życia i jest bardziej finansowo efektywne. Dlatego ważne jest poszukiwanie rozwiązań wspierających niezależność seniorów, aby mogli starzeć się w swoim otoczeniu. Zamieszkanie w instytucji powinno być ostatecznością i tylko dla tych, dla których wsparcie w domu nie jest możliwe.

Zych zwraca uwagę na obszar działań dotyczących polityki senioralnej, które jego zdaniem są niezwykle istotne i nie powinny być pomijane. Tego rodzaju działania mogą być realizowane w sześciu następujących obszarach:

- aktywność i aktywizacja osób starszych’
- edukacja’
- kultura i mass media,
- legislacja i pomoc prawna,
- pomoc (społeczna) i wsparcie,
- zdrowie i profilaktyka zdrowotna.

W Polsce istnieją już takie inicjatywy skierowane bezpośrednio do seniorów jak: opaska, pudełko i koperta życia, czy – na wzór karty rodziny bądź karty mieszkańca – karta seniora. Te działania mają na celu ułatwienie i poprawę jakości życia seniorów poprzez zwiększenie bezpieczeństwa, umożliwienie dostępu do potrzebnych informacji medycznych czy też ułatwienie komunikacji z różnymi instytucjami i służbami.

Odnosząc się do tworzenia nowych kierunków polityki senioralnej, należy podkreślić fakt, iż osoby starsze powinny być zmobilizowane i zaangażowane w działania społeczne, ale również zaangażowane w proces polityczny, aby nie korzystały z tych inicjatyw jedynie jako konsumenci czy beneficjenci, ale także aktywnie współtworzyli politykę senioralną (Zych, 2019, s. 103-125).

Osoba starsza to jednostka, która zgromadziła w swym życiu cenne doświadczenia. Delikatne siwe włosy na jej skroni są nie tylko oznaką upływającego czasu, ale również symbolem zgromadzonej mądrości i wiedzy. Te włosy, przez lata zdobywane, stanowią wyraz wieloletnich trudów, osiągnięć i przeżytych chwil. Szacunek dla osoby starszej jest więc nie tylko kwestią kultury, ale także uznania dla bogactwa i głębi życiowych przeżyć, które niesie ze sobą starsze pokolenie. Starszy człowiek to skarbnica historii, tradycji i mądrości, która zasługuje na naszą uwagę i szacunek.

Wydawałoby się, że wraz z nadejściem emerytury starszy człowiek staje się zbędną częścią społeczeństwa. Jednak w dzisiejszych czasach coraz częściej zdajemy sobie sprawę, że starsza generacja ma wiele do zaoferowania – zarówno dla innych, jak i dla siebie. Jej doświadczenie i wiedza stanowią ogromny potencjał, który można wykorzystać w służbie społeczeństwu.

Starszy człowiek może pełnić rolę mędrca, przekazując młodszym pokoleniom cenne wskazówki na temat rozwoju, a także ostrzegając przed potencjalnymi zagrożeniami. Dzięki swojemu życiowemu bagażowi, może służyć jako źródło inspiracji i mądrości.

Władze lokalne, takie jak burmistrzowie i wójtowie, coraz częściej doceniają rolę starszych obywateli. Rozumieją, że to właśnie starsze pokolenie ma bogate doświadczenie związane z historią regionu. Dlatego często zapraszają ich do udziału w kształtowaniu losów swojej małej ojczyzny.

W efekcie starsi obywatele stają się aktywnymi uczestnikami życia społecznego, pomagając w rozwoju swojego regionu i czyniąc go lepszym miejscem do życia zarówno dla siebie, jak i dla przyszłych pokoleń. W ten sposób starsi ludzie przekształcają się w cenne źródło mądrości i doświadczenia, którego nie możemy zignorować.

Zych stwierdza, że w Polsce polityka senioralna jest nadal obszarem, który znajduje się na etapie tworzenia, ale może być efektywnie realizowana na trzech głównych poziomach: rządowym, samorządowym i pozarządowym (obywatelskim). Istotną rolę w jej realizacji mogą odgrywać nowe instytucje, takie jak doradcze zespoły prezydenta miasta ds. seniorów czy pełnomocnicy prezydenta miasta odpowiedzialni za sprawy związane ze starszymi, inicjatywy polityczne lub programy promujące współpracę ze starszymi czy też rzecznicy seniorów i opiekunowie, zwłaszcza przy aktywnym udziale w działaniu rad senioralnych działających w naszym kraju (Zych, 2019, s. 112).

Radosław Mędrzycki zwraca uwagę na to, że gminne rady seniorów to stosunkowo młode instytucje prawnie uregulowane w Polsce. Ich powstanie oparte jest na przepisach prawa, szczególnie na ustawie z 21 października 2013 r., która wprowadziła nowy artykuł 5c do ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Ten artykuł stanowi podstawę prawną dla funkcjonowania gminnych rad seniorów na terenie kraju. Znowelizowana w dniu 9 marca 2023 r. Ustawa o samorządzie gminnym wniosła zmiany, które ułatwiają powoływanie Gminnej Rady Seniorów na wniosek mieszkańców, którzy ukończyli 60. r.ż. Oznacza to, że osoby starsze, które ukończyły 60. r.ż. mają prawo do powoływania rad gminy w celu reprezentowania interesów środowiska seniorów u władzy lokalnej.

Mędrzycki zaznacza, że miejskie rady seniorów zostały ustanowione znacznie wcześniej, zanim to przewidywała ustawa o samorządzie gminnym. Pierwszą taką inicjatywę podjął samorząd miasta Poznań już w 2007 r., kiedy radni miasta przyjęli Uchwałę nr XXIV/228/V/2007 Rady Miasta Poznania z dnia 25 października 2007 r. w sprawie powołania Miejskiej Rady Seniorów. W uchwale tej podkreślono, że Miejska Rada Seniorów będzie działać na rzecz seniorów poprzez reprezentowanie ich interesów przed władzami miasta. Jednocześnie wyrażono, że rada będzie pełnić funkcje organu opiniodawczego, doradczego i inicjatywnego wobec władz miasta (Mędrzycki, 2017, s. 119).

Coraz więcej miast wprowadza programy prosenioralne, które usprawniają codzienne funkcjonowanie osób starszych, czyli tych, które osiągnęli 60 lat lub więcej. Ludzie starsi stanowią istotny segment konsumentów w wielu sektorach gospodarki narodowej, a ich obecność i aktywność przyczyniają się do ich rozwoju. W celu wsparcia tej grupy, miasta wprowadzają karty seniora, które uprawniają osoby starsze do skorzystania np. z bezpłatnej komunikacji miejskiej lub zakupu ulgowych biletów na wydarzenia kulturalne i społeczne organizowane w mieście.

W zależności od wieku seniora przyznawana jest odpowiednia karta, która uprawnia do różnego rodzaju ulg. Przykładem może być miasto Wrocław, gdzie seniorzy mogą ubiegać się o takie karty jak Srebrna, Złota lub Szmaragdowa Wrocławska Karta Seniora. Wprowadzenie tych programów ma na celu poprawę jakości życia seniorów i wspieranie ich aktywności w społeczeństwie, co przynosi korzyści zarówno dla samych seniorów, ale również dla miast (więcej informacji na ten temat można odnaleźć na stronie <http://seniorzy.wroclaw.pl/opis-kart>, dostęp 04.11.2023 r.).

Osoby starsze mogą również starać się o podobne karty, w takich miastach jak Poznań, Kraków, Warszawa, Piła i wielu innych. Karta seniora różni się w zależności od miasta pod względem procedury ubiegania się o nią, wyglądu, a także zakresu uprawnień, jakie przysługują seniorom.

2.2. Opieka nad osobami starszymi a rozwiązania instytucjonalne

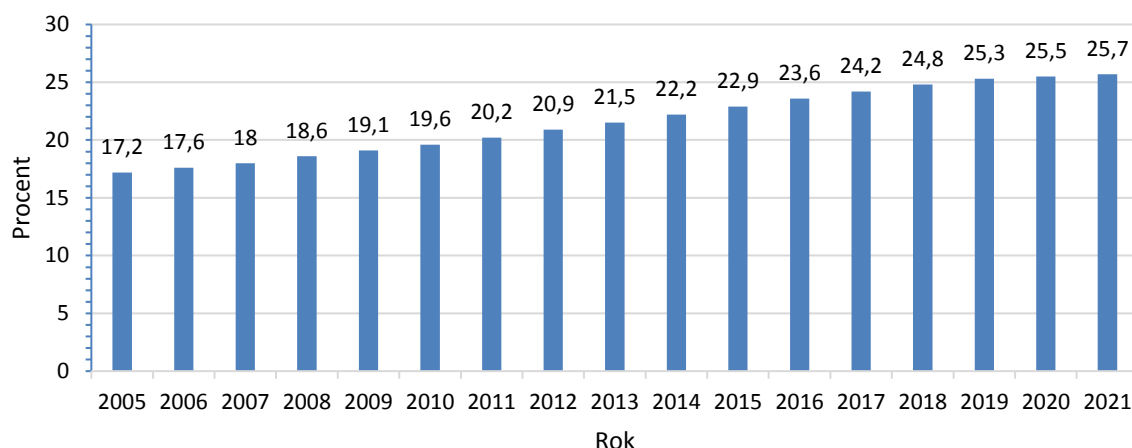
Problematyka związana z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa stanowi wyzwanie, które ma wpływ również na sytuację w Polsce. W miarę jak przewiduje się zmiany w strukturze wiekowej populacji, rosnący popyt na usługi opieki zdrowotnej dla osób starszych i rosnące koszty zaawansowanych technologii medycznych, brak rozwiązań systemowych stają się istotnym wyzwaniem społeczno-ekonomicznym. Ten problem może poważnie wpłynąć na

rozwój gospodarczy kraju i na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa. Opieka nad osobami starszymi jest ważnym i często skomplikowanym zagadnieniem. Chociaż istnieją inne czynniki ryzyka, to wiek odgrywa istotną rolę w rozwoju chorób przewlekłych, co oznacza, że im starsza osoba, tym większe ryzyko wystąpienia tych schorzeń.

Jak zauważają Joanna Hebda i Adrian Biela, wiek XXI można obecnie nazwać „stuleciem starości” (Hebda i Biela, 2015, s. 49). Zych zwraca uwagę na prognozy demograficzne, które wskazują, że XXI wiek będzie „stuleciem starego człowieka” i pierwszym w dziejach świata „stuleciem stulatków”, czyli długowiecznych i krzepkich staruszków (Zych, 2017, s. 171). Jest to okres, w którym starzenie się społeczeństwa staje się coraz bardziej widoczne i wpływa na różne warunki życia. Dlatego też, wiek XXI charakteryzuje się coraz większym naciskiem na kwestie związane z ludźmi starszymi, ich zdrowiem, opieką społeczną i aktywnością społeczną. To stulecie wymaga nowych podejść do starzenia się i wyzwań, które niesie ze sobą rosnąca populacja seniorów. Zachodzi potrzeba dostosowania polityki społecznej i struktur społecznych, aby sprostać potrzebom i oczekiwaniom starzejącego się społeczeństwa.

Zdaniem Anny Janiszewskiej, starzenie się ludności to proces nieunikniony, który ma wpływ na niemal każdy region świata. Jednak należy zaznaczyć, że ten proces jest bardzo zróżnicowany w różnych krajach. W Europie poziom starzenia się ludności jest obecnie najwyższy i utrzymuje się na tym poziomie przez wiele dekad (Janiszewska, 2018).

Według Piotra Szukalskiego, oprócz ogólnego procesu starzenia się populacji, obserwuje się także inne istotne zmiany demograficzne, takie jak feminizacja i singularyzacja starości, a także zjawisko podwójnego starzenia się. Feminizacja starości wynika z wyższej nadumieralności mężczyzn, co prowadzi do wzrostu liczby kobiet w starszych grupach wiekowych, szczególnie po 48./49. r.ż. Zjawisko podwójnego starzenia się oznacza, że w miarę rosnącego odsetka osób starszych, coraz większe znaczenie zyskują osoby bardzo stare, czyli te, które osiągnęły 80, 85, 90 lat i więcej. Te grupy ludzi cechują się wyjątkowymi potrzebami zdrowotnymi, bytowymi i społecznymi (Szukalski, 2019, s. 3).



Rysunek 2. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski

Stan na 31 grudnia 2021 r.

Źródło: Wyszowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.* Urząd Statystyczny w Białymstoku.

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf, (s. 13), dostęp 15.08.2023 r.

Według najnowszego raportu Głównego Urzędu Statystycznego, liczba i struktura ludności w wieku 60 lat i więcej nadal rośnie, choć wzrost jest mniejszy niż w latach poprzednich. Na koniec 2021 r. Polska miała 37 907 700 mieszkańców, co stanowiło spadek o 180 900 osób w porównaniu z 2020 r. Oprócz czynników demograficznych, na ten spadek wpłynęła epidemia COVID-19. Jednak liczba ludzi starszych nadal rośnie. W 2021 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 25,7% populacji Polski, co jest wzrostem w porównaniu do 2005 r., kiedy stanowili 17,2% (Wyszowska, Gabińska i Romańska, 2022, s. 13).

Opieka instytucjonalna polega na świadczeniu usług zdrowotnych i społecznych w placówkach, domach lub ośrodkach, gdzie codzienne życie mieszkańców jest regulowane i nadzorowane zgodnie z określonymi zasadami (Zych, 2017b, s. 108).

Anna Szafranek uważa, że opieka instytucjonalna obejmuje zbiór działań opiekuńczych realizowanych na rzecz osób starszych i potrzebujących prowadzonych w Polsce przez instytucje pomocy społecznej i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). System pomocy społecznej oferuje różne formy wsparcia, takie jak: domy pomocy społecznej, mieszkania chronione, ośrodki wsparcia, do których można zaliczyć domy dziennego pobytu, schroniska, noclegownie i ogrzewalnie. Warto również zaznaczyć, że istnieją rodzinne domy pomocy dla osób starszych, które świadczą opiekę i wsparcie osobom starszym i potrzebującym, ale nieposiadające statusu instytucjonalnego. NFZ zapewnia natomiast opiekę w ramach zakładów opiekuńczo-

lecniczych, hospicjów, poradni lekarskich i szpitali. Poza tym istnieją placówki oferujące całodobową opiekę dla osób niepełnosprawnych, cierpiących na przewlekłe choroby lub osoby w podeszłym wieku (Szafranek, 2017, s. 369).

Józef Binnebesel i Zbigniew Formella wyjaśniają, że opieka instytucjonalna w opiece nad umierającymi jest niezbędna, gdy zaawansowany stan choroby lub sytuacja rodzinna uniemożliwiają świadczenie opieki w domu, kiedy brakuje wsparcia od bliskich lub gdy osoba umierająca jest samotna. Hospicjum, które spełnia odpowiednie standardy, zapewnia taką opiekę i działa w interdyscyplinarnych zespołach. Ważnym elementem opieki nad umierającymi jest rozpoznanie ich potrzeb, zwłaszcza gdy pacjent ma do czynienia z bólem i cierpieniem, a opieka ta stopniowo zwiększa swoją intensywność w celu złagodzenia tego problemu aż do momentu naturalnej śmierci (Binnebesel i Formella, 2017, s. 373-374).

Zdaniem Rafała Bakalarczyka, wybór odpowiedniego rodzaju opieki zależy od indywidualnych potrzeb osoby starszej, jej stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej oraz lokalnych uwarunkowań i dostępności usług. Ważne jest również dostosowanie opieki do konkretnych okoliczności i preferencji osoby starszej.

Wielu seniorów zgłasza wyzwania związane z funkcjonowaniem ich zmysłów i motoryką, co wpływa na ich zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego, samodzielnej opieki nad sobą i wykonywania podstawowych czynności. Dodatkowo, osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi wymagają szczególnie wszechstronnej i intensywnej opieki. Warto zaznaczyć, że starszym ludziom często towarzyszy też współwystępowanie wielu schorzeń, co zwiększa i komplikuje potrzeby związane z opieką (Bakalarczyk, 2021, s. 10).

Całodobowa, pełna opieka instytucjonalna w Polsce jest świadczona w różnego rodzaju placówkach, do których m.in. należą:

- 1) Domy pomocy społecznej – są placówkami, które oferują opiekę m.in. nad osobami starszymi. Zazwyczaj są finansowane ze środków publicznych.
- 2) Placówki opieki długoterminowej – prowadzone są na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej. Należą do nich instytucje, które zajmują się świadczeniem usług opieki długoterminowej, takie jak prywatne domy opieki i placówki działające na podstawie określonych przepisów statutowych.
- 3) Rodzinne domy pomocy – są to placówki, w których opieka nad osobami starszymi lub niepełnosprawnymi jest świadczona w mniejszej skali i bardziej rodzinnej atmosferze, często przez osoby fizyczne lub rodziny.

- 4) Hospicja stacjonarne – tego rodzaju placówki zapewniają opiekę paliatywną osobom na ostatnim etapie życia, kiedy leczenie nie jest już możliwe, a priorytetem jest łagodzenie bólu i poprawa jakości życia.
- 5) Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) – należą do nich instytucje, które oferują opiekę medyczną i społeczną, często skupiając się na rehabilitacji i długoterminowej opiece nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.

Wymienione placówki służą zapewnieniu długoterminowej i całodobowej opieki nad osobami, które wymagają wsparcia ze względu na swój stan zdrowia, wiek lub ograniczenia (Bakalarczyk, 2021, s. 58-59). Pierwsze trzy rodzaje placówek działają na podstawie przepisów zawartych w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, podczas gdy dwa pozostałe korzystają z ram regulacyjnych w dziedzinie opieki zdrowotnej.

Jak zauważa Anna Kotlarska-Michalska, starość wciąż jest problemem społecznym, ponieważ nie udało się rozwiązać wyzwań wynikających z procesu starzenia się społeczeństwa w Polsce i trudności związanych z zapewnieniem odpowiedniej opieki nad osobami w podeszłym wieku (Kotlarska-Michalska, 2017, s. 20).

Na uwagę zasługuje fakt, iż opieka instytucjonalna odgrywa znaczącą rolę w zapewnianiu wsparcia i opieki osobom starszym z niepełnosprawnościami i tym, którzy potrzebują specjalistycznej pomocy. Jest to szczególnie ważne w sytuacjach, gdy samodzielna egzystencja staje się trudna lub niemożliwa. Jednakże istnieją pewne wyzwania, które trzeba uwzględnić i pokonać, aby zapewnić przede wszystkim godność i jakość życia mieszkańców takich placówek. Do tych wyzwań, jakie trzeba pokonać w trakcie sprawowania nad nimi opieki, należy zaliczyć:

- 1) wyzwanie autonomii – osoby starsze i niepełnosprawne nadal mają prawo do zachowania swojej autonomii i decyzyjności w miarę swoich uprawnień. Opieka instytucjonalna powinna stawiać na wspieranie mieszkańców w podejmowaniu własnych decyzji, a także respektowanie ich wyborów życiowych, o ile nie zagrażają one ich bezpieczeństwu;
- 2) jakość życia – placówki opieki instytucjonalnej powinny dążyć do stworzenia warunków, które pozwolą mieszkańcom na jak najbardziej komfortowe i satysfakcjonujące życie. To oznacza zapewnienie dostępu do aktywności rekreacyjnych, zajęć kulturalnych, odpowiedniego wyżywienia i opieki medycznej;

- 3) dostosowanie do potrzeb – każda osoba jest inna i ma unikalne potrzeby. Opieka instytucjonalna powinna być elastyczna i dostosowana do potrzeb mieszkańców, biorąc pod uwagę ich stan zdrowia, preferencje i style życia;
- 4) zachowanie godności – istotnym elementem opieki instytucjonalnej jest szacunek dla każdej osoby i poszanowanie jego praw. Personel placówki powinien dbać o zachowanie prywatności i niestosowanie jakichkolwiek dyskryminujących praktyk;
- 5) udział rodziny w opiece mieszkańca – rodziny i bliscy powinni być zaangażowani w opiekę nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi w placówkach opieki instytucjonalnej. To pozwala na lepsze zrozumienie potrzeb mieszkańców i budowanie więzi rodzinnych.

Warto podkreślić, że instytucje i organizacje pozarządowe, jak również personel medyczny i opiekunowie, odgrywają podstawową rolę w zapewnieniu wysokich standardów opieki instytucjonalnej i dbaniu o jakość życia mieszkańców. Skupienie się na tych formach pomaga zminimalizować ewentualne negatywne skutki, jakie mogą wyniknąć z utraty samodzielności i konieczności życia w placówce opieki.

Jerzy Krzyszkowski zauważa, że w Polsce obserwujemy model opieki długoterminowej oparty na rodzinie, która zapewnia intensywną opiekę. Jednakże ta opieka jest udzielana przy ograniczonym wsparciu z zewnątrz, często kosztem innych ról i aspiracji członków rodziny (Krzyszkowski, 2018, s. 40).

Anna Urbaniak zauważa, że obecne rozwiązania przede wszystkim kładą nacisk na prywatną sferę, narzucając obowiązek opieki na rodziny. Ograniczenia w usługach instytucjonalnych przesuwają i utrwalają odpowiedzialność za świadczenie usług opiekuńczych na członków rodziny i krewnych. Chociaż to państwo obniża swoje koszty, generując je po stronie opiekunów nieformalnych (Urbaniak, 2018, s. 151).

Ziębińska zauważa, że powszechnie przyjmuje się, iż opieka długoterminowa jest znacznie kosztowniejsza w instytucjach niż w środowisku otwartym. Jednakże istnieją analizy wskazujące na brak jednoznaczności w tej kwestii. Po pierwsze, w przypadku gdy osoba wymaga intensywnej opieki z powodu poważnych chorób przewlekłych lub mieszka w obszarze o niskim poziomie dostępności usług opieki długoterminowej w środowisku domowym, opieka instytucjonalna może być tańszą opcją. Po drugie, koszty związane z alternatywną opieką nieformalną, choć często uważana jest za najtańszą, mogą równoważyć lub nawet przewyższać oszczędności z nią związane. Dlatego analiza kosztów i korzyści różnych opcji opieki długoterminowej powinna uwzględniać różnorodne czynniki i uwzględniać indywidualne potrzeby danej osoby starszej (Ziębińska, 2017b, s. 363).

Według Krzyszkowskiego istnieje tendencja do postrzegania instytucji opieki jako rozwiązania awaryjnego, koniecznego tylko w przypadku, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej opieki. Wielu ludzi uważa, że korzystanie z instytucji opieki jest wynikiem braku zdolności rodzinnych do sprawowania opieki nad swoimi członkami. To oznacza, że rodziny często traktowane są jako podstawowy, naturalny i preferowany dostawca opieki, podczas gdy instytucje opieki są postrzegane jako drugorzędna opcja, wykorzystywana tylko w ostateczności. Jednak warto pamiętać, że instytucje opieki pełnią istotną rolę w zapewnianiu opieki seniorom, szczególnie w sytuacjach, gdy rodzina napotyka na trudności lub gdy potrzeby opieki są bardzo zaawansowane. Warto, aby tę instytucjonalną rolę doceniać i umożliwiać dostęp do profesjonalnej opieki osobom, które jej potrzebują (Krzyszkowski, 2018, s. 37-52).

Jak zwraca uwagę Bakalarczyk, podejmuje się wiele działań na rzecz osób starszych, co stanowi istotny element polityki senioralnej na poziomie krajowym i regionalnym. Te działania obejmują instytucjonalne i systemowe inicjatywy, które mają na celu umożliwienie osobom starszym jak najdłuższe zachowanie samodzielności. Jednak w sytuacji, gdy samodzielność zostaje utracona, te działania także powinny być w stanie skutecznie odpowiadać na rosnące potrzeby opiekuńcze zarówno osób starszych, jak i ich opiekunów nieformalnych, zazwyczaj członków rodziny, głównie kobiet. To właśnie poprzez rozwijanie systemu opieki nad osobami starszymi, a także proponowanie zmian, można dążyć do poprawy jakości życia seniorów i ich rodzin (Bakalarczyk, 2021).

Zdaniem Błędowskiego od dłuższego czasu zwraca się uwagę na niekorzystne zmiany w sytuacji zawodowej, finansowej, kontaktach z otoczeniem, stanie zdrowia i samopoczuciu osób pełniących rolę opiekuna osób starszych. Jednocześnie obserwuje się, że potencjał opiekuńczy rodzin kurczy się. Szczególnie palącym problemem jest organizacja i finansowanie opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności (Błędowski, 2020).

Andrzej Fal wymienia następujące formy opieki nad osobami starszymi: instytucjonalną, półotwartą i w miejscu zamieszkania.

Opieka instytucjonalna to opieka nad osobami niesamodzielnymi, która obejmuje całodobowe przebywanie w różnych typach placówek, takich jak: domy pomocy społecznej, domy opieki, rodzinne domy opieki, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, oddziały geriatryczne i hospicja.

Natomiast opieka półotwarta to forma wsparcia, w której osoby niesamodzielne korzystają z usług domów/centrów dziennego pobytu, mieszkań chronionych oraz klubów seniora. W ośrodkach dziennego pobytu oferowane są różnorodne aktywności, takie jak

działalność kulturalna, artystyczna, sportowa, a także rehabilitacja i poradnictwo, przy zapewnieniu posiłków. W mieszkaniach chronionych osoby żyją samodzielnie, ale pod opieką opiekunek i pielęgniarek. Kluby seniora są miejscami, gdzie seniorzy aktywnie uczestniczą w życiu społecznym, kulturalnym i sportowym (Fala, 2016, s. 24).

Wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na ciszę i spokój, Zdaniem Trafiałek w okresie późnej dorosłości pojawia się większe zapotrzebowanie na bezpieczeństwo, przynależność, szacunek, życzliwość, przyjaźń, zrozumienie siebie i świata, a także na bycie użytecznym i akceptowanym (Trafiałek, 2003a, s. 945-948). Jest to przejaw pewnej dojrzałości, która rozwija się wraz z wiekiem.

Ryszard Zięba prezentuje inną perspektywę dotyczącą bezpieczeństwa. Według niego bezpieczeństwo polega na zaspokajaniu potrzeb, takich jak istnienie, przetrwanie, pewność, stabilność, całość, tożsamość, niezależność, ochrona poziomu i jakości życia. Wymienione potrzeby są charakterystyczne dla jednostki ludzkiej i stanowią zarówno potrzeby, jak i wartości, które kierują człowiekiem (Zięba, 2006, s. 985).

Opieka nad osobami starszymi jest tematem o rosnącym znaczeniu w społeczeństwach starzejących się. Tradycyjnie opieka ta opierała się na rodzinie, ale wraz ze zmieniającymi się warunkami społecznymi i ekonomicznymi, rosnącą liczbą osób starszych i ograniczonym potencjałem opiekuńczym rodziny, konieczne stało się poszukiwanie rozwiązań instytucjonalnych. Współczesne podejście do opieki nad osobami starszymi obejmuje zarówno opiekę formalną, np. domy opieki, domy pomocy społecznej, hospicja, ZOL itp., jak i nieformalną, w tym wsparcie ze strony członków rodziny lub wolontariuszy.

Warto zauważyć, że rozwiązania instytucjonalne wcześniej wymienione są niezbędne, zwłaszcza w przypadku osób wymagających specjalistycznej opieki medycznej lub o znacznym stopniu zależności. Jednakże istnieje ogólne przekonanie, że najlepszą opieką jest ta, która umożliwia osobom starszym jak najdłuższe zamieszkiwanie w środowisku domowym. W związku z tym konieczne jest rozwijanie kompleksowych programów wsparcia, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym, które uwzględniają różne elementy starzenia się i starości, takie jak zdrowie, jakość życia, aktywność społeczna i dostęp do usług.

Opieka nad osobami starszymi wymaga zrównoważonego podejścia, które uwzględnia różnorodne potrzeby seniorów, a także uwzględnia zarówno opiekę instytucjonalną, jak i opiekę nieformalną. W miarę jak liczba osób starszych w społeczeństwach rośnie, ważne jest podejmowanie działań na poziomie politycznym i społecznym, aby stworzyć systemy opieki, które są dostępne, dostosowane do potrzeb seniorów i zapewniają godne starzenie się.

2.3. Dom pomocy społecznej (DPS) jako instytucja pomocy społecznej

Dom pomocy społecznej to miejsce o nieustannie zmieniającej się historii, związanej z ludźmi, którzy przychodzą i odchodzą, a ich miejsca zajmowane są przez kolejnych mieszkańców. W DPS nie istnieje podział na zawody, takie jak lekarze, nauczyciele, ślusarze czy kucharki. Wszyscy mieszkańcy stanowią jedną „rodzinę” z przypisanym wspólnym adresem zamieszkania.

Charakter i atmosfera w domu pomocy społecznej są rezultatem interakcji między różnymi grupami ludzi, głównie mieszkańcami i personelem. Wzajemne oddziaływanie wpływa nie tylko na codzienne funkcjonowanie placówki, ale także na jakość życia mieszkańców i ogólny klimat panujący w instytucji. Dyrektor placówki pełni ważną rolę reprezentanta tego środowiska, a do najważniejszych jego zadań należy dbanie o warunki życia i pracy w jednostce przez niego zarządzanej.

Mieszkańcy domu pomocy społecznej to jednostki, które często wymagają szczególnej troski, wsparcia i zrozumienia. Ich indywidualne potrzeby, historie życiowe i osobiste doświadczenia rzutują na atmosferę w placówce. Współdziałanie między mieszkańcami, a także ich relacje z personelem, wpływają na ogólny komfort życia w miejscu zamieszkania.

Personel z kolei pełni ważną rolę w kształtowaniu atmosfery domu pomocy społecznej poprzez świadczenie opieki, wsparcia emocjonalnego i organizację codziennego życia mieszkańców. Ich zaangażowanie, empatia i profesjonalizm mają istotny wpływ na jakość usług świadczonych w placówce. Jednakże ważne jest, aby personel również czuł się wspierany i doceniany w swojej roli, co może przyczynić się do lepszej atmosfery pracy, a co za tym idzie – do lepszego funkcjonowania całej placówki.

Dyrektor domu pomocy społecznej jest ważną postacią w tym kompleksowym układzie. Jego rola jako reprezentanta placówki obejmuje nie tylko sprawy administracyjne, ale także dbanie o dobrą komunikację między mieszkańcami a personelem. Tworzenie przyjaznej atmosfery i promowanie wartości takich jak szacunek, zrozumienie i empatia są niejednokrotnie jednymi z priorytetów w działalności zawodowej dyrektora. Jego decyzje i podejście do zarządzania mają bezpośredni wpływ na kulturę organizacyjną i jakość życia w domu pomocy społecznej. Dlatego też umiejętność budowania pozytywnych relacji, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, jest istotna dla skutecznego kształtowania charakteru i atmosfery w DPS.

W myśl art. 55 ust. 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej „dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób

w nim przebywających” (Ustawa o pomocy społecznej, 2004). Oznacza to, że dom pomocy społecznej jest instytucją zapewniającą wsparcie i opiekę osobom, które z różnych powodów nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie. W ramach swojej działalności DPS oferuje szeroki zakres usług, który obejmuje:

- 1) usługi bytowe – zapewniające mieszkańcom odpowiednie warunki mieszkaniowe i wyżywienie, dbając o ich codzienne potrzeby związane z zakwaterowaniem i jedzeniem;
- 2) usługi opiekuńcze – w ramach tych usług personel DPS świadczy opiekę medyczną, pielęgnacyjną i higieniczną, co istotne jest dla osób starszych lub niepełnosprawnych;
- 3) usługi wspomagające – obejmują one pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: ubieranie się, kąpiel (pomoc w utrzymaniu higieny osobistej), poruszanie się czy załatwianie spraw osobistych. Osoby starsze lub z niepełnosprawnościami mogą wymagać wsparcia w tych dziedzinach;
- 4) usługi edukacyjne – DPS może oferować programy edukacyjne i zajęcia, które pomagają mieszkańcom rozwijać umiejętności, utrzymywać aktywność umysłową i społeczną, a także integrować się z innymi mieszkańcami i pracownikami DPS.

Wszystkie te usługi są dostosowywane do indywidualnych potrzeb i sytuacji każdego mieszkańca DPS. Zadaniem tej placówki jest zapewnienie opieki, wsparcia i komfortu osobom, które nie mogą samodzielnie funkcjonować, przy jednoczesnym przestrzeganiu zasad dotyczących poszanowania ich godności i jakości życia. Standardy i zakres usług w DPS są określone przez odpowiednie przepisy i regulacje, aby spełniać wymogi dobrostanu i bezpieczeństwa mieszkańców.

Janina Szumlicz wyjaśnia, że stacjonarne domy pomocy społecznej, zwane również domami zamkniętymi, to instytucje pomocy społecznej, w których mieszkańcy mogą zamieszkiwać zarówno na stałe, jak i czasowo. Co istotne, w ramach tych placówek zachowują pewną swobodę w poruszaniu się poza nimi (Szumlicz, 1989, s. 23).

Dobre funkcjonowanie domu pomocy społecznej zależy od harmonijnego współdziałania między pensjonariuszami a personelem. Otwartość, szacunek i troska stanowią fundamenty budowania społeczności w DPS. Wzajemne wsparcie i zrozumienie pomiędzy mieszkańcami a personelem odgrywają ważną rolę w kształtowaniu pozytywnej atmosfery, która przyczynia się do dobrostanu i poprawy jakości życia wszystkich mieszkańców DPS.

Według Jana Szczepańskiego, domy pomocy społecznej należą do instytucji socjalnych: „są to instytucje załatwiająca sprawy ważne w odczuciu członków grupy, a którymi nie zajmują się ani instytucje polityczne ani ekonomiczne” (Szczepański, 1970, s. 210). Oznacza to, że

domy pomocy społecznej to miejsca, gdzie rozstrzygane są kwestie istotne dla członków danej społeczności, a nieobjęte zakresem działania ani instytucji politycznych, ani ekonomicznych.

Waldemar Koziół argumentuje, że w działalności domów pomocy społecznej można dostrzec cechy przypominające te obecne w tradycyjnych szpitalach, hospicjach, przytułkach czy alumnatach. Obejmuje to przede wszystkim wspólne zamieszkanie i standaryzację organizacji codziennego życia, przystosowaną do współczesnych norm i warunków (Koziół, 2001, s. 157),

Dom pomocy społecznej to obszar, który wymaga szczególnej uwagi na wszystkich jego płaszczyznach życia ludzi starzejących się i osób starszych, które są mieszkańcami tej placówki. W takich skupiskach ludzi problemy pojawiają się znacznie częściej niż w innych miejscach. DPS gromadzi osoby pochodzące z różnych środowisk społecznych, o zróżnicowanym poziomie wykształcenia, z różnymi problemami zdrowotnymi, o pochodzeniu społecznym, różnego wyznania, o różnej kulturowości, borykające się z samotnością, osamotnieniem.

Zuzanna Grabusińska argumentuje, że dom pomocy społecznej jest szczególną formą pomocy przeznaczoną dla osób, które ze względu na utratę zdolności do samodzielnego zaspokajania codziennych potrzeb lub brak takich zdolności, nie mogą już samodzielnie funkcjonować w swoim pierwotnym środowisku. Placówka ta pełni funkcję całodobową i dostarcza wsparcie w zakresie potrzeb bytowych oraz innych postaci życia codziennego, które są nieodłączne dla każdego człowieka. Historia domów pomocy społecznej obejmuje rozwój od początkowo bardzo surowych miejsc izolacji, w których umieszczano osoby chore psychicznie, zwanych potocznie „przytułkami”, do współczesnych, zróżnicowanych instytucji oferujących standaryzowane usługi dostosowane do różnych rodzajów niepełnosprawności mieszkańców w zależności od ich potrzeb (Grabusińska, 2013, s. 24).

Zofia Szarota tłumaczy, że termin „dom opieki” jest powszechnie używaną nazwą dla instytucji, która świadczy usługi całodobowej opieki bytowej i pielęgnacyjnej. Inne określenia, z którymi można się spotkać w odniesieniu do tego rodzaju placówki, to pensjonat, zakład opiekuńczy, ośrodek opieki lub centrum opieki – miejsca, w których zapewniane są wszechstronne usługi opiekuńcze i medyczne. Istnieją także mniej pochlebne określenia, takie jak: dom starców, przytułek lub umieralnia. W przeszłości tego rodzaju placówki były często określane jako „zakłady opieki nad osobami chorymi, bezdomnymi lub starszymi”, a także jako „domy rencisty”.

Współcześnie to nazwa własna niektórych prywatnych placówek, które jako podmioty gospodarcze oferują umówione usługi socjalne w ramach współpracy z ośrodkami pomocy

społecznej. Inne określenia to: domy pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy seniora, domy emeryta, domy spokojnej starości, pensjonaty oraz rodzinne domy opieki.

Podmiot, który prowadzi tego rodzaju placówki (Kościoł, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, inne podmioty prawne oraz osoby fizyczne), musi posiadać odpowiednie zezwolenie na prowadzenie działalności, a także być wpisany do rejestru placówek podlegających nadzorowi wojewody. Te placówki są regularnie kontrolowane przez właściwe organy administracji rządowej. Próba prowadzenia placówki opieki bez spełnienia tych warunków jest nielegalna i podlega karze. Podleganie nadzorowi wojewody umożliwia legalne prowadzenie działalności i uzyskanie wsparcia finansowego.

Standard usług opiekuńczych obejmuje wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności życiowych, opiekę i pielęgnację, zapewnienie higieny, pomoc w załatwianiu spraw osobistych, umożliwienie kontaktów społecznych i organizację czasu wolnego dla mieszkańców.

Zgodnie z regulacjami Unii Europejskiej (UE), na każdego mieszkańca domu opieki powinna przypadać przestrzeń o powierzchni 30 m², wliczając w to nie tylko pokój mieszkalny, ale także korytarze, kuchnię i obszar rekreacyjny. Każdy pokój powinien być wyposażony w niezbędne elementy, takie jak łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła i szafkę nocną. W dodatku dom opieki musi oferować obszar wspólny, który może pełnić rolę jadalni, a także pomieszczenia pełniące funkcje pomocnicze, do których należą pralnia i suszarnia. Jedna łazienka może być współdzielona przez co najwyżej pięć osób, a toaleta przez nie więcej niż cztery. Te udogodnienia muszą być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych i wyposażone w uchwyty. Ponadto organizacja żywienia pensjonariuszy powinna tak przebiegać, aby były zapewnione co najmniej trzy posiłki dziennie, dostosowane do zaleceń lekarza. Przerwy między posiłkami nie mogą być krótsze niż 4 godziny, a ostatni posiłek nie może być podawany wcześniej niż o godzinie 18.00. Placówka ma obowiązek udostępniać środki do higieny osobistej oraz produkty czystości i niezbędne akcesoria toaletowe. Sprzątanie pomieszczeń powinno odbywać się według potrzeb, jednak nie rzadziej niż raz dziennie (Szarota, 2017, s. 360-361).

Według Ziębińskiej dom opieki społecznej to instytucja, w której zapewnia się wsparcie dla jednostek, które z różnych przyczyn nie są w stanie samodzielnie zaspokajać swoich codziennych potrzeb i nie mogą funkcjonować w swoim dotychczasowym otoczeniu. DPS jest placówką, która sprawuje opiekę przez całą dobę, dostarczając usług związanych z życiem codziennym człowieka.

Ziębińska podkreśla, że przy organizacji domu pomocy społecznej, a także w zakresie i jakości świadczonych usług należy w szczególności uwzględnić prawa mieszkańców do zachowania swobody, intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa, a także ich poziomu sprawności fizycznej i psychicznej (Ziębińska, 2017a, s. 361).

Dariusz Zalewski uważa, że „instytucje opieki i pomocy społecznej [stanowią:] zestawy powtarzalnych reguł, określonych zasad obowiązujących w jednym z obszarów aktywności państwa opiekuńczego, które odzwierciedlają się w realnych zachowaniach jednostkowych aktorów. Obejmują one zarówno formalne obowiązki państwa w zakresie świadczenia opieki i pomocy społecznej, zasady ich udzielania oraz prawa i obowiązki świadczeniobiorców, jak i nieformalne zasady kształtujące interakcje między personelem ośrodków pomocy społecznej a ich recipientami (rutyny działania, odziedziczone z przeszłości zwyczaje, kody zachowań itp.)” (Zalewski, 2005, s. 22). Oznacza to, że instytucje opieki i pomocy społecznej to zestawy ustalonych norm i reguł obowiązujących w obszarze działalności państwa opiekuńczego, które widoczne są w rzeczywistych zachowaniach jednostek i instytucji. Obejmują one zarówno formalne obowiązki państwa w zakresie zapewnienia opieki i pomocy społecznej. Dodatkowo zawierają nieformalne zasady, które wpływają na interakcje między personelem instytucji pomocy społecznej a jej beneficjentami, takie jak rutynowe działania, tradycyjne praktyki czy kodeksy zachowań.

Defamilizacja to pojęcie z zakresu nauk społecznych, które odnosi się do procesu, w którym tradycyjne role i obowiązki rodzinne przekształcają się, a opieka społeczna oraz wsparcie społeczne stają się coraz bardziej niezależne od rodziny. Jest to związane z oddzieleniem opieki nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi lub potrzebującymi pomocy od ich rodzin i przeniesieniem odpowiedzialności na instytucje społeczne i państwo (Bakalarczyk, 2012, s. 109).

Andrzej Mielczarek wyjaśnia, że cele instytucji pomocy społecznej mogą przybierać różne formy, co zależy od przyjętego w społeczeństwie systemu wartości, modelu polityczno-gospodarczego i w efekcie – przyjętego modelu pomocy społecznej. Społeczne finansowanie pomocy społecznej polega na tworzeniu mechanizmów reprezentujących interesy publiczne, które wpływają na kształtowanie i sposób rozdziału środków finansowych, zarówno tych pochodzących z budżetu, jak i tych ze źródeł dobrowolnych datków (Mielczarek, 2010, s. 104).

Zdaniem Teresy Zbyrad, istnieją dwie perspektywy w ocenie znaczenia domów pomocy społecznej jako instytucji wsparcia. Pierwsza perspektywa pozytywnie ocenia te placówki za ich zdolność do rozwiązywania problemów społecznych, takich jak brak dostępności odpowiednich usług w lokalnym środowisku, zakończenie trudnych sytuacji rodzinnych lub

jako mniej niekorzystną opcję w konkretnej sytuacji. Druga perspektywa zaś ogranicza ich rolę do jedyne go możliwego rozwiązania życiowych problemów, a także przewiduje alternatywne sposoby rozwiązywania trudnych sytuacji życiowych, takie jak rozwijanie systemu wsparcia w środowisku lokalnym i wzmocnienie struktur rodzinnych (Zbyrad, 2010, s. 42-55).

Według Ludmiły Dziewięckiej-Bokun obecnie mamy tendencję do nadużywania roli instytucji w opiece nad osobami starszymi. Jest to przekonanie, że domy opieki, domy seniora i inne podobne placówki spełniają w pełni potrzeby starszych osób. Niemniej jednak faktem jest, że choć te instytucje mogą zaspokajać podstawowe potrzeby życiowe, nie są w stanie sprostać potrzebom psychologicznym i emocjonalnym swoich mieszkańców. Te potrzeby obejmują pragnienie kontaktu z bliskimi, doświadczania uczuć, uczestnictwa w życiu rodzinnym, sąsiedzkim, wyznaniowym, a także społeczności lokalnej. Poza tym pragnienie bycia użytecznym, zwłaszcza wobec swoich najbliższych (Dziewięcka-Bokun, 2015, s. 85).

Podejmowanie opieki nad starszymi członkami rodziny, często związane z ich stanem niepełnosprawności, to naturalny proces, który nie powinien być oceniany negatywnie. Tradycyjne i naturalne role opieki w rodzinie ulegają zmianom i osłabieniu w miarę wzrostu liczby osób starszych w rodzinach, a także w zależności od stanu zdrowia.

Kiedy osoba starsza staje się mieszkańcem DPS ze względu na brak możliwości zapewnienia jej odpowiedniej opieki przez najbliższych członków rodziny, może to wywołać wiele problemów emocjonalnych po każdej ze stron. Brak otwartej i szczerzej komunikacji, niezrozumienie i poczucie odrzucenia ze strony swoich bliskich może wywoływać frustrację i poczucie odosobnienia. Następują także zmiany w dynamice rodzinnej. Rodziny mogą mieć trudności w dostosowaniu się do nowej sytuacji i zmian w roli, jaką przyszło im pełnić w życiu swoich bliskich. Niejednokrotnie rodziny doświadczają poczucia winy związanego z decyzją o umieszczeniu swoich starszych członków w DPS. To poczucie winy może prowadzić do konfliktów wewnętrznych i emocjonalnych napięć. Rozwiązywanie konfliktów w relacjach rodzinnych związanych z pobytem bliskiej osoby w DPS wymaga czasu, cierpliwości i empatii.

Obszar, który wymaga szczególnej uwagi na wszystkich płaszczyznach życia ludzi starzejących się i osób starszych, które są mieszkańcami tej instytucji opiekuńczej. W takich dużych skupiskach ludności problemy pojawiają się znacznie częściej, ponieważ ta instytucja gromadzi w swoich murach osoby pochodzące z różnych środowisk społecznych, o zróżnicowanym poziomie wykształcenia, z różnymi problemami zdrowotnymi, borykającymi się z samotnością, osamotnieniem, o różnej kulturze, różnym wyznaniu, wieku itp.

Szarota zwraca uwagę, że mieszkańcy domów pomocy społecznej zachowują pełne obywatelskie prawa, nawet gdy zamieszkują w takich placówkach. Oznacza to, że wciąż mają

dostęp do podstawowych praw i wolności, takich jak prawo do uczestnictwa w wyborach, prawo do prywatności, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, prawo do własności, prawo do informacji, prawo do rezygnacji z pobytu w placówce oraz wiele innych. Warto podkreślić, że mieszkańcy domów pomocy społecznej nie tracą swojego statusu obywatela, a obowiązkiem instytucji jest zagwarantowanie im pełnych praw i godnego życia (Szarota, 2011, s. 35).

Erving Goffman (1922–1982) użył terminu „instytucje totalne” w swoich badaniach nad różnymi rodzajami placówek, w tym domami starców, aby opisać specyficzne cechy tych miejsc. Według Goffmana „instytucje totalne” to placówki lub organizacje, które regulują i kontrolują niemalże całkowicie życie swoich mieszkańców lub osób należących do tych organizacji. W przypadku domów opieki społecznej lub domów starców jest to odniesienie do placówek, w których osoby starsze przebywają na stałe lub długoterminowo, otrzymując wsparcie w codziennym funkcjonowaniu (Zbyrad, 2012, s. 51-52). Zagadnienia związane z „instytucją totalną” szerzej zostały opisane w następnym rozdziale niniejszej pracy.

Beata Bugajska i Rafał Iwański zwracają uwagę na problem mieszkalnictwa osób starszych, których osobista sytuacja wymogła zamieszkanie w domu pomocy społecznej. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, nowo powstające domy pomocy społecznej mogą być przeznaczone dla maksymalnie 100 mieszkańców. W Polsce nadal istnieją jednak placówki, w których zamieszkuje nawet 250 osób. Ograniczenie liczby mieszkańców w nowych domach pomocy społecznej ma na celu poprawę jakości życia mieszkańców i nadanie placówkom bardziej kameralnego charakteru. Niestety, w praktyce oznacza to, że koszty inwestycji stają się wyższe, a także potencjalnie wzrastają koszty zapewnienia świadczeń opiekuńczych. Domy pomocy społecznej, które zapewniają całodobową opiekę, będą nadal potrzebne w nadchodzących latach. Jednak ze względu na wysokie koszty związane zarówno z budową, jak i prowadzeniem takich placówek, powinniśmy zastrzec tę formę opieki głównie dla osób starszych, które nie mogą otrzymać opieki w swoim dotychczasowym otoczeniu lub w alternatywnych miejscach, takich jak mieszkania chronione i wspomagane, które stają się bardzo popularne i uruchamiane przez władze samorządowe (Bugajska, Iwański, 2018, s. 19-20).

Zdaniem Bugajskiej i Iwańskiego, mieszkania chronione wykazują liczne korzyści w porównaniu z budową domów pomocy społecznej, a te korzyści wynikają nie tylko z niższych kosztów uruchomienia tych miejsc. Proces inwestycyjny jest krótszy i mniej narażony na znaczące odchylenia między planowanymi a rzeczywistymi kosztami. Ponadto tworzenie mieszkań chronionych może odbywać się etapowo, co pozwala na rozłożenie finansowego obciążenia w czasie. Czas potrzebny do uruchomienia mieszkań chronionych jest znacznie krótszy niż w przypadku budowy domu pomocy społecznej. Lokalizacja mieszkań chronionych

w różnych dzielnicach miasta ma ogromne znaczenie dla utrzymania seniorów w ich naturalnym środowisku i przeciwdziałania tworzeniu się izolowanych enklaw społecznych (Bugajska, Iwański, 2018, s. 23).

Bugajska i Iwański twierdzą, że poszukuje się tańszych rozwiązań dotyczących pomocy osobom starszym. Obecne podejście w dziedzinie polityki senioralnej opiera się na odejściu od tradycyjnych metod, takich jak przyznawanie świadczeń lub miejsc w domach pomocy społecznej dla osób starszych, na rzecz rozwijania usług aktywizacyjnych, profilaktycznych i wsparcia w miejscu zamieszkania. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonej kontroli NIK w 2016 r. *Świadczenie pomocy społecznej osobom starszym przez gminy i powiaty*, podkreślają potrzebę deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi na rzecz rozwoju usług w miejscu zamieszkania. Te rozwiązania powinny być zarówno bardziej ekonomiczne niż tradycyjne domy pomocy społecznej, jak i wykorzystywać pełen zakres dostępnych narzędzi prawnych, w tym kompleksowe wsparcie w miejscu zamieszkania, a także monitorowanie sytuacji życiowej osób starszych pod kątem ich zdrowia, sytuacji ekonomicznej i społecznej (Bugajska, Iwański, 2018).

Podczas Drugiego Światowego Zgromadzenia na temat starzenia się społeczeństw, które odbyło się w Madrycie w 2002 r., przyjęto 62 zalecenia w zakresie wielodyscyplinarnej działalności na rzecz starzejącej się ludzkiej populacji. Przyjęty plan zakładał m.in.:

- permanentną poprawę standardu życia wszystkich obywateli poprzez aktywne uczestnictwo w procesie rozwoju i sprawiedliwego podziału korzyści z niego wynikających;
- proces rozwoju powinien zawsze kłaść nacisk na poszanowanie ludzkiej godności. Każda jednostka powinna mieć możliwość aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie zgodnie z jej zdolnościami;
- zmiany w demograficznej strukturze wiekowej społeczeństwa mają znaczący wpływ na rozwój gospodarczy, rynek pracy, wzorce konsumpcji oraz popyt na produkty i usługi;
- osoby starsze należy traktować jako cenne narodowe „aktywa”, które przynoszą wartościowy wkład w życie społeczne;
- włączanie różnych grup wiekowych w społeczeństwie powinno być celem rozwoju społeczno-ekonomicznego (*Drugie Światowe Zgromadzenie na temat starzenia się, 2002*).

Marek Niezabitowski, odnosząc się do niniejszego planu uważa, że wielu starszych ludzi napotyka na trudności w zaspokajaniu swoich potrzeb w swoim otoczeniu, co prowadzi do różnych dyskomfortów i wpływa negatywnie na jakość ich życia (Niezabitowski, 2018, s. 30).

Według Marii Zrałek, aby umożliwić starszym osobom pozostawanie w swoich dotychczasowych miejscach zamieszkania, konieczne jest rozwinięcie różnorodnych usług wspierających, które obejmują opiekę zdrowotną, zabiegi higieniczno-opiekuńcze i pomoc w organizacji codziennego życia. Poprawa jakości życia osób starszych, które decydują się na utrzymanie się w swoim mieszkaniu, jest możliwa dzięki zróżnicowanym usługom opiekuńczym i medycznym, dostosowanym do ich indywidualnych potrzeb. Ponadto istotne są usługi pomocne w wykonywaniu prac domowych oraz organizacji czynności domowych (Zrałek, 2012, s. 101).

Projekt PolSenior2, zrealizowany w latach 2016-2020 przez Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, stanowił ogólnokrajowe badanie dotyczące stanu zdrowia osób starszych w Polsce, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia. Ten projekt był częścią Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowanego ze środków Ministerstwa Zdrowia. W ramach tego projektu przeprowadzono badania na reprezentatywnej próbie obejmującej niemal 6000 Polaków w wieku od 60 do 106 lat, uwzględniając różnice wiekowe, płciowe i miejsce zamieszkania (<https://polsenior2.gumed.edu.pl/>, dostęp 15.09.2023 r.).

Zdaniem Adama Bartoszką i in., projekt PolSenior wykazał, że około 35,2% uczestników badania doświadczyło negatywnych skutków wynikających z wad technicznych swoich mieszkań i przeszkód architektonicznych, które utrudniają ich codzienne funkcjonowanie. Te niedogodności były odczuwane przez osoby w różnych grupach wiekowych: 20% osób w wieku 55-64 lata, 23,3% seniorów w przedziale wiekowym 65-74 lata i aż 67,5% w wieku 75-79 lat (Bartoszek i in., 2012, s. 523). Dodatkowo z zebranego materiału badawczego wynika, że najczęściej wymienianymi przez seniorów barierami architektonicznymi były: wysokie i strome schody, brak windy, brak podjazdu do budynku dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, a także brak poręczy i uchwytów umożliwiających pokonywanie różnych barier. Poza tym badanie ujawniło trudności, z jakimi seniorzy borykają się na co dzień. Głównie chodzi o wąskie klatki schodowe i drzwi, nierówne nawierzchnie korytarzy i schodów, ciasne windy, brak oświetlenia przy budynku, co przekładało się na poczucie braku bezpieczeństwa. W badaniu zwrócono również uwagę na niesprawne urządzenia techniczne będące na wyposażeniu budynku (Bartoszek i in., 2012, s. 519).

Niedostosowanie mieszkań seniorów do ich obecnych ograniczeń sprawności i stanu zdrowia było dość powszechnym problemem, o czym świadczą wyniki badania w ramach projektu PolSenior 2. Respondenci projektu podkreślali, że ich łazienki nie zaspokajają obecnych potrzeb, a także brakuje miejsca do prowadzenia domowej rehabilitacji ze względu na niewielkie rozmiary mieszkań. Również infrastruktura wokół budynków nie była

dostosowana do bieżących potrzeb seniorów, co objawiało się brakiem lub niewystarczającą ilością ławek i poręczy, które pomagałyby starszym osobom w codziennym funkcjonowaniu. Innym problemem, na który zwrócili uwagę seniorzy, były zbyt ciężkie drzwi wejściowe do budynku, które, ich zdaniem, stawiały zbyt duży opór, co znacząco utrudniało korzystanie z nich osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich lub przy pomocy chodzików (Niezabitowski, 2018, s. 30-33).

Wraz z wiekiem człowieka i zmieniającym się stanem jego zdrowia, pojawiają się nowe potrzeby związane z codziennym funkcjonowaniem w przestrzeni mieszkalnej. Osoby starsze zamieszkują różne typy mieszkań o różnych standardach. W wielu przypadkach, zwłaszcza jeśli chodzi o mieszkania komunalne, brakuje własnych toalet lub nawet łazienek. Dostępność i komfort utrzymania higieny osobistej odgrywa ważną rolę w zapewnianiu jakości życia na każdym etapie rozwoju człowieka.

Agnieszka i Jan Cieślowie zauważają, że starsze pokolenie Polaków rzadko zmienia miejsce zamieszkania. Większość z nich pozostaje w swoim miejscu zamieszkania, do którego wprowadzili się wiele lat temu, tuż po założeniu rodziny. Nieliczni, którzy mieli możliwość, mogli dokonać zmiany na lepsze, przenosząc się do większego mieszkania lub domu. Jednak w wielu przypadkach te miejsca nie są dostosowane do specyficznych wyzwań związanych z podeszłym wiekiem mieszkańców.

Zapotrzebowanie na mieszkanie ewoluuje wraz z wiekiem. Te zmiany obejmują zarówno indywidualne preferencje, jak i te wynikające z potrzeb wielkości gospodarstwa domowego. W tradycyjnym scenariuszu pierwsze własne mieszkanie zwykle pojawia się po założeniu rodziny. W miarę wzrostu możliwości finansowych, zmieniających się potrzeb przestrzennych oraz aspiracji związanych z prestiżem, to mieszkanie zazwyczaj jest zamieniane na większe, często zlokalizowane dalej od centrum miejskiego ośrodka (Cieśla i Cieśla, 2018, s. 44).

Głównymi problemami mieszkań w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (PRL) były ich brak lub niewielkie rozmiary. Ze względu na ogromne zapotrzebowanie na lokale mieszkalne, wielkość mieszkań nie była priorytetem. Lata mijały, mieszkania pozostawały takie same, a ich mieszkańcy stawali się znacznie starsi. Wielkość łazienek (o pow. około 3 m²) i kuchni (o pow. około 5 m²) sprawiała, że wszelkie przeróbki w celu dostosowania mieszkania do potrzeb osób starszych były praktycznie niemożliwe. Zmiana mieszkania wydaje się być jedynym rozwiązaniem, ale dla seniora, który mieszkał w jednym miejscu przez 40 lub 50 lat, jest to bardzo trudna decyzja. Opuścić swoje mieszkanie oznacza porzucenie wspomnień i przyjaciół, co dla seniora byłoby niezwykle bolesnym przeżyciem.

Zdaniem Cieśli i Cieśli większość seniorów w Polsce mieszka w budynkach powstałych w okresie socjalizmu, wybudowanych w technologii wielkiej płyty, do których wprowadzili się jako młodzi ludzie i których nigdy nie opuścili. Budynki te mają wiele wad, szczególnie w odniesieniu do specyficznych potrzeb osób starszych. Po pierwsze ich rzut nie jest adaptowalny lub tylko w znikomym stopniu. Powoduje to, że bariery architektoniczne utrudniające samodzielne funkcjonowanie osób starszych są niemożliwe do usunięcia. Mogą to być na przykład zbyt wąskie przejścia i drzwi prowadzące do pomieszczeń, których nie może pokonać osoba na wózku inwalidzkim. Szczególnym wyzwaniem są łazienki i toalety budowane najczęściej jako pomieszczenia osobne, o bardzo niewielkich gabarytach. Ich połączenie jest w większości systemów prefabrykacji niemożliwe do wykonania ze względu na nośny charakter ściany działowej lub umiejscowienie między toaletą a łazienką kanałów wentylacyjnych i systemów instalacji. Warto zaznaczyć, że to właśnie w łazienkach dochodzi najczęściej do groźnych upadków, będących konsekwencją np. poślizgnięcia się lub utraty równowagi przy wychodzeniu z wanny. Zbyt małe łazienki i toalety uniemożliwiają korzystanie z nich osobom niepełnosprawnym, których wśród seniorów jest bardzo wiele (Cieśla i Cieśla, 2018, s. 45).

Dostosowanie mieszkania do aktualnych potrzeb osoby starszej wiąże się z koniecznością poniesienia dużych kosztów, które często przewyższają możliwości finansowe wielu seniorów. Dla wielu z nich jest to trudne do osiągnięcia. Jednym z rozwiązań mogłoby być wprowadzenie narodowego programu wsparcia dla seniorów, którego realizacja byłaby rozłożona na przestrzeni kilku lat.

Łączny koszt utworzenia wzorcowego mieszkania dla seniora wyniósł 213 500 zł w 2018 r. To znaczący wydatek inwestycyjny dla seniorów, którzy często nie są w stanie ponieść takiej kwoty bez wsparcia finansowego pochodzącego ze środków publicznych.

Pomysł przygotowania mieszkania specjalnie dostosowanego do potrzeb osób starszych został zainspirowany modelem pochodzącym z Niemiec, gdzie tego rodzaju mieszkania odniosły sukces i rozwijają się od lat (Cieśla i Cieśla, 2018, s. 43).

Modernizacja łazienki, kuchni i innych pomieszczeń w mieszkaniu seniora jest ważnym krokiem w zapewnieniu wyższego komfortu życia dla osób starszych. Podczas prac nad modernizacją należy wziąć pod uwagę następujące elementy:

- bezpieczeństwo – dla osób starszych, które mogą mieć ograniczoną sprawność fizyczną, ważne jest, aby ich mieszkanie było bezpieczne. Modernizacja powinna obejmować instalację poręczy w łazience, co zapobiega upadkom i ułatwia korzystanie z wanny lub prysznica. W łazience można również zamontować podłogę o antypoślizgowym wykończeniu, co zmniejsza ryzyko poślizgnięcia się;

- dostępność – mieszkanie powinno być dostosowane do potrzeb seniora, w tym tych związanych z poruszaniem się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy chodzika. Modernizacja może obejmować zainstalowanie szerokich drzwi i przestrzeni do manewrowania, dzięki czemu senior łatwiej poruszać się będzie po swoim mieszkaniu;
- komfort – wielu seniorów spędza dużo czasu w swoim mieszkaniu, więc ważne jest, aby było ono komfortowe. Modernizacja kuchni może polegać na dostosowaniu jej do potrzeb osób starszych, na przykład poprzez obniżenie blatu roboczego, co ułatwia przygotowywanie posiłków;
- samodzielność – poprzez odpowiednią modernizację można zwiększyć samodzielność seniorów. Na przykład można zamontować uchwyty i specjalne dźwignie, które ułatwiają otwieranie drzwi i okien, a także korzystanie z kranów;
- psychologiczny komfort – nowoczesne i estetyczne wnętrza może wpłynąć na samopoczucie seniora. Jasne kolory, dobrane oświetlenie i nowoczesne wyposażenie mogą sprawić, że mieszkanie stanie się bardziej przyjazne i przytulne;
- ekonomiczność – modernizacja może również przyczynić się do obniżenia kosztów utrzymania mieszkania. Poprawa efektywności energetycznej, na przykład poprzez instalację energooszczędnych okien, lepszej izolacji termicznej, wyposażenia mieszkania w urządzenia charakteryzujące się nowoczesną technologią, może znacząco obniżyć rachunki za energię.

Warto podkreślić, że modernizacja mieszkania seniora powinna być dostosowana do jego indywidualnych potrzeb i możliwości. Dobrze przemyślane zmiany mogą znacząco poprawić jakość życia seniora, umożliwiając mu dłuższe i bardziej niezależne życie we własnym mieszkaniu.

Iwona Benek uważa, że w obliczu postępującego procesu starzenia się społeczeństw, Europa coraz częściej stawia sobie zadanie dostosowywania przestrzeni do potrzeb osób starszych. Obecnie główny nacisk kładzie się na świadczenie pomocy w miejscu zamieszkania jako dominujący trend w opiece nad seniorami (Benek, 2016, s. 341-356).

Europejskie domy opieki, za pomocą swoich rozwiązań architektonicznych, dążą do stworzenia bardziej przyjaznego środowiska dla osób starszych, zwłaszcza tych z zespołem otępiennym. Maurice D. Rijnaard i in. zwracają uwagę na konieczność, aby obiekty tworzone dla seniorów emanowały nieformalnym, „domowym” klimatem w swoim wystroju i atmosferze. Holenderscy badacze wskazują na czynniki, które przyczyniają się do tworzenia poczucia bycia w domu w tego rodzaju miejscach. Te czynniki obejmują: przestrzeń prywatną i publiczną,

obecność osobistych przedmiotów, wystrój i atmosferę wnętrza, wykorzystywaną technologię, a także wskazują na lokalizację i otoczenie obiektu (Rijnaard i in., 2016, s. 169).

Według Rafała Strojnego, architekci powinni skupić się na przygotowaniu takiej formy obiektu, która nie wywoła wrażenia instytucjonalności, lecz pozwoli mieszkańcom czuć się swobodnie w miejscu zamieszkania. Organizowanie niewielkich oddziałów może pomóc w tworzeniu bardziej kameralnych i przyjaznych przestrzeni, gdzie trudniej byłoby się zgubić. To szczególnie istotne w przypadku osób starszych cierpiących na chorobę Alzheimera, które nie powinny przebywać w środowisku, w którym mogą łatwo się zagubić lub czuć niepokój. Strefy wspólne powinny być umieszczone tak, aby jak najlepiej wykorzystały naturalne światło słoneczne (Strojny, 2022, s. 10).

Człowiek należy do tego świata, bo jest jego elementem. Otaczające go barwy tworzą pozytywny i przyjemny nastrój. Mamy swoje ulubione kolory, z którymi się utożsamiamy poprzez ubiór, kolor samochodu czy kolor ściany w pokoju mieszkania.

Świat i otaczająca nas rzeczywistość są bogate w różnorodność barw, które stanowią nieodłączny element naszego życia. Człowiek jest integralną częścią tego świata, a otaczające go kolory mają zdolność wpływania na jego nastrój i emocje. Nasze osobiste preferencje kolorystyczne często utożsamiają nas z wyborem ubrań, koloru samochodu czy nawet koloru ścian w naszym domu. Barwy otaczające nas mogą tworzyć pozytywne i przyjemne wrażenia, dlatego tak istotne jest, abyśmy mieli okazję wyrazić się poprzez wybór kolorów, które najlepiej odzwierciedlają naszą osobowość i gust. Kolor nie tylko posiada element estetyczny, ale także wpływa na nasze codzienne doświadczenia i może wywoływać różnorodne emocje. Dlatego warto doceniać i eksplorować różnorodność barw w naszym otoczeniu, aby czerpać z niej radość i inspirację.

Elżbieta Niezabitowska, Iwona Benek i Anna Szewczenko uważają, że obiekty przeznaczone dla osób starszych wymagają spersonalizowanego podejścia projektowego i uwzględnienia wielu czynników, które mogą wpływać na komfort życia pacjentów. Jednym z istotnych czynników jest kolor, który odgrywa w tym ważną rolę, zwłaszcza w przypadku osób starszych. W miarę starzenia się, osoby te stają się bardziej podatne na różne schorzenia oczu, które mogą wpływać na ich zdolność widzenia. Podczas projektowania obiektów dla osób starszych istotne jest, aby unikać nadmiernie wzorzystych wnętrz. Ważne jest również, aby zastosować kontrastujące kolory w taki sposób, aby wyraźnie odróżnić ściany, podłogi, meble itp. Kolory pastelowe są często najlepszym wyborem, ponieważ są łagodne dla oczu i nie męczą wzroku. Wykończenia matowe są preferowane, ponieważ unikamy błyszczących powierzchni, które mogą sprawiać wrażenie niebezpiecznych lub śliskich. Dodatkowo warto unikać

połączenia koloru zielonego z niebieskim, ponieważ osoby starsze mogą mieć trudności w rozróżnianiu tych dwóch kolorów (Niezabitowska, Benek i Szewczenko, 2017, s. 62-63).

Przestrzeń, w której mieszkają starsi ludzie, ma duże znaczenie dla ich komfortu życia. Nie chodzi tylko o przestrzeń mieszkalną, ale również o przestrzeń przyległą, taką jak korytarze, klatki schodowe, kuchnia, jadalnia itp.

Rafał Strojny przeprowadził porównanie przestrzeni w kilku domach opieki w zachodniej Europie, wybierając do analizy dwa ośrodki we Francji i po jednym z Austrii i Hiszpanii. Najstarszym obiektem, który brał udział w badaniu, był dom opieki wybudowany we Francji w 2014 r., a najmłodszy pochodził z 2018 r. Poniższa tabela przedstawia przestrzeń użytkową dostępną dla mieszkańców tych placówek.

Tabela 1. Zestawienie wybranych domów opieki w krajach europejskich

Lp.	Nazwa ośrodka	Państwo, miasto	Powierzchnia /liczba łóżek	Powierzchnia na 1 mieszkańca	Rok powstania
1.	92-Bed Nursing Home	Francja, Pont-sur-Yonne	5395 m ² /92 łóżek	58,64 m ²	2014
2.	Residential Care Home Andritz	Austria, Graz	6950 m ² /105 łóżek	66,15 m ²	2015
3.	Home for Dependent Elderly People and Nursing Home	Francja, Orbec	5833 m ² /115 łóżek	50,72 m ²	2015
4.	Nursing Home Passivhaus	Hiszpania, Camarzana de Tera	820 m ² /16 łóżek	51,25 m ²	2018
5.	Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile	Polska, Piła	1600 m ² /70 łóżek	22,86 m ²	1993

Źródło: Strojny, *Architektura domów opieki w wybranych krajach Europy*. Teka Komisji Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajobrazowych, 18(1), Article 1, 2022, s. 9.

Badania przeprowadzone przez duńskich naukowców wykazują, że środowisko fizyczne odgrywa ważną rolę w zapewnieniu dobrej jakości życia i samopoczucia osób starszych. Dlatego istotne jest, aby mieszkańcy mieli możliwość kontaktu z lokalnym obszarem, w którym mieszkają i posiadali poczucie przynależności do społeczności. W Danii podjęto kroki w kierunku dostosowania systemu domów opieki do tych potrzeb. Teraz domy opieki pełnią funkcję ogólnych mieszkań socjalnych, które są połączone z usługami opiekuńczymi. Zamiast tradycyjnych pokoi, mieszkańcy mają swoje mieszkania wyposażone w sypialnię, niewielki salon, aneks kuchenny i łazienkę. Wspólne przestrzenie obejmują jadalnię, a także dostęp do różnych udogodnień, takich jak kawiarnie, siłownie oraz różnorodne zajęcia. W rezultacie osoby starsze stają się integralną częścią większej społeczności, co znacząco wpływa na ich jakość życia i samopoczucie (Andersen i in., 2021, s. 397-398).

Jeśli porównamy metraż powierzchni użytkowej przypadający na jednego mieszkańca w krajach Europy Zachodniej z przykładowym domem pomocy społecznej w Polsce, to można zauważyć różnice. Średnia powierzchnia mieszkalna na jednego mieszkańca w Europie Zachodniej wynosi 57,92 m². Natomiast na podstawie wybranego DPS w Polsce można stwierdzić, że przypada 22,86 m² powierzchni na jednego mieszkańca. Te różnice wynikają z zapisów ustawowych, gdzie brane są pod uwagę powierzchnie mieszkalne, a nie całkowite. Oznacza to, że większość DPS w Polsce nie posiada w swojej infrastrukturze przestrzeni, w której człowiek starszy mógłby czuć się komfortowo.

Według Strojnego domy opieki to obiekty, które wymagają wyjątkowego podejścia projektowego dostosowanego do ich mieszkańców. To szczególnie ważne, ponieważ projektowanie takich miejsc powinno uwzględniać poprawę komfortu życia w przestrzeni i wpływ chorób charakterystycznych dla danej grupy wiekowej. Istnieje wiele czynników, które wpływają na jakość życia w domach opieki i sposób, w jaki osoby starsze postrzegają przestrzeń:

- skala obiektu: wielkość i układ budynku powinny być dostosowane do potrzeb i możliwości osób starszych, zapewniając łatwy dostęp do wszystkich pomieszczeń i udogodnień;
- układ funkcjonalno-przestrzenny: ergonomiczny układ pomieszczeń i dostępność udogodnień, takich jak toalety czy kuchnie, mają istotne znaczenie dla wygody mieszkańców;
- funkcje w obiekcie: domy opieki powinny oferować różnorodne usługi i zajęcia dostosowane do potrzeb i zainteresowań osób starszych, aby stworzyć bogatsze życie społeczne;
- kolorystyka: odpowiednio dobrane kolory mogą wpływać na nastrój i komfort mieszkańców. Unikanie wzorzystych wykończeń może pomóc w utrzymaniu spokoju w przestrzeni;
- światło dzienne: ważny dobór odpowiedniego oświetlenia naturalnego, ponieważ światło może poprawić samopoczucie i funkcjonowanie osób starszych; wnętrza powinny być dostosowane do maksymalnego wykorzystania naturalnego światła;
- materiały i atmosfera: wybór materiałów wykończeniowych powinien dążyć do stworzenia przytulnej i „domowej” atmosfery, co może mieć wpływ na ogólne zadowolenie mieszkańców.

Dlatego też projektowanie domów opieki wymaga holistycznego podejścia, które uwzględnia nie tylko elementy funkcjonalne, ale także emocjonalne i estetyczne, aby zapewnić starszym osobom jak najwyższy komfort życia (Strojny, 2022, s. 14).

Mieszkanie jednostki w jej naturalnym środowisku, przebywanie wśród ludzi podobnych sobie, zapewnienie niezbędnych warunków do prawidłowego rozwoju to klucz do zapewnienia człowiekowi komfortu życia.

Zbigniew Bać uważa, że rozwój społeczeństw najlepiej osiąga się w „małych ojczyznach”, czyli w lokalnych społecznościach, dzielnicach i tradycyjnie zintegrowanych obszarach. Według tych poglądów, to właśnie tam można kontynuować i rozwijać nowe formy kultury oraz możliwości ich racjonalnego przekształcenia. Ważnym elementem procesów

stabilizujących strukturę mieszkalną jest humanizacja, czyli działania skoncentrowane na człowieku i wartościach kulturowych, w przeciwieństwie do zabiegów takich jak odbudowa czy renowacja, które koncentrują się na obiektach. Humanizacja struktur mieszkalnych stawia człowieka w centrum uwagi i jest motorem dla wszelkiej aktywności społecznej.

Warto również promować różnorodne wizje triady składającej się z: człowieka, przestrzeni, w której żyje, i kultury, w której się rozwija (Bać, 2013, s. 8).

Próbie wyjaśnienia pojęcia *cohousingu* podjęły Magdalena Jagiełło-Kowalczyk i Maria Ptaszkiewicz, które twierdzą, że niniejszy termin wywodzi się z połączenia słów *community housing*, co oznacza „wspólnota mieszkalna”. Termin ten opisuje sytuację, w której grupa ludzi wspólnie inicjuje budowę osiedla, gdzie wspólnota i integracja idą w parze z poszanowaniem prywatności i indywidualności każdej jednostki (Jagiełło-Kowalczyk i Ptaszkiewicz, 2017, s. 18).

Założenie *cohousingu* opiera się na tworzeniu zrównoważonego środowiska mieszkaniowego, które w pełni uwzględnia oczekiwania przyszłych mieszkańców, ich cele oraz potrzeby społeczne. W takich osiedlach, zwanych habitatami, grupy rodzin (zazwyczaj nie mniej niż trzy) dzielą przestrzeń, gdzie każda z rodzin ma swoje mieszkanie oraz nieograniczony dostęp do wspólnych obszarów, które są zarządzane i użytkowane wspólnie z sąsiadami. Takie habitaty mogą przyjmować różne formy, w tym rozproszone domki, szeregowce lub punktowe budynki mieszkalne (Jagiełło-Kowalczyk i Ptaszkiewicz, 2017, s. 20).

Według Aldony Wiktorskiej-Świeckiej i in. można przyjąć, że *cohousing* to szczególne podejście, które charakteryzuje się następującymi cechami:

- internacjonalność – mieszkańcy zobowiązują się do życia w społeczności i często dzielą wspólne wartości, cele lub wizję, niezależnie od swojego pochodzenia;
- wielkość – *cohousing* może przyjmować różne rozmiary, od niewielkich grup rodzin po większe społeczności;
- obiekty wspólne – wspólnota korzysta z obszarów i udogodnień, które są dostępne dla wszystkich mieszkańców, takich jak ogrody, kuchnie czy sale spotkań;
- udział mieszkańców w projektowaniu przestrzeni mieszkaniowej, w tym szczególnie własnej – mieszkańcy mają aktywny udział w kształtowaniu przestrzeni, w tym własnych mieszkań, dostosowując je do swoich potrzeb i preferencji;
- samorządność – społeczność *cohousingowa* zazwyczaj zarządza się samodzielnie, podejmując decyzje dotyczące wspólnych spraw;
- rytuał i tradycja – w niektórych wspólnotach *cohousingowych* rozwijają się swoiste rytuały i tradycje, które wzmacniają więzi społeczne.

To podejście promuje tworzenie społeczności opartej na współpracy i zaangażowaniu mieszkańców oraz sprzyja zrównoważonemu stylowi życia (Wiktorska-Świącka i in., 2020, s. 95).

Lidewij Tummers uważa, że współmieszkalnictwo to elastyczne podejście do projektów mieszkaniowych, które uwzględnia różnice w społecznych realiach, potrzebach i kulturach. Według Filda (2004) istotne warunki rozwoju projektów współmieszkaniowych obejmują intencjonalność, ułatwienia dla procesów socjalizacji, obecność prywatnych i wspólnych przestrzeni, odpowiednią liczbę mieszkańców wspierającą dynamikę społeczności i samorządność. Zarządzanie społecznością współmieszkaniową jest elastyczne, nienarzucające sztywnych reguł. Decyzje są zazwyczaj podejmowane wspólnie. Współmieszkalnictwo ma na celu rozwiązywanie problemów ekonomicznych, niedoboru mieszkań i izolacji społecznej. Samodzielne zarządzanie, kontrola nad procesem tworzenia i użytkowania, a także współpraca to jego podstawowe cechy, które odróżniają je od innych podejść mieszkaniowych (Tummers, 2016, s. 1-2).

Robert Idem twierdzi, że idea wspólnego projektowania, budowania, aranżowania, utrzymania i eksploatacji nieruchomości, wywodzi się z Danii (lata 60. XX wieku) i rozprzestrzeniła się w krajach skandynawskich. To koncepcja mieszkalnictwa wspólnotowego, która łączy to, co prywatne i co wspólne. Polega na budowaniu wspólnot mieszkaniowych opartych na bliskich relacjach sąsiedzkich, gdzie mieszkańcy aktywnie uczestniczą w planowaniu, budowie i zarządzaniu swoim osiedlem (Idem, 2016).

Zdaniem Dicka U. Vestbro, współmieszkalnictwo to „mieszkalnictwo ze wspólnymi przestrzeniami i dzielonymi udogodnieniami dla mieszkańców” (Vestbro, 2010). Oznacza to, że grupa osób dzieli wspólną przestrzeń mieszkaniową, taką jak budynek lub osiedle, ale także korzysta z udogodnień i obszarów wspólnych, które są dostępne dla wszystkich mieszkańców. Graham Meltzer uzupełnia niniejsze pojęcie, twierdząc, że „kładzie się nacisk na zdrową równowagę między życiem prywatnym, rodzinnym i życiem w społeczności”(Meltzer, 2005).

Zdaniem Władysława Brzeskiego, Kazimierza Kirejczyka i Edwarda Kozłowskiego w Polsce odbywa się dyskusja w sprawie mieszkalnictwa senioralnego, które oznacza niezależne mieszkanie dla seniorów z dostępem do usług opiekuńczych lub wsparcia (Brzeski, Kirejczyk i Kozłowski, 2014).

Według Anny Jancz aktualne podejścia w zakresie mieszkalnictwa senioralnego można ogólnie podzielić na trzy główne kategorie: instytucjonalne, socjalne i rynkowe (Jancz, 2016). Iwona Benek twierdzi, że istnieje wiele różnych rozwiązań i modeli w tej dziedzinie, ale można wyróżnić trzy podstawowe grupy produktów mieszkalnych dla seniorów:

- 1) mieszkania samodzielne: to mieszkania, w których seniorzy mogą mieszkać samodzielnie, bez wsparcia. Stanowią one typowe miejsce zamieszkania, które umożliwia zachowanie pełnej niezależności;
- 2) mieszkania serwisowane: w tego typu mieszkaniach seniorzy mają dostęp do określonych usług wsparcia, takich jak: pomoc domowa czy doraźna opieka zdrowotna. Oferują one większą niezależność niż mieszkania opiekuńcze, ale zapewniają wsparcie w sytuacjach, gdy jest to potrzebne;
- 3) mieszkania opiekuńcze: to miejsca, w których seniorzy mogą mieszkać i otrzymywać bardziej kompleksową opiekę. Zazwyczaj zapewniają one stałą obecność personelu medycznego i pomocniczego oraz opiekę na miejscu.

W przypadku miejsc zamieszkania dla osób starszych można również wyróżnić różne formy, które mogą być indywidualne lub wspólne. Każda z tych kategorii oferuje różne poziomy wsparcia i niezależności, tak aby dostosować się do potrzeb seniorów o różnym wieku i zdrowiu (Benek, 2016). Według Benek istnieją różne formy mieszkalne dostosowane do potrzeb seniorów, które można podzielić na indywidualne i wspólne. Formy mieszkań indywidualnych to mieszkania samodzielne przeznaczone dla seniorów, którzy nie potrzebują stałej opieki medycznej i mogą żyć samodzielnie. Drugą formą są mieszkania indywidualne asekurowane. Skierowane są one do osób starszych, które nie są w stanie żyć samodzielnie, ale nie wymagają ciągłej opieki medycznej. Te mieszkania są wyposażone w udogodnienia dla seniorów i systemy alarmowe. Mogą przyjmować formę mieszkań w trybie *assisted living* lub mieszkań chronionych. Do form mieszkań wspólnych należą senioralne wspólnoty mieszkaniowe, czyli miejsca, gdzie seniorzy żyją razem, tworząc wspólnotę. Mogą to być wspólnoty sąsiedzkie lub wspólnoty zapewniające ciągłą opiekę nad osobami starszymi. Drugą formą mieszkań wspólnych są ośrodki opieki i medyczne. Miejsca, które oferują mieszkania oraz opiekę medyczną dla seniorów. Wybór odpowiedniej formy mieszkalnej zależy od indywidualnych potrzeb i poziomu wsparcia, jakiego seniorzy potrzebują w codziennym życiu (Benek, 2016).

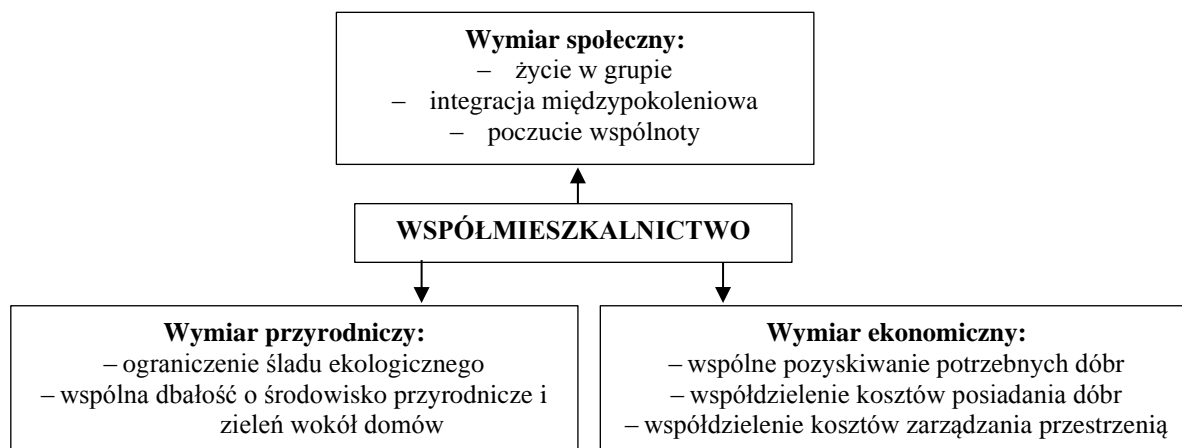
Istotne jest przyjrzenie się roli sektora publicznego i analizie koncepcji mieszkań chronionych i wspomaganych dla osób starszych, które są finansowane i zarządzane przez samorządy. Sektor publiczny odgrywa ważną rolę w zapewnieniu odpowiednich miejsc zamieszkania i opieki dla seniorów. To państwo i samorządy często finansują, organizują i nadzorują inicjatywy mieszkalnictwa dla osób starszych. Mają one za zadanie zapewnić seniorom dostęp do bezpiecznych i odpowiednio dostosowanych miejsc zamieszkania, a także spełniać ich

potrzeby. Koncepcje mieszkań chronionych i wspomaganych dla seniorów to podejście, które ma na celu zapewnienie im komfortu i opieki (Błędowski i in., 2017, s. 13-14).

Mieszkanie chronione stanowi formę wsparcia społecznego, która pomaga osobom, które ze względu na trudności życiowe, choroby lub wiek, potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. To rozwiązanie jest odpowiednie dla osób, które z różnych powodów mają utrudnioną samodzielną egzystencję, np. osoby z zaburzeniami psychicznymi, opuszczające placówki opiekuńcze, ośrodki wychowawcze dla młodzieży lub osoby z niepełnosprawnościami. Mieszkanie chronione ma na celu opóźnienie konieczności zamieszkania w warunkach instytucjonalnych, np. domach pomocy społecznej, umożliwiając tym samym zachowanie większej niezależności i swobody. (<https://seniore.pl/prawo/czym-jest-mieszkanie-chronione-i-kto-moze-sie-o-nie-starac/>, dostęp 01.10.2023).

Według Ann Bowling i in. koncepcja starzenia się w miejscu zamieszkania *ageing in place* jest przedmiotem dyskusji. Na początku koncentrowała się ona na możliwości starzenia się w swoim obecnym miejscu zamieszkania i otoczeniu sąsiedzkim. Ta koncepcja dawała seniorom poczucie stabilności i bezpieczeństwa, co przekładało się na lepszą jakość ich życia (Bowling i in., 2003). Aktualnie ta koncepcja ma znacznie bardziej zróżnicowane znaczenie (WHO, 2004). Oznacza to dostarczanie odpowiednich usług i wsparcia seniorom, aby mogli pozostawać stosunkowo niezależni i aktywni w swoim obecnym domu lub mieszkaniu. Katarzyna Suszyńska i Marcin Boruta uważają, że koncepcja starzenia się w miejscu zamieszkania dąży do opóźnienia lub uniknięcia konieczności przeniesienia się do placówki opiekuńczej, umożliwiając osobom starszym pozostawanie w swoim naturalnym środowisku jak najdłużej (Suszyńska i Boruta, 2017).

Idea współmieszkalnictwa wywodzi się z ruchów antysystemowych lat 60. i 70. XX wieku, które inspirowane były ideami ekologicznymi i zawierały postulaty zgodne z koncepcją zrównoważonego środowiska mieszkaniowego. Te koncepcje uwzględniają zarówno elementy społeczno-ekonomiczne, jak i oczekiwania przyszłych mieszkańców, ich cele i potrzeby społeczne, a także kwestie związane z przestrzenią i środowiskiem. Współmieszkalnictwo jest postrzegane jako ważny wkład w kierunku zrównoważonego rozwoju, zarówno na poziomie miejskim, jak i indywidualnym, promując bardziej zrównoważone życie i środowisko (Vestbro, 2010).



Rysunek 3. Zrównoważony rozwój a współmieszkalnictwo

Źródło: Mazur-Pączka, A., Podolak-Machowska, A., Kostecka, J. (2016). *Dydaktyka filozofii przyrody – Cohousing*. Polish Journal for Sustainable Development, 20, (s. 137-144).

Zdaniem Anny Mazur-Pączki, Agnieszki Podolak-Machowskiej i Joanny Kosteckiej, idea współmieszkalnictwa wpisuje się w trzy wymiary zrównoważonego rozwoju: społeczny, przyrodniczy i ekonomiczny (rysunek 3.). Działanie w ramach wspólnot współmieszkańczych przyczynia się do zmniejszenia negatywnego wpływu na środowisko naturalne poprzez zmniejszenie zużycia energii i wody, wspólne korzystanie z samochodów, zakupy, a także uprawę warzyw i owoców, hodowlę drobnego inwentarza, redukcję odpadów i bardziej efektywne gospodarowanie przestrzenią.

Warto również podkreślić, że oprócz ujęcia środowiskowego, współmieszkalnictwo ma istotne znaczenie dla społeczności, co jest kolejnym filarem zrównoważonego rozwoju. Aktywny udział mieszkańców odgrywa ważną rolę w funkcjonowaniu udanych grup współmieszkalnych. Może on obejmować różnorodne formy, począwszy od projektowania osiedla lub domu, aż po wspólne utrzymanie i współdzielenie kosztów eksploatacji. To zaangażowanie społeczności tworzy trwałe więzi, wzmacniając więź społeczną i wspierając rozwój zrównoważony (Mazur-Pączka, Podolak-Machowska i Kostecka, 2016, s. 140).

Współtworzenie jako proces wspólnego tworzenia i udoskonalania wartości oraz rozwiązań, jest coraz bardziej powszechne we współczesnym społeczeństwie, również w Polsce. Widoczne jest to w różnych dziedzinach życia społecznego, gdzie inicjatywy współtworzenia wkomponowują się w codzienne funkcjonowanie społeczeństwa. Działania obejmujące takie obszary jak wspólne finansowanie *cofounding*, współdzielenie samochodów *car sharing*, czy wsparcie finansowe w formie patronatu należą do powszechnych zjawisk na świecie. W sektorze

prywatnym współtworzenie wartości z klientami stało się integralnym elementem nowoczesnej gospodarki. Podmioty gospodarcze coraz częściej angażują swoich klientów w procesy projektowania, produkcji i doskonalenia produktów, a także usług. To podejście pozwala firmom lepiej zrozumieć potrzeby i oczekiwania klientów, co przekłada się na bardziej dostosowane i atrakcyjne propozycje.

W sektorze publicznym współtworzenie nadal pozostaje wyzwaniem w Polsce. Choć czasami pojawiają się propozycje ze świata nauki, a także oferty rozwiązań problemowych na podstawie międzynarodowych projektów badawczych i udziału polskich naukowców w międzynarodowych sieciach, to brakuje systemowych rozwiązań i praktyki instytucjonalnej w tym zakresie. Dzięki obecności i zaangażowaniu organizacji pozarządowych, które odgrywają ważną rolę w promowaniu współtworzenia w sektorze publicznym, pojawiają się bardziej zintegrowane i rozwinięte mechanizmy, aby to podejście stało się powszechniejsze. Takie działania mogą pomóc w lepszym zrozumieniu potrzeb społeczności lokalnych i tworzeniu bardziej dostosowanych do ich potrzeb rozwiązań. Jednak aby to osiągnąć, konieczne są dalsze wysiłki w kierunku promowania kultury otwartości i współpracy, a także rozwijania mechanizmów partycypacji obywateli. Współtworzenie wartości i rozwiązań staje się coraz bardziej istotnym elementem funkcjonowania społeczeństwa, zarówno na poziomie prywatnym, jak i publicznym (Wiktorska-Święcka i in., 2020, s. 295).

Przeniesienie się do nieznanego środowiska może być trudne i niepewne. Osoby, które do tej pory były w centrum uwagi rodziny, mogą odczuwać brak codziennego towarzystwa bliskich osób, a to może wpłynąć na ich emocjonalny i psychiczny dobrostan. W domach pomocy społecznej nie zawsze istnieją stałe możliwości na codzienną interakcję z innymi mieszkańcami lub osobami poza placówką, co może prowadzić do izolacji i poczucia odosobnienia. Wiele osób nigdy nie przyzwyczai się do nowych warunków i w konsekwencji może to prowadzić do załamania stanu zdrowia, depresji, lęku, a w konsekwencji do śmierci. W tym wypadku personel DPS będzie miał do spełnienia bardzo ważną rolę w stwarzaniu atmosfery wsparcia i opieki oraz zachęcaniu do aktywności społecznych. Przyjazne podejście i empatia opiekunek, opiekunów i całego personelu mogą pomóc w złagodzeniu uczucia samotności i osamotnienia. W tym miejscu należy wspomnieć jeszcze o takich osobach, które w tych placówkach pomocowych zaczynają realizować się towarzysko, zaczynają na nowo odkrywać swoje zainteresowania i pasje i stają się w całym tego słowa znaczeniu pełnoprawnymi członkami DPS.

Życie towarzyskie w domach pomocy społecznej jest istotnym problemem codziennego funkcjonowania mieszkańców. Obejmuje ono różne obszary, takie jak relacje z innymi

mieszkańcami, a także kontakty z personelem oraz osobami z zewnątrz. Mieszkańcy placówki mają okazję nawiązywać nowe przyjaźnie i relacje towarzyskie z innymi osobami zamieszkującymi placówkę.

2.4. Dom pomocy społecznej przyszłości

Domy pomocy społecznej są jednymi z najważniejszych placówek w polskim systemie wsparcia społecznego, które zapewniają całodobową opiekę dla różnych grup ludzi, w tym nie tylko dla osób starszych, ale również dla jednostek z problemami psychicznymi, niepełnosprawnościami fizycznymi, chorobami somatycznymi i niepełnosprawnościami intelektualnymi.

Teresa Zbyrad stwierdza, że w Polsce domy pomocy społecznej często niosą z sobą negatywny bagaż historyczny, co sprawia, że w potocznym języku używa się na ich określenie takich zwrotów jak „przytułek”, „umieralnia”, „dom starości” lub „dom opieki” (Zbyrad, 2013, s. 99).

Według Elżbiety Tarkowskiej osoby przebywające w domach pomocy społecznej nie dokonały tego wyboru dobrowolnie, lecz są tam z konieczności, gdyż zostały zmuszone przez swoich najbliższych do opuszczenia swoich rodzinnych domów (Tarkowska i in., 1994, s. 9).

W naszym społeczeństwie dominuje krytyczne podejście do domów pomocy społecznej, które wciąż postrzegane są jako instytucje totalne, co wynika z instytucjonalnego charakteru zaspokajania potrzeb. W takich miejscach życie uważa się za zbyt jednostajne z powodu standardowych i ujednoliconych metod świadczenia wsparcia (Tarkowska, 1997, s. 125-127).

Mimo że dla wielu seniorów zamieszkanie w domach pomocy społecznej jest często trudną decyzją, to jednak dla pewnej grupy, takiej jak ci, którzy wymagają specjalistycznej całodobowej opieki lub ci, którzy są samotni i nie mają dzieci ani stałego partnera życiowego, takie placówki stają się miejscem, które nie tylko zapewnia im wsparcie i opiekę, ale także umożliwia integrację z osobami w podobnym wieku, które mają podobne potrzeby i zainteresowania. Dlatego też zapotrzebowanie na takie instytucje nadal pozostaje wysokie. W związku z tym, warto rozważyć następujące pytanie: Jak powinien wyglądać dom pomocy społecznej w przyszłości?

Zdaniem Ewy Leś, obecne domy pomocy społecznej dla osób starszych kontynuują tradycję wcześniejszych przytułków i zamkniętych instytucji opieki. W średniowieczu istniały szpitale, które pełniły rolę schronienia dla starszych ludzi, znane jako *gerontocomium*, zapewniając im miejsce opieki (Leś, 2001, s. 20).

Współczesne domy pomocy społecznej stanowią zaawansowaną formę opieki nad osobami starszymi, oferując szeroki zakres usług, w tym opiekę medyczną, rehabilitację, wsparcie psychologiczne, a także różnorodne zajęcia i aktywności społeczne. Niemniej jednak nadal istnieje wyzwanie polegające na przełamywaniu negatywnych stereotypów związanych z tego rodzaju instytucjami i dążeniu do tworzenia miejsc, które nie tylko opiekują się potrzebującymi, ale także promują jakość życia i autonomię mieszkańców. W nowoczesnym podejściu do domów pomocy społecznej zwraca się uwagę na spersonalizowaną opiekę, aktywizację seniorów, integrację społeczną oraz zachowanie godności i jakości życia w podeszłym wieku.

Dom pomocy społecznej przyszłości musi ewoluować w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby i oczekiwania społeczeństwa, wykorzystując postęp technologiczny. Ze względu na negatywne stereotypy związane z domami opieki społecznej, zaleca się unikanie tego rodzaju terminologii. Jednym z ważniejszych kroków w tym kierunku może być restrukturyzacja placówki, która oprócz świadczenia podstawowej opieki, będzie przygotowywać nowe, wysoko specjalistyczne kadry do sprawowania kompleksowej opieki nad mieszkańcami.

Idea Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi (ADOOS), która powstała w 2015 r., jest jednym z rozwiązań, które łączy trzy główne funkcje: opiekuńczą, edukacyjną i ekonomiczną.

Autorski projekt Izabeli Zapalskiej i Jarosława Grzebyka utworzenia Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi jest propozycją, która ze względu na swój charakter i założenia może ewoluować i być multiplikowana w całym kraju. Następnym krokiem powinna być personalizacja opieki, która polega na dostosowaniu świadczenia opieki do indywidualnych potrzeb i preferencji mieszkańców. Wdrażanie zaawansowanego rozwiązania, które pozwala na lepsze zrozumienie i odpowiedź na potrzeby mieszkańców placówki i zmienia złą opinię o DPS.

W niniejszej części rozważań przedstawiłem w zarysie koncepcję utworzenia nowatorskiego domu pomocy społecznej o nazwie Akademicki Dom Opieki nad Osobami Starszymi, którego jestem współautorem. Do przedstawienia koncepcji wykorzystałem materiał pochodzący z artykułu *Znaczenie Stowarzyszenia Pomocy Osobom Przewlekłe Chorym IGNIS w organizowaniu środowiska społecznego, poprawy komfortu i jakości życia poprzez wieloprofilowe działania w koncepcji sprawowania opieki nad osobami starszymi w aspekcie korzyści psychofizycznych i finansowych* (Grzebyk i Zapalska, 2017, s. 105-115).

Przy rosnącym zapotrzebowaniu na usługi socjalne dla osób starszych z niepełnosprawnościami, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Przewlekłe Chorym IGNIS realizuje zadania statutowe w dziedzinie ekonomii społecznej na rzecz osób przewlekłe chorych

i ich rodzin, w tym osób starszych. W ramach swojej działalności, organizacja ta skupia się na zapewnieniu bezpieczeństwa socjalnego i eliminowaniu barier społecznych i architektonicznych.

Zgodnie z art. 57 ust. 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez różne podmioty, w tym: jednostki samorządu terytorialnego, Kościół katolicki i inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, inne osoby prawne i fizyczne. Oznacza to, że Stowarzyszenie Pomocy Osobom Przewlekłe Chorym IGNIS ma również prawo prowadzić taką placówkę opieki.

ADOOS to innowacyjne podejście do domów pomocy społecznej, które ma na celu stworzenie nowoczesnej i przyjaznej przestrzeni dla osób starszych. Koncepcja zakłada uwzględnienie specyficznych potrzeb seniorów, zarówno pod względem opieki medycznej, jak i wsparcia psychospołecznego. Dom ten ma być miejscem, w którym pensjonariusze będą mogli cieszyć się godnym starzeniem się, aktywnością społeczną i twórczymi zajęciami.

Głównym celem Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi powinno być zapewnienie opieki w przyjaznym środowisku, a także komfortu i bezpieczeństwa osobom w podeszłym wieku. Istotnym wymiarem ADOOS jest jego dostosowanie do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, z uwzględnieniem norm dostępności określonych w Ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

ADOOS powinien stwarzać warunki sprzyjające dla godnego i komfortowego starzenia się, zapewniając odpowiednie wsparcie medyczne, psychospołeczne oraz fizyczne. W ramach koncepcji ADOOS należy uwzględniać indywidualne potrzeby i preferencje mieszkańców, zapewniając im wysoką jakość życia i dbając o ich dobrostan.

W ramach funkcjonowania Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi proponuje się zastosowanie różnych form opieki, które uwzględniają różne potrzeby i sytuacje rodzinne seniorów.

Pierwszą formą jest opieka krótkoterminowa, która powinna obejmować pobyt pensjonariusza przez okres do 3 miesięcy. Takie rozwiązanie dedykowane może być rodzinom wielopokoleniowym, które z różnych powodów nie są w stanie zapewnić opieki seniorowi przez okres do 3 miesięcy. W ramach tej formy opieki senior zostaje zaopiekowany zgodnie z obowiązującymi standardami.

Drugą formą jest opieka długoterminowa, która obejmuje pobyt dłuższy niż 3 miesiące. Ta forma opieki gwarantuje, że niezależnie od sytuacji rodzinnej senior będzie otrzymywał stałą opiekę zgodnie z obowiązującymi standardami. Jest to szczególnie istotne dla osób starszych, które nie mają możliwości lub nie chcą pozostawać pod opieką rodziny.

Trzecią proponowaną formą jest dzienna opieka, która powinna obejmować pobyt seniora do 12 godzin w dni robocze od poniedziałku do piątku (od 7.00 do 19.00), z wyłączeniem dni świątecznych. Ta forma opieki jest skierowana do osób starszych i rodzin wielopokoleniowych, które są zainteresowane spędzaniem czasu z rówieśnikami i aktywnym uczestnictwem w zajęciach organizowanych dla społeczności ośrodka.

Wprowadzenie różnych form opieki w ADOOS umożliwi dostosowanie usług do indywidualnych potrzeb i preferencji seniorów oraz ich rodzin. Zapewni to elastyczność i różnorodność, umożliwiając seniorom wybór odpowiedniej formy opieki, która najlepiej odpowiada ich sytuacji życiowej i oczekiwaniom.

Zdaniem Izabeli Zapalskiej i Jarosława Grzebyka (2017), aktywne spędzanie czasu poprzez realizację programów aktywizacyjnych, które są tworzone przy udziale mieszkańców (Zapalska i Grzebyk, s. 108), stanowi istotny element rozwoju i utrzymania kondycji psychoruchowej pensjonariuszy. Ta forma aktywności ma pozytywny wpływ na poprawę relacji pomiędzy pensjonariuszami a personelem. Przez zachęcanie seniorów do uczestnictwa w przedsięwzięciach, które sami planują, osiąga się dwukierunkowy efekt, polegający na zwiększeniu satysfakcji pensjonariuszy i wzmacnianiu ich sprawności fizycznej.

W ramach swojego charakteru i przeznaczenia, Akademicki Dom Opieki nad Osobami Starszymi powinien pełnić kilka funkcji, które obejmują:

- 1) Funkcję społeczno-opiekuńczą, która powinna być realizowana zgodnie z obowiązującymi przepisami, statutem i regulaminem ośrodka. Personel ma za zadanie troszczyć się o dobro pensjonariuszy, zapewniając im pełne prawa, swobody obywatelskie i swobodę wyznania przysługującą obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej. Personel powinien się składać z wykwalifikowanych specjalistów, którzy zagwarantują odpowiednią opiekę dla pensjonariuszy.

ADOOS powinien mieć różne pomieszczenia, w tym: sale do terapii zajęciowej, gabinety do fizjoterapii, salę fitness, wielofunkcyjną salę kinową, gabinet lekarza rodzinnego, gabinet zabiegowy, pokój do światłoterapii i muzykoterapii, grotę solną, a także kawiarenkę internetową i klub dla miłośników brydża, szachów itp. Pomieszczenia te miałyby służyć celom terapeutycznym i dostarczać różnorodnych form aktywności dla pensjonariuszy ADOOS.

Przygotowywanie posiłków powinno odbywać się na bazie lokalnej kuchni, która podkreśli domową i rodzinną atmosferę. Posiłki powinny być pełnowartościowe i przygotowywane zgodnie z wytycznymi Narodowego Instytutu Zdrowia, aby zapewnić pensjonariuszom odpowiednie odżywienie.

Adriana Schumacher, Mirosława Cichorek i Michał Piłkuła twierdzą, że jednym z problemów związanych z oddziaływaniem środowiska zewnętrznego na skórę człowieka jest utrata jej zdolności regeneracyjnych, co prowadzi do utraty funkcji ochronnych dla organizmu. To z kolei może powodować powstawanie ran przewlekłych. W populacji osób powyżej 60. roku życia w krajach uprzemysłowionych, odsetek występowania ran przewlekłych wynosi około 3% (Schumacher, Cichorek i Piłkuła., 2018, s. 808). W związku z tym osoby starsze często potrzebują pomocy w leczeniu trudno gojących się ran. W ramach swojej wieloprofilowej struktury, ADOOS powinien zapewnić punkt leczenia ran przewlekłych dla swoich pensjonariuszy oraz lokalnej społeczności.

Zakwaterowanie mieszkańców ADOOS powinno odbywać się w pokojach jedno-, dwu- i trzyosobowych, z pełnym węzłem sanitarnym, który powinien być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Ośrodek opiekuńczy ADOOS, skierowany na przyszłość, powinien kłaść nacisk na poprawę kondycji fizycznej i umysłowej podopiecznych, a także utrzymanie relacji z rówieśnikami spoza ośrodka poprzez opiekę dzienną. Udział we wspólnych zajęciach terapeutycznych powinien przyczynić się do zacierania negatywnych cech charakterystycznych dla instytucji totalnej i z instytucji o charakterze zamkniętym na świat zewnętrzny stać się otwartą. Według Goffmana instytucja totalna jest społeczną hybrydą, stanowiącą zarówno wspólnotę mieszkaniową, jak i formalną organizację (Goffman, 2011, s. 22). Oznacza to, że bez względu na konfigurację instytucji, zawsze będzie ona miała cechy instytucji totalnej. Jednakże wprowadzenie elementów charakterystycznych dla środowiska naturalnego może zmniejszyć te cechy pierwotne dla instytucji totalnej. Ponadto zastosowanie różnych form opieki powinno przyczynić się do poprawy jakości życia osób starszych, zbliżając je do naturalnego środowiska i zwiększenie swobodę życia.

- 2) Funkcja edukacyjna Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi obejmuje szeroki zakres udziału w zajęciach o charakterze edukacyjnym, skierowanych zarówno do pensjonariuszy, studentów odbywających praktyki zawodowe, młodzieży szkolnej, jak i do osób dorosłych uczestniczących w wolontariacie. Rola ADOOS w obszarze badań nad starzeniem się społeczeństwa i jakością życia seniorów ma również wymiar praktyczny, polegający na uczestnictwie w projektach badawczych, które mają na celu doskonalenie jakości życia tej grupy społecznej. ADOOS powinien aktywnie włączać się do sfery naukowej, przyczyniając się do

tworzenia i wdrożenia innowacyjnych rozwiązań mających na celu polepszenie jakości życia osób starszych.

- 3) Funkcja ekonomiczna Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi powinna koncentrować się głównie na działalności gospodarczej, której celem byłaby poprawa sytuacji finansowej ośrodka, polepszanie warunków życia mieszkańców oraz lokalnego środowiska osób starszych.

Placówka powinna funkcjonować na zasadach komercyjnych, przy ścisłej współpracy z samorządami terytorialnymi, realizując ich zadania w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi, a główne źródło finansowania powinno pochodzić, tak jak dotychczas, ze środków podopiecznych lub ich rodzin, lub z gmin pochodzenia mieszkańca. W przypadku osób starszych, które nie posiadają wystarczających środków finansowych, koszty pobytu powinny być pokrywane przez gminę, z której pochodzi mieszkani.

Personalizacja opieki w ramach Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi ma na celu zagwarantowanie mieszkańcom poszanowania praw do godności, poprawę jakości życia i dostarczenie wsparcia dostosowanego do ich indywidualnych potrzeb. Wdrażając zaawansowane technologie i elastyczne podejście, taka instytucja może stworzyć miejsce, w którym mieszkańcy będą odczuwać, że są rozumiani i otrzymują właściwe wsparcie i najlepszą opiekę.

Akademicki Dom Opieki nad Osobami Starszymi nie tylko będzie zapewniać komfort i opiekę mieszkańcom, ale także może stać się istotnym lokalnym ośrodkiem, który gromadzi różne społeczności i grupy zawodowe.

Kolejnym wyróżniającym elementem ADOOS będą elastyczne modele opieki, które powinny obejmować krótkoterminowe pobyty, długoterminową opiekę oraz opiekę paliatywną, dostosowaną do zmieniających się potrzeb mieszkańców.

W ramach krótkoterminowych pobytów, ADOOS umożliwi mieszkańcom tymczasowe zakwaterowanie i opiekę, np. podczas rekonwalescencji po hospitalizacji lub w celu odciążenia opiekunów domowych. Proponowane rozwiązania są prospołeczne i elastyczne, co pozwoli na wsparcie w nagłych sytuacjach.

ADOOS kładzie duży nacisk na współpracę z placówkami opieki, przedszkolami i szkołami w ramach współpracy międzypokoleniowej. Współpraca ma na celu promowanie interakcji międzypokoleniowej i wymiany doświadczeń. Wspólnie organizowane aktywności i wydarzenia mają na celu integrację różnych grup wiekowych.

Poza tym ADOOS powinien być dostosowany do zmieniających się realiów demograficznych i społecznych, aby zapewnić jak najlepszą opiekę i jakość życia osobom

starszym i innym będącym w kryzysie. Wdrażanie nowoczesnych technologii wspierających codzienne funkcjonowanie, większa elastyczność w dostarczaniu usług oraz skoncentrowanie się na indywidualnych potrzebach mieszkańców będą istotnymi elementami tego procesu. Taka placówka pozwoli na zmianę opinii społeczeństwa i zaprzestanie stygmatyzacji placówek opiekuńczych zapewniających opiekę nad osobami starszymi. Należy jednak podkreślić, że nawet najlepsza opieka instytucjonalna nie zastąpi ciepła rodziny i komfortu wynikającego z przebywania w środowisku rodzinnym. Pomimo postępujących zmian demograficznych i rosnącej liczby placówek opiekuńczych, większość osób starszych wyraża silne pragnienie pozostania w swoim domu i otoczeniu rodzinnym, a to ma znaczący wpływ na ich ogólne samopoczucie i jakość życia. Ksiądz Stanisław Suwiński podkreśla zasadę polegającą na staraniach, aby osoba starsza mogła jak najdłużej pozostawać w swoim środowisku, w domu otoczonym rodziną i sąsiadami. Przeniesienie do domu pomocy społecznej powinno być rozważane jedynie w ostateczności. Wcześniej podejmuje się wysiłki, aby zapewnić seniorowi wsparcie w jego dotychczasowym miejscu zamieszkania (Suwiński, 2020, s. 122).

Podobnie wypowiada się w tej sprawie Zbyrad, twierdząc, że podejmowanie decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej stanowi wyzwanie. Jest to związane z koniecznością przystosowania się do zmian w otoczeniu materialnym i społecznym, takich jak nowe miejsce zamieszkania, sąsiedzi, kontakty społeczne. Te zmiany mogą być trudne, dlatego wielu seniorów odkłada decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Często podejmują tę decyzję z powodu trudności życiowych, a mimo że mają rodziny, te stają się źródłem problemów, co skłania ich do wyboru domu pomocy społecznej (Zbyrad, 2010, s. 50).

W rezultacie warto zachować równowagę między instytucjonalną opieką a wsparciem ze strony rodziny, aby seniorzy mogli cieszyć się jak najlepszą jakością życia.

Według Benek i Szewczenko, projektowanie obiektów lub usług dla osób starszych wymaga zrozumienia problemów związanych z procesem starzenia. Ten proces jest zróżnicowany, ponieważ zmiany zachodzą w różnych okresach życia i zróżnicowanym stopniu intensywności. Dlatego projektanci muszą uwzględniać te różnice w swoich rozwiązaniach (Benek i Szewczenko, 2015, s. 84).

Projektowanie ośrodka opiekuńczego to wyzwanie, które wymaga od projektantów nie tylko umiejętności tworzenia wielofunkcyjnych przestrzeni, ale także świadomości specjalnych potrzeb użytkowników. Osoby korzystające z ośrodka mają często wymagania niekoniecznie związane z profesjonalizmem, ale bardziej z ich indywidualnymi ograniczeniami. Detale, takie jak wysokość progów czy kolorystyka elementów wykończeniowych, mogą mieć znaczący wpływ na komfort i samopoczucie mieszkańców.

Benek i Szewczenko zwracają uwagę na ważne elementy, które powinny być brane pod uwagę na każdym etapie projektowania ośrodka opiekuńczego. Należy do nich elastyczny układ hallu wejściowego. Miejsce to powinno być strategicznie umieszczone w strefie ogólnodostępnej, dobrze widocznej na zewnątrz i blisko elementów komunikacji pionowej, takich jak: klatka schodowa, winda, toalety dostępne dla osób niepełnosprawnych oraz korytarz. Hall pełni ważną rolę jako węzeł komunikacyjny i punkt orientacyjny, łączący funkcje informacyjne i nadzoru nad wejściem do budynku. Preferowany układ kompozycyjny wnętrza to prostokąt z wyraźnym akcentem w postaci lady recepcyjnej, a minimalna wysokość pomieszczenia powinna wynosić 3,0 m. Dostępność dla osób niepełnosprawnych jest w pełni uwzględniona. W zakresie materiałów wykończeniowych zaleca się unikanie dużych wzorów na posadzce i ścianach oraz preferowanie matowych wykończeń, aby uniknąć efektu olśnienia. Izolacja akustyczna sufitu i podłogi oparta na materiałach absorbujących hałas oraz stosowanie podłóg antypoślizgowych są priorytetem. Kolorystyka powinna być starannie dobrana, uwzględniając kontrasty dla osób starszych, np. poręcze powinny kontrastować z kolorem ścian, a napisy powinny być jasne na ciemnym tle. Kolorystyka może także pełnić funkcję kodu znaczeniowego, ułatwiając orientację, np. drzwi wejściowe do wyjścia ewakuacyjnego mogą mieć te same barwy co ściany. Ogólnie, preferuje się ciepłą kolorystykę.

W zakresie oświetlenia zaleca się unikanie efektu oślepienia przy wejściu do budynku, a także maksymalne wykorzystanie naturalnego światła poprzez stopniową redukcję, na przykład za pomocą daszków czy świetlików. Hall powinien być równomiernie oświetlony, omijając centralne, punktowe źródła światła. Preferowane jest korzystanie z naturalnego oświetlenia, jednocześnie eliminując nadmiar światła poprzez stosowanie żaluzji. Przy wejściu do budynku zapewnia się miejsce do siedzenia. Drzwi do budynku są automatyczne, przesuwne, z odpowiednimi oznaczeniami i dostosowanym trybem otwierania. Pomiędzy strefą wejściową a hallem umieszczana jest mata antypoślizgowa. Ulotki i broszury informacyjne są przechowywane w niszy w strefie wejściowej, przy recepcji, aby były dostępne tylko dla personelu. W pobliżu każdego wejścia zapewnia się różnorodne urządzenia wspomagające mobilność pacjentów, takie jak wózki inwalidzkie, chodziki czy kule.

W każdym punkcie informacji i recepcji zaleca się zapewnienie wzmacniaczy słuchu, mebli do wypoczynku z poduszkami wzmacniającymi podparcie lędźwiowe oraz miejsca do obniżenia ciśnienia. Publiczne telefony powinny być umieszczone blisko każdego wejścia. Zalecane jest unikanie jednej wysokości lady; niższa dla obsługi pacjentów, wyższa dla dokumentacji ośrodka i biura. Poręcze powinny być o różnych wysokościach, nieśliska powierzchnia, umieszczone 80 cm nad ziemią. Kalendarz i zegar powinny być widoczne

i czytelne. Styl wnętrza może łączyć elementy domowe i komercyjne w celu zdefiniowania przestrzeni. W poczekalni warto umieścić ekran informacyjny, książki, gry i różne typy siedzisk.

W zakresie systemu informacji zaleca się umieszczenie tablicy informacyjnej na wysokości 1,2 m w strefie wejściowej, stosowanie czytelnych piktogramów i opisów oraz dużej czcionki. Napisy powinny zaczynać się od dużej litery, a mapy z oznaczeniem „jesteś tutaj” są istotne przy minimalnej, ale wystarczającej ilości informacji, aby uniknąć natłoku. Znaki powinny być umieszczane w oczekiwanych miejscach, a recepcja i toaleta powinny być widoczne z obszaru wejściowego. Wejście na oddział powinno być czytelne. Akustycznie zaleca się unikanie pogłosu i wymaganie wyciszenia w strefie recepcyjnej. W zakresie instalacji proponuje się zastosowanie grzejników ściennie-podłogowych, wentylacji mechanicznej, a także zapewnienie dostępu do internetu i mediów, takich jak TV (Benek i Szewczenko, 2015, s. 87-88).

Problem jakości widzenia u osób starszych jest istotnym zagadnieniem. Benek podkreśla konieczność specjalnego podejścia do projektowania oświetlenia uwzględniającego natężenie, równomierność, oślnienie, kontrast, barwę i oddawanie barwy światła, zarówno w przypadku oświetlenia sztucznego, jak i naturalnego. Niezależność i bezpieczeństwo seniorów zależą również od kolorystyki, materiałów wykończeniowych (posadzki, ściany, okna, drzwi) oraz elementów funkcjonalnych, takich jak: strefy wejściowe, komunikacja pionowa (schody, pochylnie, windy) i pozioma (korytarze, dojścia) (Benek, 2014, s. 85).

Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego dotyczącego sytuacji osób starszych w Polsce w 2021 r., obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób w wieku 60 lat i więcej. Na koniec 2021 r. odsetek tej grupy wiekowej wynosił ponad 25% ogółu społeczeństwa polskiego. Prognozy oparte na analizach wskazują, że w 2050 r. odsetek osób w wieku 60 lat i powyżej przekroczy 40% populacji. To oznacza, że odsetek osób starszych wzrośnie o około 15%.

Tendencja ta wynika z różnych czynników demograficznych, takich jak wydłużenie średniej długości życia oraz niski wskaźnik dzietności. Postępujący proces starzenia się społeczeństwa ma istotne implikacje dla różnych dziedzin, w tym dla systemu opieki zdrowotnej, świadczenia usług społecznych i ekonomicznej stabilności kraju.

Rozwój i wdrożenie odpowiednich polityk publicznych oraz programów społecznych mają na celu dostosowanie społeczeństwa do tej zmiany demograficznej. Zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, tworzenie infrastruktury dostosowanej do potrzeb osób starszych oraz promowanie aktywności społecznej i zdrowego stylu życia wśród osób starszych są ważnymi obszarami działań mających na celu poprawę jakości życia w starzejącym się społeczeństwie.

Przedstawione dane wskazują na nieuchronny proces starzenia się polskiego społeczeństwa, który będzie postępować coraz szybciej. W rezultacie wzrastać będzie zapotrzebowanie na usługi socjalne związane z opieką nad osobami starszymi. Zjawisko to niesie za sobą konieczność zmiany koncepcji funkcjonowania instytucji totalnej w zakresie podniesienia rangi przestrzegania praw człowieka, takich jak godność, wolność, równość, prawa obywatelskie, tak aby domy pomocy społecznej nie były kojarzone z więziennymi instytucjami, lecz traktowane jako miejsca, w których starsze osoby będą mogły starzeć się powoli i w piękny sposób.

W Polsce występują różne środowiska społeczne, których przedstawiciele (np. z zakładów karnych lub osoby ze stwierdzoną chorobą alkoholową) wymagają specjalnego nadzoru. Wprowadzając osoby o typologii wskazującej na awanturniczy styl życia, możemy narazić mieszkańców na utratę dotychczasowego komfortu życia w DPS. Chcąc ulepszyć obecny system opieki nad osobami starszymi, warto rozważyć wprowadzenie dodatkowych stopni przeznaczenia DPS w ramach pierwszych dwóch typów domów pomocy społecznej, czyli dla osób starszych oraz osób przewlekle somatycznie chorych. To oznacza, że w dużym stopniu można byłoby unikać zakłóceń w tzw. harmonijnym funkcjonowaniu placówki, a w przypadku wystąpienia takich zakłóceń można byłoby przekierować osobę, która wprowadza niepokój, do odpowiedniego ośrodka o określonym stopniu nadzoru dla danego typu domu pomocy społecznej. Jak bardzo jest potrzebne tego typu rozwiązanie, wykazały moje badania przeprowadzone w DPS L1 i DPS CH2, które opisałem w rozdziale 5 i 6 mojej pracy.

Teresa Zbyrad zauważa, że w funkcjonowaniu instytucji znanych jako „totalne”, dostrzega się pewne formy zniewolenia jej mieszkańców. Polega to na ograniczaniu wolności pensjonariuszy tych instytucji, co objawia się: ograniczeniem autonomii, brakiem swobody w podejmowaniu decyzji, koniecznością podporządkowania się określonej dyscyplinie, jak i w zakresie kontroli nad nimi, która obejmuje tłumienie ich potrzeb, aspiracji i regulowanie niemal każdego fragmentu ich życia za pomocą szczegółowych regulaminów (Zbyrad, 2012, s. 67).

Nowa koncepcja instytucji opieki nad osobami starszymi musi uwzględniać zmieniające się potrzeby społeczne oraz dążyć do stworzenia środowiska sprzyjającego godnemu starzeniu się. Oznacza to, że opieka nad osobami starszymi powinna uwzględniać nie tylko elementy fizyczne, np. opiekę medyczną czy pomoc w codziennych czynnościach, ale także elementy psychospołeczne, takie jak zapewnienie wsparcia emocjonalnego, aktywności społecznej, twórczych zajęć i samorealizacji.

Ważne jest również to, aby placówki opiekuńcze były przestrzeniami otwartymi, które integrują się z lokalną społecznością i tworzą warunki do aktywnego uczestnictwa

mieszkańców w życiu społecznym. Tego rodzaju podejście do opieki nad osobami starszymi może przyczynić się do zmiany negatywnych skojarzeń związanych z tradycyjną koncepcją instytucji totalnej i stworzyć nową, pozytywną percepcję miejsc opieki dla osób starszych.

Przeprojektowanie instytucji opieki nad osobami starszymi, tak aby były miejscem starzenia się w godnych warunkach, wymaga zaangażowania zarówno władz państwowych, jak i lokalnych, specjalistów z obszaru pomocy społecznej, pracowników socjalnych, psychologów oraz samej społeczności. Współpraca tych podmiotów w celu opracowania i wdrożenia odpowiednich polityk i praktyk społecznych jest niezbędna, aby zagwarantować starzejącemu się społeczeństwu odpowiednią opiekę, szacunek i godne warunki życia.

Placówka powinna funkcjonować zgodnie z wymogami i spełniać normy dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Jedną z istotnych kwestii jest instalacja poręczy na ścianach oraz zastosowanie antypoślizgowych wykładzin, które ułatwiają bezpieczne poruszanie się osób z ograniczeniami.

W domu przyszłości istotne jest zapewnienie sali, w której pensjonariusze będą mogli usiąść w wygodnym fotelu i odpocząć w ciągu dnia. Dodatkowo, dla osób zainteresowanych poprawą kondycji fizycznej, powinny być dostępne zewnętrzne siłownie oraz trasy przeznaczone do spacerów i uprawiania *nordic walking*.

Mieszkańcy ośrodka powinni mieć zapewnione świadczenia zdrowotne na ogólnych zasadach, a dostęp do nich powinien być uregulowany przez odrębne przepisy, aby zapewnić opiekę medyczną w placówce.

Bezpieczeństwo mieszkańców powinno być priorytetowym zagadnieniem w placówce. W związku z tym ośrodek powinien ściśle przestrzegać warunków ochrony przeciwpożarowej, które obejmują posiadanie odpowiednich systemów alarmowych oraz wyposażenie w podręczny sprzęt gaśniczy zgodnie z obowiązującymi przepisami. Ponadto, placówka powinna posiadać plan ewakuacji oraz regularnie szkolić personel w zakresie procedur ewakuacyjnych, a także organizować próbne ewakuacje ludzi i mienia.

W ośrodku niezbędne jest również zapewnienie pomieszczeń technicznych i administracyjnych, takich jak biura, gabinet lekarski, gabinet psychologa i gabinet zabiegowy. Dodatkowo powinny być dostępne pomieszczenia takie jak: podręczna pralnia, suszarnia, magazyny, pomieszczenia socjalne i sanitarne dla personelu, pomieszczenia na brudną i czystą bieliznę oraz dedykowane pomieszczenie magazynowe na odpady medyczne.

Utrzymanie obiektów zbiorowego zamieszkania, do których można zaliczyć Akademicki Dom Opieki nad Osobami Starszymi, wiąże się z dużymi kosztami finansowymi. Dlatego istotne będzie wykorzystanie nowoczesnych technologii i urządzeń technicznych w ADOOS,

aby zmniejszyć te koszty i jednocześnie dążyć do ekologicznego podejścia. Zastosowanie zaawansowanych rozwiązań technologicznych pozwoli na racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi oraz przyczyni się do redukcji emisji dwutlenku węgla do atmosfery, poprawy jakości powietrza oraz zmniejszenia zużycia wody.

Akademicki Dom Opieki nad Osobami Starszymi będzie miał za zadanie zapewnić opiekę osobom w nim zamieszkującym. Jednocześnie ADOOS będzie alternatywą dla samotności, cierpienia, straty bliskiej osoby i izolacji społecznej. Dom przyszłości powinien być miejscem, które poprawia jakość życia osób starszych i ich rodzin, łącząc i je wspierając. Proces starzenia się powinien odbywać się wolniej, ładniej i w bardziej komfortowy i godny sposób niż dotychczas.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej wprowadziła nowe przepisy dotyczące nowo powstających domów pomocy społecznej. Jednym z tych przepisów jest art. 68 ust. 8, który określa maksymalną liczbę osób przebywających w jednym budynku, a mianowicie nie więcej niż 100 osób.

Projektowanie domu pomocy społecznej przyszłości powinno uwzględniać szereg czynników, aby spełnić rosnące potrzeby społeczeństwa i zapewnić jak najwyższy standard opieki dla mieszkańców. Instytucja opiekuńcza, taka jak dom pomocy społecznej przyszłości, powinna być zaprojektowana jako przyjazne, bezpieczne i dostosowane do potrzeb osób starszych miejsce. Oznacza to łatwy dostęp do wszystkich pomieszczeń, bezpieczne, szerokie korytarze, pomoce dla osób o ograniczonej mobilności i zastosowanie technologii wspomagających opiekę. Wszelkie działania personelu powinny być skierowane na dążenie do indywidualizacji opieki, co oznacza dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb każdego mieszkańca, z uwzględnieniem ich stanu zdrowia, preferencji i trybu życia. Nowoczesny DPS powinien być przyjazny dla środowiska. Zastosowanie zrównoważonych materiałów budowlanych, efektywne wykorzystanie energii, systemy recyklingu i ogólna troska o środowisko są ważnymi zagadnieniami na etapie projektowania DPS.

Dom pomocy społecznej przyszłości powinien być miejscem, które integruje się z otaczającą społecznością. Tworzenie programów i działań, które łączą mieszkańców ośrodka z lokalnymi społecznościami, może przyczynić się do poprawy jakości życia mieszkańców. Wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań technologicznych, takich jak systemy monitoringu zdrowia czy inteligentne systemy bezpieczeństwa, może zwiększyć efektywność opieki i zwiększyć autonomię mieszkańców.

Wystrój i aranżacja wnętrza mają istotny wpływ na samopoczucie mieszkańców. Jasne, przyjazne przestrzenie, komfortowe pokoje i estetyczne otoczenie są ważne dla osób starszych

w celu utrzymania ich dobrej jakości życia. Projektowanie DPS przyszłości powinno uwzględniać warunki pracy personelu, dostarczając odpowiednich narzędzi, przestrzeni i wsparcia, co przekłada się na wyższą jakość opieki świadczonej mieszkańcom.

Przede wszystkim DPS przyszłości powinien być miejscem, które respektuje godność mieszkańców, zapewniając im opiekę dostosowaną do indywidualnych potrzeb, jednocześnie integrując się z otoczeniem społecznym i korzystając z nowoczesnych technologii wspomagających opiekę.

Rozdział 3. Instytucja totalna

3.1. Teoria działań społecznych i koncepcja instytucji totalnej Ervinga Goffmana

Środowiska, w których żyjemy, wpływają na nasze zachowania, które są charakterystyczne dla danej zbiorowości. Ludzie mają tendencję do życia w grupach, jednocześnie będąc „towarzyszami podróży przez całe życie” (Szacki, 2020, s. 28).

Jak twierdzi Natalia Tomczyk, jedna z powszechnie znanych teorii dotyczących interakcji społecznej, zwłaszcza porządku dramaturgicznego, została sformułowana przez Ervinga Goffmana. Według tej teorii wszystkie interakcje społeczne, które zachodzą w bezpośrednich kontaktach, są z natury pozorowane i oparte na chęci wywierania odpowiedniego wrażenia na współinteraktorach. Dlatego osoby uczestniczące w spotkaniach nieustannie odgrywają role, podobnie jak aktorzy na scenie przed publicznością, aby przedstawić siebie w jak najkorzystniejszym świetle (Tomczyk, 2022, s. 141).

Interakcje, które towarzyszą nam w życiu, wpływają na nasze działania i zachowania wobec otaczającego nas środowiska. Każda osoba ma swoją indywidualność pod względem wrażliwości, umiejętności manualnych, zdolności artystycznych itp., jednak niejednokrotnie bywamy zafascynowani innymi ludźmi, często próbując naśladować lub przyjmować styl bycia tych ostatnich. Jakże aktualne i ponadczasowe są słowa: „Świat jest teatrem, aktorami ludzie, którzy kolejno wchodzi i znikają” (Szekspir, 1958), jakie pojawiły się w komedii Williama Szekspira. Niniejsze stwierdzenie odnosi się do głębszej filozofii życia i ludzkiego losu. To metaforyczne porównanie sugeruje, że życie ludzkie jest podobne do przedstawienia teatralnego, w którym każdy człowiek pełni rolę aktora. Podobnie jak aktorzy na scenie, ludzie przyjmują różne role i maski w różnych sytuacjach. Mogą być rodzicami, przyjaciółmi, pracownikami czy partnerami, a każda z tych ról ma swoje określone sceny i dialogi. Porównanie do teatru sugeruje, że życie ma swój początek i koniec, tak jak każde przedstawienie. Narodziny i śmierć są momentami, gdy aktorzy wchodzi na scenę i z niej schodzą. To przypomina nam o nietrwałości życia i ulotności czasu, o przemijaniu. W tym teatrze życia można również rozważać pojęcie reżysera, którego zadaniem jest kierowanie grą aktorską na scenie według jego wizji. Czy to los czy nasza własna wolna wola kieruje naszą grą? Czy mamy wpływ na to, jakie role przyjmujemy i jak będziemy je odgrywać? W teatrze zawsze jest publiczność, która obserwuje i ocenia aktorów. Podobnie w życiu ludzkim, inni ludzie często są świadkami naszych działań i wyborów. To może wpływać na nasze zachowanie i późniejsze decyzje. Chociaż porównanie do teatru może przypominać o kruchym charakterze

życia, może również sugerować, że każdy ma szansę stworzyć piękną i znaczącą opowieść na tej krótkiej scenie. To może dawać nadzieję i inspirację do życia i kierowania własnym losem.

Niniejsze porównanie do teatru życia może pomóc nam zrozumieć, że nasze życie jest częścią większej historii ludzkości, a my jesteśmy zarówno aktorami, jak i widzami w tym niezwykłym przedstawieniu. To zachęta do refleksji nad naszymi działaniami, rolami i tym, jak chcemy, aby nasza historia była opisana w księdze życia.

Goffman nawiązując do twórczości Szekspira przyznał, że „człowiek jest aktorem w teatrze swojego życia” (Goffman, 2020, s. 387). Kiedy jednostka towarzyszy innej osobie jako obserwator, jej zachowanie ulega znaczącej transformacji. Wtedy wciela się w pewną rolę i starannie dostosowuje swoje zachowanie, aby stworzyć wrażenie zgodne z tą rolą w oczach obserwatora (widza).

Zdaniem Doroty Ćwiklińskiej-Surdyk i Augustyna Surdyka, człowiek jako uczestnik życia społecznego aktywnie działa i stara się kontrolować swoje zachowanie, aby kreować pozytywny wizerunek i osiągnąć satysfakcję zarówno z relacji z innymi, jak i ze swojego własnego życia. Jednak scena społeczna, na której występujemy, nie jest wieczna, a nasze ludzkie zachowania są nieprzewidywalne, co jest w istocie fascynujące. To właśnie te różnice sprawiają, że każdy z nas jest unikatowy i ma własne odczucia wobec otaczającego nas świata. Każdego dnia odgrywamy rolę aktora, wyrażając swoje emocje i dążąc do uzyskania akceptacji innych. W ten sposób staramy się zrozumieć otaczającą nas rzeczywistość i wpływać na nią, tworząc ją w sposób, który odzwierciedla naszą tożsamość.

Goffman postrzega ludzkie życie jako rodzaj teatralnego spektaklu, który rozgrywa się w konkretnej przestrzeni i czasie. W tym teatrze społecznym ludzie odgrywają różne role, dostosowując się do okoliczności i starając się wywrzeć określone wrażenie na widowni (Ćwiklińska-Surdyk i Surdyk, 2012, s. 50).

Otoczenie, czyli środowisko, w którym jednostka funkcjonuje, ma istotny wpływ na jej postępowanie, zachowanie i cele życiowe. Człowiek z natury jest zwykle dobry, a naszym naturalnym pragnieniem jest być postrzeganym pozytywnie przez innych ludzi, z którymi mamy bliskie relacje. Z tego powodu staramy się być uprzejmi i serdeczni, wkładając w nasze relacje jak najwięcej pozytywnej energii. Czerpiemy satysfakcję z towarzystwa przyjaznych ludzi i czasu spędzanego w miłym otoczeniu. Niemniej jednak, nie zawsze nasze zachowanie jest idealne i nie zawsze osiągamy ten poziom doskonałości. W życiu zdarzają się sytuacje, w których nie jesteśmy w stanie utrzymać tego ideału i popełniamy błędy.

Zdaniem Goffmana „czasem prostacką poufałość uważa się za cechę charakterystyczną określonej kultury, na przykład kultury klasy robotniczej, sądząc, że ludzie z wyższych sfer nigdy w ten sposób się nie zachowują” (Goffman, 2020, s. 222). W zakresie zachowań

społecznych należy zauważyć, że niezależnie od przynależności do konkretnej grupy zawodowej, sfery, pochodzenia społecznego czy poziomu wykształcenia, każdy człowiek ma zdolność do zachowań niezgodnych z ogólnie przyjętymi normami dobrego wychowania. Społeczeństwo ma jednak wyższe oczekiwania wobec jednostek pochodzących z wyższych sfer społecznych. Według Christiaana Barnarda (1949) używanie wulgaryzmów przez osoby z wyższych sfer jest dezaprobowane nawet przez osoby z niższych sfer społecznych. Sytuacja różni się, gdy osoby te podszywają się pod przedstawicieli grup o zaufanym statusie społecznym, takich jak policjanci, lekarze, nauczyciele itp., mimo że w rzeczywistości pochodzą z grup o niższej wadze społecznej. Taka sytuacja wywołuje duże oburzenie w społeczeństwie. Natomiast gdy osoba, która nie posiada wysokiej pozycji społecznej, wyrazi szczerą w swoim pochodzeniu, otoczenie może przyjąć prawdę bez gniewu (Goffman, 2020, s. 122).

Goffman twierdzi, że „jednostka jest połączona ze społeczeństwem dwoma podstawowymi więzami społecznymi: ze zbiorowościami łączy ją członkostwo, a z jednostkami – stosunki społeczne” (Goffman, 2011a, s. 235). W społeczeństwie istotne jest zrozumienie, że składa się ono z jednostek, które nawiązują między sobą relacje społeczne. Fundamentalną jednostką społeczną jest para, która często tworzy rodzinę. Ludzie wchodzą w interakcje ze sobą i oddziałują nawzajem, starając się prezentować siebie w jak najlepszym świetle. Dążymy do akceptacji ze strony innych i budowania pozytywnego wizerunku. Zachowywanie i rozwijanie tych relacji społecznych ma potencjał, aby połączyć nas w trwałe wspólnoty. Ważne jest pielęgnowanie tych więzi, które wpływają na naszą tożsamość i przynależność do konkretnej grupy społecznej. Często starając się być postrzeganym pozytywnie, podkreślamy swoje sukcesy i osiągnięcia oraz dążenie do bycia docenionym za nasze wysiłki. W pewnym sensie możemy być postrzegani jako aktorzy, którzy odgrywają swoje role na scenie życia społecznego. Jednak pytanie, czy te role, które przyjmujemy, odzwierciedlają naszą prawdziwą naturę? Obserwując, można dostrzec, że świat się zmienia, ludzie są podatni na manipulacje, ale jednocześnie próbują manipulować innymi. Człowiek jako istota jest podatny na wpływy i często przyjmuje maski innych aktorów. Zarówno my, jak i nasze otoczenie, zmieniamy się wraz z dynamiczną sceną teatru życia.

Arkadiusz Olczyk twierdzi, że „budowanie więzi społecznych jest naturalną potrzebą ludzkiego serca. Każdy z nas jest świadomy tego, że z jednej strony potrzebuje wsparcia ze strony różnych ludzi i środowisk, z drugiej zaś pragnie wnieść swój pozytywny wkład w życie innych” (Olczyk, 2011, s. 183). Tworzenie relacji społecznych to naturalna potrzeba ludzi. Wiemy, że potrzebujemy wsparcia od innych oraz chcemy przyczynić się do dobra innych ludzi i społeczności.

Goffman był psychologiem społecznym, którego wkład w dziedzinę nauki jest powszechnie uznawany. Goffman zajmował się badaniem ludzkich zachowań, stosując metodę obserwacji uczestniczącej. W 1961 r. wprowadził do socjologii koncepcję „instytucji totalnej”, odnosząc ją do specyficznego rodzaju placówek (Pawęska, 2020). Według Goffmana instytucja totalna charakteryzuje się wysokim stopniem zamknięcia, symbolizującym barierę oddzielającą członków tej organizacji od kontaktów ze społeczeństwem zewnętrznym. Ograniczenia te mogą przyjmować różne formy, takie jak zamknięte drzwi, wysokie mury, druty kolczaste, naturalne przeszkody (np. skalne urwiska, wody, lasy, bagna) itp. (Goffman, 2011a, s. 14). Istotą instytucji totalnych jest izolacja mieszkańców od otaczającego świata, przy jednoczesnym nadzorze nad nimi. W takich placówkach obowiązuje surowa dyscyplina oraz ściśle przepisy, które regulują codzienne życie mieszkańców.

Robert Porzak uważa, że Goffman wprowadził pojęcie „instytucji totalnej” w celu opisanie specyficznych rozwiązań społecznych. Instytucje totalne, takie jak więzienia czy zakłady psychiatryczne, faktycznie zakłócają typowe wzorce funkcjonowania społecznego, w tym podział na sferę snu, wypoczynku i zabawy, a także pracy. Goffman badał te instytucje i opisał, jak naruszają one prywatność i kontrolę jednostki nad jej życiem codziennym. To właśnie teoria Goffmana była podstawą do opisanie instytucji totalnych jako miejsc, gdzie życie jednostki jest ściśle regulowane i kontrolowane przez tę instytucję (Porzak, 2012, s. 73-74). Goffman, na podstawie swoich obserwacji, zauważył, że w instytucjach, gdzie ludzie przebywają przez całą dobę, istnieje podział aktywności na trzy sfery, które odbywają się równocześnie według określonego porządku (regulaminu).

Przez wieki w społeczeństwach wykształciły się struktury organizacyjne państwa, w ramach których powstawały różnorodne instytucje. Te instytucje posiadają określone uprawnienia do realizacji konkretnych zadań. Wśród instytucji działających na rzecz państwa można wymienić organizacje społeczne zajmujące się specjalistycznymi dziedzinami, takie jak: zakłady pracy, placówki pomocowe, szpitale, zakłady karne, jednostki wojskowe, instytucje opiekuńcze i wiele innych. Każda z tych placówek ma swoją unikalną strukturę organizacyjną, w której pracownicy pełnią określone role i starają się osiągnąć cele instytucji, jednocześnie opiekując się podopiecznymi. W efekcie powstaje system oparty na tych placówkach, które, zgodnie z teorią Goffmana, dążą do kontrolowania możliwości działania swoich reprezentantów. Społeczeństwa zachodnie wypracowały strategie, które ze względu na swą rozległość i naturę stały się ikonicznymi oznaczeniami instytucji totalnych. Otoczenie zewnętrzne utworzyło symbole, takie jak już wspomniane wysokie mury, ogrodzenia, druty kolczaste, strome brzegi i zamknięte drzwi, w celu oddzielenia i ograniczenia dostępu do wnętrza tych placówek (Goffman, 1975, s. 150).

Ze względu na różnorodność działań podejmowanych przez wspomniane instytucje, Goffman dokonał podziału instytucji totalnych na pięć podstawowych grup. W grupie pierwszej znalazły się domy starców, które obecnie znane są w Polsce jako domy pomocy społecznej, domy spokojnej starości itp. Do tej grupy zaliczały się także przytułki dla ociemniałych, zebaków i sierot. W grupie drugiej pojawiły się zakłady opieki nad osobami, które nie były w stanie samodzielnie się zatroszczyć o siebie oraz stanowiły zagrożenie dla społeczeństwa. Przykładami takich instytucji były sanatoria przeciwgruźlicze, szpitale psychiatryczne i leprozoria (kolonie dla trędowatych). Do grupy trzeciej zaliczono więzienia, zakłady poprawcze, obozy dla jeńców wojennych, obozy koncentracyjne i inne. W grupie czwartej pojawiły się instytucje takie jak: koszary wojskowe, okręty, internaty, obozy pracy, osady kolonistów oraz duże majątki z zamieszkującą w nich służbą. Grupa piąta obejmowała instytucje, w których ludzie zdecydowali się wycofać z życia społecznego i poświęcić się w pełni kontemplacji duchowo-religijnej. Do tej grupy należały opactwa, klasztory, zakony i inne podobne instytucje (Goffman, 1975, s. 150-151).

Według Joanny Tokarskiej-Bakir totalność instytucji polega na tym, że zarówno w stanie buntu, jak i w podporządkowaniu regulaminowi, człowiek doświadcza równego stopnia zniewolenia (Tokarska-Bakir, 2007, s. 15). Oznacza to, że bez względu na otoczenie, w jakim się znajdują, jednostki pozostają pod wpływem ograniczeń. Istotnym elementem, który wyróżnia instytucje totalne, jest podział ich członków na dwie grupy: personel, który jest nazywany przez Goffmana „nadzorcami”, i podopieczni, którzy są określanii jako „podwładni”. Co istotne w odróżnieniu instytucji totalnych od innych organizacji, to fakt, że członkowie tej grupy, jak np. podwładni, są odizolowani od reszty społeczeństwa.

W instytucjach funkcjonuje określony porządek lub rytm, który został ustalony przez najwyższy organ instytucji i jest pilnowany przez funkcjonariuszy w celu zapewnienia przestrzegania ustalonych zasad. W zależności od stopnia izolacji podopiecznych, funkcjonariusze wykorzystują swoje nadane uprawnienia do egzekwowania prawa. Oznacza to, że nadzorcy mają do dyspozycji różnorodne kary i wyróżnienia, które stosują w celu kształtowania podopiecznych. Przekroczenie granicy między światem wewnętrznym a zewnętrznym jest możliwe tylko za zgodą przełożonych podwładnego. Opuszczenie przestrzeni instytucji i udanie się do strefy wolności i anonimowości jest dla podwładnego wyróżnieniem, ale także przeżyciem. Jednak sam pobyt w zamkniętej przestrzeni, codzienne obcowanie z tymi samymi ludźmi, może być męczące i prowadzić do stanów depresyjnych, często kończących się próbami samobójczymi lub nawet samobójstwami.

Obecność osób funkcyjnych w instytucjach wywołuje strach przed możliwością ukarania. Monotonia codziennego życia, narzucona przez wydane rozporządzenia przez najwyższe organy instytucji, stanowi ograniczenie ludzkich swobód i możliwości podejmowania własnych decyzji. Te akty nie uwzględniają indywidualnych rozwiązań, mających na celu zaspokojenie własnych potrzeb, ale precyzują standardy instytucji zgodnie z jej przeznaczeniem.

Personel instytucji pełni dyżury i dba o ogólny porządek przez osiem godzin dziennie, podczas gdy poza godzinami pracy ma możliwość funkcjonowania w świecie zewnętrznym. Istnieje jednak dystans i brak zaufania między nadzorującymi a podwładnymi. Jako pracownik domu pomocy społecznej często otrzymywałem informacje od podopiecznych dotyczące nieelojalnego postępowania personelu wobec przełożonych oraz skargi na personel, który stosuje przemoc fizyczną i psychiczną wobec podopiecznych. Personel wykazuje poczucie wyższości w stosunku do podopiecznych, traktując ich jak dzieci i zwracając się do nich per „ty”, co jest formalnie zabronione. Podopieczni boją się nadzorców i skarżą się, że w przypadku nieposłuszeństwa nadzorcy mogą ich udusić poduszką lub w najlepszym przypadku wyrzucić im krzywdę.

W instytucji totalnej podopieczny ma precyzyjnie zaplanowany dzień, który obejmuje zaspokajanie indywidualnych potrzeb, takich jak toaleta, posiłki, trening itp. Prace związane z obsługą obiektu są również zaplanowane w taki sposób, aby podopieczni nie opuszczali swoich pokoi po określonej godzinie. Instytucja, przyjmując pensjonariusza do ośrodka, przejmuje za niego odpowiedzialność zgodnie z przepisami prawnymi i zapewnia mu niezbędne środki do życia, ale jednocześnie osłabia jego osobowość poprzez pozbawienie go przedmiotów, z którymi był wcześniej związany, np. albumy ze zdjęciami najbliższych osób, ulubiony fotel, obrazy, regał, szafa, stół itp.

Jadwiga Kamińska-Reyman uważa, że przestrzeń mieszkalna (własna) w rodzinnym domu pomocy powinna być urządzona w następujący sposób: „pokój jednoosobowy (najlepiej z łazienką i toaletą, ale niekoniecznie), urządzony standardowo: tapczan z miejscem na pościel, szafa ubraniowa, komoda, niewielki stół, krzesło, ewentualnie fotel, regał lub półki na ścianie (na ulubione przedmioty, może kwiaty w doniczkach), radio, telewizor itp. Ważne jest, aby w przestrzeni prywatnej były przedmioty znane wcześniej, przywiezione z domu rodzinnego, uzupełnione przedmiotami nowymi, najlepiej kupowanymi razem z osobą niepełnosprawną” (Kamińska-Reyman, 2013, s. 207). Oznacza to, że pokój jednoosobowy powinien być urządzony standardowo, ale warto zadbać, aby w tym prywatnym miejscu znalazły się przedmioty znane wcześniej i ważne dla osoby, która go zamieszkuje. Te rzeczy mogą być

zarówno z przeszłości, jak i nowo zakupione, szczególnie przy współudziale osoby niepełnosprawnej, aby stworzyć komfortową i przyjazną przestrzeń.

W instytucji totalnej człowiek jako podopieczny traci swoją autonomię i staje się bardziej obiektem, który może być przemieszczany według uznania personelu. Nadzorcy zabierają i przechowują wszystkie przedmioty, które mogą mieć jakąkolwiek wartość, argumentując, że jest to w celu zapobieżenia ich zgubienia. Okresowo personel przegląda miejsca przechowywania osobistych przedmiotów pensjonariuszy bez ich konsultacji.

W instytucjach totalnych podopieczni otrzymują niewielki pokój lub są umieszczani w wieloosobowych salach, co pozbawia ich intymności i naraża na konflikty z innymi mieszkańcami. W instytucjach pomocy społecznej pensjonariusze mają kontakt z osobami pochodzącymi z różnych środowisk, w tym często z przestępcami, którzy przenoszą zachowania charakterystyczne dla środowiska więziennego. Osoby z przeszłością poważnych przestępstw tworzą zorganizowane grupy, które zastraszają pozostałe osoby przebywające w instytucji, włączając w to personel nadzorujący.

W instytucjach totalnych, organizacja posiłków dla podopiecznych jest rygorystycznie zorganizowana, z ustalonymi godzinami podawania posiłków i często brakiem opcji wyboru potraw. Niestety, jakość posiłków niejednokrotnie pozostawia wiele do życzenia. Potrawy są często niesmaczne, jednolite i niezbyt różnorodne, bez uwzględnienia zalecanych diet. Przygotowywane są zgodnie z normami dotyczącymi ilości i wagi, ale priorytetem jest zaspokojenie głodu podopiecznych, co jest typowe dla instytucji tego typu.

Posiłki w instytucjach totalnych często nie uwzględniają indywidualnych preferencji smakowych podopiecznych, co wprowadza monotonność i powtarzalność w codziennym menu. Chociaż spełniają podstawowe potrzeby żywieniowe, brak troski o estetykę i walory smakowe potraw może wpłynąć negatywnie na komfort życia mieszkańców instytucji, w której mieszkają.

Należy jednak zrozumieć, że głównym celem takich instytucji jest zapewnienie podstawowej opieki i zabezpieczenie potrzeb podopiecznych, w tym potrzeby żywieniowej. Warto jednak dążyć do poprawy jakości posiłków i uwzględniania indywidualnych preferencji w celu zapewnienia jak najlepszego doświadczenia żywieniowego dla mieszkańców instytucji totalnych.

Zadaniem jednostki pomocowej jest udzielanie określonych świadczeń m.in. polegających na organizacji żywienia. Prowadzenia placówki pomocowej w dużej mierze zależy od zaangażowania personelu, a w szczególności zarządzającego. W Polsce w wielu domach pomocy społecznej przygotowywanie posiłków odbywa się na wysokim poziomie,

przewyższając ustalone standardy. Dotyczy to przede wszystkim walorów smakowych i estetycznych. Z badań przeprowadzonych przez Agnieszkę Orkuszkę i Bartosza Gorłę w jednym z domów pomocy społecznej na Dolnym Śląsku wynika, że jadłospisy w tym DPS były opracowywane przez zatrudnionego dietetyka. Limit finansowy na wyżywienie jednego pensjonariusza od stycznia do grudnia 2014 r. wynosił 8,00 zł dziennie. Dietetyk miał także obowiązek prowadzenia dokumentacji związanej z czyszczeniem i dezynfekcją sprzętu kuchennego, a także codziennej kontroli jakości posiłków. Wspomniany DPS zaopatrywał się w produkty spożywcze w lokalnych hurtowniach i ściśle przestrzegał przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP). Gotowe posiłki były podawane w jadalni, gdzie regularnie spożywało je 35 pensjonariuszy. Natomiast pozostałych 50 mieszkańców otrzymywało posiłki dostarczane w wózkach bemarowych i spożywało je w swoich pokojach (Orkuszkę i Gorla, 2016, s. 54).

Instytucje totalne, niezależnie od swojego przeznaczenia, mają obowiązek zapewnić mieszkańcom odpowiednią opiekę, bezpieczeństwo i nadzór. W celu utrzymania porządku, personel nadzorujący często podejmuje decyzje dotyczące zakupu i rozdziału odzieży oraz produktów higienicznych dla podopiecznych, eliminując w ten sposób możliwość wyboru przez jednostki. Chociaż taka praktyka może być uzasadniona względami logistycznymi, ważne jest zrozumienie potencjalnych negatywnych skutków tego podejścia. Chodzi tutaj przede wszystkim o ograniczenie możliwości wyboru w kwestii ubioru i produktów higienicznych, co może wpłynąć na poczucie braku kontroli nad własnym życiem u podopiecznych. Autonomia jednostek jest ważną częścią ich tożsamości, a ograniczenie ich zdolności do podejmowania prostych decyzji dotyczących codziennego życia może wywoływać frustrację i poczucie bezsilności. To z kolei może prowadzić do uzależnienia się podopiecznych od personelu i w rezultacie wywoływać ich obojętność wobec otoczenia.

Odwołując się do teorii instytucji totalnych stworzonej przez Goffmana, można zrozumieć funkcjonowanie domów pomocy społecznej jako przykładów takich placówek. Analizując strukturę instytucji totalnych, Goffman wskazuje na najbardziej charakterystyczne ich elementy, takie jak ograniczenie możliwości podejmowania wyborów i samodzielnych decyzji, kontrola nad czasem i przestrzenią, w której podopieczni przebywają, oraz ingerencja w niemal wszystkie okoliczności życia mieszkańców (Goffman, 1975, s. 151).

Zdaniem Zbyrad funkcjonowanie placówek uważanych za „totalne” wykazuje pewne cechy charakteryzujące się zarówno ograniczeniem autonomii mieszkańców, takie jak brak swobody wyboru czy podporządkowanie pewnym zasadom i regulacjom, jak również

nadzorem nad nimi, który obejmuje tłumienie ich potrzeb i aspiracji, a także szczegółowe regulacje i procedury wpływające na ich życie (Zbyrad, 2012, s. 67).

W dalszej kolejności, preferencje dotyczące odzieży i środków higieny często są powiązane z wyrażaniem indywidualności i tożsamości jednostek. Poprzez wybór odpowiedniego ubioru i dbanie o higienę, jednostki mają możliwość wyrażania swojego gustu i wartości. Ograniczenie tej możliwości może wpływać negatywnie na samopoczucie i autonomię podopiecznych.

Domy pomocy społecznej funkcjonują w oparciu o określone regulacje prawne. W ramach tych placówek, mieszkańcy otrzymują opiekę, wsparcie w codziennych sprawach i dostęp do działań kulturalnych oraz religijnych. Dodatkowo oferowane są terapie zajęciowe, które promują aktywność i rozwijają umiejętności podopiecznych. Biblioteka oraz dostęp do codziennej prasy pozwalają na rozwijanie zainteresowań i utrzymanie łączności z otaczającym światem. Przestrzeganie tych standardów jest istotne dla zapewnienia kompleksowej opieki w instytucjach pomocy społecznej.

Przebywanie osób w instytucji totalnej może mieć różny charakter; może być zarówno przymusowe, jak i dobrowolne. W takiej instytucji izolacja od świata zewnętrznego jest kontrolowana przez personel za pomocą nakazów, zakazów i regulaminów. W niektórych przypadkach pensjonariusze są zobligowani do noszenia jednolitego stroju, co może być interpretowane jako sposób oznaczania określonej grupy członków. Tego typu praktyka może być postrzegana dwuznacznie. Z jednej strony jednolity strój może symbolizować przynależność do prestiżowej organizacji, takiej jak wojsko czy uczelnia, wywołując podziw, szacunek i honor. Z drugiej strony może być on również stosowany jako sposób oznaczenia społecznie wykluczonej grupy, której członkowie są łatwo rozpoznawalni dzięki charakterystycznemu strojowi lub kolorowi, jak ma to miejsce w przypadku więźniów.

Instytucje totalne są znane ze skutecznego izolowania swoich członków od świata zewnętrznego oraz narzucania ograniczeń dotyczących samodzielnych wyborów. Obecność ciągłego nadzoru nad członkami instytucji może prowadzić do poczucia nieprawomocnego pozbawienia woli i autonomii, bez przeprowadzenia procesu sądowego, zmuszając ich do wykonywania zadań na rzecz instytucji.

W przypadku osób korzystających z usług świata zewnętrznego, mają one możliwość odwiedzania barów, ośrodków rekreacyjnych lub kawiarni. Mogą również spędzać urlop w wybranym przez siebie miejscu i towarzystwie. W ramach teorii Goffmana zauważa się, że instytucje totalne nie ograniczają się jedynie do placówek, takich jak domy pomocy społecznej, koszary wojskowe, zakony czy zakłady karne, ale można rozważać to zjawisko w szerszym

kontekście. Kina, muzea, centra handlowe, szkoły i inne podobne instytucje również wykazują pewne cechy charakterystyczne dla instytucji totalnych, jednak różnią się od wcześniej wymienionych tym, że ich członkowie posiadają większą autonomię i możliwość podejmowania decyzji samodzielnie, bez stałego nadzoru (Goffman, 1975, s. 152).

Biorąc pod uwagę teorię instytucji totalnych autorstwa Goffmana, warto zadać pytanie, czy świat współczesny, mimo niemal półwiecznego okresu od sformułowania tej teorii, nadal pozostaje poza kontrolą? Na pierwszy rzut oka odpowiedź wydaje się negatywna. Jednak od lat 70. XX wieku wiele zmieniło się w kulturze społecznej. Wzrost technologiczny, wzrastająca potrzeba powszechnego bezpieczeństwa, wzrost przestępczości, niepokoje społeczne, a także obawa o własne mienie spowodowały konieczność wprowadzenia monitoringu jako środka kontroli. Systemy monitoringu, składające się z kamer i rejestratorów, stały się powszechnie obecne w naszym zewnętrznym świecie i służą do zapewnienia bezpieczeństwa publicznego.

Kolejnym przykładem śledzenia członków społeczeństwa w świecie zewnętrznym jest wykorzystanie telefonów komórkowych, które przekazują informacje o naszym położeniu do centralnego systemu komputerowego. Wszystkie te działania oparte są na wykorzystaniu technologii cyfrowej i wskazują na to, że świat zewnętrzny powiększa swoje pole działania wbrew naszej woli, tworząc nowe instytucje totalne, które uzależniają nas od nich i likwidują dotychczasowe rozwiązania, do których byliśmy przyzwyczajeni. Wykorzystanie nowoczesnej technologii monitoringu w tradycyjnych instytucjach totalnych staje się charakterystycznym elementem tych instytucji. Pozwala to na ograniczenie liczby nadzorców do jednego operatora, który może obserwować na monitorze działania niezgodne z ustalonym regulaminem.

Codziennosc w instytucji totalnej jest skoncentrowana wokół cyklu trzech faz w trakcie doby: czasu wolnego, pracy i snu. Czas wolny jest głównie poświęcany na zaspokajanie indywidualnych potrzeb, takich jak czytanie książek, oglądanie telewizji, gra w karty itp. W instytucjach totalnych czas pracy jest związany z zaplanowanymi zajęciami, odpowiednio dostosowanymi do charakteru danej instytucji. Na przykład w instytucji opiekuńczej może to być terapia ruchowa lub trening poznawczy, w zakładzie karnym praca produkcyjna lub prace na rzecz społeczności, a w koszarach wojskowych zajęcia strzeleckie itp.

Ostatnia faza życia codziennego w instytucji totalnej związana jest ze snem członków. Sen jest ściśle zaplanowany w harmonogramie dnia każdej placówki, w której człowiek przebywa przez całą dobę. To oznacza, że życie w instytucji oparte jest na określonym schemacie działań, który ma charakter stały, a nadzorcy pilnują, aby podopieczni realizowali zaplanowane przedsięwzięcia i przestrzegali ustalonych regulacji.

Powszechnym zjawiskiem, charakterystycznym dla instytucji totalnych, jest stosowanie przymusu w celu wymuszenia od podopiecznych wykonania określonych czynności. W takich instytucjach panuje surowa dyscyplina, a odmowa wykonania powierzonych zadań lub ich niewłaściwe wykonanie może skutkować nałożeniem kary, zwłaszcza w przypadku osób starszych, które mogą szczególnie odczuć jej dotkliwość. Pensjonariusze domów pomocy społecznej często obawiają się utraty swoich prywatnych przedmiotów, takich jak rodzinne pamiątki czy drobne sprzęty użytkowe. Z kolei brak posłuszeństwa wobec władzy i personelu może prowadzić do przeniesienia do pokoju o gorszym standardzie lub innych form represji.

Biurokratyczne procedury utrudniają efektywne i szybkie zaspokajanie potrzeb podopiecznych, co może prowadzić do frustracji i utraty poczucia kontroli nad własnym życiem. Proces uzyskiwania uprawnień i dostępu do niezbędnych świadczeń jest często zdominowany przez biurokratyczne struktury władzy, które opóźniają decyzje i działania na korzyść personelu. W rezultacie podopieczni stają wobec trudności w realizacji swoich potrzeb, co może prowadzić do poczucia bezsilności i zależności od decyzji nadzorujących.

Jakub Niedbalski zwraca uwagę na problemy, z którymi borykają się DPS. Wskazuje, że ważną rolę w rozwiązaniu tych problemów odgrywa osobiste zaangażowanie i gotowość do pracy, a także współpraca z podopiecznymi. Jednakże, jak się okazuje, osiągnięcie tego celu nie jest zadaniem prostym. DPS muszą zmierzyć się z wieloma istotnymi wyzwaniami, które utrudniają ich działanie. Do tych trudności należy zaliczyć niewydajny system finansowania tych placówek i obecny model organizacyjny, który nadal, pomimo licznych prób zmian legislacyjnych, oparty jest na wyraźnym podziale na personel i mieszkańców (Niedbalski, 2013, s. 50). Niedbalski podkreśla, że główna uwaga i zasoby instytucji pomocy społecznej skupiają się na spełnianiu podstawowych potrzeb mieszkańców, szczególnie tych związanych z wymiarami biologicznymi i fizjologicznymi. Jednak pomija się często potrzeby dotyczące funkcjonowania społecznego i psychicznego jednostki, takie jak zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, rozwój intelektualny, utrzymanie poczucia własnej wartości (Niedbalski, 2013).

Osoby starsze, które mieszkają w domach pomocy społecznej, często są narażone na manipulacje przy użyciu techniki zwanej moralizatorstwem. W większości przypadków są to osoby, z różnymi problemami zdrowotnymi, które mogą popełnić błąd lub wykonać czynność nieprawidłowo. W takich sytuacjach nadzorcy wykorzystują ten incydent jako pretekst do nałożenia długiego i nadmiernie moralizatorskiego wywodu, który przypomina znęcanie się nad podopiecznymi. Działania te mają na celu podkreślenie dominującej roli personelu nadzorującego oraz wykluczenie podopiecznego z aktywności społecznej.

Przez celowe wywoływanie sytuacji, w których podopieczni są poniżani, personel nadzorujący dąży do utrzymania swojej dominacji i władzy nad nimi. Ośmieszanie jest stosowane jako narzędzie kontroli i zniewolenia, mające na celu podkreślenie niższej pozycji podopiecznego w hierarchii instytucji. Poprzez publiczne upokarzanie, personel stara się naruszyć godność i samoocenę podopiecznych, co może prowadzić do pogorszenia ich stanu psychicznego i emocjonalnego.

W instytucjach totalnych obserwuje się wyraźną hierarchię władzy. Na najwyższym szczeblu znajduje się dyrekcja, która jest odpowiedzialna za zarządzanie i funkcjonowanie całej instytucji. To ona podejmuje decyzje strategiczne i nadzoruje działania wewnątrz placówki. Poniżej dyrekcji znajdują się nadzorcy, którzy pełnią rolę pośredników między dyrekcją a podwładnymi. Ich zadaniem jest monitorowanie i kontrolowanie działań podopiecznych oraz egzekwowanie przestrzegania ustalonych zasad i regulaminów. Nadzorcy posiadają pewną władzę nad podwładnymi i są odpowiedzialni za utrzymanie dyscypliny i porządku w instytucji. Na najniższym poziomie hierarchii znajdują się podwładni, czyli podopieczni instytucji. To oni są bezpośrednio zależni od decyzji i poleceń nadzorców. Wielokrotnie wymusza się na podwładnych poszanowanie władzy instytucji poprzez narzucanie im wygłaszania pochlebnych treści. Tego rodzaju praktyki mają na celu ujarzmienie podopiecznych i narzucenie im poczucia bezsilności oraz braku kontroli nad własnym życiem.

Warto zrozumieć, że tego rodzaju struktury hierarchiczne i praktyki wymuszania posłuszeństwa mają znaczący wpływ na funkcjonowanie instytucji totalnych. Stanowią one narzędzie kontroli, które może ograniczać autonomię i godność osób przebywających w takich miejscach. Działania związane z poprawą funkcjonowania placówek pomocowych powinny koncentrować się na osiągnięciu równowagi w zakresie władzy, poszanowania praw jednostki, promowania uczestnictwa i umożliwiania podejmowania decyzji przez podopiecznych.

W instytucjach totalnych, osoby przekraczające próg do tych placówek, wnoszą ze sobą swoje doświadczenia pochodzące z życia poza instytucją. Niemniej jednak stają one w obliczu konieczności dostosowania się do nowych warunków życia, co może oznaczać konieczność zrezygnowania z pewnych elementów swojego dotychczasowego życia z powodu obowiązujących w placówce zakazów, nakazów i ograniczeń. Jednakże nie prowadzi to do całkowitej likwidacji ich dotychczasowej kultury na rzecz kultury panującej w instytucji.

W instytucjach totalnych wykorzystuje się procesy deprywacji osobowości, które mają na celu odciąć podwładnych od więzi ze światem zewnętrznym. Te procesy obejmują upokarzanie, poniżanie i uniemożliwianie zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych i fizjologicznych (Goffman, 1975, s. 154). Podwładnym ogranicza się lub całkowicie odbiera

to, co ma dla nich największą wartość i z czym się identyfikują. Takie przedmioty są przechowywane w magazynach lub miejscach niedostępnych dla podopiecznych. Dotyczy to np. rodzinnych fotografii, biżuterii, symboli religijnych itp. Goffman określa te działania jako standaryzację i depersonalizację. Ich celem jest zatarcie indywidualności podwładnych i pozbawienie ich możliwości realizacji własnych celów życiowych.

Podwładnym pozostaje przestrzeganie poleceń, okazywanie szacunku personelowi i funkcjonowanie według nowych zasad zbiorowego uczestnictwa w realizacji zadań instytucji. W rezultacie ich osobowość zostaje stłumiona, a możliwość samodzielnej realizacji planów życiowych odebrana.

Z moich obserwacji wynika, że mechanizmy deprywacji osobowości są powszechnie obecne w instytucjach totalnych i mają istotny wpływ na ich funkcjonowanie. Warto zaznaczyć, że te praktyki sprawiają, że podopieczni stają się bardziej ulegli i podporządkowani władzy instytucji. Zrozumienie tych procesów jest istotne dla opracowania skutecznych strategii mających na celu ochronę praw i godności podopiecznych, a także promowanie ich autonomii i zdolności do podejmowania własnych decyzji.

Instytucje totalne stanowią specyficzne środowisko, w którym personel pełni funkcję władzy wykonawczej. W ramach tej roli personel podejmuje różnorodne działania, które są uzasadniane troską o bezpieczeństwo podopiecznych.

System władzy w instytucji totalnej jest złożony i opiera się na trzech ważnych elementach, które odgrywają istotną rolę w utrzymaniu porządku i dyscypliny. To badanie koncentruje się na dokładnej analizie tych trzech elementów w kontekście instytucji totalnych, uwzględniając ich cechy charakterystyczne i wpływ na jednostki przebywające w takim środowisku.

Pierwszym elementem systemu władzy w instytucji totalnej jest władza grupowa, oparta na nadzorze i uprawnieniach przypisywanych każdemu nadzorcy w celu utrzymania porządku wśród podopiecznych. Ci nadzorcy pełnią rolę podobną do policjantów, posiadając prawo do ukarania każdego, kto narusza ustalone zasady i porządek. To upodobnienie do władzy dorosłych nad dziećmi pozbawionymi rodziców. W świecie zewnętrznym każda osoba ma jednego bezpośredniego przełożonego, przed którym się rozlicza. W instytucji totalnej występuje nadzorca lub strażnik, który jest przełożonym całej grupy i jego współpracownicy, których jedynym zadaniem podczas dyżuru jest obserwowanie podopiecznych.

Drugi element systemu władzy w instytucji totalnej dotyczy stosowania sankcji wobec podopiecznych za naruszenie obowiązujących regulaminów. Rodzaj i surowość kar mogą

różnić się w zależności od rodzaju instytucji, ale ich celem jest utrzymanie dyscypliny i egzekwowanie przestrzegania zasad instytucji.

Trzeci element systemu władzy w instytucji totalnej charakteryzuje się szeroko rozumianym przymusem i wywieraniem presji na podopiecznych. Celem jest poniżenie i życie w ciągłym lęku, co prowadzi do wytworzenia postawy uległej wobec personelu. Poprzez wywieranie presji i osaczenie personel dąży do kontrolowania i podporządkowania podopiecznych. Wszystkie te elementy są istotne dla utrzymania porządku, dyscypliny i kontroli nad podopiecznymi w instytucjach totalnych (Goffman, 1975, s. 156-158).

System przywilejów w instytucji totalnej opiera się na przestrzeganiu obowiązującego prawa przez podopiecznych. Prawo to składa się z nakazów i zakazów, które mają na celu określenie akceptowalnych zachowań w placówce. Personel instytucji ma za zadanie egzekwować te przepisy i dbać o przestrzeganie prawidłowego porządku. Niniejszy system jest rozszerzony o posłuszeństwo podopiecznych. Przebywający w placówce szybko zdają sobie sprawę, że bycie uległym i posłusznym przynosi wiele korzyści i przywilejów. W celu zdobycia zaufania personelu i wyrobienia sobie lepszej pozycji, podopieczni starają się pochlebiać, wykonywać dodatkowe czynności i liczyć na nagrody.

W instytucji totalnej występuje również manipulacja personalna ze strony podopiecznych. Starają się oni zdobyć zaufanie personelu poprzez pochlebianie i dodatkowe działania, licząc na nagrody i przywileje. Manipulacja ta ma na celu uzyskanie lepszej pozycji w hierarchii instytucji i korzystanie z większych przywilejów.

Zdaniem Goffmana, w instytucji totalnej przywileje i kary są wykorzystywane jako narzędzia manipulacji, które mają wpływ na zachowanie podopiecznych. Nadzorca ma pełną kontrolę nad tymi mechanizmami i może nimi operować w celu kształtowania odpowiednich postaw i zachowań wśród podopiecznych. Przywileje są przyznawane jako forma nagrody za posłuszeństwo i spełnienie oczekiwań, podczas gdy kary są stosowane w przypadku naruszenia norm i regulacji obowiązujących w instytucji.

Zastosowanie systemu przywilejów i kar w instytucji totalnej znajduje swoje analogie w behawiorystycznym modelu stosowanym wobec zwierząt i dzieci. Podobnie jak w tym modelu, przywileje są udzielane w wyniku określonych zachowań, a kary są stosowane w przypadku niepożądanych postaw. Goffman wskazuje na podobieństwa między tymi dwoma systemami, co sugeruje, że instytucja totalna może w pewnym stopniu wykorzystywać techniki behawiorystyczne w celu kontrolowania zachowań podopiecznych.

Systemy przywilejów i kar w instytucji totalnej stanowią integralną część procesu wychowawczego. Poprzez przyznawanie przywilejów za pożądane zachowania i stosowanie

kar za niepożądane postawy, instytucja dąży do kształtowania i kontrolowania zachowań podopiecznych. Ważnym elementem jest również to, że proces ten jest widoczny wśród innych członków społeczności instytucjonalnej, co może wpływać na postrzeganie i działania pozostałych podopiecznych.

Zgodnie z teorią Goffmana, w społecznościach związanych z instytucjami totalnymi obserwuje się występowanie zjawiska znanego jako „rozróbka” (Goffman, 1975, s. 160). Jest to zjawisko obecne w różnych rodzajach organizacji, takich jak szpitalne oddziały psychiatryczne, więzienia, jednostki wojskowe itp. „Rozróbka” jest związana z zakazanymi działaniami podejmowanymi zarówno przez podwładnych, jak i personel. Według Goffmana obejmują one bijatyki, nieposłuszeństwo, nadmierne spożywanie alkoholu, nieuprawnione opuszczanie miejsca pobytu (służby), homoseksualizm, udział w zbiorowych buntach itp. Te zachowania stanowią pewnego rodzaju manifestację niezadowolenia społeczności instytucji wobec panujących warunków. Następnie, poprzez nieformalne negocjacje z kierownictwem instytucji, strony dążą do osiągnięcia kompromisu i zdobycia ustalonych korzyści.

Instytucje totalne różnią się między sobą w zależności od ich charakteru i sposobu rekrutacji, co wpływa na różnice w doświadczeniach i motywacjach osób związanych z nimi. Niektórzy podopieczni wstępują do instytucji totalnej dobrowolnie, tak jak duchowni, którzy poszukują drogi do Boga. Inni natomiast są w niej umieszczeni przymusowo, jak więźniowie, którzy zostali skazani za popełnione przestępstwa, lub pacjenci przebywający na szpitalnym oddziale psychiatrycznym. Istnieją również osoby, które zaciągają się do instytucji półdobrowolnie, jak na przykład marynarze wstępujący na statek. Te różnice w sposobie przyjęcia do instytucji znacząco wpływają na środowisko, w którym podopieczni znajdują się w instytucji totalnej oraz na ich perspektywę tego doświadczenia.

Każda placówka posiadająca cechy instytucji totalnej wprowadza indywidualną procedurę rekrutacyjną dla nowych członków, która często obejmuje specyficzną inicjację charakterystyczną dla danej instytucji. Przykładem takiej inicjacji może być proces inicjacyjny, przez który przechodzą młodzi żołnierze, np. poprzez ceremonię zwaną „obcinywanie kity”. Inne przykłady mogą obejmować zakazy, takie jak zakaz przyjmowania pieniędzy z domu lub zakaz otrzymywania poczty w okresie początkowego szkolenia. Te procedury mają na celu wprowadzenie nowych członków w specyficzne normy, wartości i hierarchię instytucji totalnej, jednocześnie kształtując ich tożsamość i lojalność wobec danej placówki.

Przynależność do instytucji totalnej ma charakter jednoczący dla jej członków. Dodatkowo w niektórych instytucjach, takich jak zakony, szkoły, koszary wojskowe, policja czy załogi statków, obowiązuje noszenie jednolitych uniformów, które mają na celu zacieranie

społecznych różnic między jej członkami. Uniformy te służą jako symbol przynależności do danej instytucji oraz mają za zadanie stworzenie wrażenia jedności, dyscypliny i wspólnoty wśród jej członków. Poprzez eliminację indywidualnych oznaczeń czy różnic społecznych, uniformy przyczyniają się do tworzenia wspólnego tożsamościowego wizerunku instytucji i wzmacniają poczucie przynależności oraz współdziałania w jej ramach.

Koszary wojskowe jako instytucja totalna pełnią szczególną misję, która wymaga ścisłego przestrzegania regulaminów obowiązujących wszystkich żołnierzy, począwszy od szeregowych aż po generałów. Jednak oprócz tych regulacji, istotnym elementem w koszarach jest tajemnica wojskowa, która stanowi przedmiot ochrony i zachowania poufności. Dlatego wokół koszar stosuje się środki bezpieczeństwa, takie jak wieże wartownicze, druty kolczaste lub wysokie mury. Według Porzaka, szkolenie wojskowe ma na celu przygotowanie młodych ludzi do zastosowania przemocy w sytuacjach wyższej konieczności, które są usprawiedliwione moralnie, jak i prawnie. Taka przemoc może być zastosowana podczas działań zbrojnych w celu obrony ojczystego kraju i eliminacji przeciwnika (Porzak, 2012, s. 92-93). Oznacza to, że każdy żołnierz podlega różnym przepisom, w tym międzynarodowemu prawu humanitarnemu dotyczącemu konfliktów zbrojnych, które reguluje zasady prowadzenia działań wojennych. W ramach służby wojskowej żołnierze są zobligowani do przestrzegania przepisów oraz stosowania się do wytycznych, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa i skuteczności działań militarnej organizacji.

Przykład instytucji totalnej, jaką jest wojsko, charakteryzuje się wyjątkową strukturą organizacyjną, która oprócz typowych dziedzin działalności posiada także swoje formalne i nieformalne języki, znane każdemu żołnierzowi. Dodatkowo w wojsku występują systemy nieformalne, które dotyczą hierarchii i rytuałów. Szczególnie istotne jest to w przypadku młodych żołnierzy, którzy są szkoleni w taki sposób, aby nauczyć się radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Ponadto w wojsku występują różnorodne rytuały, które nie są regulowane żadnym oficjalnym regulaminem. Jednym z najbardziej rozpoznawalnych rytualnych zjawisk wśród żołnierzy jest tzw. „fala”. Jest to zachowanie, w którym żołnierze wyższych rang nie przeciwstawiają się temu zjawisku. Fala jest wyrazem uznania, szacunku i solidarności między żołnierzami, a jednocześnie stanowi nieformalny element więzi społecznej w wojsku.

Zjawisko „fali” jest uważane za jedną z patologii społecznych i występuje ono stosunkowo często w różnych środowiskach zawodowych oraz grupach społecznych. Jednym z najbardziej znanych środowisk, z którym kojarzy się zjawisko „fali”, są siły zbrojne.

Anna Nowak i Ewa Wysocka twierdzą, że nie można jednoznacznie określić źródeł tego zjawiska. Niemniej jednak uważa się, że „fala” jako zjawisko społeczne wynika z różnych

procesów, takich jak przenoszenie pewnych elementów zwyczajów, zachowań i postaw młodych ludzi, a także młodzieżowych subkultur na grunt wojskowy. Ponadto można dostrzec przenikanie do życia wojskowego pewnych elementów kultury szkolnej, kultury internetowej, kultury pracowniczych hosteli, zakładów wychowawczych, a nawet kultury więziennej. Zaobserwowano również utrwalenie tradycji wojskowych wynikających z podziału żołnierzy na „młodych” i „starych”, co wiąże się z zajmowaniem przez nich diametralnie różnych pozycji (Nowak i Wysocka, 2001, s. 148).

W ramach zjawiska „fali” tworzona była nieformalna hierarchia poza oficjalnymi regulacjami, skupiająca grupę żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową w Ludowym Wojsku Polskim. Ta nieoficjalna hierarchia obejmuje podział na „stare wojsko”, które pełniło rolę władzy i „młode wojsko” jako poddanych. Zjawisko „fali” często zależało od wyobraźni i w niektórych przypadkach nieprawidłowego zachowania „starego wojska”, które wydawało „młodemu wojsku” polecenia wykraczające poza normy społeczne i prawne.

Zjawisko „fali” wyraźnie osłabło po wejściu Polski do struktur NATO i profesjonalizacji armii, co wiąże się z bardziej odpowiednim doborem personelu. Marlena Niemiec twierdzi, że z tym zjawiskiem mieliśmy do czynienia do momentu, kiedy nie nastąpiło uzawodowienie armii (Niemiec, 2015, s. 70).

Współczesna „fala” ma głównie charakter symboliczny i jest krótkotrwała, często ograniczając się do przyjęcia nowego członka społeczności po zorganizowaniu tzw. „wkupnego”, czyli spotkania, najczęściej przy alkoholu, w gronie wspólnoty.

W niektórych elitarnych pododdziałach wojskowych przyjęcie nowego członka do grupy jest ściśle związane z przejściem testu, który obejmuje udział i ukończenie procesu zwanego „selekcją”. W ramach tego szkolenia żołnierze muszą wykazać się umiejętnościami z różnych trudnych dziedzin życia wojskowego, takich jak „taktyka zielona” (działania w środowisku leśnym), „taktyka czarna” (działania w nocy) i „taktyka niebieska” (działania w środowisku wodnym). Poza tym żołnierz poddawany jest różnym testom psychologicznym. „Selekcja” to bardzo wyczerpujący proces, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym. Po jej ukończeniu i przetrwaniu, żołnierz zostaje przyjęty do grona jako „najlepszy z najlepszych”, co stanowi dla niego zaszczyt. Osoba, która nie zdoła ukończyć tego procesu, jest zazwyczaj przenoszona do innych jednostek wojskowych, w których nie oczekuje się takiego wysiłku.

Instytucja totalna, niezależnie od swojego charakteru i zadań, posiada swój system kar i wyróżnień. W ramach tego systemu wszyscy członkowie instytucji są traktowani równorzędnie i utrzymuje się dystans w relacjach między nimi. Niemniej jednak w niektórych instytucjach istnieje praktyka zapewniania jednolitej odzieży dla wszystkich członków, co

sprawia, że stają się oni równi w tym względzie. Tego rodzaju instytucja totalna może być postrzegana jako najbardziej demokratyczna struktura społeczna funkcjonująca w ramach państwa.

Koncepcja instytucji totalnej, zaproponowana przez Goffmana na początku lat 60. XX wieku, nadal pozostaje aktualna w naszej współczesnej przestrzeni społecznej, mimo upływu ponad sześćdziesięciu lat od jej powstania. Ludzie wciąż potrzebują rozwiązań, które zapewnią im opiekę w starości, publiczne bezpieczeństwo czy bezpieczeństwo narodowe. Choć niektóre kategorie instytucji totalnych zanikły, inne zyskały większe znaczenie, jak na przykład placówki pomocowe i opiekuńcze. Niezależnie od rozwoju ekonomicznego państwa, istnienie instytucji o charakterze totalnym jest nadal konieczne, ponieważ służą one interesom społecznym państwa. Od czasów Goffmana dokonaliśmy zmian w sposobie pracy z ludźmi, dopasowaliśmy prawo do naszych wartości, takich jak godność człowieka, równość, wolność, solidarność, prawa obywatelskie i sprawiedliwość. Staliśmy się bardziej prospołeczni, etyczni i empatyczni. Wprowadziliśmy standardy społeczne, mające na celu podniesienie jakości opieki i poprawę komfortu życia mieszkańców DPS. Pomimo podejmowanych działań na rzecz osób starszych, społeczeństwo nadal będzie się starzeć i potrzebować opieki w podeszłym wieku. Wciąż będą ludzie poszukujący miejsc do kontemplacji i modlitwy, a jako społeczeństwo będziemy funkcjonować w ramach wyższych wartości i poświęcenia się dla tych wartości. Zaspokajanie potrzeb społecznych jest obowiązkiem państwa. Z drugiej strony, oczekiwania społeczeństwa wobec władzy skierowane są na to, aby działania państwa były bardziej prospołeczne i jednocześnie skuteczne w dziedzinie bezpieczeństwa społecznego.

3.2. Dom pomocy społecznej jako instytucja totalna

Dom pomocy społecznej jest istotną instytucją pomocową, stworzoną z myślą o osobach znajdujących się w trudnych sytuacjach, takich jak problemy bytowe, zdrowotne, rodzinne, czy starość. Według Leszczyńskiej-Rejchert, najczęstszymi powodami skierowania osób do DPS są kwestie zdrowotne związane z utratą sprawności psychofizycznej i starością. Z uwagi na problemy życia codziennego osób starszych, do DPS trafiają osoby samotne lub bez rodziny, mieszkające w złych warunkach lub znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej (Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 158), czyli osoby, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie.

DPS pełni rolę opiekuńczą, zapewniając całodobową opiekę nad swoimi mieszkańcami. Podobnie jak wiele innych instytucji, dom pomocy społecznej funkcjonuje na podstawie przepisów prawnych. Istotnymi aktami prawnymi regulującymi tę dziedzinę są Ustawa z dnia

12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz Rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej.

W myśl art. 56 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej dzielą się na siedem typów, które ustawodawca przeznaczył dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.

Na podstawie art. 57 powyższej ustawy, domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez:

- 1) jednostki samorządu terytorialnego;
- 2) Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia;
- 3) inne osoby prawne;
- 4) osoby fizyczne (Ustawa o pomocy społecznej, 2004).

Warunkiem wpisania do rejestru domów pomocy społecznej jest uzyskanie zezwolenia wojewody na prowadzenie DPS. Dostosowanie obiektu do wymogów spełniających standardy domu pomocy społecznej, czyli budynku zbiorowego zamieszkania, jest poważnym wysiłkiem technicznym i finansowym. Związane jest to przede wszystkim z ochroną przeciwpożarową, której przepisy są rygorystyczne i ściśle powiązane z prawem budowlanym.

W tej części rozdziału rozwinąłem problematykę dotyczącą osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej jako instytucję totalną zgodnie z koncepcją Goffmana. Oznacza to, że dla wielu pensjonariuszy dom pomocy społecznej jest „miejszem ostatniego adresu zamieszkania”. Dla organu prowadzącego, którym jest powiat, stworzenie jak najlepszych warunków dla mieszkańców stanowi poważne wyzwanie i wymaga wysiłku pod względem logistycznym, finansowym, organizacyjnym i personalnym. Koszty utrzymania DPS obejmują takie elementy jak: energia elektryczna, ogrzewanie budynku, wynagrodzenie za pracę dla personelu, zakup leków, wyżywienie itp. Trudno jednoznacznie określić, co jest najbardziej kosztowne. Osoby korzystające z DPS są beneficjentami, którzy nie dysponują wystarczającymi środkami finansowymi, aby pokryć pełny koszt funkcjonowania instytucji. Zgodnie z art. 62 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, mieszkaniec jest

zobowiązany do opłacania swojego pobytu w placówce pomocy społecznej. Zgodnie z odrębnymi przepisami uprawniona instytucja może potrącać 70% wysokości emerytury lub renty mieszkańca za jego zgodą. Pozostałe źródła finansowania pobytu mieszkańca w DPS są regulowane przez wspomnianą ustawę.

Rafał Iwański również porusza problem kosztów związanych z pobytem mieszkańca w DPS. Iwański uważa, że opieka w placówkach opieki społecznej jest jedną z najbardziej kosztownych form wsparcia, szczególnie dla samorządów lokalnych. Zgodnie z przepisami prawa, mieszkańcy tych placówek są zobowiązani do wniesienia opłaty za swoje pobytu, która nie może przekroczyć 70% ich dochodów, zgodnie z art. 61 powyższej ustawy, jeśli dochody mieszkańców i ewentualnie ich małżonków oraz zstępnych przed wstępnymi nie wystarczają na pokrycie pełnych kosztów pobytu w domu pomocy społecznej, brakującą kwotę musi zapewnić gmina, z której pochodzi osoba starsza korzystająca z tej placówki. W przypadku domów pomocy społecznej województwa zachodniopomorskiego, które opiekują się osobami starszymi wymagającymi wsparcia, gminy rocznie dopłacają średnio od 18 000 do 23 000 zł na pokrycie kosztów pobytu seniorów w tych placówkach (Iwański, 2016).

Pensjonariusze domów pomocy społecznej oraz ich rodziny najczęściej należą do grupy społecznej, która nie dysponuje wystarczającymi środkami finansowymi. W takich przypadkach odpowiedzialność za pokrycie kosztów pobytu pensjonariusza spoczywa na gminie, z której mieszkaniec pochodzi. Jednak wszystkie należności związane z utrzymaniem pensjonariusza okazują się niewystarczające w sytuacji wystąpienia niespodziewanie dużych wydatków. W takich przypadkach organ prowadzący musi zapewnić dodatkowe środki finansowe na działalność placówki, zwłaszcza jeśli wiąże się to z bezpieczeństwem osób w niej przebywających. Możliwość organu prowadzącego do dysponowania środkami finansowymi wiąże się z sukcesywną poprawą warunków w danej placówce. Oznacza to, że sytuacja finansowa domu pomocy społecznej, a tym samym pensjonariuszy, zależy od wsparcia finansowego ze strony organu prowadzącego. Jeśli brakuje środków finansowych, pensjonariusze są skazani na przetrwanie.

Zdaniem Goffmana pensjonariusz nie jest w stanie pojąć pełnego znaczenia bycia wewnątrz instytucji lub na zewnątrz. Instytucje totalne kształtują i utrzymują trwałe napięcie pomiędzy światem domowym a światem instytucji, wykorzystując to napięcie jako strategiczne narzędzie manipulacji (Goffman, 2011, s. 23).

W społeczeństwie istnieje powszechny stereotyp dotyczący domów pomocy społecznej jako miejsc, gdzie przebywają osoby starsze, chore i wymagające stałej opieki. Dodatkowo przekonanie to wiąże się z twierdzeniami o nieprzyjemnych zapachach w DPS, konieczności

zmieniania pieluchomajtek przez personel oraz serwowaniu niskiej jakości posiłków, które nie nadają się do spożycia.

Stwierdzenia te opierają się na stereotypowych wyobrażeniach, które nie zawsze odzwierciedlają rzeczywistość. Dom pomocy społecznej jest instytucją, która dąży do zapewnienia kompleksowej opieki nad swoimi mieszkańcami, oferując im godne warunki życia, opiekę medyczną, profesjonalne wsparcie oraz odpowiednie odżywianie. Współczesne DPS skupiają się na zapewnieniu wysokiej jakości usług i dbałości o godność swoich podopiecznych.

Stereotypowe postrzeganie domów pomocy społecznej często wynika z braku wiedzy, fałszywych informacji przekazywanych przez media lub nieodpowiedniego przedstawiania tych placówek przez osoby niekompetentne. Chcąc przełamać te stereotypy, istotne jest podawanie rzetelnych informacji dotyczących funkcjonowania DPS w społeczeństwie i wobec osób korzystających z pomocy społecznej.

Według Tarkowskiej zamieszkiwanie w domu pomocy społecznej jest powszechnie postrzegane w społecznej świadomości jako sytuacja skrajnej degradacji, świadectwo samotności i porzucenia przez bliskich (Tarkowska, 1997, s. 124). Ta negatywna percepcja jest obecna zarówno w społeczeństwie ogólnym, jak i wśród samych mieszkańców domów pomocy społecznej.

Wydaje się, że taka opinia wynika z niewłaściwego postrzegania DPS, które często są utożsamiane z miejscem, w którym jednostki starsze lub schorowane są pozostawione same sobie, pozbawione wsparcia emocjonalnego i opieki bliskich osób. Ten negatywny wizerunek jest obecny w społeczeństwie i może wpływać na jakość życia mieszkańców DPS.

Konieczne jest zapewnienie wsparcia emocjonalnego i społecznego dla mieszkańców DPS, aby mogli cieszyć się godnym życiem i czuć się akceptowani przez społeczeństwo.

Osoby zamieszkujące w domu pomocy społecznej znajdują się w sytuacji, gdzie spędzają nieprzerwanie całą dobę w zamkniętej przestrzeni, współistniejąc z innymi mieszkańcami (Goffman, 1975, s. 150). Ta przestrzeń jest fizycznie oddzielona od świata zewnętrznego za pomocą wysokiego muru oraz zamkniętej bramy, które są pilnowane przez personel placówki. Dodatkowo wszelkie chwilowe opuszczenie domu pomocy społecznej przez pensjonariuszy wymaga zgody i nadzoru ze strony personelu.

Janusz Radwan-Pragłowski i Krzysztof Frysztacki uważają, że pomoc instytucjonalna udzielana osobom potrzebującym sięga korzeniami czasów starożytnych, gdzie ówczesni władcy wprowadzali różne formy zapomóg dla biednych rodzin i dzieci (Radwan-Pragłowski i Frysztacki, 1996, s. 53). Formy tej pomocy, obecnie określanej jako pomoc społeczna,

przeszły ewolucję na przestrzeni wieków. Troska o drugiego człowieka ma swoje korzenie w chrześcijaństwie, które odegrało istotną rolę w kształtowaniu postawy społecznej. Powstanie pierwszych przytułków przy klasztorach i kościołach, przeznaczonych dla osób ubogich oraz zamkniętych zakładów opieki, stanowiło załóżek dzisiejszych domów pomocy społecznej (Szweda-Lewandowska, 2008, s. 136). W średniowieczu Kościół głosił miłość bliźniego, która objawiała się udzielaniem pomocy i opieki każdemu, kto znalazł się w niedostatku i potrzebie (Szweda-Lewandowska, 2008, s. 116).

Zdaniem Mielczarka, po zakończeniu drugiej wojny światowej można zaobserwować wyraźny postęp w funkcjonowaniu instytucji pomocowych w Polsce. Zniszczenia wojenne oraz znaczący spadek liczby ludności w kraju skłoniły do konieczności powołania instytucji, które mogłyby zapewnić opiekę sierotom, osobom niepełnosprawnym i osobom starszym. Wprowadzenie nowoczesnego systemu instytucjonalnej pomocy społecznej w Polsce nastąpiło wraz z Ustawą z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej. W tym akcie prawnym określono zasady funkcjonowania instytucji pomocowych (Mielczarek, 2010, s. 97). Kolejny wyraźny postęp w dziedzinie pomocy społecznej nastąpił po wprowadzeniu Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która sprecyzowała funkcjonowanie pomocy społecznej w Polsce, w tym domów pomocy społecznej.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na koniec 2021 r. w Polsce zarejestrowanych było 897 domów pomocy społecznej, w których zamieszkiwało 79 919 mieszkańców (GUS, 2022). Większość tych placówek znajduje się na peryferiach miast, na wsiach lub w lesie, z dala od zagęszczonych obszarów ludzkich. Znacząca część domów pomocy społecznej to budynki zlokalizowane na wsi, które wcześniej pełniły funkcje dworców lub pałaców. Samo umiejscowienie tych placówek stanowi dosłowne przykłady naturalnej izolacji mieszkańców DPS od otaczającego świata zewnętrznego. Obiekty te są usytuowane na rozległym terenie porośniętym drzewami i otoczone wysokim murem.

Według Tarkowskiej, powołującej się na koncepcję Goffmana, instytucja totalna wykazuje dwie podstawowe cechy. Po pierwsze, charakteryzuje się kumulacją całego życia mieszkańców w jednym miejscu w celu zaspokojenia wszystkich ich potrzeb. Po drugie, w instytucji totalnej zachodzą relacje między mieszkańcami a personelem, które są wzajemnie powiązane i podporządkowane określonym regułom, zarówno formalnym, jak i nieformalnym. Te reguły mają na celu ustanowienie stereotypowych postrzeżeń siebie nawzajem przez grupy mieszkańców i personel (Tarkowska, 1997, s. 125).

W instytucji totalnej istnieją określone bariery, które regulują porządek formalno-prawny oraz mają wpływ na różne sfery życia mieszkańców. Andrzej Borowski wskazuje na istnienie

tw. barier symbolicznych, które obejmują regulaminy instytucji, specyficzny język, wykluczenie społeczne, stygmatyzację, medyczną izolację (kwarantannę), religijną izolację (klauzulę), prawną izolację (zakaz wstępu) oraz społeczną izolację (brak łączności i dostępu do informacji z zewnątrz) (Borowski, 2013, s. 72). Wszystkie te bariery stanowią przykład wykluczenia mieszkańców DPS ze środowiska zewnętrznego i są zgodne z koncepcją instytucji totalnej według Goffmana.

Zgodnie z art. 55 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej są zobowiązane do spełnienia określonych obowiązków i zadań zgodnie z ustalonymi standardami. Jednym z głównych zadań DPS jest zapewnienie zaspokojenia potrzeb materialnych osób zamieszkujących w nim oraz świadczenie opieki, wsparcia i edukacji zgodnie z indywidualnymi potrzebami mieszkańców. Ustawodawca podkreśla, że usługi świadczone przez DPS powinny uwzględniać szacunek dla wolności, prywatności, godności i poczucia bezpieczeństwa pensjonariuszy. Jako instytucja totalna, DPS ustala zasady funkcjonowania dla personelu, reguluje odwiedziny pensjonariuszy przez ich rodziny, określa godziny posiłków, zasady bezpieczeństwa oraz ograniczenia w kontaktach zewnętrznych.

Instytucja pomocy społecznej ma obowiązek zapewnić pensjonariuszom domu pomocy społecznej podstawowe świadczenia, takie jak łóżko, wyżywienie, odzież (w tym osobistą) oraz niezbędną pomoc medyczną w przypadku potrzeby. Choć te działania mogą wydawać się formą troski o mieszkańców, to w rzeczywistości mają one charakter uzależniający pensjonariusza od instytucji, co jest cechą typową dla instytucji totalnych (Tarkowska, 1997, s. 127).

Stan higieniczny mieszkańców domów pomocy społecznej jest niezwykle istotny, zarówno dla ich samopoczucia, jak i dla ogólnego poziomu sanitarnego placówki. Jednak kolejnym zjawiskiem charakterystycznym dla instytucji totalnych jest narzucanie mieszkańcom określonego harmonogramu kąpieli. Realizacja tego grafiku przypomina rutynowe czynności obsługowe, podobne do tych na myjni samochodowej. Nie pytając mieszkańców o zgodę, priorytetem jest jedynie zrealizowanie planu z szybkością i sprawnością personelu, a następnie zgłoszenie dyrektorowi ilości przeprowadzonych kąpieli. O wyznaczonej porze personel przychodzi do pokoju mieszkańca i zabiera go do łazienki. Czasami mieszkańcy nie wyrażają chęci korzystania z kąpieli, argumentując, że czują się niekomfortowo lub boją się, ponieważ nikt wcześniej ich nie poinformował o tym, co się będzie działo. W takich sytuacjach personel stosuje przymus wobec mieszkańców. Ta standaryzacja nie ma na celu zaspokojenia potrzeb mieszkańców, lecz raczej realizację planów obsługi.

Przedstawione dotychczas przykłady ilustrują mechanizm, w którym jednostka jest całkowicie zależna od instytucji, a indywidualne podejście nie ma miejsca. Wszyscy

mieszkańcy działają według ustalonego klucza lub wzoru, w którym wprowadza się dane, a wynik równania musi być zgodny z oczekiwaniami. Współdzielenie przestrzeni mieszkaniowej z inną osobą prowadzi do utraty intymności jednostki. Dostęp do prywatnych przedmiotów współlokatora często prowadzi do konfliktów, plotek, kłótni lub nawet przemocy.

Wyposażenie pomieszczeń w domach pomocy społecznej jest często bardzo podobne. Pokoje wieloosobowe przypominają sale szpitalne, a pozostałe pokoje są umeblowane zgodnie z najtańszym modelem dostępnym na rynku, zgodnie z wymogami regulacji ministerialnych. W takiej instytucji brak jest indywidualnego charakteru pokoi, a raczej są one standardowo umeblowane zgodnie z wytycznymi. Jedynie pokoje jednoosobowe czasem przypominają niewielkie mieszkanie w naturalnym środowisku. Świadczy o tym obecność pamiątek rodzinnych oraz symboli religijnych, które są eksponowane w formie ołtarzyków lub wystaw zdjęć zawierających portrety najbliższych osób.

Codzienna rutyna w domach pomocy społecznej jest powtarzalna i nie różni się od poprzednich dni. Jedynym wyjątkiem są wydarzenia organizowane z okazji przybycia gości z własnym repertuarem artystycznym, rocznicy powstania domu pomocy społecznej lub innych specjalnych okazji, takich jak święta Bożego Narodzenia lub Wielkanoc.

Codzienna rzeczywistość życia w domu pomocy społecznej obejmuje również regularne posiłki spożywane przez pensjonariuszy w jadalni lub w ich pokojach o stałej porze. Tarkowska podkreśla, że mieszkańcy DPS są pozbawieni możliwości wyboru posiłków lub ich wybór jest ograniczony. Ponadto pensjonariusze są wyłączeni z wszelkich faz przygotowywania posiłków, co świadczy o ich uprzedmiotowieniu. W niektórych ośrodkach nie są udostępniane noże do posiłków, aby zapobiec potencjalnym szkodom dla pensjonariuszy lub innych osób. Estetyka w podawaniu posiłków często pozostawia wiele do życzenia.

Personel niejednokrotnie przyjmuje założenie, że mieszkańcy nie powinni odczuwać głodu. Ergoterapia odgrywa istotną rolę w codziennym życiu osób starszych, pozytywnie wpływając na ich rozwój duchowy i fizyczny. Zaangażowanie w różne formy aktywności, które mają znaczenie dla całej placówki, jest uważane za nobilitujące w różnych sferach życia społeczności domu pomocy społecznej. Spożywanie posiłków jest dla wielu osób wyjątkowym wydarzeniem, a rodzina odgrywa centralną rolę podczas tej ceremonii przy stole (Tarkowska, 1997, s. 131).

W domu pomocy społecznej zazwyczaj brakuje indywidualności w zakresie stylu ubierania się. Człowiek ma swoje preferencje dotyczące ubioru, takie jak ulubione kolory, które wpływają na jego samopoczucie, a przede wszystkim ma możliwość wyboru, ponieważ ubiór jest wyrazem indywidualności. Jednak w DPS sytuacja jest inna – moda, preferencje czy gust

nie są brane pod uwagę. Pensjonariusze noszą odzież pochodzącą ze sklepów z używaną odzieżą lub otrzymują ubrania jako dar po osobach zmarłych. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak odpowiednich środków finansowych na zakup ubrań zgodnych z indywidualnymi preferencjami mieszkańców.

W domach pomocy społecznej często obserwuje się paternalistyczne podejście personelu do mieszkańców, co jest powszechnym zjawiskiem społecznym. W ramach tego podejścia, personel unika używania imienia lub formy zaimka osobowego w odniesieniu do podwładnych. Taka forma komunikacji nie jest uznawana za odpowiednią w ramach zasad dobrego wychowania oraz standardów etycznych pomocy społecznej. Należy jednak zaznaczyć, że ta obserwacja dotyczy tylko sytuacji, w których mieszkaniec nie cierpi na chorobę Alzheimera.

W domach pomocy społecznej często pojawiają się przypadki kradzieży, które stanowią poważny problem. Najczęściej kradzione są: pieniądze, biżuteria, pamiątki rodzinne i protezy zębowe, ale nie brakuje przypadków kradzieży innych przedmiotów. Chcąc zabezpieczyć swoje najcenniejsze rzeczy, takie jak pieniądze czy biżuteria, mieszkańcy noszą je przy sobie, aby zminimalizować ryzyko kradzieży. Wśród mieszkańców funkcjonuje tzw. „podziemie”, w którym sprzedają z wysoką marżą towary, takie jak papierosy, alkohol, kawa, słodycze i inne produkty.

Współczesne domy pomocy społecznej dążą do podniesienia komfortu życia swoich mieszkańców, zwracając szczególną uwagę na indywidualne potrzeby i charakterystykę osób zamieszkujących te placówki. DPS przyjmuje różnorodne grupy ludzi, z różnymi historiami życiowymi, nawykami, stanem zdrowia, temperamentem oraz ewentualnymi uzależnieniami. Właściciel czy zarządzający placówką nie tylko dbają o jakość infrastruktury i obiektów, ale również podejmują aktywną politykę społeczną, mającą na celu poprawę warunków życia i dobrostanu podopiecznych przebywających w DPS.

3.3. Człowiek stary w instytucji totalnej widziany przez autorów sztuk teatralnych, badacza i pracownika DPS

W tym podrozdziale podejmuję próbę analizy procesu starzenia się człowieka w instytucji totalnej. Opieram się w niej zarówno na własnych badaniach naukowych jako pracownik domu pomocy społecznej, jak i na wybranych utworach literackich, które podejmują tematykę starości i społecznej marginalizacji.

Istotnym przykładem jest sztuka autorstwa Stanisława Grochowiaka zatytułowana *Chłopcy*, w której bohaterami są czterej pensjonariusze domu opieki starców, którzy wspominają swoją młodość i starają się przeciwstawić surowej dyscyplinie panującej

w placówce. Dramat oparty jest na prawdziwych wydarzeniach, które miały miejsce w Domu Starców w Bystrzycy Kłodzkiej na Dolnym Śląsku. Autor utworu porusza tematykę przemijania, wykluczenia społecznego i miejsca, w którym żyją starzejący się ludzie. Dom Starców jest przedstawiany jako swego rodzaju schronienie, które oferuje jedynie minimalne warunki bytowe, zapewniające miejsce do spania i dach nad głową.

Dramat *Chłopcy* powstał w okresie maj 1963 r. – maj 1964 r., krótko po wprowadzeniu przez Goffmana terminu „instytucja totalna” do socjologicznego dyskursu. Jest ona przykładem typowej instytucji totalnej, odpowiadającej goffmanowskiej koncepcji izolacji od świata zewnętrznego.

Jest to dzieło literatury, które porusza wiele istotnych tematów, w tym przemijanie, starość, godność i bunt przeciwko marginalizacji i wykluczeniu społecznemu. Przemijanie stanowi centralny wątek dramatu. Bohaterowie, dawniej pełni energii i entuzjazmu, teraz doświadczają upływu czasu, co jest nieuniknione w życiu każdego człowieka. Dramat ukazuje, jak zmienia się ich życie, jakie wyzwania stawia przed nimi starość i jak próbują sobie z nimi radzić. To także historia przemijających marzeń, pasji i nadziei.

Utwór nie tylko porusza problem starości, ale także jest manifestem przeciwko starości. Bohaterowie odmawiają akceptacji swojego stanu i postanawiają sprzeciwić się tym, którzy próbują ich marginalizować i traktować jak dzieci. Wyrażają bunt przeciwko społecznemu wykluczeniu i brakowi szacunku wobec osób starszych.

Wołanie o godność i szacunek jest jednym z głównych przesłań dramatu. Autor stawia pytanie, dlaczego starość ma być traktowana z lekceważeniem, przecież starsi ludzie również mają prawo do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i do zachowania swojej tożsamości. Bohaterowie *Chłopców* dają wyraz swoim pragnieniom godności i szacunku, walcząc przeciwko uprzedzeniom i stereotypom.

Dom starców, w którym mieszkają bohaterowie dramatu, jest symbolem izolacji od świata zewnętrznego. To miejsce, gdzie starsi ludzie są traktowani jak małe dzieci, pozbawieni autonomii i godności. Ich bunt jest próbą wyjścia z tej izolacji i odzyskania kontroli nad własnym życiem.

Personel akceptuje jedynie osoby o wysokiej pozycji społecznej, z wykształceniem, które nie przejawiają zachowań chuligańskich na poziomie innych mieszkańców i darzy ich pełnym zaufaniem. Jedną z takich osób jest postać pensjonariusza Profesora Perleca. Profesor jako przedstawiciel środowiska mieszkańców, cieszy się powszechnym szacunkiem jest akceptowany i korzysta z pewnych przywilejów. Według teorii Goffmana, jest on „przedmiotem sympatii personelu” (Goffman, 2011, s. 87). Inni mieszkańcy występujący w dramacie, tacy jak

Kalmita, Jan Nepomucen Pożarski, Smarkul i Jo-Jo, są przez uważani za starszych ludzi, którzy czasami, zdaniem personelu, przejawiają zachowania chuligańskie, mimo że są w podeszłym wieku. Personel oczekuje od nich jedynie grzecznego zachowania w placówce opiekuńczej.

Według Goffmana, praca z ludźmi w zakładach opiekuńczych niesie ze sobą wiele różnych trudności. Personel musi być świadomy konieczności przestrzegania określonych zasad humanitarnego traktowania mieszkańców instytucji. Personel może postrzegać pensjonariuszy jako istoty racjonalne i odpowiedzialne, co oznacza, że powinni oni być traktowani z empatią i zaangażowaniem emocjonalnym. W przypadku opisywanego zakładu opiekuńczego wydaje się brakować właśnie tej empatii i chęci stosowania zasad humanitarnego traktowania starszych osób, niezależnie od ich indywidualnych potrzeb i preferencji (Goffman, 2011).

Saszko Brama, ukraiński dramaturg i reżyser, podejmuje w spektaklu *Jesień na Plutonie* eksperymentalną prezentację problematyki starości i wykluczenia. Jego badania skupiają się na środowisku osób starszych zamieszkujących ośrodki dla ludzi starych we Lwowie. Starość jest przedstawiana jako nieuchronny przedsiomek śmierci, który dotyka każdego człowieka. Lęk przed procesem starzenia się wywołuje refleksje i niepokój wśród wielu jednostek. Obawiają się społecznego wykluczenia, utraty samodzielności, niepełnosprawności, chorób i innych trudności. Strach przed starością prowadzi do coraz większego zrozumienia, akceptacji i pogodzenia się z tym naturalnym i nieodwracalnym procesem rozwoju ludzkiego życia.

W tekście autorstwa Bramy starość została metaforycznie porównana do jesieni, okresu, w którym zbiera się plony, ale także życie słabnie i przygotowuje się do końca. Eksperyment składał się z kilku etapów, zaczynając od przeprowadzenia wywiadów z pięcioma mieszkańcami pensjonatu geriatrycznego. Scenariusz spektaklu zakładał wykorzystanie nagrania z rozmowy z osobą starszą, które było odtwarzane w trakcie przedstawienia. Aktorzy mieli być ubrani w stroje dużych lalek i trzymać portrety osób starszych. Dzięki kostiumom lalek, emisji dźwięku i ograniczonym ruchom, aktorzy mieli poczuć autentyczną „teleportację” do osoby starszej. W tym kontekście aktorzy wyrażali refleksję i tęsknotę za życiem, które szybko przemija.

W trakcie spektaklu widzowie są zaproszeni do uczestnictwa w dyskusji na temat starości i poddają się refleksji. Każdy z uczestników może mieć inne zdanie na ten temat. W ramach tej dyskusji pojawia się odważny głos, który wzywa do wykluczania osób słabszych i niepełnosprawnych, umieszczania ich na marginesie społecznej świadomości, symbolizowanej przez ciemny, zimny i odległy Pluton (Korzeniowska-Bihun, 2018, s. 261).

Młodzi ludzie postrzegają starość jako coś odrażającego, co nigdy nie nadejdzie nigdy nie będzie ich dotyczyć. W rezultacie często wyrażają pragnienie, aby starość została usunięta

z życia społecznego i przeniesiona na najbardziej odległy zakątek wszechświata. Ich niechęć nie jest skierowana przeciwko samemu procesowi starzenia się, ale raczej przeciwko stereotypom i uprzedzeniom związanym z osobami starszymi jako grupą społeczną.

Spektakl wstrząsa i dostarcza widzom wiedzy, mając na celu pobudzenie ich do refleksji nad samymi sobą i stanie się rzeczywistym źródłem nauki o osobach, które aktualnie spotykają się z czymś, co za pewien czas stanie się dla nich nieuniknione (Korzeniowska-Bihun, 2018). Spektakl przesiąknięty jest koncepcją instytucji totalnej, co doskonale harmonizuje z teorią zaprezentowaną przez Goffmana. Autor nie tylko zwraca uwagę na fakt, że starość jest zakotwiczona w instytucji totalnej, izolowana od świata zewnętrznego, ale również obecna i funkcjonująca w świecie zewnętrznym.

W trakcie przedstawienia ukazywane jest „ciało starca” jako symbol przemijania, deformacji i braku akceptacji społecznej. „Ciało starca” staje się metaforą dla współczesnej młodzieży, która może odczuwać przegraną w walce z upływem czasu i wyrażać to poprzez przybranie stroju osoby starszej.

Analiza „kondycji społecznej” (Korzeniowska-Bihun, 2018, s. 264) wskazuje, że starość stanowi przeszkodę dla młodszego pokolenia w osiągnięciu celów życiowych, co skutkuje umieszczeniem starszej osoby w domu opieki, z całym dorobkiem życia. Korzeniowska-Bihun zauważa, że taki jest wyrok społeczeństwa. Osoba starsza mieszkająca w domu opieki staje się więźniem miejsca, przedmiotów w postaci pamiątek i rekwizytów, ale również swojej przeszłości. Starość, niezdarność, niekształtne i osłabione ciało oraz brak sił sprawiają, że człowiek zgadza się na swój los i powoli gaśnie z nadzieją, że dożyje wiosny, w której pojawi się szansa na świeże i pełne energii życie.

Młodsze pokolenie wykazuje brak zainteresowania własną przyszłością i tym, jak będzie wyglądało ich życie za dwadzieścia, trzydzieści lat. Aktualna generacja dąży do natychmiastowej gratyfikacji i prowadzi konsumpcyjny styl życia, który jest zachęcany przez politykę państwa. W ciągu kilku tygodni osiągają to, do czego dzisiejsze osoby starsze dążyły latami, ale bez konieczności zaciągania kredytów.

Wcześniej zwróciłem uwagę na problemy bezpośrednich relacji pomiędzy osobami starszymi, które przebywają w tej samej przestrzeni mieszkalnej instytucji totalnej. Kłótnie, nadużywanie alkoholu, obrażanie, niszczenie cudzej własności, agresja, bójki i inne podobne zachowania są powszechne w instytucji opiekuńczej. Takie sytuacje występują często, niespodziewanie i mogą szybko przerodzić się w akty przemocy.

Współpraca z pensjonariuszami lwowskiego domu opieki umożliwiła wyrażanie własnych emocji, skierowanych do samych siebie, poprzez zastosowanie arteterapii, znanej

jako *Wiosna na Plutonie*. Udział mieszkańców w tej nowej formie terapii miał na celu rozładowanie negatywnych myśli u osób starszych, redukcję konfliktów oraz wydobycie pozytywnych elementów życia, jak twierdził reżyser przedstawienia (Korzeniowska-Bihun, 2018, s. 268).

Widzowie oczekiwali spektaklu, który skupiałby się na pewnej historii, a nie – jak sami przyznają – straszyl ich tematem starości. Być może nie chcieli przyjąć nauki dotyczącej moralności i istotnych problemów społecznych, aby nie mieć wątpliwości w przyszłości w podejmowaniu decyzji dotyczących umieszczenia swoich najbliższych w ośrodku opiekuńczym. Młodsze pokolenie stało się ofiarą „nowych czasów” i uważa, że starość jest ciężarem. Niemniej jednak, starość otacza nas, będzie istnieć i nas dosięgnie, ponieważ jest to ostatni etap rozwoju człowieka, który kończy się śmiercią.

W czasie, gdy nie byłem zaangażowany w działalność związaną z opieką nad osobami starszymi i domem pomocy społecznej, nie zdawałem sobie sprawy z bieżących potrzeb ludzi w późnej dorosłości. Być może dlatego, że przez długi czas moi dziadkowie byli w dobrej kondycji biopsychospołecznej, a nasz dom rodzinny funkcjonował jako miejsce spotkań wielu pokoleń. Sytuacja zaczęła się zmieniać, gdy mój dziadek doznał udaru krwotocznego, a szpital włożył wszelkie możliwe wysiłki w udzielenie mu pomocy. Dziadek potrzebował specjalistycznej opieki, która wymagała stałej obecności opiekuna. Żadna z osób mieszkających w domu nie była w stanie zapewnić takiej opieki, więc podjęto decyzję o skorzystaniu z pomocy ośrodka pomocy społecznej. W latach 90. XX wieku znalezienie miejsca w ośrodku opieki było bardzo trudne. Na zawsze w mojej pamięci pozostanie uśmiechnięte spojrzenie dziadka, które skierowane było w moją stronę. To były te same oczy, które pamiętałem z dzieciństwa. Kilka dni później dziadek zmarł. Od tamtego momentu zacząłem inaczej patrzeć na starość. W osobach starszych dostrzegam swoich dziadków, którzy zawsze mieli czas i cierpliwość dla mnie.

Zgodnie z podejściem naukowym, optymalnym rozwiązaniem dla osób w podeszłym wieku jest dążenie do utrzymania jak najdłużej zdrowej kondycji biopsychospołecznej w naturalnym środowisku, w którym zamieszkują. Domy pomocy społecznej nie są placówkami medycznymi ani opiekuńczo-leczniczymi, w których prowadzi się proces leczenia. Stanowią one natomiast instytucje opiekuńcze, które zapewniają całodobową opiekę osobom, które nie są w stanie samodzielnie się nią zająć. Zapewnianie podstawowej opieki, takiej jak higiena osobista, przyjmowanie leków, pomoc w codziennych czynnościach, jest jednym z głównych zadań personelu pracującego w DPS.

Jako pracownik domu pomocy społecznej oraz badacz, miałem możliwość dogłębnego przyjrzenia się codzienności osób starszych borykających się z różnymi wyzwaniami, takimi

jak choroba, niepełnosprawność lub samotność. Do domów pomocy społecznej trafiają osoby pochodzące z różnych środowisk, z różnymi problemami. Analizując przeprowadzone wywiady środowiskowe z niektórymi mieszkańcami, można było zauważyć, że są to osoby, które wymagają wsparcia w zakresie zaspokajania ich podstawowych potrzeb życiowych i opieki. Według wypowiedzi Mielczarka, domy pomocy społecznej powinny stale poszerzać swoją ofertę. Konieczność ta wynika z faktu, że usługi dla mieszkańców są świadczone przez całą dobę i bezterminowo (Mielczarek, 2010, s. 112). Oznacza to, że dla wielu mieszkańców domu pomocy społecznej jest on ostatnim miejscem zamieszkania, a personel, który codziennie przychodzi do pracy, traktowany jest jak rodzina. Każdego dnia zespół pracowników pomaga całej społeczności domu pomocy społecznej w codziennych czynnościach, takich jak wstawanie, mycie, ubieranie, spożywanie posiłków, uczestnictwo w zajęciach rehabilitacyjnych (fizjoterapia, trening poznawczy), spacerowanie, rozwijanie pasji i zapewnienie odpowiednich warunków do snu. Jest to łatwiejsza część pracy, gdy podopieczny chce współpracować i stara się opóźnić proces starzenia. Jednak w przypadku osób chorujących, personel musi wykazać się większą aktywnością i zaangażowaniem.

Pensjonariuszem domu pomocy społecznej może zostać każda osoba, która spełnia przynajmniej jeden z warunków określonych w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. W trakcie mojej pracy zawodowej natrafiłem na mieszkańców pochodzących z różnych środowisk zawodowych, takich jak nauczyciel, lekarz, naukowiec, sprzątaczkę, pielęgniarkę, kierowcę i wiele innych. Ten zróżnicowany zbiór reprezentantów różnych zawodów i środowisk świadczy o tym, że niezależnie od wykształcenia, pochodzenia, zawodu, wyznania, koloru skóry czy poglądów politycznych, mogą zamieszkać pod jednym dachem. Każda z tych osób ma swoją unikatową historię życiową. Różnorodność pochodzenia mieszkańców może prowadzić do różnych konfliktów i problemów związanych z relacjami międzyludzkimi.

Od pierwszych dni mojej pracy w DPS, skupiałem się na obserwacji i analizie mieszkańców. Spośród nich kilka osób szczególnie zapadło mi w pamięć ze względu na swoje niezwykle życiowe historie. Jednym z tych mieszkańców był samotnik, który wielokrotnie był skazywany za rozboje. Przez większość swojego życia nie cieszył się odpowiednimi warunkami bytowymi, a znaczną część czasu spędził w więzieniu. Problemy zdrowotne, takie jak schorzenia żołądka związane z nadmiernym spożyciem alkoholu, dotykały go przez długie lata. W swoim pokoju utrzymywał czystość i porządek, co prawdopodobnie było wynikiem dyscypliny nabytej w trakcie pobytu w zakładzie karnym. Chętnie wypożyczał książki, choć nikt nie sprawdzał, czy rzeczywiście je czytał. Pomimo korzystania z wózka inwalidzkiego,

charakteryzował się zdyscyplinowanym podejściem do codziennych czynności. Papierosy palił jedynie w wyznaczonym miejscu – w palarni. Niestety, kilka dni później ten mężczyzna zmarł.

Jeśli człowiek poszukuje stanów związanych ze starością, cierpieniem, chorobą i śmiercią, to w DPS można znaleźć takie doświadczenia. Starość jest powszechnie obecna na każdym kroku w tej placówce. Widok pochylonych postaci, drżących rąk, trudności w chodzeniu czy osób spędzających całe dnie w łóżku, oczekujących na swoją śmierć, są nieodłączną częścią codzienności domu pomocy społecznej. Powolne wygasanie życia staje się normą, której nie można ignorować.

Zaspokajanie potrzeb seksualnych jest naturalnym elementem ludzkiego życia, a wiek nie stanowi przeszkody w tym obszarze. Zdaniem Fabisia, seks jest siłą, która łączy dwie osoby. Tworzy więź, pozwala na poznanie partnera, budowanie zaufania i wzmacnianie więzi uczuciowych, niezależnie od wieku partnerów (Fabiś, 2017, s. 152). Doznania erotyczne nie są zarezerwowane tylko dla młodych, ale również dla osób starszych. Dzięki aktywności seksualnej człowiek może starzeć się wolniej, bardziej dbać o siebie, co w rezultacie przynosi korzyści dla kondycji biopsychospołecznej oraz sprzyja piękniejszemu i bardziej spokojnemu procesowi starzenia się. Jak długo osoba będzie aktywna seksualnie w dużej mierze zależy od partnera.

Potrzeby seksualne nie są nowością wśród osób starszych zamieszkujących DPS. Niektórzy pensjonariusze tworzą pary i zawierają małżeństwa, aby prowadzić wspólne życie małżeńskie i czerpać przyjemność z relacji partnerskiej.

Osoby, które nie są w formalnych związkach małżeńskich, często doświadczają potrzeb seksualnych. Rzadko mówi się o tym publicznie, ale masturbacja jest zjawiskiem, które ma miejsce w domach pomocy społecznej. Kobiety i mężczyźni praktykują masturbację w prywatności swojego pokoju lub łazienki. Najczęściej odbywa się to wieczorem przed snem, ale również rano i w ciągu dnia. Wśród mieszkańców DPS tworzą się również pary homoseksualne, które otwarcie nie ukrywają swojej orientacji seksualnej. Zdarzało się, że takie pary publicznie wyrażały swoje pragnienia seksualne, co mogło obejmować dotykanie intymnych części ciała, wywołując orgazm u jednej z partnerek. Takie sytuacje wywoływały ogólny oburzenie wśród mieszkańców i często kończyły się awanturą lub wzajemnymi obelgami. Sytuacja staje się znacznie bardziej kontrowersyjna, gdy takie zachowania mają miejsce w ogrodzie sensorycznym, który znajduje się w pobliżu drogi, po której przechodzą dzieci i młodzież szkolna.

Miłość jest piękna, a każdy ma prawo do wyrażania swoich uczuć i doświadczania miłości. Jednak nie wszystkie miejsca i sposoby wyrażania intymności są akceptowane

społecznie. Takie zachowania są powszechnie uważane za nieodpowiednie i dają złe przykłady dla dzieci i młodzieży.

Organizacją zakupów artykułów pierwszej potrzeby należy do obowiązków personelu w domu pomocy społecznej, jednak nie wszyscy mieszkańcy chcą korzystać z tej oferty. Niektórzy posiadają nieformalne uprawnienia do opuszczania DPS i składają zamówienia na różnorodne artykuły, takie jak: alkohol, papierosy itp., które są dostarczane z niewielką marżą.

Jedną z głównych przyczyn konfliktów w DPS jest dostępność dla osób starszych do alkoholu. Jako obserwator i pracownik DPS w jednej osobie, nigdy nie dostrzegłem oficjalnego spożywania alkoholu przez mieszkańców. Zazwyczaj spożywali go w samotności w swoich pokojach lub w małych grupach. Część osób zachowywała się spokojnie i po spożyciu udawała się spać, ale inni mieszkańcy wykazywali agresję wobec personelu i innych mieszkańców. Następnego dnia, po wytrzeźwieniu i zrozumieniu sytuacji, niektórzy mieszkańcy, w swojej obronie i odwrócenia uwagi, podejmowali działania w celu zaatakowania personelu, zgłaszając dyrektorowi kradzież ich własności prosząc o interwencję.

Podobne sytuacje miały miejsce w przypadku łamania zakazu palenia papierosów w pokojach. Dom pomocy społecznej jest włączony w system powiadamiania o pożarach, a zgłoszenie fałszywego alarmu wiązało się z nałożeniem kar finansowych za nieuzasadnione użycie straży pożarnej.

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 10 lit. e Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, istnieją określone warunki, które muszą być spełnione przez placówkę, aby została uznana za domy pomocy społecznej. Jednym z tych warunków jest zapewnienie „możliwości kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca domu” (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, 2012).

Oznacza to, że jeśli mieszkaniiec domu wyrazi taką chęć, personel DPS powinien zorganizować możliwość udziału w praktykach religijnych. W niektórych DPS kaplice mogą być bardzo małe lub ich w ogóle nie ma. W przypadku DPS, w którym pracowałem, istniała niewielka kapliczka, która mogła pomieścić około 15 osób, w tym osoby poruszające się na wózku. Pozostała część wiernych, która nie mogła się zmieścić w kaplicy, gromadziła się w korytarzu, aby wziąć udział we mszy świętej.

Dostęp do praktyk religijnych ma istotne znaczenie dla mieszkańców domów pomocy społecznej. Zdaniem A. Fabisia, duchowość jest cechą umysłową, a jako egzystencjalna kategoria jest postrzegana jako zdolność człowieka o charakterze poznawczym, społecznym i emocjonalnym, która wywodzi się z jego wnętrza. Zdolność ta jest jedynie przynależna

człowiekowi (Fabiś, 2015, s. 15). Willigis Jäger zauważa, że człowiek, który odczuwa głód, poszukuje jedzenia, ponieważ wie, że niezaspokojenie tej podstawowej potrzeby może prowadzić do choroby, a nawet śmierci. Podobnie, jeśli człowiek cierpi na duchowe niedożywienie, może brakować mu odporności i energii do życia. Duchowość umacnia nas i daje nam możliwość poszukiwania sensu życia (Jäger, 2012, s. 27).

W domach pomocy społecznej czasami mieszkańcy tracą swoje duchowe podstawy i podejmują decyzję o odejściu. Prawdopodobnie czynią to ze względu na samotność i choroby, które ich dotyczą. Z jednym z mieszkańców przed jego śmiercią przeprowadziłem rozmowę, aby przekonać go do zmiany decyzji o zakończeniu życia poprzez kacheksję, czyli wyniszczenie organizmu. Był świadomy tego, co się dzieje i co robił. Podał mi powody swojej decyzji i był w tym bardzo przekonujący. Konsekwentnie odmawiał przyjmowania pokarmów i płynów, odmówił również hospitalizacji i leczenia. Po kilku dniach zmarł.

Podczas mojej obserwacji mieszkańców w okresie świąt, takich jak Boże Narodzenie czy Wielkanoc, zauważyłem interesujące zjawisko. Osoby cierpiące na zespół objawów zaburzeń procesów poznawczych wykazywały zdolność do zapamiętywania i wykonywania odpowiednich rytuałów związanych z łamaniem się opłatkiem lub dzieleniem się jajkiem. Pomimo że na co dzień te osoby mają trudności w samodzielnym funkcjonowaniu i uzyskują niski wynik w skali Barthel, która służy do oceny sprawności ruchowej i samodzielności pacjenta, wiedzą, jak należy się zachować w tych konkretnych sytuacjach. W ciągu dnia mogą leżeć bez kontaktu słownego i wzrokowego, ale w momencie łamania się opłatkiem czy dzielenia się jajkiem wykazują zrozumienie i postępują, jak nakazuje rytuał.

Warto również wspomnieć o innym zjawisku, które zaobserwowałem podczas świątecznych posiłków. Niektóre osoby wykazują agresywne zachowania i są zdolne do fizycznego napadnięcia na siedzącego obok mieszkańca, a nawet przejęcia jego talerza. Jest to zachowanie, które wyraźnie odbiega od norm społecznych i może być wynikiem różnych czynników, takich jak brak kontroli impulsów, frustracje czy trudności w radzeniu sobie z emocjami.

Analiza tych zachowań wymaga bardziej szczegółowych badań i analizy czynników mogących wpływać na występowanie agresji i zachowań nieodpowiednich podczas takich okazji świątecznych. Właściwa opieka nad mieszkańcami i zrozumienie ich indywidualnych potrzeb są niezwykle istotne dla zapewnienia im bezpiecznego i godnego środowiska w trakcie tych wyjątkowych okresów.

W trakcie moich obserwacji zauważyłem, że mieszkańcy DPS są pamiętliwi i mogą skierować swoje negatywne emocje i agresję na innych mieszkańców. Jeżeli jedna osoba nie

przypadnie do gustu drugiej, słabszy zazwyczaj staje się celem ataków. Początkowo konflikty zaczynają się od wymiany zdań, które eskalują, a słowa używane przez strony zaczynają być obraźliwe i pejoratywne. W końcowej fazie sporu dochodzi do fizycznego starcia. Personel natychmiast reaguje w takich sytuacjach, oddzielając mieszkańców, jednak konflikt po chwilowej ciszy często powraca.

Należy zwrócić uwagę, że niektórzy mieszkańcy, którzy mieli wcześniejsze doświadczenia związane z pobytem w zakładzie penitencjarnym, wykazują tendencję do prób wywierania strachu na pozostałych mieszkańcach. Ich zachowanie może nie mieć cech przestępstwa, takich jak groźby, głośnie zachowanie, wulgarność, szczycenie się pobytem w więzieniu oraz prezentowanie siły fizycznej, jednak wprowadzają niepokój o bezpieczeństwo wśród innych mieszkańców. Personel domu pomocy społecznej musi wykazać stanowczość wobec takich osób i nie dopuścić do pojawienia się zachowań mających na celu wywołanie strachu wśród innych mieszkańców.

Ważne jest, aby personel DPS stosował odpowiednie strategie interwencji, takie jak rozdzielenie konfliktujących stron, wykazując determinację i zapewniając bezpieczeństwo wszystkim mieszkańcom. Dodatkowo istotne jest, aby personel współpracował z psychologami i specjalistami ds. zachowań, aby skutecznie zarządzać sytuacjami konfliktowymi i stworzyć atmosferę bezpieczeństwa i harmonii w placówce.

Po wprowadzeniu pojęcia instytucji totalnej do socjologicznego słownika, upłynęło wiele czasu, ale w niektórych przypadkach personel nadal wykazuje zachowania przypominające nadzorców, którzy uzurpują sobie prawo do konfiskaty cudzej własności. Osoba, która zamieszkuje w DPS, posiada pełne prawo do swobodnego działania w swoim pokoju, pod warunkiem, że nie przeszkadza ani nie zagraża innym mieszkańcom. Nawet jeśli nabywa alkohol, robi to za własne pieniądze i nikt nie ma prawa go odebrać. Naruszanie takiego prawa jest równoznaczne z naruszeniem prawa do własności.

Obserwując personel wyższego szczebla, zauważyłem paternalistyczne podejście do mieszkańców, w którym personel zwraca się do nich po imieniu lub „moi kochani”, traktując pensjonariuszy jak swoje dzieci.

Warto zauważyć, że stosowanie paternalistycznego języka i traktowanie mieszkańców jak dzieci może prowadzić do utrudnienia procesu autonomizacji i godności jednostki. Mieszkańcy DPS powinni być traktowani z szacunkiem i godnością, z uwzględnieniem ich praw do decydowania o sobie i swojej własności. Konieczne jest ustanowienie równowagi między zapewnieniem opieki i wsparcia a umożliwieniem mieszkańcom samodzielnego funkcjonowania i zachowania ich prywatności.

Personel DPS powinien być świadomy tych zagadnień i dążyć do tworzenia atmosfery, w której mieszkańcy czują się szanowani, traktowani jako pełnoprawni obywatele i posiadający prawo do własnej autonomii. Dążenie do równowagi między opieką a poszanowaniem praw jednostki jest istotnym elementem pracy personelu w instytucjach pomocy społecznej.

W domach pomocy społecznej żywienie pensjonariuszy opiera się na tabeli żywienia, która została opracowana na podstawie znormalizowanej normy żywienia dla populacji Polski przez specjalistów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Zapewnienie odpowiedniego żywienia ma istotne znaczenie dla zdrowia i dobrostanu mieszkańców DPS.

W DPS, w którym pracowałem, jedzenie było zawsze smaczne i przygotowywane zgodnie z normami żywienia. Potwierdzeniem tego były liczne kontrole przeprowadzane przez Państwową Inspekcję Sanitarną, które potwierdzały zgodność przygotowywanych posiłków z wymaganiami sanitarnymi i żywieniowymi.

Jadalnia w DPS pełniła również ważną rolę jako centralne miejsce spotkań dla części mieszkańców. Byli oni zachęceni do spożywania posiłków w grupie, co sprzyjało budowaniu więzi społecznych i wzmacnianiu poczucia wspólnoty. Jednakże dla osób, które ze względów zdrowotnych nie mogły przybyć do jadalni w wyznaczonym czasie, posiłki dostarczane były bezpośrednio do ich pokoi. Wykorzystywano do tego celu specjalne bębary gastronomiczne z podgrzewaczami, które umożliwiały utrzymanie odpowiedniej temperatury i jakości posiłków podczas transportu. Takie rozwiązanie było ważne, aby posiłki docierały do mieszkańców w odpowiednim stanie, zgodnie z normami sanitarnymi i żywieniowymi. Utrzymywanie odpowiedniej temperatury i jakości posiłków miało istotne znaczenie dla zapewnienia bezpiecznej i satysfakcjonującej diety dla mieszkańców DPS.

Należy podkreślić, że odpowiednie żywienie w DPS ma istotny wpływ na zdrowie i jakość życia mieszkańców, dlatego konieczne jest przestrzeganie ustalonych norm żywieniowych oraz systematyczne monitorowanie i kontrole zgodności z nimi.

Podczas przygotowywania posiłków w całym DPS można było zawsze poczuć przyjemny zapach i aromat, co stwarzało przyjemną atmosferę i pobudzało apetyt u wielu pensjonariuszy. Podczas spożywania posiłków często wyrażali oni swoje zadowolenie i chwalili kucharki za ich zaangażowanie, serce do gotowania i umiejętności kulinarne. Dla niektórych mieszkańców DPS było to pierwsze doświadczenie tak smacznego jedzenia.

Jednocześnie w DPS zdarzały się momenty, gdy odczuwało się żal związany ze śmiercią osoby, którą codziennie spotykaliśmy na korytarzu, w jadalni lub podczas spacerów. Niezależnie od tego, czym ta osoba się zajmowała w przeszłości, była ona częścią społeczności DPS i odejście takiej osoby było zawsze smutnym wydarzeniem.

Takie uczucia wynikają z więzi i codziennych interakcji, jakie nawiązywaliśmy z mieszkańcami DPS. Bez względu na ich przeszłość czy zawód, stają się oni częścią tej społeczności i budują więzi z personelem i innymi mieszkańcami.

Przywiązanie i troska o innych ludzi są ważne dla funkcjonowania w środowisku DPS. Wspólnota i wzajemna obecność są istotne dla budowania więzi społecznych i tworzenia przyjaznej atmosfery, która sprzyja dobrostanowi i jakości życia mieszkańców.

Rozdział 4. Metodologia badań własnych

4.1. Cele i przedmiot badań

Pojęcie „cel badań” Władysław Zaczyński (2030–2017) tłumaczy jako „bliższe określenie, do czego zmierza badacz, co pragnie osiągnąć w swoim działaniu” (Zaczyński, 1995, s. 86). Oznacza to, że badacz zmierza do poznania określonej wiedzy, będącej przedmiotem badań naukowych poprzez przyjęte działania, wykorzystując metody, techniki i narzędzia badawcze.

Według Johna W. Creswella formułowanie celu jest wyrażeniem wszystkich zamierzeń autora projektu w jednym lub w kilku zdaniach (Creswell, 2013, s. 131). Oznacza to, że sformułowany cel będzie wskazywał intencje badacza.

Celem nadrzędnym niniejszej pracy było osobiste doświadczenie i przeżycie emocji związanych z pobytem w instytucji totalnej jako mieszkańiec domu pomocy społecznej, a także przeprowadzenie analizy uwarunkowań życiowych osób starszych zamieszkujących DPS na podstawie opisu autoetnograficznego i sformułowanie wniosków do dalszych działań zmierzających ku poprawie jakości życia osób starszych przebywających w DPS.

Chcąc ukazać rzeczywiste problemy społeczne występujące wśród społeczności DPS w Polsce, przyjąłem następujące cele badawcze:

1) Cel teoretyczny:

- porównanie opisów środowiska osób starszych zamieszkujących DPS jako opisów autoetnograficznych i literatury pięknej wyrażającej emocje pensjonariuszy i pensjonariuszek.

2) Cele poznawcze:

- na podstawie badań autoetnograficznych poznanie rzeczywistych warunków życia osób starszych zamieszkujących DPS jako instytucji totalnej w Polsce;
- odkrycie rzeczywistych problemów społecznych osób starszych przebywających w DPS.

3) Celami praktycznymi niniejszej pracy było:

- poznanie instytucji o charakterze totalnym, jaką może być DPS;
- analiza uwarunkowań życiowych osób starszych w nim zamieszkujących;
- przygotowanie wzorów i wskazówek do podjęcia działań zmierzających do opracowania nowych standardów dla domów pomocy społecznej.

4) Za cele metodologiczne w niniejszej pracy przyjąłem:

- opracowanie narzędzi badawczych do zrealizowania powyższych celów;

- przygotowanie opisu systematyzującego i egzemplifikującego postawy badanego środowiska osób starszych zamieszkujących DPS;
- wykazanie i zweryfikowanie prawidłowości dotyczących standardów i ich negatywnych zmian w sferze biopsychospołecznej osób starszych zamieszkujących DPS.

Jednym z podstawowych pojęć występujących w metodologii badań jest „przedmiot badań”, który Zbigniew Skorny (1926–2012) definiuje jako – „określony zbiór zjawisk, przedmiotów lub osób” (Skorny, 1984, s. 102). W domach pomocy społecznej zamieszkują ludzie pochodzący z różnych środowisk społecznych. Mają swoje przyzwyczajenia i zachowania. Osoby starsze zamieszkujące DPS są przedstawicielami różnych grup społecznych i zawodowych. Wśród społeczności DPS można spotkać spawacza, profesora, lekarza, kucharkę, osobę z odbytą karą pozbawienia wolności, ale przede wszystkim w domach pomocy społecznej mieszkają ludzie wymagający opieki medycznej, starzy i ci, którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować.

Z kolei Janusz Sztumski uważa, że „przedmiot badań” – „obejmuje [...] rozmaite twory życia społecznego, zarówno materialne [...], jak i również idealne, do których zaliczymy np. idee, przesady, czy też wierzenia ludzi [...] przedmiotem tych badań jest wszystko to, co składa się na rzeczywistość społeczną” (Sztumski, 2005, s. 18). Oznacza to, że „przedmiotem badań” może być wszystko to, co nas otacza i nam towarzyszy.

Za **przedmiot badań** w niniejszej pracy przyjąłem: sytuację człowieka starego zamieszkującego w domu pomocy społecznej.

4.2. Problemy badawcze

Problem badawczy to swojego rodzaju pytanie, na które badacz chce otrzymać odpowiedź. Karl Popper (1902–1984) określił problem badawczy jako przedmiot wysiłków badawczych, czyli to, co orientuje nasze przedsięwzięcie poznawcze (Popper, cyt. za: Sztumski, 2020, s. 53). Oznacza to, że badacz w trakcie badań będzie czynił wysiłki w kierunku poznania przedmiotu jego zainteresowania.

Sztumski dokonuje podziału na typy problemów badawczych: teoretyczne i praktyczne, ogólne i szczegółowe oraz podstawowe i cząstkowe, które spełniają określoną rolę w nauce (Sztumski, 2020, s. 68).

Główny problem badawczy w tej pracy określiłem następująco: Czy, a jeżeli tak, to jakie należy podjąć działania, aby poprawić jakość życia osób starszych zamieszkujących w domu pomocy społecznej?

Ponadto z głównego problemu badawczego wyprowadziłem następujące **problemy szczegółowe**:

- (1) Jaki jest status socjodemograficzny osób starszych zamieszkujących badane DPS?
- (2) Czy wobec polskich domów pomocy społecznej można użyć terminu instytucja totalna, a jeśli tak, to co należałoby zmienić?
- (3) W jaki sposób osoby starsze zamieszkujące DPS zapewniają własne potrzeby biopsychospołecznych podczas nieobecności personelu placówki?
- (4) Czy domy pomocy społecznej jako instytucje osadzone w polskich warunkach pełnią funkcję pomocową nad swoimi pensjonariuszami i pensjonariuszkami?
- (5) Czy domy pomocy społecznej pełnią funkcję kontrolną nad swoimi pensjonariuszami i pensjonariuszkami?
- (6) Jakie oczekiwania przejawiają osoby starsze zamieszkujące badane domy pomocy społecznej w zakresie świadczonych przez nie usług opiekuńczych?
- (7) Jak przedstawia się codzienność osób starszych zamieszkujących w wybranych domach pomocy społecznej?
- (8) Czym charakteryzują się relacje interpersonalne pomiędzy osobami starszymi zamieszkującymi wybrane domy pomocy społecznej?
- (9) Czym charakteryzują się relacje interpersonalne pomiędzy osobami starszymi zamieszkującymi wybrane domy pomocy społecznej a personelem?
- (10) Czy, a jeżeli tak, to czym charakteryzuje się występowanie i zażywanie środków psychoaktywnych wśród społeczności wybranych domów pomocy społecznej?
- (11) Jak przedstawia się stan bezpieczeństwa infrastrukturalnego w wybranych domach pomocy społecznej?
- (12) Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób pensjonariusze i pensjonariuszki DPS radzą sobie z problemami dotyczącymi religijności i/lub duchowości?
- (13) Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób pandemia COVID-19 przełożyła się na kondycję biopsychospołeczna osób starszych zamieszkujących wybrane domy pomocy społecznej?

- (14) Jak przedstawia się aktywność wśród osób starszych zamieszkujących wybrane domy pomocy społecznej w obszarze realizacji swoich pasji?
- (15) Jak wygląda aktywność ludzi starszych zamieszkujących wybrane domy pomocy społecznej w zakresie uczestnictwa w zajęciach o charakterze społeczno-kulturalno-edukacyjno-sportowym?
- (16) Jak przedstawiają się kontakty społeczności zamieszkującej wybrane domy pomocy społecznej ze swoimi rodzinami?

Badania naukowe przeprowadzone w domach pomocy społecznej polegały na zamieszkaniu w środowisku osób korzystających z usług DPS i asymilacji z tą społecznością. Ponadto, podczas analizy literatury przedmiotu nie napotkałem na żadną publikację naukową, na którą mógłbym się powołać w zakresie zachowań osób starszych zamieszkujących polski dom pomocy społecznej z perspektywy mieszkańca.

Wchodząc do środowiska, nie wiedziałem, co mnie może spotkać poza ewentualnym ostracyzmem ze względu na wiek lub grane „pochodzenie uliczne”. Nie znalazłem też żadnej teorii naukowej, którą można byłoby dopasować do planowanych badań. Jako badacz miałem zamiar poznać ten inny świat i zaobserwować życie osób starszych w domu pomocy społecznej, na które składają się przyzwyczajenia, zachowania, zaskakujące postępowanie społeczności domów pomocy społecznej, które ukazują się potajemnie z zamiarem przechytrzenia personelu ośrodka.

Podjmując badania naukowe dotyczące problematyki ludzi starych zamieszkujących dom pomocy społecznej, a także przedmiot badań związany ze zjawiskami społecznymi występującymi w domu pomocy społecznej, posłużyłem się paradygmatem interpretatywnym. Dodatkowo ze względu na osobiste przeżycia w pracy zawodowej związanej ze środowiskiem DPS oraz w uczestnictwie w badaniach naukowych w innych DPS, wybrałem paradygmat autoetnograficzny.

Paradygmat interpretatywny, który według Normana K. Denzina i Yvonny S. Lincoln należy rozumieć jako „każde badanie interpretatywne; jest kierowane przez żywione przez badacza przekonania i odczucia dotyczące świata i tego, jak należy go rozumieć i badać” (Denzin, Lincoln, 2014, s. 51). Zatem wymagania paradygmatu interpretatywnego, na które zwracają uwagę Denzin i Lincoln, realizowane są według poglądów i wizji badacza poznającego rzeczywistość taką, jaką sam dostrzega.

Zdaniem Denzina i Lincoln badania jakościowe są „usytuowaną aktywnością, która umieszcza obserwatora w świecie. [...] to interpretatywne, naturalistyczne podejście do świata. Oznacza to, że badacze jakościowi badają rzeczy w ich naturalnym środowisku, próbując nadać

sens lub interpretować zjawiska przy użyciu terminów, którymi posługują się badani ludzie” (Denzin i Lincoln, 2014, s. 23). Takimi badaniami mogą być badania autoetnograficzne.

Z kolei Anna Kacperczyk uważa, że paradygmat autoetnograficzny jest nowym paradygmatem wytwarzania wiedzy o życiu społecznym i jego uczestnikach (Kacperczyk, 2014, s. 34).

Według Stacy Holman Jones autoetnografia zmierza do połączenia tego, co osobiste z kulturą, ale nie jest osiągnięciem równowagi ani stagnacji. Opis autoetnograficzny jest prezentacją świata, w którym ustawicznie dochodzi do zmian na linii przeciwstawnych zależności tj. kryzys a rozwiązanie, pisarz a czytelnik itp. Jones podkreśla, że autoetnografia jest chwiejną równowagą (Jones, 2014, s. 177).

Według Agnieszki Janiak autoetnografia „polega na potraktowaniu doświadczenia badacza jako materiału, który pozwala przyjrzeć się rzeczywistości społeczno-kulturowej. Badacz „używa siebie” do pokazania mechanizmów kształtujących jakiś obszar rzeczywistości, w procesie analizy łączy autobiograficzne i osobiste z kulturowym i społecznym” (Janiak, 2021, s. 14). Oznacza to, że wszelkie doświadczenia badacza zanurzonego w obszar zakresu aktualnych problemów społeczno-kulturowych mogą być wykorzystane do kształtowania określonego obszaru zainteresowania.

Kacperczyk uważa, że autoetnografia jest pojęciem odnoszącym się do kilku powiązanych ze sobą znaczeń o różnym zakresie ogólności. Autoetnografię można odczytywać jako określoną technikę otrzymywania materiałów, polegającą na zleceniu badanym lub wyznaczeniu sobie zadania w postaci stworzenia autoetnograficznego opisu, który następnie będzie poddawany przez badacza analizie. To także pewna strategia badawcza, która polega na celowym i planowym dokonywaniu aktów autoobserwacji w dłuższej perspektywie czasu, podczas uczestniczenia w określonym procesie społecznym i relacjonowaniu na bieżąco własnych przeżyć, uczuć i refleksji zapisanych w postaci notatek terenowych lub dziennika autoobserwacji. Autoetnografia to także wzorzec do uprawiania nauki w zakresie nauk społecznych i sposobu na wytwarzanie wiedzy (Kacperczyk, 2014, s. 37-38).

Creswell twierdzi, że badania jakościowe to „analizowanie i interpretowanie znaczeń, jakie jednostki lub grupy przypisują problemom z zakresu nauk społecznych i nauk o człowieku. Proces badawczy obejmuje wyłanianie nowych pytań i procedur w toku badania, gromadzenie danych w warunkach współuczestnictwa, indukcyjną analizę danych od szczegółu do ogółu oraz interpretację danych” (Creswell, 2013, s. 243). Oznacza to, że w ramach badań jakościowych zebrany materiał badawczy poddany będzie analizie i hermeneutycznemu procesowi.

Powołując się w niniejszym rozdziale na literaturę przedmiotu, a także przyjęte paradygmaty autoetnograficzny i interpretacyjny, które związane są ze strategią jakościową, zyskałem podstawy do nieprzyjęcia hipotezy badawczej. Badania naukowe, które przeprowadziłem, polegały na uogólnieniu jednostkowych obserwacji (Konarzewski, 2000, s. 42), w których byłem uczestnikiem i badaczem w jednej osobie. Przyjęty przeze mnie plan działania nie zakładał również przyjęcia teorii naukowej. Zdaniem Krzysztofa Konarzewskiego (1948–2020), „gdy nie ma teorii, nie ma hipotezy” (Konarzewski, 2000, s. 43). Oznacza to, że jeżeli badacz nie posłuży się teorią naukową, to nie będzie miał podstaw, by postawić hipotezę badawczą.

W każdym DPS zaobserwowałem różne zjawiska społeczne, które stanowią rzeczywistość społeczną i nie było można jednoznacznie stwierdzić, że wyłonione w trakcie badań zjawiska będą się powtarzać w innych placówkach opiekuńczych. Każdy ośrodek, niezależnie od obowiązujących przepisów, jest charakterystyczny dla siebie samego. Oznacza to, że DPS usytuowany jest na określonym terenie powiatu, z którego pochodzą ludzie tworzący kulturę, obyczaje i zachowania zamieszkujących i pracujących w nim ludzi z danego obszaru.

Zasadniczym celem badań było zebranie materiału badawczego, który miał umożliwić udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze, które zawarłem w poprzednim podrozdziale.

Każde z badanych środowisk osób starszych zamieszkujących DPS były różniące się od siebie, co oznacza, że zaproponowana jakakolwiek hipoteza badawcza nie będzie mogła być sprawdzalna. Z kolei niesprawdzalność, zdaniem Konarzewskiego, polega na tym, że projektowanie badania nie jest w stanie potwierdzić hipotezy (Konarzewski, 2000, s. 43).

4.3. Strategia badawcza

Na każdym etapie rozwoju człowiekowi towarzyszą indywidualne potrzeby, które człowiek stara się zaspokajać we własnym zakresie. Wchodząc w okres starości, pojawiają się przeszkody, które ograniczają zdolność w zaspokajaniu podstawowych indywidualnych potrzeb. Starość to okres życia człowieka, w którym, żeby cokolwiek zaspokoić lub zdobyć, ludzka jednostka musi to okupić znaczącym wysiłkiem. Człowiek w starości wszelkie czynności, jeśli może je wykonać, robi wolniej niż lata temu. Wraz z wiekiem pojawiają się problemy ze wzrokiem, słuchem, sprawnością fizyczną, mową, pamięcią itp. Człowiek stary coraz częściej zapada na choroby przewlekłe, np. takie, jak: nadciśnienie tętnicze, depresja, otępienia o późnym początku, cukrzyca, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, reumatyzm, osteoporoza czy choroby nowotworowe.

Wszelkie działania związane z poprawą warunków życia ludzi starszych zamieszkujących w domu pomocy społecznej są niezmiernie ważne. Warunki, w jakich przyszło mieszkać określonej społeczności w instytucji opiekuńczej, są bardzo różne. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że głównie zależy to od zaangażowania finansowego organu prowadzącego, obiektu, personelu i wreszcie od samych osób zamieszkujących dany ośrodek. Wspomniane doświadczenia pochodzą z okresu mojej pracy zawodowej w DPS, co w znaczącej mierze wpłynęło na rzeczywisty obraz problemu. Jest to też wiedza zdobyta podczas wizyt studyjnych w DPS, na podstawie wywiadów z pracownikami i mieszkańcami ośrodka. Doświadczenia te stały się impulsem do zainteresowania się problematyką sytuacji w polskich DPS. Jednakże dopiero zapoznanie się z doświadczeniami i badaniami Yanna Straussa wskazały mi metodę i technikę badawczą.

Podjęcie próby wejścia w środowisko osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej stało się okazją do bliższego poznania zjawisk społecznych występujących wśród społeczności DPS. Dotychczasowe polskie opracowania dotyczące przedmiotowych ośrodków mają charakter teoretyczny. Z kolei niniejszy tekst stanowi relację badacza osadzonego w domu pomocy społecznej jako jego mieszkańca w ramach badań naukowych. Tekst jest przekazem występujących zjawisk społecznych, które najprawdopodobniej mają miejsce w wielu, jeśli nie w większości DPS w Polsce.

W celu poznania wcześniej przytoczonych uwarunkowań, przygotowałem plan badań opierający się głównie na obserwacji grupy społecznej, jaką było środowisko osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej.

Etnopedagogika jest działem pedagogiki. Jerzy Nikitorowicz uważa, że „związki i zależności funkcjonowania osób identyfikujących się z grupami [...], przebiegających w tych grupach procesów socjalizacji i enkulturacji, z pedagogiką, która wskazuje na możliwości rozwoju człowieka, wspiera go w procesie wychowania, kształcenia i samokształcenia w ciągu całego życia, kształtuje postawy [...]” (Nikitorowicz, 2017, s. 16). Oznacza to, że jednostka wchodząca w skład określonej grupy będzie podlegała procesom zachodzącym w tych grupach przy jednoczesnym jej rozwoju.

Zdaniem Nikitorowicza, etnopedagogika analizuje procesy wychowawcze w różnych grupach społecznych (Nikitorowicz, 2017, s. 17). Etnopedagogika wskazuje na szacunek do tradycji, przekaz odziedziczonych wartości kulturowych, jakby wpisanych w ludzką egzystencję, ale także dostrzega osobowy wymiar edukacji, która jest edukacją do kultury i co najistotniejsze przez kulturę w wolnym wyborze wartości (Nikitorowicz, 2017, s. 24).

„Przedmiotem etnopedagogiki jest ustawiczne stymulowanie mózgu, świadomy i zorganizowany proces enkulturacji, wychowania i akulturacji, który powinien przygotowywać człowieka do interakcji z Innymi [...]” (Nikitorowicz, 2017, s. 216), czyli zadaniem etnopedagogiki jako działu pedagogiki będzie ciągle pobudzanie mózgu jednostki, udział w procesie nauki kultury, wychowania i uczestniczenie w procesie uczenia się i przyjęcia kultury innej niż był wychowywany. Akulturacja będzie swojego rodzaju przymuszeniem do przyjęcia zwyczajów i zachowań występujących w innej, nowej kulturze. Osoba przybywająca z innej kulturowości powinna być świadoma, że jeżeli nie podda się nowym warunkom dominującej społeczności lub będzie narzucała własne, wówczas może doświadczyć ostracyzmu (Eller, 2012, s. 383).

W niniejszej pracy studium etnopedagogiczne jest rozprawą nad procesem edukacyjnym zorientowanym na człowieka starego, który przygotowuje do funkcjonowania w instytucji totalnej, jaką jest dom pomocy społecznej. Jest to także rozprawa nad przebiegającymi procesami socjalizacji, akulturacji, rozwoju, wychowania, kształcenia i samokształcenia.

Za strategię badawczą przyjąłem metodę triangulacji badań. W ramach tej metody weszły badania: autoetnograficzne, etnopedagogiczne i badania w działaniu. Dzięki zastosowaniu metody triangulacji mogłem osiągnąć cele badawcze i odpowiedzieć na pytania badawcze.

Zdaniem Teresy Bauman i Tadeusza Pilcha, „badanie w działaniu to studia nad społeczną sytuacją, w której znajduje się badacz, z zamiarem ulepszenia jej, czyli udoskonalenia jakości swego działania w trakcie jego trwania” (Pilch, Bauman, 2001, s. 307). Badania w działaniu umożliwiają przygotowanie materiału badawczego, który po analizie umożliwi wypracowanie wniosków koniecznych do dokonania zmian w zakresie funkcjonowania badanego obszaru.

Kacperczyk uważa, że autoetografia jest metodą, która wnosi w proces badawczy samego autora z jego wrażliwością, wiedzą, refleksyjnością itp. Poza tym analizuje własne doświadczenia, ujawnia własną perspektywę rzeczywistości (Kacperczyk, 2014, s. 37-38). Według Katarzyny Kalinowskiej najlepszym i unikatowym narzędziem hermeneutycznym jest badacz, który jest autorefleksyjny i najlepiej czuje badany obszar. Dzięki temu można sięgnąć do głębszych obszarów wiedzy (Kalinowska, 2017, s. 16-17). Oznacza to, że badacz jako narzędzie badawcze, poza zbieraniem materiału badawczego, będzie go wzbogacał o osobiste refleksje ukazujące się u badacza w trakcie badań naukowych. Dodatkowo dodaje możliwość odkrycia nowych, dotąd nieznanych, obszarów wiedzy.

Będąc pracownikiem domu pomocy społecznej, miałem możliwość przyjrzenia się funkcjonowaniu tej instytucji pomocowej. W ciągu kilku lat wyłonił się przede mną obraz placówki, która wymaga przebudowy strukturalnej w celu sprawnego jej funkcjonowania.

Wchodząc w środowisko DPS, stałem się jego członkiem i uczestnikiem jego codzienności. Obserwacja uczestnicząca ukryta dostarczyła mi pełnego obrazu rzeczywistości. Poza tym byłem jednością jako przedmiot i uczestnik badania, ponieważ miałem możliwość dostarczenia przedmiotu badań na podstawie autoobserwacji jako mieszkańiec (bo przecież funkcjonowałem w tych samych warunkach, co autentyczni mieszkańcy DPS). Dodatkowo chciałem zbadać rzeczywistość pod względem jej rozwoju.

Ta różnorodność badań pozwoliła mi poznać problematykę osób starszych zamieszkujących DPS, w którym pracowałem i – jako badacz – mieszkałem.

Kurt Lewin zwraca uwagę, że zastosowanie badań w działaniu było odpowiedzią na brak skuteczności technik wykorzystywanych do poprawienia relacji między grupami. Zdaniem Lewina, badania niezbędne dla działalności socjalnej można określić jako badania służące społecznemu zarządzaniu. Są to swego rodzaju badania w działaniu, porównawcze badania warunków i efektów różnych form działalności socjalnej oraz prowadzące do działań socjalnych (Lewin, 2010, s. 5-6), czyli zmierzające do poznania rzeczywistości, aby dokonała się pozytywna zmiana,

Zdaniem Petera Reasona i Hilary Bradbury, „badania w działaniu są opartym na uczestnictwie demokratycznym procesem, którego podstawę stanowi rozwijanie wiedzy praktycznej w dążeniu do osiągnięcia celów ważnych dla człowieczeństwa, opartej na czynnym uczestnictwie, które jak sądzimy, właśnie w tym historycznym momencie, staje się coraz powszechniejszą praktyką. Badania w działaniu polegają na łączeniu przemyśleń i działań, teorii i praktyki, poprzez współpracę z innymi, służącą osiągnięciu praktycznych rozwiązań kwestii palących dla ludzi, oraz, bardziej ogólnie, wspieraniu rozwoju tak jednostek, jak i całych społeczności” (Reason i Bradbury, cyt. za: Červinková, 2012, s. 8-9). Oznacza to, że czynne uczestnictwo w badaniach, stanowi podstawę do rozwoju wiedzy praktycznej istotnej dla ludzkości. Badania polegają na połączeniu przemyśleń i działań, teorii i praktyki, poprzez współdziałanie z innymi jednostkami w celu wzmacniania rozwoju pojedynczych osób, jak i całych środowisk społecznych.

Badania w działaniu rozpoczynają się od przeprowadzenia rekonesansu i zebrania podstawowych danych do przygotowania się do wykonania zadania i oceny przydatności zebranych danych. Planowanie zadania rozpoczyna się od nauki sytuacji, która pozwoli uzyskać nowe spojrzenie na problem, ustalając słabe i mocne strony badanego problemu, aby móc zastosować właściwe techniki i narzędzia. Następnie badacz powinien dokonać symulacji do przygotowania kolejnego kroku, tzn. precyzyjne zaplanowanie operacji, jej przeprowadzenie i sprawdzenie nowej rzeczywistości (Lewin, 2010, s. 9).

Obszarem zainteresowań i dociekań w ramach projektowanych badań był człowiek stary w domu pomocy społecznej. W powszechnej opinii społecznej dom pomocy społecznej jest kojarzony jako dom starców, w którym mieszkają osoby stare, schorowane, przygotowujące się do przekroczenia smugi cienia (Zych, 2013), czyli tej fazy pomiędzy życiem a śmiercią.

Według Thomasa S. Kuhna (1922–1996) paradygmatem nazywamy „powszechnie uznane osiągnięcia naukowe, które w pewnym czasie dostarczają społeczności uczonych modelowych problemów i rozwiązań” (Kuhn, 1968, s. 12). Z kolei zdaniem Mieczysława Malewskiego, pojęcie paradygmatu oznacza instrument, który umożliwia transfer rzemieślniczych procedur pomiędzy kolejnymi społecznościami uczonych (Malewski, 1998, s. 20). Paradygmat jest zatem swojego rodzaju wzorcem służącym do opracowania rozwiązań problemowych, nad którymi pracują uczeni.

Dla realizacji wyznaczonych celów wybrałem metodę etnograficzną, którą Michael Angrosino nazywa sztuką i nauką skupioną na opisie grupy ludzkiej – jej instytucji, zachowań interpersonalnych, wytworów materialnych i przekonań (Angrosino, 2020, s. 44).

Zdaniem Jacka Davida Ellera, badania terenowe są metodą antropologiczną polegającą na udaniu się do społeczności, którą chcemy badać, i zamieszkiwaniu w jej obrębie przez dłuższy czas w celu zebrania danych z tzw. z pierwszej ręki (Eller, 2012, s. 59). Eller nie sprecyzował jednak, co oznacza „dłuższy czas”, zatem niniejsze pojęcie można traktować bardzo subiektywnie i o czasie pobytu w rejonie badań decyduje badacz na etapie planowania procesu badawczego lub podczas jego trwania, przerywając z ważnego powodu.

Jak podaje Earl Babbie, „badania naukowe sprowadzają się do prowadzenia obserwacji i interpretowania ich wyników” (Babbie, 2009, s. 106). Oznacza to, że wyniki badań są subiektywne, wynikające z ogólnej postawy badacza do miejsca i otoczenia oraz zasad współżycia społecznego badanej grupy.

Chcąc poznać problem leżący w zakresie moich zainteresowań, przyjąłem określoną metodę badawczą, którą Stefan Nowak uznaje jako „przede wszystkim typowe powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służące do uzyskania [...] odpowiedzi na stawiane pytania” (S. [tefan] Nowak, 1985, s. 22). Oznacza to, że niniejsze działania pozwalają na zebranie materiału badawczego w celu poznania odpowiedzi na nurtujące badacza pytania.

W trakcie pobytu stacjonarnego w DPS L1 i DPS CH2, poza obserwacją uczestniczącą, prowadziłem wywiady nieskategoryzowane z mieszkańcami i mieszkankami. Wywiady te miały charakter swobodnej rozmowy, podczas której mieszkańcy opowiadali o swoich rodzinach, przyzwyczajeniach, potrzebach, formach spędzania czasu wolnego, problemach

zdrowotnych i osobistych. Opowiadali również o zabawnych wydarzeniach, w których uczestniczyli lub byli świadkami. W trakcie takich konwersacji niektórzy rozmówcy ostrzegali mnie przed innymi mieszkańcami i personelem. Treści tychże rozmów zamieściłem w załączniku na końcu niniejszej dysertacji.

Według Angrosino obserwacja „jest aktem spostrzegania zjawisk i rejestrowania ich w celach naukowych, często za pomocą odpowiednich narzędzi” (Angrosino, 2020, s. 106). Jako narzędzie badawcze podczas obserwacji uczestniczącej wykorzystałem dziennik obserwacji, w którym opisywałem swój pobyt w ośrodkach DPS L1 i DPS CH2.

Sprawozdanie z badań naukowych powstało na podstawie obserwacji, notatek terenowych i dokumentacji z badań (Denzin i Lincoln, 2014, s. 55), które zostały uporządkowane i zapisane w postaci publicznego tekstu (Denzin i Lincoln, 2014, s. 55). Materiał zawiera rzeczywisty opis życia mieszkańca DPS dostrzeżony i doświadczony przez badacza DPS. Niniejszy tekst nie tylko zawiera relacje przeniesione z dziennika obserwacji, ale również zawiera odczucia i emocje towarzyszące badaczowi podczas badań naukowych. Element autorefleksyjności nie był przewidziany w procesie planowania badań naukowych. Ta nieprzewidziana sytuacja nie tylko poszerzyła wiedzę z zakresu funkcjonowania instytucji pomocowej, ale również w wyniku autoobserwacji, dostarczyła informacji o człowieku, który zamieszkał w niej z własnej woli i musiał zmagać się ze wstrząsającymi emocjami. Wcielając się w postać mieszkańca, mogłem poznać i zrozumieć emocje, jakie towarzyszą pensjonariuszom i pensjonariuszkom każdego dnia.

Środowisko osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej należy do tej samej społeczności, w której dochodzi do różnych sytuacji pożądanых i niepożądanych. Nie zamierzam w tym miejscu dokonywać porównań z grupami, do których należą dzieci, młodzież, studenci, osoby aktywne zawodowo itp. Najprawdopodobniej każdy człowiek ma pewne słabości, do których się przyznaje bądź nie albo potajemnie stara się przemyścić to, co jest zabronione.

Wzięcie udziału w badaniach naukowych w charakterze mieszkańca, wiązało się z poddaniem się charakteryzacji polegającej na zapuszczeniu brody i włosów. Miałem nadzieję, że przyjęcie wyglądu osoby bezdomnej i zaniedbanej zwiększy moje szanse na akceptację środowiska DPS. Niniejsze przygotowania miały charakter czysto nowatorski, gdyż nie natrafiłem na literaturę, na podstawie której można było się kierować w trakcie przygotowań do badań w środowisku DPS jako jego mieszkańiec.

Po uzyskaniu wszelkich pozwoleń na udział w zaplanowanych badaniach naukowych, przybyłem do poszczególnych placówek i dzięki pracownikom socjalnym zostałem wprowadzony do środowiska DPS, a następnie przystąpiłem do zaplanowanych działań.

Badania jakościowe, w których wykorzystuje się metodę obserwacji uczestniczącej ukrytej, zastosowałem w badanych domach pomocy społecznej, w których przebywałem w charakterze mieszkańca po dwa tygodnie w każdym.

Na podstawie uzyskanych wyników badań naukowych, otrzymałem materiał badawczy, który posłużył do przeprowadzenia analizy i opracowania wniosków mogących posłużyć do przygotowania nowych standardów dla domów pomocy społecznej.

4.4. Metody, narzędzia badawcze i techniki badawcze

W metodologii badań naukowych występują pojęcia, do których w procesie badawczym badacz będzie się odwoływał w celu nadania im kształtu i przejrzystości. Podstawowym pojęciem stojącym na szczycie „piramidy metodologicznej” jest metoda. Według Nowaka „metoda, to tyle, co określony, powtarzalny i wyuczony sposób – schemat lub wzór – postępowania, świadomie skierowanego na realizację pewnego celu poprzez dobór środków odpowiednich do tego celu [metoda naukowa oznacza] pewien określony sposób postępowania zmierzającego świadomie do realizacji pewnego celu czy pewnej kategorii celów poznawczych w nauce” (S. [tefan] Nowak, 1985, s. 19). Oznacza to, że w wyniku określonego sprawdzonego sposobu postępowania i doborze odpowiednich środków można osiągnąć zakładany cel poznawczy.

Konarzewski metodę określa jako ustalony i zaaprobowany przez społeczność naukową sposób wykonywania każdej czynności występującej w określonych schematach dających się opisywać (Konarzewski, 2000, s. 15).

Jako jedną z metod badań jakościowych w pedagogice w zakresie zbierania danych, Krzysztof Rubacha wymienia obserwację uczestniczącą, zwaną także etnograficzną (Rubacha, 2006, s. 35). Zdaniem Davida Silvermana, rozróżnia się dwa rodzaje środowisk zainteresowania badacza tj. 1) zamknięte lub prywatne, 2) otwarte lub publiczne. W zależności od rodzaju środowiska, w którym badacz przebywa. Poza tym Silverman wyróżnia dwa rodzaje dostępu: ukryte i jawne (Silverman, 2011, s. 306).

Badania autoetnograficzne, etnopedagogiczne i badania w działaniu zrealizowałem, wykorzystując następujące techniki badawcze:

- a) obserwacja uczestnicząca ukryta prowadzona w domach pomocy społecznej;
- b) wywiady swobodne i indywidualne (jawne i ukryte). Wywiady jawne przeprowadziłem z osobami zamieszkującymi DPS, w którym pracowałem. Z kolei wywiady ukryte zrealizowałem podczas pobytu w ośrodkach.

W niniejszych badaniach wykorzystałem następujące narzędzia badawcze:

- a) badacz w osobie autora niniejszej pracy, który był wykorzystany jako autoobserwator własnych zachowań i obserwator osadzony w środowisku DPS jako otoczeniu badawczym, przyglądając się jego codzienności;
- b) dzienniki obserwacji;
- c) opisy;
- d) autorefleksje – ze względu na obecność w środowisku DPS, w którym zamieszkują osoby starsze, mogłem wyrazić własne odczucia z pobytu w ośrodku, które mogły być odczuciami rzeczywistych mieszkańców DPS, którzy nie potrafili lub nie chcieli opowiedzieć o tym podczas wywiadów.

4.5. Metody analizy wyników badań

W niniejszej pracy przygotowałem materiał sprawozdawczy, w którym opisałem swój pobyt w domach pomocy społecznej. Niniejsze sprawozdanie powstało na podstawie notatek terenowych i dokumentacji z badań (Denzin i Lincoln, 2014, s. 55), które zostały uporządkowane i zapisane w postaci publicznego tekstu (Denzin i Lincoln, 2014, s. 55). Materiał zawiera opis otaczającej rzeczywistości z życia mieszkańca DPS, codziennie doświadczanej w różnych sytuacjach. Interpretacja materiału należała do badacza i jako badacz, a jednocześnie uczestnik w jednej osobie, przedstawiłem obraz sytuacji człowieka starego mieszkającego w domu pomocy społecznej. Należy zwrócić uwagę, że materiał badawczy dotyczy pobytu tylko w dwóch ośrodkach i obejmuje tylko pewien okres. Zdaniem Denzina i Lincolna „Jedna interpretatywna prawda nie istnieje. [...] jest wiele interpretatywnych społeczności, z których każda wytworzyła własne kryteria oceniania [...]” (Denzin i Lincoln, 2014, s. 55). Wcielając się w postać mieszkańca, mogłem poznać i zrozumieć rzeczywistość, która dotyka środowisko DPS każdego dnia. Kierując się paradygmatem interpretatywnym, otrzymałem obraz codzienności osób starszych mieszkających w DPS.

Pierwszy pobyt w domu pomocy społecznej odbył się w lipcu 2021 r. i pomimo bardzo dobrych warunków bytowych należał do najtrudniejszych etapów badań. Trudność ta związana była z etycznością. Jako badacz nie potrafiłem sobie wyobrazić reakcji społeczności DPS na poznanie prawdziwego powodu mojego pobytu w placówce.

W sierpniu 2021 r. zamieszkałem w drugim DPS pośród alkoholików i osób skazanych za przestępstwa kryminalne. Pomimo trudnego otoczenia i warunków bytowych, dość dobrze zniosłem czas pobytu.

Prowadzona przeze mnie obserwacja była zapisywana w dzienniku obserwacji i opatrzona komentarzem badacza. Komentarz dotyczył głównie atmosfery wydarzenia, towarzyszących zjawisk społecznych, uwag rozmówców, głosów świadków itp.

Treści przeprowadzonych rozmów z osobami zamieszkującymi DPS starałem się spisać z zachowaniem dokładnego ich przebiegu. Nie są to dosłowne wypowiedzi, ale raczej znaczenia, które zamieściłem w aneksie tej pracy.

Kolejnym etapem było wyłonienie z dzienników obserwacji punktów zbieżnych i rozbieżnych dla DPS, a następnie przygotowanie odpowiedzi na pytania badawcze.

Interpretacja badanych zjawisk i procesów społecznych należy do badacza, więc po przeprowadzeniu czynności wstępnych polegających na wyłonieniu zaobserwowanych zjawisk i ich opisie nastąpiła ocena poruszanej problematyki, którą zamieściłem w ostatniej części mojej pracy, poddając ją skategoryzowaniu i nadając jej następującą kolejność:

- 1) Pilne – wymagające natychmiastowych działań związanych z naruszeniem niezbywalnych praw do poszanowania ludzkiej godności.
- 2) Ważne – dotyczące konieczności poprawy warunków bezpieczeństwa osób zamieszkujących w DPS. Głównie dotyczy ochrony pożarowej oraz likwidacji barier i zagrożeń architektonicznych.
- 3) Pożądane – działania służące m.in. poprawie warunków sanitarnych i socjalnych w domach pomocy społecznej, a także doborowi placówki dla przyszłych pensjonariuszy/pensjonariuszek zgodnie z ich potrzebami. Ponadto czynności związane z realizacją oferty aktywizującej społeczność DPS.
- 4) Obowiązkowe – realizacja aktów prawnych wynikających z prowadzenia instytucji opiekuńczej.
- 5) Niepożądane – wszelkie działania mogące wywołać ograniczenie swobód obywatelskich.

Niniejsze oceny i przypisany im zakres oddziaływania mają charakter ewaluacyjny. Oznacza to, że obszar działań, w zależności od występującej sytuacji, może ulegać zmianie.

4.6. Teren, organizacja badań i dobór osób badanych

Uczestnikami badań były osoby mające 60 lat i starsze, zamieszkujące wybrane domy pomocy społecznej. Społeczność DPS tworzą osoby, które pochodzą z różnych środowisk społecznych. Społeczność tę tworzą grupy o różnym poziomie wykształcenia, co ma wpływ na ich kompetencje w sferze komunikacji interpersonalnej, zainteresowań i zachowań. Poza tym

każdy z mieszkańców i mieszkanki miał swoją osobowość, co miało przełożenie na podejmowanie aktywności w obszarze kulturowości i edukacji instytucjonalnej. Mają również przeróżne doświadczenie zawodowe i życiowe, które przekładają się na poziom zaangażowania w zajęcia na rzecz instytucji. Niejeden mieszkaniec lub mieszkanka pamiętają okres II wojny światowej, okres repatriacji z ziem wschodnich, a także pracę zawodową w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Rozmowa na te właśnie tematy była bardzo pouczająca, gdyż rozmawiałem z naocznymi świadkami transformacji społecznych, kulturowych i gospodarczych na szeroką skalę, przy jednoczesnym zachowaniu wyznawanych wartości tj. szacunek do rodziców, religia, nauka itp. Wśród badanej społeczności byli też tacy, którzy stawiali sobie za punkt honoru kogoś oszukać, okraść, pobić itp.

Poza tym osoby zamieszkujące DPS utrzymują na określonym poziomie relacje ze swoimi rodzinami (jeśli je mają). Wreszcie to, co najczęściej dotyka i wyróżnia przedstawicieli społeczności DPS – określony stan zdrowia, który często był i jest przeszkodą w zapewnieniu własnych potrzeb.

Głównym celem podczas prowadzonych przeze mnie badań, było poznanie zjawisk społecznych mających charakter codzienności lub wydarzeń powtarzających się wśród społeczności DPS, które były wynikiem jej postaw (zachowań). Wszystkie zauważone negatywne sytuacje najczęściej miały miejsce, gdy skład personelu DPS był ograniczony do dwóch lub trzech osób na zmianę nocną albo w soboty i niedziele.

Osoby zamieszkujące wybrane DPS należą do wyjątkowej grupy społecznej, która skupia wokół siebie swoje rodziny, przyjaciół, znajomych i pracowników DPS.

Mając na uwadze wkroczenie w życie innych ludzi należących do grupy osób zamieszkujących dom pomocy społecznej, musiałem podczas planowania procesu badawczego wziąć pod uwagę kilka czynników, bez których niniejsze przedsięwzięcie nie mogło być zrealizowane. Jednym z nich była etyczność badań.

Założenia do badań naukowych i moje zainteresowania ograniczały się tylko do postaw, zjawisk społecznych i aktywności osób starszych zamieszkujących wybrane DPS w strefie publicznej, tj. w świetlicach, korytarzach, hallach, salach rehabilitacji, salach terapeutycznych, salach wielofunkcyjnych, jadalniach, kaplicach, terenie zewnętrznym przyległym do DPS i poza nim.

Rozwijając przedstawione etapy, kierując się potrzebą poznania życia człowieka będącego w trzeciej fazie życia, podjąłem próbę przygotowania scenariusza badań według trzech rodzajów wiedzy: ontologicznej – odpowiadając na pytanie: Kim jest człowiek stary zamieszkujący DPS? Jaki jest w rzeczywistości człowiek stary w DPS? – epistemologicznej –

odpowiadając na pytanie: Jaki jest związek pomiędzy badaczem a tym, co poznaje? – metodologicznej – przyjęcie metody badań (Denzin i Lincoln, 2014, s. 51).

W ramach przyjętych założeń do badań przygotowałem koncepcję, która pozwoliła mi zebrać materiał badawczy umożliwiając wypracowanie wniosków do dalszych działań problemowych.

Głównymi punktami mojego zainteresowania w DPS L1 i DPS CH2 były codzienność życia osób starszych zamieszkujących wybrane ośrodki pomocowe i negatywne zjawiska społeczne występujące wśród społeczności DPS, a także sama instytucja jako jednostka opiekuńcza osadzona w polskich warunkach.

Jako badacz miałem okazję poznać ten świat z innej perspektywy. Na co dzień jako pracownik domu pomocy społecznej nie mogłem dostrzec potrzeb zamieszkującej go społeczności, gdyż postrzegałem wszystko z pozycji „osoby pełniącej nadzór nad opieką”. Oznacza to, że jako pracownik nie dostrzegałem zjawisk, które były skrzętnie przede mną ukrywane przez mieszkańców, mieszkanki i personel niższego szczebla DPS. Negatywne zjawiska, tj. przemoc personelu, rękoczyn i awantury pomiędzy podopiecznymi, spożywanie alkoholu, palenie papierosów w miejscach niedozwolonych itp., najczęściej miały miejsce w godzinach wieczornych, nocnych lub w weekendy. Obserwując codzienność społeczności DPS z pozycji mieszkańca, doświadczyłem wydarzeń, których w innych okolicznościach nie udało mi się zarejestrować. Dotyczy to przede wszystkim mieszkańców i mieszkanek oraz personelu DPS.

Dla realizacji celów badawczych przyjąłem następujące etapy badań:

- 1) Ustalenie problemów badawczych.
- 2) Planowanie:
 - a. wytypowanie domów pomocy społecznej do przeprowadzenia badań oraz uzyskanie formalnych dokumentów;
 - b. przygotowanie się do roli osoby bezdomnej (zapuszczenie włosów i zarostu, zgromadzenie starych ubrań itp.), wymagającej pomocy ze strony instytucji pomocowej;
 - c. przybycie do wytypowanego DPS, zakwaterowanie w charakterze mieszkańca i rozpoczęcie badań.
- 3) Prowadzenie obserwacji uczestniczącej ukrytej w środowisku osób starszych zamieszkujących DPS.
- 4) Zakończenie badań.
- 5) Analiza wyników badań.

6) Przeprowadzenie wnioskowania.

Podczas prowadzonego procesu badawczego nie można pominąć kwestii związanych z przestrzeganiem norm etycznych, które niewątpliwie powinny towarzyszyć każdemu badaniu naukowemu. Zaplanowane prace dotyczyły gromadzenia danych o ludziach i ich przestrzeni codziennego życia. W trosce o społeczność, w której się znalazłem, odrzuciłem jako badacz pytania o sprawy osobiste. Jeżeli w rozmowie pojawiła się informacja osobista, to została ona poddana ścisłej ochronie. Creswell uważa, że „nie wolno narażać uczestników na niebezpieczeństwo, a populację wrażliwą należy traktować ze szczególną ostrożnością” (Creswell, 2013, s. 109). Środowisko osób starszych jest szczególną grupą społeczną, która podlega szczególnemu traktowaniu i ochronie. Dlatego przedsięwzięcie zostało zaplanowane w taki sposób, aby było realizowane tylko w przestrzeni ogólnodostępnej (świetlice, halle, korytarze, jadalnie, tarasy itp.). Niejednokrotnie byłem zapraszany do pokoi innych mieszkańców na rozmowę, ale ze względu na obawy o swoje bezpieczeństwo, odmawiałem. Tłumaczyłem, że mam wyraźny zakaz odwiedzania kogokolwiek. Jako badacz zdawałem sobie sprawę, że moja funkcja jest obciążona pewnym ryzykiem, które dotyczyło kontaktów z obcymi ludźmi. Z doświadczenia wiem, że osoby starsze niekiedy mają predylekcje do konfabulacji, a w sytuacji, gdy nie znam człowieka, takie zaproszenie obciążone było dość dużym stopniem ryzyka. Zatem kierowałem się zachowaniem pewnego dystansu społecznego i unikałem takich spotkań, aby nic nie zaszkodziło moim planom w realizacji badań naukowych.

W swoich badaniach posłużyłem się obserwacją uczestniczącą ukrytą jako techniką badawczą, dzięki której zebrałem materiał badawczy mający charakter autentyczności i naturalności, który posłużył mi do przygotowania konstruktywnych wniosków o charakterze społecznym, kulturowym i instytucjonalnym. Zdaniem Babbiego, „gdyby ludzie wiedzieli, że są badani, mogliby zmienić swoje zachowanie na wiele różnych sposobów. [...] mogliby przegonić badacza. [...] mogliby zmodyfikować swoje wypowiedzi i zachowania, aby wydawały się bardziej godne szacunku, niż byłoby bez tego. [...] sam proces społeczny mógłby radykalnie się zmienić” (Babbie, 2009, s. 325). W całym procesie badawczym zwracałem uwagę na to, żeby nie przekraczać norm, które mogłyby uchybić badanej społeczności czy jednostce. Max Weber (1864–1920) uważał, że wszystkie badania w pewnym zakresie są skażone przez wartości badacza. (Weber, cyt. za: Silverman, 2011, s. 308). Oznacza to, że sam stosunek do badań jest wartością badacza, która może godzić w czyjąś wartość.

Robert E. Stake zwraca uwagę, że „badacze jakościowi są gośćmi w prywatnej przestrzeni. Powinni zatem zachowywać się nienagannie i zgodnie z kodeksem etycznym” (Stake, 2014, s. 648). Naruszenie przestrzeni jest karygodnym postępowaniem badacza, który

swoją osobą nie ma prawa zmieniać panujących obyczajów. Powinien kierować się dobrem gospodarza i nie dopuszczać do powstawania nadużyć.

Przyjmując, że człowiek doświadcza rzeczywistości każdego dnia, oznacza to, że proces poznawczy odbywa się samoistnie i nieprzerwalnie, dostarczając mu określonej wiedzy. Obserwujemy siebie i innych ludzi, aby nie myśleć stereotypowo, żeby rozumować w innych, lepszych kategoriach. Za pomocą metod badawczych można dostarczać lepszego, czystsze materiału poznawczego, przez co stajemy się bogatsi intelektualnie, dbając o własne środowisko społeczne. Poprzez zdobywaną wiedzę dajemy szansę na poprawę panujących warunków socjalnych w środowisku tzw. zbiorowego zamieszkania.

Każdy DPS był szczególnym miejscem do prowadzenia badań naukowych i wymagał ode mnie przestrzegania określonych norm społecznych, tj. poufności i prywatności badanej społeczności, a także dokładności, co według Clifforda G. Christiansa jest naczelną zasadą norm etycznych w naukach społecznych (Christians, 2009, s. 218).

Zdaniem Babbiego, najlepsze rezultaty obserwacji otrzymuje się, gdy badacz występuje w roli uczestnika badania, należąc do grupy badawczej (będąc wewnątrz środowiska). Podczas obserwacji jako uczestnik można wpływać na to, co jest przedmiotem badań (Babbie, 2009, s. 235), czyli wyłonić te zagadnienia, które nas interesują.

Do potrzeb badań naukowych przyjąłem następującą ogólną koncepcję badawczą, według której:

- (1) W obszarze moich zainteresowań było poznanie indywidualnych potrzeb osób starszych zamieszkujących DPS w czasie nieobecności personelu opiekuńczego i pozostałej kadry ośrodka oraz poznanie warunków codziennego życia społeczności instytucji totalnej, do której zalicza się dom pomocy społecznej, osadzonej w polskich warunkach. Niniejsze założenie da możliwość głębszego poznania problematyki dotyczącej osób starszych zamieszkujących DPS i pozwoli na ukazanie nowych zagadnień, które mogą mieć wpływ na powstawanie negatywnych zjawisk społecznych w domach pomocy społecznej oraz przygotowanie rozwiązań mających na celu przeciwdziałanie tym zjawiskom.
- (2) Przedmiotem moich zainteresowań były również zjawiska i sytuacje, które mogą towarzyszyć mieszkańcom w czasie nieobecności personelu ośrodka. Przyjąłem też, że prawdopodobnymi zjawiskami, które mogą mieć miejsce i przybierać na sile, będą: zaspokojenie potrzeb alkoholowych, seksualność

- wśród osób starszych (obserwacja tylko w obrębie sfery publicznej), lekomania, związki partnerskie, przemoc wobec siebie i współmieszkańców itp.
- (3) Przekraczając progi placówki, od pierwszych chwil wyglądem przypominałem osobę bezdomną tzn. zaniedbaną, ubraną w stare, zużyte ubrania, z obfitym zarostem, długimi włosami. Mój cały majątek zgromadzony był w starym plecaku i reklamówce, w którym znajdowały się podstawowe środki higieny i ubrania zgromadzone podczas przygotowań. Wygląd miał spowodować, że nikt mnie nie będzie wypytywał o powód zamieszkania w DPS.
 - (4) Do ośrodka wprowadził mnie pracownik socjalny, który zajął się przyjęciem mojej osoby do DPS bez rejestracji.
 - (5) Po zakwaterowaniu nastąpiło przedstawienie się dostępnej społeczności DPS.
 - (6) Badanie naukowe trwało 14 dni w jednej placówce.
 - (7) Obserwację prowadziłem z wykorzystaniem dziennika obserwacji.
 - (8) Na zakończenie badań ujawniłem się środowisku DPS w myśl reguły: „Żaden badacz nie oszukuje swoich badanych”.
 - (9) Na podstawie zebranego materiału badawczego opracowałem sprawozdanie z zaplanowanego przedsięwzięcia.

Rozpoczynając badania, ważne było dla mnie dopasować się do badanego środowiska i zostać przez nie zaakceptowanym. Według Angrosino „obserwator uczestniczący musi [...] postarać się, aby zyskać akceptację jako osoba [...]” (Angrosino, 2020, s. 48). Bardzo się różniłem od mieszkańców i mieszanek badanego DPS, przede wszystkim wyglądem, ale grzeczność i uprzejmość złamały wszystkie bariery i po kilku dniach zyskałem akceptację środowiska, stając się jednym z wielu mieszkańców ośrodka.

Praca w domu pomocy społecznej i ogrzewalni dla osób bezdomnych dostarczyła mi wzorców z zakresu występujących zachowań i zjawisk społecznych, szczególnie w środowisku osób nadużywających alkoholu. Dzięki temu wiedziałem, jakich zachowań mogę się spodziewać po stronie współmieszkańców DPS.

Badania terenowe prowadzone techniką obserwacji uczestniczącej ukrytej zaplanowałem i przeprowadziłem w dwóch państwowych domach pomocy społecznej. Lokalizację ośrodków zanonimizowałem, oznaczając je jako DPS L1 i DPS CH2. Skrót DPS oznacza dom pomocy społecznej, litery L lub CH pochodzą od pierwszych liter miejscowości, w których znajdują się DPS. Z kolei cyfry 1 lub 2 oznaczają kolejność odwiedzanych DPS i prowadzenie badań.

Poza tym, w poszanowaniu zasad o ochronie danych osobowych na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) pkt 26. „Zasady ochrony danych powinny mieć zastosowanie do wszelkich informacji o zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osobach fizycznych. [...] Zasady ochrony danych nie powinny [...] mieć zastosowania do informacji anonimowych, czyli informacji, które nie wiążą się ze zidentyfikowaną lub możliwą do zidentyfikowania osobą fizyczną, ani do danych osobowych zanonimizowanych w taki sposób, że osób, których dane dotyczą, w ogóle nie można zidentyfikować lub już nie można zidentyfikować” (Rozporządzenie 2016/679 (RODO) i akty towarzyszące – UODO, b.d.). W celu ochrony danych osobowych wszystkie imiona zostały zmienione, a nazwiska postaci przywołanych w tej pracy pominięte.

Pobyt w ośrodkach rozłożony był w dwóch przedziałach czasowych. W DPS oznaczonym jako L1 przebywałem w terminie od 12 do 26 lipca 2021 r. Z kolei w DPS CH2 zamieszkiwałem w okresie od 23 sierpnia do 6 września 2021 r. Badania naukowe realizowałem w czasie pandemii COVID-19.

W celu zebrania danych niezbędnych do udzielenia odpowiedzi na główny problem badawczy wykorzystałem obserwację uczestniczącą ukrytą. Zgodnie z przyjętymi założeniami, po zakończeniu etapu związanego z obserwacją, przeszedłem do kolejnych etapów badań.

Przyjęta przeze mnie koncepcja zapewniła neutralność zachowań uczestników badań i ułatwiła osiągnięcie zakładanego celu oraz była obiektywną egzemplifikacją zjawisk występujących w środowisku osób zamieszkujących domy pomocy społecznej.

Podstawowym założeniem badań etnopedagogicznych była organizacja i przebieg badań własnych w warunkach pandemii COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Oznacza to, że trudności związane z występującym zagrożeniem epidemicznym i obowiązującym reżimem sanitarnym wymagały gotowości do podjęcia działań w zakresie zmian w procesie badawczym w przypadku zwiększenia zagrożeń, łącznie z przerwaniem badań.

Bezwzględnym warunkiem przystąpienia do badań w domu pomocy społecznej oznaczonym jako DPS L1, jak również DPS CH2, było poddanie się szczepieniom przeciwko COVID-19. W moim przypadku było to przyjęcie dwóch dawek szczepionek firmy Pfizer i dopiero po nabyciu określonej odporności mogłem przystąpić do realizacji planu badań.

Współczesna literatura przedmiotu dużo uwagi poświęca problematyce dotyczącej osób starszych, dostarczając wyników badań o charakterze ilościowym i jakościowym. W ciągu

ostatnich lat powstało wiele projektów badawczych w ramach prac doktorskich i habilitacyjnych. Poza tym istnieje szereg opracowań, zestawień i raportów. Jednakże nigdzie nie natrafiłem w swoich poszukiwaniach na prace naukowe, w których by się zajęto w sposób kompleksowy zagadnieniami związanymi z zabezpieczeniem indywidualnych potrzeb osób będących w okresie późnej dorosłości zamieszkujących dom pomocy społecznej.

Termin instytucja totalna został wprowadzony przez Goffmana (Goffman, 2011, s. 14) w celu przeprowadzania analiz instytucji, w których występują ludzkie zbiorowości, gdzie w sposób zorganizowany nakazuje się im bezwzględne przestrzeganie zasad, których nikt wcześniej z nimi nie konsultował (Zbyrad, 2012, s. 19). Według Goffmana instytucja totalna, to „instytucja ograniczająca”. Goffman uważa, że „[...] każda instytucja dąży do ograniczania swych członków [...] ograniczający lub totalny charakter symbolizują często fizyczne bariery uniemożliwiające kontakt ze światem zewnętrznym: zamknięte drzwi, wysokie mury, zasieki z drutu kolczastego, strome brzegi lub woda, otwarta przestrzeń itp. Nazywam je instytucjami totalnymi (ang. *total institutions*)” (Goffman, 2006, s. 316). Goffman wyodrębnił 5 grup instytucji zajmujących się szeroko rozumianą opieką. Z czego do pierwszej z nich należą: domy starców, przytulki dla ociemniałych, żebraków i sierot (Zbyrad, 2012, s. 19). Oznacza to, że do wyróżnionych instytucji należą również domy pomocy społecznej, które swoim przeznaczeniem obejmują różne grupy osób. Zbyrad stawia pytania: „Czy instytucja opieki totalnej jest formą pomocy, czy raczej kontroli nad człowiekiem starym, niepełnosprawnym, ubogim? Czy mieszkańcy mają więcej praw, czy obowiązków? Czy obecnie funkcjonujące domy pomocy społecznej wyzbyły się syndromu instytucji totalnej?” (Zbyrad, 2012, s. 53).

W badaniach skupiłem się na przygotowaniu opisu obecnego kształtu opieki osób starszych zamieszkujących DPS, aby dokonać porównania z instytucją totalną, a także przedstawienia warunków zaspokajania potrzeb jego mieszkańców. W trakcie mojego pobytu często rozmawiałem z mieszkańcami i mieszkankami DPS na temat ich oczekiwań w zakresie codzienności życia w instytucji opiekuńczej. Poza tym podjąłem próbę odpowiedzi na główny problem badawczy i problemy szczegółowe, które powinny ukazać częściowy obraz opieki nad osobami starszymi w państwowych domach pomocy społecznej jako instytucji o charakterze totalnym.

Badania odbywały się w warunkach naturalnych w okresie pandemii koronawirusa. Był to szczególny okres, gdyż wymagał on zachowania warunków bezpieczeństwa wobec siebie i innych mieszkańców. Poza tym potrzeba poznania problematyki związanej ze środowiskiem zamieszkującym domy pomocy społecznej wynikała z troski o komfort życia w starości i przyszłość pokoleń, które zajmą miejsce obecnych.

Chcąc pozyskać informacje o problemach związanych z zaspokajaniem bieżących potrzeb człowieka starego żyjącego w domu pomocy społecznej, zanurzyłem się w jego środowisku i poznałem fragment „jego sceny”, która swoją ogromną objętością przyjmuje coraz częściej nowych „aktorów”, tworząc niewyczerpalne źródło wiedzy i propozycji.

Tematem przewodnim badań naukowych były zjawiska społeczne mające na celu zaspokoić potrzeby mieszkańców i mieszkanki DPS podczas nieobecności personelu ośrodka.

Przygotowanie planu działania należało do jednych z najważniejszych czynności w projektowaniu badań naukowych. Dokładny plan pozwolił mi na sprawne i uporządkowane wykonanie zadań stojących przed mną jako badaczem. Sztumski uważa, że „trzeba sobie uświadomić, że badania w naukach społecznych nie powinny być podejmowane tylko wyłącznie wtedy, gdy istnieje określony problem społeczny [...] zdarza się bowiem, że aby dany problem społeczny można było dojrzeć, trzeba wcześniej osiągnąć wiedzę o określonych zjawiskach społecznych [...]” (Sztumski, 2020, s. 47). Oznacza to, że przed przystąpieniem do planowania, należy się do tego przygotować poprzez zdobycie doświadczenia, informacje o problemach występujących w określonym środowisku społecznym.

Ogólne założenia, jakie przyjąłem, przygotowując się do badań naukowych, były związane z wytypowaniem ośrodków, w którym mógłbym przeprowadzić proces badawczy, a następnie uzyskać niezbędne zgody na jego realizację. Już na tym etapie spotkałem się z trudnościami o charakterze formalnym. Domy pomocy społecznej są instytucjami państwowymi, które funkcjonują w ramach ustaw, rozporządzeń i innych aktów prawa. Oznacza to, że dyrektorów DPS obowiązują ścisłe reguły w zakresie przyjmowania nowych osób do ośrodka i nie ma przepisów zezwalających na zamieszkanie w placówce bez zbadania sprawy przez ośrodek pomocy społecznej (OPS) z rejonu pochodzenia kandydata do DPS, wystąpienia OPS do powiatowego ośrodka pomocy rodzinie (PCPR) z wnioskiem o przydzielenie miejsca w DPS, który wydaje decyzje w imieniu starosty powiatowego. Procedura ta blokuje chęć zamieszkania w domu pomocy społecznej ludziom, którzy są samodzielni i zdrowi. Dla takich osób czekają miejsca w domach „jesieni życia”. Niestety, bez zgody starosty powiatu żaden dyrektor DPS nie wyraził zgody na przyjęcie mnie do placówki, odważył się przyjąć mnie do kierowanej przez niego placówki.

Innym działaniem formalnym było złożenie wniosku do uczelnianej komisji etyki ds. badań naukowych Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu (obecnie Uniwersytet Dolnośląski DSW) w sprawie uzyskania pozytywnej opinii w zakresie etyczności planowanych przeze mnie badań naukowych. Opinię w tej sprawie załączyłem na końcu niniejszej pracy.

Uzyskanie pozytywnej opinii wymienionej komisji etyki pozwoliło mi na formalne rozpoczęcie badań. Jednakże sytuacja pandemiczna związana z chorobą zakaźną COVID-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2 spowodowała zawieszenie projektu do momentu przywrócenia stanu bezpieczeństwa sanitarnego.

Projekt badań terenowych powstał w październiku 2019 r. Dwa miesiące później rozpoczęły się przygotowania do realizacji przedsięwzięcia, a cały projekt do czerwca 2020 r. Niestety, w marcu 2020 r. została ogłoszona pandemia związana z chorobą zakaźną COVID-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2. W związku z pandemią zawieszono na czas nieokreślony zaplanowane badania terenowe.

Sytuacja w kraju i na świecie spowodowała, że ludzkość walczyła z czymś, co jest wielką niewiadomą, z którą nikt nie mógł sobie poradzić. Z niecierpliwością oczekiwano szczepionek, które mogły odwrócić bieg historii rozwoju choroby, tym samym zmniejszając zachorowalność na COVID-19 i liczbę zgonów. Nadzieja na szczepionkę pojawiła się na początku 2021 r., ale też towarzyszyła jej obawa przed ewentualnymi powikłaniami po jej przyjęciu.

Pierwsze szczepienia przeciwko COVID-19 przyjąłem w marcu 2021 r. i powróciła nadzieja, że będzie można niebawem rozpocząć badania. W maju 2021 r. otrzymałem informację, że dyrektor domu pomocy społecznej, który wcześniej złożył pisemną deklarację w sprawie umożliwienia mi przeprowadzenia badań naukowych w swojej placówce, cofnął wcześniejszą zgodę.

Czas oczekiwania na poprawę sytuacji pandemicznej i rozpoczęcie badań naukowych upłynął mi na studiowaniu literatury przedmiotu, gromadzeniu starych, zniszczonych ubrań i zmianie swojego wyglądu, polegającej na zapuszczaniu włosów i brody, co trwało ponad półtora roku.

Kiedy sytuacja pandemiczna zaczęła się wyraźnie poprawiać, przystąpiłem do wytypowania domu pomocy społecznej, który spełniałby kryteria, czyli należał do typu pierwszego, przeznaczonego dla osób starszych lub typu drugiego, dla osób przewlekle somatycznie chorych. Kolejnym krokiem była rozmowa z dyrektorem wybranego DPS w celu przedstawienia koncepcji badań.

W tym przypadku była zgoda lub jej brak. Jeśli jednak udało mi się zainteresować dyrektora projektem badań, to nadawałem oficjalny bieg sprawie, tzn. występowałem z wnioskiem do starosty powiatu, pod który podlegał wybrany DPS, o udzielenie mi zgody na przeprowadzenie badań naukowych. Starostwa do sprawy podchodziły różnie, bo jeśli starosta się zgodził, to zarząd powiatu miał wątpliwości. Z kolei, jeśli starosta się nie zgadzał, wówczas sprawa była natychmiast zakończona. Niekiedy występowałem bezpośrednio do starosty powiatu z wnioskiem o zgodę na badania naukowe, na które wyraził zgodę wraz z zarządem

powiatu, ale dyrektor DPS takiej zgody nie udzielił. Na uwagę zasługuje fakt, że z dyrektorem niniejszego DPS rozmawiałem kilkakrotnie i za każdym razem wyrażał negatywną opinię o projekcie, który jego zdaniem narusza godność jego podopiecznych. Z kolei na pytanie, jak musiałby być przygotowany projekt, aby był zgodny z jego poglądami, dyrektor zaproponował mi, żeby mój udział w badaniach miał charakter jawny. Po kilku dniach przygotowałem nową propozycję badań naukowych, tym razem wykorzystując technikę obserwacji uczestniczącej jawnej. Niestety, swoją odmowę argumentował naruszeniem przepisów Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO), co naraża mieszkańców i mieszkanki DPS na ujawnienie ich wizerunku oraz danych osobowych i wrażliwych. Ponadto stwierdził, że muszę posiadać zgody wszystkich mieszkańców, abym mógł ich obserwować. Wyjaśniałem, że nigdzie w założeniach nie miałem zamiaru wykorzystywać ani wizerunku kogokolwiek, ani posługiwać się niezanonimizowanymi imionami czy nazwiskami. Kończąc rozmowę, stwierdził, że nie ma miejsca dla mnie w ośrodku i żadne przepisy nie pozwalają, abym mógł tam przebywać.

Uważałem, że jedynie słuszną decyzją z mojej strony, będzie zrezygnowanie z dalszych starań w sprawie uzyskania zgody na przeprowadzenie badań naukowych i z uwagi, że starosta powiatu partycypował w sprawie, to zobowiązany byłem powiadomić starostę o rezygnacji z badań na jego terenie i powodach swojej decyzji. Ta sytuacja mocno zaniepokoiła starostę, który zaczął podejrzewać, że podopiecznym może dziać się jakaś krzywda i zapowiedział kontrolę w tym ośrodku.

Opisana powyżej sytuacja była dla mnie dotkliwą porażką. Sądziłem, że nie uda mi się przełamać lodów, ale kilka dni później ponownie zacząłem szukać kolejnych ośrodków, z których również otrzymywałem negatywne odpowiedzi. Argumentacja była podobna, starostwa powoływały się na lakoniczne zapisy w przepisach RODO, które nie przewidują takich praktyk. W związku z tym nie było podstaw prawnych do podjęcia takiego działania. Powyższy problem świadczy o tym, że zarządzający DPS na szczeblu powiatu nadinterpretują przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, powszechnie znane jako RODO, a także obawiają się o dostrzeżenie zjawisk, które mogłyby zaszkodzić wizerunkowi instytucji, za którą odpowiadają. Do tego należałoby jeszcze dodać ogólną niechęć do badań naukowych i osób spoza grona DPS.

Typowanie placówek, które zechciałyby wziąć udział w przedsięwzięciu, odbyło się metodą losową, a raczej na zasadach dotarcia do starostów powiatów i dyrektorów DPS, wykorzystując metodę „rekomendacji”, a raczej „znajomości”, czyli znam osobę, która może

kogoś znać, kto zna dyrektora lub starostę i dzięki temu można było dotrzeć do urzędu lub instytucji, a następnie zapoznać z koncepcją badań i uzyskać zgody na badania naukowe.

Zwracając się z wnioskiem do wybranych starostw powiatowych, starostów i dyrektorów DPS, najczęściej otrzymywałem odpowiedź odmowną. Adresaci wniosków podkreślali, że są za rozwojem badań, ale w tej samej korespondencji powoływali się na opinię radcy prawnego, który wyrażał swoje wątpliwości z zakresu przepisów RODO, naruszenia dóbr osobistych oraz złamania zasad etyki i nie wyrażali zgody na przeprowadzenie tego typu badań (korespondencja z jednym z zarządów powiatu, 2021). Można było odnieść wrażenie, jakby ktoś chciał coś ukryć i obawiał się, że wszystko wyjdzie na jaw. Najczęściej otrzymywałem odpowiedzi, w których dyrektor DPS wyraził zgodę, ale zarząd powiatu tę zgodę cofnął. Były przypadki, że starostwo wykazywało duże zainteresowanie projektem, z kolei dyrektor nie wyraził zgody na badania. Argumentował to koniecznością uzyskania zgody mieszkańców, opiekunów prawnych i personelu, gdyż brak takiej zgody narusza ich prywatność. Zwracali też uwagę na brak regulacji prawnych w zakresie zamieszkania badacza na terenie DPS. Jeden z dyrektorów sięgnął po opinię Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej, w której powoływano się na art. 55 ust. 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności” (Ustawa o pomocy społecznej, 2004). W treści pisma jednoznacznie udzielono odpowiedzi dla dyrektora DPS, że za kwestie wynikające z przywołanej ustawy odpowiada dyrektor placówki i to na nim ciąży ta odpowiedzialność. Należy nadmienić, że z treści projektu jednoznacznie wynikało, że wyznawane wartości, uzyskane prawa i bezpieczeństwo wobec społeczności DPS oraz pracowników w żaden sposób nie będą naruszone. Podkreślałem również, że wszelkie koszty związane z moim pobytym w ośrodku będą się znajdować po mojej stronie. Oznacza to, że żaden ośrodek i osoby w nim zamieszkujące nie byłoby narażeni na straty finansowe.

Na podobne trudności w zakresie zorganizowania badań terenowych napotkała Joanna Zalewska: „Miałam odpowiednie pismo ze zgodą na badania z nadzorującego je organu opieki społecznej, a spotykałam się z różnym przyjęciem. Dom Pomocy Społecznej »Biochemik« ustami pracownicy socjalnej odmówił mi dostępu już telefonicznie, pomimo pisma, mówiąc, to pensjonariusze muszą się zgodzić, ale nie zezwalając ich zapytać. [...] Odpowiedź z Domu Opieki »Piękny Kwiat« 37 pod Warszawą przyszła negatywna. Kierowniczką pytała o zgodę mieszkańców, którzy odmówili, ponieważ są z dala od swoich rodzin, »ukrywają się«, »wstyd, że w domu opieki«, »u nas to jeszcze nie jak hotel a zło konieczne, przymus« – jej

sformułowania. Tymczasem dyrektor Domu Opieki »Kraina Wiecznej Szczęśliwości« pod Warszawą powiedział, że »starsi ludzie wszystko powiedzą, co ich boli, nawet i dziennikarzom. Im to wszystko jedno [czy są to anonimowe badania], raczej rodziny potem są niezadowolone«. Rozwinął tę wypowiedź, twierdząc, że ludzie starsi są jak dzieci, lubią rozmawiać z młodymi, bo mają nadzieję, że ktoś młody im pomoże, »[...] a ze starymi nie chcą rozmawiać. [...] Z tego, co się zorientowałam, nie pytał mieszkańców o zgodę na badania« (Zalewska, 2009, s. 66-67). Swoje problemy opisała w części metodologicznej rozprawy, która dotyczyła kilku placówek państwowych, jak i prywatnych.

Po kilku tygodniach moich starań udało mi się uzyskać zgody dyrektorów dwóch domów pomocy społecznej na przeprowadzenie badań naukowych i zamieszkanie w charakterze mieszkańca ośrodka, co w warunkach trwania pandemii COVID-19 stanowiło zagrożenie dla obu stron. Należy podkreślić, że żaden z dyrektorów nie dopatrył się w projekcie żadnych uchybień w zakresie ograniczeń mieszkańców i mieszkańek DPS, takich jak prawo do wolności, intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa itp.

Plan badań terenowych zakładał, że w dwóch wytypowanych domach pomocy społecznej spędzę po 14 dni. Pierwszym wytypowanym DPS do badań terenowych był ośrodek przeznaczony dla 100 osób w podeszłym wieku, który oznaczyłem symbolem DPS L1. Drugim domem pomocy społecznej, w którym mieszkałem przez okres dwóch tygodni, była placówka przeznaczona dla kobiet i mężczyzn przewlekle somatycznie chorych ze 114 miejscami, którą oznaczyłem jako DPS CH2. Obie instytucje znajdowały się na skraju środkowej części Polski i obie wyraźnie różniły się od siebie pod względem obowiązujących standardów.

W trakcie badań terenowych zauważyłem, że personel DPS L1 odznaczał się wysoką kulturą osobistą i troską o podopiecznych. Od pierwszych chwil pobytu w ośrodku podopieczni mogą się czuć bezpiecznie. Przybywający pensjonariusze po zakończeniu formalności i zakwaterowaniu zapoznają się z topografią i pełną ofertą ośrodka. Na każdym korytarzu zawieszona była tablica informacyjna, a na niej różne komunikaty, wskazówki i instrukcje. Ośrodek zrobił na mnie ogromne wrażenie, bo osoby zamieszkujące DPS L1 były należycie informowane o bieżących wydarzeniach organizowanych przez ośrodek. Wystarczył mi krótki spacer po terenie placówki i zorientowałem się, że jest to miejsce szczególne i przygotowane z myślą o ludziach starych. Szerokie korytarze, olbrzymi hall, optymalnie usytuowane windy, rozmieszczone tablice informacyjne wskazujące kierunek główny, korytarze mające swoje nazwy, wyposażenie i ciekawe rozwiązania techniczne, liczne wyjścia poza obiekt z poziomu „zero” świadczą o miejscu bezpiecznym dla osób przebywających na terenie DPS L1 przez całą dobę.

Cały obiekt znajdował się w bajkowej, leśnej scenerii z kilkoma spacerowymi alejami, terenem umożliwiającym uprawianie sportu i rekreacji, przyjmowanie gości itp. Po zapoznaniu się z pełną ofertą DPS poczułem się jak na niekończących się wczasach.

W dniu, w którym przybyłem do ośrodka, przywitał mnie pracownik socjalny, który zaprowadził mnie od razu do jednoosobowego pokoju i rozpoczął skrócony proces przyjęcia do DPS, który ograniczył się do krótkiego instruktażu dotyczącego obowiązujących zasad, czasu wydawania posiłków w DPS i najbliższych planów dotyczących zapoznania się z placówką.

W przydzielonym mi pokoju stało łóżko, szafka przyłóżkowa, dwa krzesła, stolik, szafa, wieszak na odzież, komoda i telewizor. Dodatkowo przy łóżku znajdował się przycisk przywoławczy. Z pokoju można było wyjść na balkon, z którego rozpościerał się widok na pobliski las i spacerowe alejki. Balkon dzieliłem z sąsiadem z lewej strony. Z kolei łazienka wyposażona była w prysznic, dużą umywalkę, wieszaki na ręczniki i toaletę. Łazienkę dzieliłem z sąsiadem z prawej strony. Warunki były isticie sanatoryjne.

Kilka minut po zakwaterowaniu przyszedł do mnie psycholog ośrodka i zaprosił mnie do zwiedzenia placówki. Zbliżająca się pora obiadowa była doskonałą okazją do przedstawienia mnie zgromadzonym przed wejściem do jadalni mieszkańcom i mieszkankom DPS. Przydzielono mi miejsce przy stoliku z panem Tadeuszem, z którym szybko zawarłem znajomość. Okazało się, że pan Tadeusz był moim sąsiadem, z którym zajmowaliśmy pokoje naprzeciwko siebie. Pan Tadeusz był przyjaznym człowiekiem, który przejął rolę przewodnika po DPS L1. Dzięki niemu szybko poznałem kilka osób, z którymi umówiłem się na zajęcia terapeutyczne, na które później chętnie uczęszczałem z całą grupą.

W rozmowie z dyrektorem dowiedziałem się, że w miejscu, gdzie teraz znajduje się DPS L1, stacjonowała niegdyś jednostka wojskowa, a po jej rozwiązaniu placówka została przeprojektowana i dostosowana do potrzeb osób starszych z niepełnosprawnością. Cały obiekt charakteryzował się funkcjonalnością i czystością.

Gdy minęły dwa tygodnie, zakończyłem badania terenowe w DPS L1 i opuściłem placówkę, a po niespełna miesiącu przybyłem do drugiego wybranego domu pomocy społecznej, który oznaczyłem jako DPS CH2. Wchodząc do budynku mieszkalnego, odniosłem wrażenie, że przeniosłem się w lata 50. XX wieku. Wszędzie panował papierosowy fetor pomieszany z zapachem moczu i kału. Ciemne i wąskie korytarze nadawały temu miejscu nieprzyjemny nastrój. Po krótkim rekonesansie budynku szybko rzuciły mi się w oczy: brudne ściany, wąskie klatki schodowe i korytarze, w łazienkach urządzenia były zużyte, brudne i pozbawione glazury. Poza tym ściany były zagrzybione i zapleśniałe. Pokoje mieszkańców

nie spełniały normy mieszkalnej, a w powietrzu unosił się wszechpanujący odór palonego tytoniu niskiej jakości. W porównaniu z DPS L1 ten ośrodek był jak dzień do nocy.

Przyjęcie przez dyrektora DPS CH1 i pracownika socjalnego było bardzo ciepłe. Pracownik socjalny zaprowadził mnie do mentora, czyli osoby zarządzającej oddziałem, który zaprowadził mnie do pustego pokoju dwuosobowego. Pokazano mi, gdzie znajduje się łazienka i świetlica, a po chwili przyniesiono mi obiad i zadano pytanie czy mam ze sobą sztucce? Mentor poinformował mnie, że – „Tutaj przeważnie mieszkańcy mają własne sztucce, ale za chwilę doniesiemy”. Na tym aktywność personelu się skończyła. Dopiero wieczorem, podczas obchodu, personel nocnej zmiany zapytał mnie: „Czy czegoś pan nie potrzebuje? Czy sam pan się myje?”.

Przydzielony pokój wyposażony był standardowo w łóżko, szafę, stół, krzesła, komodę, szafkę przyłóżkową i telewizor. Łazienki nie było. W rogu znajdowała się umywalka. Pokój ten przeznaczony był dla dwóch osób i nie spełniał normy mieszkalnej i wynosił ok. 10 m². Powierzchnia mieszkalna powinna wynosić min. 6 m² na osobę, czyli min. 12 m² całkowitej powierzchni mieszkalnej. Oznacza to, że pokój był mniejszy o 2 m² i nie mieścił się w standardach domów pomocy społecznej.

Do pozyskania materiału badawczego i osiągnięcia celu badawczego przyjąłem metodologię badań o charakterze jakościowym, wykorzystując metodę triangulacji. Oznacza to, że niniejsza metoda dostarczy wiedzy z kilku źródeł i dostarczy materiał badawczy do skonstruowania wniosków do dalszych działań w celu poprawy jakości życia osób starszych zamieszkałych w domu pomocy społecznej.

1. Źródło 1 – obserwacja uczestnicząca była prowadzona tylko w granicach ogólnodostępnego obszaru o modelu ukrytym, realizowana przeze mnie w środowisku osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej przez okres dwóch tygodni. Na niniejszym etapie zależało mi, aby zebrać informacje z zakresu aktualnych potrzeb mieszkańców, takich jak: co myślą, co mówią, jak przeżywają itp. W tym celu:
 - a) prowadziłem dziennik obserwacji;
 - b) prowadziłem wywiady etnograficzne, które według Rubachy nie posiadają struktury i nie są wystandaryzowane. Wywiad etnograficzny to poszukiwanie informacji na temat prowadzonych badań i jest nieodłącznym elementem obserwacji uczestniczącej (Rubacha, 2006, s. 43);
 - c) zebrałem informacje dotyczące oczekiwań mieszkańców wobec domu pomocy społecznej jako instytucji opieki totalnej;

- d) ujawniłem się w ostatnim dniu pobytu i przeprosiłem badane środowisko za wprowadzenie w błąd.
2. Źródło 2 – powtórzenie etapu I w drugim wybranym domu pomocy społecznej i zebranie materiału badawczego jako materiału porównawczego.
 3. Źródło 3 – doświadczenia zawodowe zebrane w okresie zatrudnienia w domu pomocy społecznej.

Przyjęty proces triangulacji źródła danych przyczyni się do trafności badania (Creswell, 2013, s. 207). Oznacza to, że jeżeli badacz zastosuje kilka źródeł danych, to badania będą charakteryzowały się wyższą trafnością.

Przyjęte przeze mnie techniki i metody badawcze były adekwatne co do przyjętej teorii i oparte na działaniach, które dostarczyły oczekiwanych odpowiedzi na pytania badawcze.

Wybór niniejszych technik i metod badawczych umocnił wyniki badań w zakresie ich trafności.

Etap pierwszy badań wskazał kierunek działań, które wyłoniły nowe zagadnienia, które rozwijałem w kolejnych etapach badań, poszukując ich potwierdzenia.

Środowisko osób starszych jest bardzo mi bliskie ze względu na codzienną obecność i przynależność do organizacji prosenioralnej. Niniejsze badania były przeprowadzone do celów naukowych dla wzmocnienia pozycji osób starszych w społeczeństwie i poprawy ich jakości życia w instytucji pomocowej.

Na podstawie zebranego materiału badawczego i przeprowadzonej analizy danych uważam, że poruszana w tej pracy problematyka może występować w innych ośrodkach i skutecznie się rozwijać. Dlatego zamierzałem podjąć działania zmierzające do potwierdzenia wcześniejszych założeń, poprzez zamieszkanie w domu pomocy społecznej jako osoba bezdomna na okres 2 tygodni.

Z dotychczasowych obserwacji wynika wzmożona aktywność mieszkańców w porze popołudniowej. Aktywność ta polegała m.in. na wychodzeniu na zakupy do pobliskiego sklepu (często po zakup alkoholu, słodczy czy też innych artykułów), z którego powrót odbywał się często w sposób skryty. Oznacza to, że przeprowadzenie wywiadów zanonimizowanych jest ważnym narzędziem dostarczającym odpowiedzi na istotne pytania.

Trzy źródła danych, jakimi są badacz i mieszkańcy dwóch wybranych DPS uczestniczący w badaniach terenowych dostarczyły odpowiedzi na pytania badawcze.

Powyższe działania pozwoliły mi zweryfikować prawdziwość założeń i zawęzić luki w materiałach badawczych w obszarze istniejących zjawisk społecznych i wyjaśnić aktualność

terminu „instytucja totalna”, który dotyczy domu pomocy społecznej jako instytucji opieki totalnej osadzonej w polskich warunkach.

Wszelkie wypowiedzi, które zamieściłem w niniejszej pracy, nie niosą za sobą informacji pozwalających na identyfikację uczestnika. Kwestie, które mogłyby dotknąć sfery intymnej badanej społeczności, a w szczególności te, które mogłyby wywołać dyskomfort, cierpienie lub obniżenie samooceny, nie leżały w obszarze moich zainteresowań. Przedmiotem badania była sytuacja osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej jako instytucję opieki totalnej osadzonej w polskich warunkach.

Niniejsze badania miały charakter autorski, przygotowane zostały na podstawie badań przeprowadzonych przez Straussa, który jako badacz opisał własne doświadczenia z pobytu w jednym z ośrodków opiekuńczych, wykorzystując metodę etnograficzną ukrytą. Dzięki osobistemu zaangażowaniu dowiedział się, jak można pomóc ludziom, którzy z różnych powodów zamieszkali w zakładzie geriatrycznym (Strauss, 2017, s. 11).

Chcąc poznać problem, należy go dotknąć, stanąć po tej samej stronie co pensjonariusz ośrodka i doświadczyć ludzkiej codzienności życia w instytucji totalnej. Staruss podjął próbę poznania tego problemu z punktu widzenia mieszkańca domu starców. W tym celu zamieszkał w jednym z takich ośrodków jako młody staruszek (Strauss, 2017, s. 11), który przeniknął do środowiska i posługując się metoda obserwacji uczestniczącej, przyglądał się osobom starszym zamieszkującym dom starców. Strauss uważał, że „wie tylko ten, kto tam żyje” (Strauss, 2017, s. 11). Przed rozpoczęciem badań w 2011 r. był masażystą-kinezyterapeutą. Rozwój współczesnej medycyny dokonuje niewyobrażalnych dotąd postępów i przesuwa z roku na rok granice ludzkiego życia. Każdy jest świadomy tego, że nikt nie jest nieśmiertelny.

Strauss zastanawiał się, czy człowiek, który stracił wszystko, często rodzinę, majątek, zdrowie, dotychczasowe naturalne środowisko, nadal żyje? Chcąc poznać sytuację osób starszych przykutych do łóżka jako młody starzec został pensjonariuszem zakładu geriatrycznego. Obserwował otoczenie, poznawał życie pensjonariusza ośrodka, pozwalał przenikać w siebie całemu otoczeniu, któremu się poddał. Strauss stwierdził: „traciłem kontakt ze światem”. Jako narzędzie badawcze posłużył się dziennikiem obserwacji, w którym rejestrował otaczającą go rzeczywistość wraz z przeżyciami i refleksjami (Strauss, 2017, s. 11).

Badanie trwało dwa tygodnie, z czego tydzień potrzebował, aby wejść i dostosować się do nowego środowiska. To badanie pozwoliło mu zrozumieć, co oznacza instytucja totalna, termin wprowadzony przez Goffmana.

Staruss, już jako kierownik zakładu opiekuńczego, pochłonięty był poznawaniem codzienności życia pensjonariuszy zakładu geriatrycznego we Francji, prowadził nadal badania

polegające na rozmowach z sześcioma przyszłymi pensjonariuszami. Wykorzystywał do tego metodę „kliniki dialogu”, która opierała się na prowadzeniu wywiadów nieukierunkowanych i posłużyła do zbudowania dwustronnego dialogu. W wyniku rozmów Strauss wyodrębnił trzy poziomy rozmów: F1 – faktologiczny, F2 – emocji i F3 – opinii (Strauss, 2017, s. 11).

Nowatorskie podejście Straussa do problemu ludzi starych zamieszkujących dom starców było dużym wyzwaniem dla samego Starussa jako badacza, ale i dla współczesnej nauki. Dzięki osobistemu zaangażowaniu udało się poznać sytuację i bieżące potrzeby mieszkańców francuskiego zakładu geriatrycznego.

Projekt Straussa stał się dla mnie pretekstem do zbadania polskiego środowiska osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej w Polskich warunkach. Podobnie jak Strauss byłem pracownikiem instytucji opiekuńczej, w której miałem możliwość przyglądania się codzienności życia jej podopiecznych, ale ze względu na pełnioną funkcję miałem wrażenie, że jestem przez nich oszukiwany. Przekonałem się o tym, gdy przeprowadziłem kilka wywiadów z mieszkańcami placówki, w której pracowałem. Podczas rozmowy z mieszkańcami i mieszkankami obecny był psycholog, który zdradził mi, że każdy z nich przygotowywał się do wywiadu i chciał w nim wypaść jak najlepiej.

W tym celu, podobnie jak Staruss, wszedłem do środowiska osób starszych zamieszkujących instytucję opiekuńczą i przyglądałem się ich codzienności życia.

Chcąc samemu sprawdzić, jak to jest, gdy człowiek zamienia dotychczasowe miejsce zamieszkania na adres instytucji opiekuńczej i zmuszony jest z dnia na dzień do zaakceptowania ograniczeń, nakazów i zakazów, którym musi się podporządkować, a których nie można kupić lub zamienić na coś innego. Jednak z chwilą zamieszkania w ośrodku, nieprzewidywalnie pojawił się problem natury osobistej, polegający na trudnościach przebywania w izolacji ze światem zewnętrznym. Oznacza to, że poza podmiotem badawczym pojawiło się dodatkowe zagadnienie, które rzuciło nowy obraz na problem przebywania osób starszych w instytucji opiekuńczej. Polega on na poznaniu nowych, zachowań, które mogą się pojawić wśród nowo przybyłych mieszkańców i mieszanek domu pomocy społecznej.

Zamieszkując w domu pomocy społecznej, doświadczyłem na własnym organizmie izolację od świata zewnętrznego, dobrowolne ograniczenie wolności, ograniczenie dostępu do dóbr (jeszcze nie tak dawno ogólnodostępnych), ograniczenie podejmowania własnych decyzji, kontrolę prowadzoną przez personel itp. Najprawdopodobniej każdy z nowo przyjętych pensjonariuszy i pensjonariuszek odczuwa ograniczenia, z którymi, tak jak ja, nie miał wcześniej do czynienia

Moim zdaniem polskie badania przeprowadzone w wybranych polskich domach pomocy społecznej dostarczyły ważnych informacji, a także egzemplifikacji i propozycji dla rozwoju instytucji zajmujących się całodobową opieką osób starszych i pozwolą udzielić odpowiedzi na bardzo ważne pytanie: Czy wobec polskich domów pomocy społecznej można użyć terminu (Goffmana) instytucja totalna, a jeśli tak, to co należałoby zmienić?

Poza tym polskie badania naukowe dostarczyły informacji do dalszych działań na rzecz poprawy jakości życia osób starszych mieszkających w instytucji opiekuńczej w odpowiedzi na aktualny ewoluujący stan instytucji.

Rozdział 5. Człowiek stary w Domu Pomocy Społecznej L1 – badania terenowe

W niniejszym rozdziale przedstawiłem proces przygotowań i przebieg badań autorskich związanych z codziennością ludzi starych mieszkających w domu pomocy społecznej.

Problemy organizacyjne obejmujące obecność pandemii wywołanej chorobą zakaźną COVID-19 SARS-CoV-2 o zasięgu ogólnoswiatowym oraz wynikające z niej zagrożenia postawiły badaczy zajmujących się tematyką społeczną w niecodziennej sytuacji. Niemalże w jednej chwili wszelkie zaplanowane działania „rozsypały się niczym domek z kart” lub zostały przełożone w czasie. Po ponad półtorarocznej obecności wśród światowej ludzkiej populacji, COVID-19 zaczął tracić na sile i po spełnieniu podstawowego warunku, jakim było dwukrotne przyjęcie szczepionki przeciwko COVID-19, mogłem przystąpić do realizacji badań.

Zdaniem Goffmana każda odosobniona grupa osób, niezależnie od tego, kogo reprezentuje, żyje według własnych norm, bo kto przebywałby z nimi, życie takie wydałoby się zupełnie normalne, sensowne i rozsądne. Jeśli ktoś chce się czegoś dowiedzieć o tym świecie, to nie ma lepszego sposobu, jak znaleźć się wśród tych osób i przebywać z nimi dzień po dniu w takich samych warunkach (Goffman, 2011, s. 7-8). Oznacza to, że jeśli badacz, chcąc dowiedzieć się czegoś o rzeczywistym świecie, który go interesuje i otacza, musi do tego świata wejść i doświadczyć go osobiście. Jest to na tyle ważne, że w przyszłości, chcąc kształtować nowe standardy, powinniśmy je współtworzyć wraz z podopiecznymi. Poza tym powinniśmy widzieć, jakimi kategoriami się kierować z punktu widzenia osoby izolowanej od świata zewnętrznego, aby zminimalizować znamiona instytucji totalnej.

5.1. Proces przygotowań do badań własnych

Przygotowanie planu działania należy do jednych z najważniejszych czynności w projektowaniu badań naukowych. Dokładny plan pozwala na sprawne zrealizowanie zadań stojących przed badaczem, z uwzględnieniem istotnych elementów występujących w przygotowanym procesie. Sztumski uważa, że: „Przystępując do konstrukcji takiego planu, trzeba sobie uświadomić, że badania w naukach społecznych nie powinny być podejmowane tylko wtedy, gdy istnieje określony problem społeczny, z jakim trzeba się koniecznie rozprawić. Inaczej mówiąc: badania te nie powinny wynikać tylko z motywacji użytecznej czy pragmatycznej. Bardzo często zdarza się bowiem, że aby dany problem społeczny można było dojrzeć, trzeba wcześniej osiągnąć wiedzę o określonych zjawiskach społecznych na podstawie przeprowadzonych badań” (Sztumski, 2020, s. 47). Oznacza to, że przed przystąpieniem do

planowania należy się do tego przygotować poprzez zdobycie doświadczenia, wiedzy i informacji o środowisku docelowym.

Gdy kończyłem studia na kierunku praca socjalna, zadałem sobie pytanie: Z kim chciałbym w przyszłości pracować? Odpowiedź mogła być tylko jedna: Chciałbym pracować dla ludzi starszych. Po studiach miałem tylko wiedzę teoretyczną, która nie dawała mi pełnej satysfakcji. Dopiero działalność społeczna w Stowarzyszeniu Pomocy Osobom Przewlekłe Chorym IGNIS umożliwiła mi poznawanie codzienności życia osób starszych w różnych środowiskach. Jako badacz zanurzony w problematyce senioralnej, zbierałem wiedzę z zakresu zjawisk społecznych występujących w warunkach instytucjonalnych o charakterze opiekuńczym i pozainstytucjonalnych.

Pozostając w kręgu osób starszych, zacząłem poszukiwać miejsca, w którym mógłbym zdobyć profesjonalne doświadczenie z zakresu państwowego systemu opieki nad osobami starszymi, wywodzącymi się z różnych środowisk społecznych. Będąc pracownikiem Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile, przyglądałem się codzienności pensjonariuszy. W ramach niniejszej codzienności doświadczyłem widoku samotności, izolacji, miłości, nienawiści, choroby, smutku, postępującego procesu starzenia się i śmierci. Przez kilka lat pracy w domu pomocy społecznej zdobyłem doświadczenie zawodowe w zakresie organizacji opieki nad osobami starszymi.

W trakcie kilkuletniej obserwacji środowiska ludzi starszych spotykałem się z wieloma sytuacjami, które często dostarczały przykrych widoków. DPS to takie miejsce, gdzie spotykają się osoby z różnych środowisk. W ośrodku, w którym pracowałem, mieszkańcami byli: nauczyciele, szwaczki, kierowcy, niewykwalifikowani, inżynierowie, chłopcy, robotnicy i inni. Każdy z nich miał swoją historię życia. Obok siebie mieszkali alkoholicy, złodzieje, kryminaliści, przykładni i spokojni ludzie. Były to osoby o różnym stanie zdrowia. Wielu z nich miało m.in. zdiagnozowany: zespół objawów **zaburzeń procesów poznawczych** (choroba Alzheimera, Parkinsona), alkoholizm, cukrzyca, padaczka, paraliż kończyn itp. Codziennosc dostarczała obrazów takich jak śmierć, zasląbnienia, przemoc fizyczna i psychiczna, obraźliwe słownictwo w stosunku do współmieszkańców i personelu, a także problemy psychiczne. Obserwacja społeczności będącej wg Eriksona w wieku późnej dorosłości, a także literatura przedmiotu i doświadczenie zawodowe wykazały, że środowisko osób zamieszkujących dom pomocy społecznej wymaga zbadania obszaru opieki instytucjonalnej i przygotowania opracowania, na podstawie którego będzie można dokonać zmian standardów w instytucji opiekuńczej w celu poprawy jakości życia mieszkańców DPS.

Do tej pory obserwacja odbywała się z poziomu pracownika instytucji. Oznacza to, że niektóre zjawiska społeczne były niedostrzegalne i skrzętnie ukrywane przez pensjonariuszy. W celu szerszego poznania problematyki związanej z codziennością życia mieszkańców w DPS podjąłem przygotowania umożliwiające przeniknięcie w struktury domu pomocy społecznej jako osoba bezdomna. Przyjmując postać bezdomnego mężczyzny, miałem możliwość prowadzenia obserwacji środowiska DPS w wybranych obszarach ośrodka.

Wykorzystując obserwację uczestniczącą ukrytą, nie tylko mogłem poznać z poziomu mieszkańca środowisko pensjonariuszy DPS, ale również ich odczucia względem funkcjonowania opiekuńczej instytucji totalnej.

W rozdziale czwartym mojej pracy opisałem, z jakimi problemami zetknąłem się podczas poszukiwania placówki, w której mógłbym przeprowadzić badania naukowe, a także jakimi metodami posłużyłem się podczas procesu badawczego. W dalszej części przedstawiłem zagadnienia dotyczące przygotowania do badań i swój pobyt w domach pomocy społecznej jako pensjonariusz.

Chcąc poszerzyć swoją wiedzę z dziedziny pomocy społecznej, a w szczególności pracy na rzecz osób starszych, w 2019 r. ukończyłem specjalizację z zakresu „organizacji pomocy społecznej”.

Przygotowanie się do roli osoby bezdomnej wymagało zadbania o odpowiedni wygląd (zapuszczenie brody i włosów), a także zgromadzenie odpowiednich ubrań.

Pracując nad swoim wyglądem, odnosiłem wrażenie, że ludzie, z którymi się przygodnie kontaktowałem, traktowali mnie z obrzydzeniem i nieufnością. Oznaczało to, że w przestrzeni publicznej ludzie odbierali mnie jako osobę bezdomną. Niniejsza sytuacja była dla mnie niekomfortowa i wstydliva. Czułem się izolowany i odrzucony przez innych ludzi, którzy bali się mnie, że może ich czymś zarażę.

Przez cały czas przygotowań do badań gromadziłem stare ubrania i bieliznę. Odzież posłużyła mi za element maskowania, aby nikt nie miał wątpliwości, że byłem osobą bezdomną.

Wizerunek oraz stosowanie podobnego języka przez grupę ma bardzo duże znaczenie dla środowiskowej akceptacji. Przez miesiąc wsłuchiwałem się w język osób popijających alkohol pod sklepem. Przebywając w środowisku alkoholików i bezdomnych, starałem się przygotować na wariant możliwego spotkania z osobą z tej grupy społecznej.

Pracę nad swoim wizerunkiem w kierunku przeprowadzenia badań naukowych metodą obserwacji uczestniczącej ukrytej rozpocząłem w dniu 1 stycznia 2020 r. i trwały one ponad półtora roku. Zmiany wizerunku uwieczniłem na fotografiach, które zaprezentowałem poniżej.



Fotografia 1. Przed rozpoczęciem przygotowań do badań – wrzesień 2019 r.
Źródło: archiwum własne



Fotografia 2. Pierwsze charakterystyczne – styczeń 2020 r.
Źródło: archiwum własne



Fotografia 3. Drugi miesiąc przygotowań – luty 2020 r.
Źródło: archiwum własne



Fotografia 4. Czwarty miesiąc przygotowań – kwiecień 2020 r.
Źródło: archiwum własne



Fotografia 5. Po sześciu miesiącach przygotowywań – czerwiec 2020 r.
Źródło: archiwum własne



Fotografia 6. Po roku przygotowań – styczeń 2021 r.
Źródło: archiwum własne

Powyższe zdjęcia przedstawiają proces zmian w wyglądzie człowieka z zadbanego do osoby zbliżonej wyglądem do bezdomnej, wiodącej życie abnegata. Niniejsze zdjęcia przedstawiają tę przemianę, której nie można było uzyskać z dnia na dzień. Wszystko wymagało czasu: zapuszczenie włosów i brody, przygotowanie scenariusza badań oraz utrzymanie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego ze względu na pandemię COVID-19.

Czwarty miesiąc przygotowań zdecydowanie wpłynął na mój wygląd i zbiegł się z wprowadzaniem obostrzeń w domach pomocy społecznej, dotyczących przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej COVID-19, które było przyczyną konieczności odroczenia badań ze względu na poważne zagrożenie epidemiologiczne.

Poza sferą przygotowań wizerunkowych istniała sfera zawodowa i społeczna. Mój wygląd z tygodnia na tydzień ulegał przeobrażeniu i niejednokrotnie stawał się tematem nieprzyjemnych uwag, rozmów, żartów. Niejednokrotnie przepraszałem swoich rozmówców za swój wygląd, składając przy tym wyjaśnienia dotyczące planów badawczych. Niekiedy usprawiedliwienia wywoływały u rozmówcy głębsze zainteresowanie tematem i podziw.

Po sześciu miesiącach przygotowań związanych z wizerunkiem, noszenie zarostu stało się bardzo niewygodne i kłopotliwe, bo wiązało się z zachowaniem większej ostrożności podczas spożywania posiłków i utrzymaniem higieny, bo nie zawsze były warunki do jej umycia.

Po roku przygotowań do badań mój wygląd u wielu osób spoza mojego środowiska wywoływał odrazę i ostracyzm. Oznaczało to, że cel został osiągnięty w zakresie charakteryzacji. Wystarczyło się odpowiednio ubrać i byłem gotowy do realizacji planu badań.

Sytuacja pandemiczna w kraju i brak informacji w zakresie zwalczania nowej choroby, wywołał powszechny strach wśród Polaków. Nie było szczepionek i potwierdzonej skutecznej metody leczenia COVID-19 i w związku z tym rozpoczęcie badań musiało być z naturalnych przyczyn przesunięte w czasie.

W obliczu dopuszczenia do bezpiecznego stosowania szczepionek przeciw wirusowi SARS-CoV-2 i wdrożeniu ogólnopolskiej akcji szczepień, pojawiła się nadzieja na rozpoczęcie badań naukowych, ale było za wcześnie, aby planować wyjazd do DPS.

Po kilku miesiącach, po przebyciu koronawirusa, przyszedł czas na szczepienie przeciwko COVID-19. Będąc w grupie pracowników DPS, wziąłem udział w grupowej akcji szczepień i otrzymałem certyfikat szczepienia. Pomimo przyjęcia szczepionki, nadal nie było oficjalnej zgody na zdjęcie obostrzeń dotyczących wejścia do DPS.

Gdy w kwietniu 2021 r. minister zdrowia i służby sanitarne zaczęły rozważać powolne łagodzenie i znoszenie niektórych zakazów dotyczących DPS, skontaktowałem się z DPS, w którym miały być przeprowadzone badania, aby zorientować się w sytuacji i zadeklarować gotowość do podjęcia uzgodnionych działań. Przedstawiciel placówki przekazał mi informację, że ze względu na coraz bardziej stabilną sytuację w kraju i coraz rzadsze przypadki zachorowania na COVID-19 rozważa się zdjęcie obostrzeń i otwarcie ośrodków dla rodzin mieszkańców DPS i nowe łagodniejsze zasady przyjmowania nowych pensjonariuszy. Poza tym ustaliliśmy, że dzień 17 maja 2021 r. będzie datą mojego przybycia do DPS w charakterze mieszkańca –

badacza. Parę dni później otrzymałem wiadomość, że dyrektor ośrodka cofnął zgodę na przeprowadzenie badań i zostałem zmuszony do poszukiwania nowego ośrodka. O problemach ze znalezieniem ośrodka, w którym mógłbym przeprowadzić badania naukowe, napisałem w rozdziale piątym mojej pracy.

W styczniu 2021 r. minął rok, jak zacząłem zmieniać swój wizerunek na potrzeby do badań. Przesunięcia w czasie związane z obecnością choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2 spowodowały, że mój wygląd nadal się zmieniał i przeszkadzał w codziennym funkcjonowaniu, musiałem do czasu rozpoczęcia badań spinać brodę. Efekt wizualny po półtora roku oczekiwania na realizację planu badań naukowych przedstawiał się jak na fotografii 7.



Fotografia 7. Po półtora roku przygotowań
– przełom czerwca i lipca 2021 r.
Źródło: archiwum własne

Na przełomie czerwca i lipca 2021 r. udało mi się znaleźć dwa domy pomocy społecznej, w których mogłem przeprowadzić badania i zebrać materiał badawczy.

Ośrodek, do którego udałem się w pierwszej kolejności, przeznaczony był dla osób starszych i był podzielony na dwa oddziały. W oddziale pierwszym mieszkały osoby, które nie wymagały specjalnej opieki ze strony personelu, a w oddziale drugim mieszkały osoby z zaburzeniem funkcji poznawczych.

W drugiej kolejności udałem się do DPS, który był przeznaczony dla osób przewlekle somatycznie chorych i miał podobny układ oddziałów.

Do każdego z nich przybyłem ze starym, zdezolowanym plecakiem i z torbą foliową, w których miałem zapas ubrań i przedmiotów do utrzymania higieny.



Fotografia 8. Przed wyjazdem autora pracy – lipiec 2021 r.
Źródło: archiwum własne.



Fotografia 9. Autor pracy w DPS CH2 – sierpień 2021 r.
Źródło: archiwum własne.



Fotografia 10. Autor badania w trakcie golenia brody po zakończeniu badań – wrzesień 2021 r.
Źródło: archiwum własne.



Fotografia 11. Autor badania po ścięciu brody – wrzesień 2021 r.
Źródło: archiwum własne.

W dalszych podrozdziałach opisałem przebieg wydarzeń i zagadnień związanych z problematyką dotyczącą warunków życia ludzi starszych mieszkających w instytucji pomocowej odizolowanej od świata zewnętrznego w badanych przeze mnie ośrodkach DPS L1 i DPS CH2.

5.2. Integracja z osobami starszymi mieszkającymi w domu pomocy społecznej L1

Działania związane z zaplanowanymi badaniami terenowymi metodą obserwacji uczestniczącej ukrytej przeprowadziłem w dwóch państwowych domach pomocy społecznej. Lokalizację ośrodków zanonimizowałem oznaczając je jako DPS L1 i DPS CH2. Poza tym, w myśl zasad o ochronie danych osobowych na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) pkt 26 „Zasady ochrony danych powinny mieć zastosowanie do wszelkich informacji o zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osobach fizycznych. [...] Zasady ochrony danych nie powinny [...] mieć zastosowania do informacji anonimowych, czyli informacji, które nie wiążą się ze zidentyfikowaną lub możliwą do zidentyfikowania osobą fizyczną, ani do danych osobowych zanonimizowanych w taki sposób, że osób, których dane dotyczą, w ogóle nie można zidentyfikować lub już nie można zidentyfikować” (Rozporządzenie 2016/679 (RODO) i akty towarzyszące UODO, 2016). Oznacza to, że postaci pojawiające się w mojej pracy zostały zanonimizowane do poziomu samego imienia, co uniemożliwia identyfikację osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej.

Badania terenowe w Dom Pomocy Społecznej DPS L1 przeprowadziłem w czasie 12–26 lipca 2021 r. DPS L1 zlokalizowany był w lesie, w budynkach po byłej jednostce wojskowej, przeznaczonym dla 100 osób w podeszłym wieku. Mikroklimat występujący w tym miejscu można zawdzięczać obecnej tam florze. Występowanie takich drzew jak sosna, świerk, dąb, buk, lipa, modrzew, brzoza, akacja, klon itp., bogata roślinność i teren do spacerowania i rekreacji sprawiały, że w DPS L1 można było się czuć jak w sanatorium.

W placówce pensjonariusze mieli do dyspozycji jedno- lub dwuosobowe pokoje o powierzchni od 14 do 18 m² wyposażone w węzły sanitarne, balkony, gniazdka TV i aparaty telefoniczne.

W zakresie bezpieczeństwa mieszkańców w pokojach działał system przywoławczy (podobny jak w szpitalach) i system sygnalizacji pożaru (SSP). Pokoje wyposażono zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej tj. § 6 ust. 1 pkt 3 lit. c w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca domu (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, 2018), a także określoną ilość gniazdek elektrycznych.

Kompleks budynków utrzymany był w łagodnej kolorystyce zewnętrznej i wewnętrznej. Poza tym obiekt pozbawiony był barier architektonicznych na zewnątrz i wewnątrz placówki. Dodatkowo osoby poruszające na wózkach inwalidzkich mogły swobodnie poruszać się po całym ośrodku, wykorzystując podjazdy, szerokie drzwi i windy. Łazienki były dostosowane dla osób niepełnosprawnych i dodatkowo wyposażone były w uchwyty i siedziska.

Wokół DPS L1 znajdowały się alejki spacerowe, a dla aktywniejszych mieszkańców, chcących poprawić swoją sprawność fizyczną, zainstalowano wzdłuż jednej z alejek kilkanaście urządzeń do ćwiczeń siłowych.

Cały teren zewnętrzny, a także szerokie korytarze budynku placówki były monitorowane, co wpływało na poczucie bezpieczeństwa pensjonariuszy i personelu. Dodatkowo mieszkańcy poza swoimi pokojami mogli korzystać z pomieszczeń do terapii zajęciowej, fizjoterapii, świetlic, kuchni pomocniczej, sali wielofunkcyjnej, wielkiego hallu, w którym znajdował się automat z kawą, punkt telewizyjny z wygodnymi kanapami, wystawą artystyczną itp. W sali wielofunkcyjnej odbywały się wydarzenia ważne dla środowiska mieszkańców DPS, takie jak urodziny, spotkania świąteczne itp.

Hall główny był jednym z największych i najważniejszych miejsc dla całej społeczności DPS L1. W hallu gromadzili się mieszkańcy podczas ważnych wydarzeń ośrodka, ale też spontanicznie na kawę czy rozmowę. Oferta automatów z artykułami spożywczymi mogła spełnić oczekiwania wielu mieszkańców, a ceny produktów były na poziomie sklepowych, a nawet niższe. Poza tym hall łączył ze sobą część administracyjną, część mieszkalną, rehabilitacji, wyjście główne, część kulturalno-oświatową, część hotelową i sale konferencyjne. Do ostatnich dwóch części można było dostać się schodami lub windą. Personel portierni czuwał nad bezpieczeństwem społeczności DPS L1 poprzez m.in. przyjmowanie przybyłych gości i obsługę monitoringu, który swoim zasięgiem obejmował teren zewnętrzny oraz korytarze placówki. Dzięki temu można było szybko zareagować w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń.

W części kulturalno-oświatowej mieszkańcy mogli znaleźć wiecznie „żywą” wystawę fotograficzną autorstwa lokalnych artystów fotografików. Wystawowe prace poświęcone były wybranej tematyce, która zmieniała się co trzy miesiące.



Fotografia 12. Hall główny z recepcją DPS L1 w tle
Źródło: archiwum własne

Baza hotelowa, która była wydzielona na terenie placówki, powstała z myślą o gościach przybywających do swoich najbliższych, by móc spędzić z nimi więcej czasu.

Z danych DPS L1 wynika, że na dzień 12 lipca 2021 r. w ośrodku mieszkało 86 mieszkańców w różnym wieku, z czego 46 (53,5%) osób ze stwierdzonym otępieniem starczym o późnym początku. Najmłodszym pensjonariuszem DPS L1 był mężczyzna w wieku 61 lat. Z kolei najstarszą osobą była kobieta w wieku 99 lat.

Do DPS L1 przybyłem w dniu 12 lipca 2021 r. ok. godziny 10.30. Pracownik socjalny, który był wprowadzony w zagadnienia projektu badawczego, zaprowadził mnie do pokoju, abym mógł się rozpakować i poczekać na psychologa, który miał mnie oprowadzić po obiekcie.

Przyjęcie do placówki nie odbyło się na ogólnych zasadach, bo nie posiadałem decyzji o skierowaniu, nie przechodziłem przeglądu sanitarnego, badania lekarskiego ani testów psychologicznych. Pracownik socjalny, aby uniknąć zbędnych pytań i dociekań ze strony pozostałego personelu, rozpowszechnił informację o nowym mieszkańcu, którego dotknęły problemy rodzinne i chwilowo nie posiada schronienia.

Po zakwaterowaniu zostałem przedstawiony grupie mieszkańców zgromadzonych przed jadalnią. Pensjonariusze przywitali mnie bardzo ciepło i serdecznie. Zwracając się do mnie, mówili: „Życzymy panu samych przyjemnych chwil”. Mój wygląd wskazywał na człowieka mocno podejrzanego, zaniedbanego, a mimo wszystko wyciągnęli do mnie rękę na powitanie i zaprosili do wspólnoty.

W dalszej części dnia oprowadzono mnie po najważniejszych miejscach DPS L1, takich jak jadalnia, hall główny, korytarze, kaplica, miejsca najczęściej odwiedzane przez mieszkańców. Pokazano mi także sale, w których odbywają się treningi poznawcze, gra w bingo,

terapia zajęciowa, rehabilitacja. Mogłem korzystać ze wszystkich form aktywności, na które mnie zaproszono. Biorąc udział w takich zajęciach, miałem możliwość rozmowy z mieszkańcami i zbierania materiału badawczego.

Zdaniem Mielczarka aktywność to kompleksowe podejście do podejmowania działań mających na celu zaangażowanie człowieka w różnych dziedzinach życia. Jest to sposób komunikacji człowieka z otaczającym światem i innymi ludźmi. Wymaga ona zarówno fizycznego, jak i intelektualnego wysiłku. Aktywność może objawiać się w różnych dziedzinach życia, takich jak sport, sztuka, edukacja, praca, wolontariat i wiele innych. Ma ona pozytywny wpływ na rozwój jednostki, zarówno pod kątem zdrowia fizycznego, jak i psychicznego (Mielczarek, 1999, s. 125).

Nawiązując do badań Straussa, stworzyłem własny model człowieka starego mieszkającego w domu pomocy społecznej. Podobnie jak Strauss przyjąłem i przyrównałem do swoich rozmówców „formy bytowania” (Strauss, 2017, s. 12) oznaczone słowami: żyć, przeżyć i dożyć w instytucji opieki geriatrycznej.

W znaczeniu ogólnym pojęcie „żyć w instytucji” odnosi się do sytuacji, w której jednostka mieszka lub przebywa w określonym miejscu, które ma strukturę organizacyjną i spełnia określone funkcje społeczne. Instytucje mogą przyjmować różne formy, takie jak więzienia, domy pomocy społecznej, szpitale psychiatryczne, koszary wojskowe, internaty szkolne, a nawet niektóre miejsca pracy.

Jeśli mówimy o „żyć w instytucji”, często odnosimy się do tego, że osoba przebywa w takim miejscu na stałe lub długoterminowo, a nie tylko na krótki okres czasu. W takiej sytuacji osoba może być częścią tej instytucji i podlegać określonym procedurom, regułom, harmonogramom zajęć, hierarchii, regulacjom dotyczącym kontaktu z innymi osobami, a także specjalnym przepisom dotyczącym zachowania, dyscypliny oraz systemom zarządzania.

Dla wielu osób „żyć w instytucji” oznacza utratę pewnej niezależności i kontroli nad swoim życiem, ponieważ muszą dostosować się do reguł i ograniczeń narzuconych przez instytucję. Jednocześnie instytucje często zapewniają opiekę, strukturę i wsparcie dla osób, które mogą potrzebować specjalnej opieki, będącym w kryzysie lub znajdując się w trudnych sytuacjach życiowych.

Pojęcie „żyć w domu pomocy społecznej” dla człowieka starszego oznacza dokonanie wyborów, postanowień o zamianie dotychczasowego środowiska na życie w nowym miejscu, w nowych warunkach mieszkaniowych i rozpoczęcie nowej karty życia. Poza tym może to dotyczyć osoby, która postanowiła zrezygnować z części obowiązków wobec siebie i przenieść je na instytucję opiekuńczą. Do takich obowiązków można zaliczyć: zarządzanie budżetem

własnym, aby móc zapłacić rachunki za mieszkanie, jedzenie, opał, wszelkie media, pranie, gotowanie, sprzątanie itp. Oznacza to, że problemy związane z finansami zostały przeniesione na wspomnianą instytucję opiekuńczą. Ponadto problemy zdrowotne tych osób zostały także przeniesione w sposób pośredni na instytucję, w której zamieszka.

Ważne jest, aby pamiętać, że dotychczasowe doświadczenia życiowe w stosunku do życia w instytucji może się różnić w zależności od konkretnej instytucji. Niektóre osoby mogą czuć się komfortowo i bezpiecznie w takim środowisku, podczas gdy dla innych może to być trudne i ograniczające doświadczenie.

Pojęcie „przeżyć w domu pomocy społecznej” odnosi się do doświadczenia osoby, która zamieszkuje i spędza czas w instytucji zapewniającej opiekę i wsparcie osobom starszym, niepełnosprawnym lub innym grupom osób, które potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

Dom pomocy społecznej to forma instytucji opiekuńczej, która zapewnia zakwaterowanie, opiekę, wsparcie medyczne, usługi społeczne i codzienne wsparcie dla mieszkańców. Osoby, które decydują się zamieszkać w domu pomocy społecznej, często mają różne potrzeby, takie jak opieka nad zdrowiem, pomoc w codziennych czynnościach (jedzenie, higiena osobista, medyczna obsługa), a także towarzystwo i wsparcie społeczne.

„Przeżycie w domu pomocy społecznej” oznacza też, że osoba staje się rezydentem instytucji i spędza tam większość swojego czasu i wiąże się to z pewnymi wyzwaniem i zmianami w życiu mieszkańca. Może to również oznaczać, że mieszkanie w domu pomocy społecznej jest wbrew jej woli, czuje się w nim jak w więzieniu. „Przeżycie w domu pomocy społecznej” może również oznaczać życie uciążliwe ze względu na współmieszkańców lub rygor panujący w ośrodku, a także z uwagi na fakt, że dotychczasowa sytuacja życiowa zmusiła ją do skorzystania z instytucji opiekuńczej. Mieszkaniec może odczuwać utratę pewnej niezależności i prywatności, ponieważ musi dostosować się do harmonogramu i reguł instytucji, co nie jest przez niego akceptowalne. Jednocześnie może to być również postrzegane jako źródło bezpieczeństwa, opieki i wsparcia dla osób, które potrzebują pomocy.

Ostatnie pojęcie to „dożyć w domu pomocy społecznej”. Zdaniem Straussa, przedrostek „do” może wskazywać zarówno na cel, jak i granicę lub kres. Wyrażenie „dożywanie” odnosi się do sytuacji, w której zbliża się bliski koniec, co może oznaczać stopniowe poddawanie się przez osobę, która straciła już niemal wszystko i rezygnuje nawet z tego, co jej pozostało (Strauss, 2017, s. 12). Oznacza to, że osoba starsza lub wymagająca opieki zamieszkuje w domu pomocy społecznej do końca swojego życia.

„Dożywanie w domu pomocy społecznej” oznacza, że instytucja staje się miejscem stałego zamieszkania dla osoby, która wymaga opieki. Osoba ta może otrzymywać wsparcie w zakresie codziennych czynności, takich jak higiena osobista, ubieranie się, posiłki i inne potrzeby życiowe. Ponadto personel instytucji zapewnia opiekę medyczną, monitoruje stan zdrowia, podaje leki i wspomaga w radzeniu sobie z ewentualnymi problemami zdrowotnymi, aby osoba mogła dożyć swoich dni w godnych warunkach i z poczuciem bezpieczeństwa.

Należy podkreślić, że jakość opieki i atmosfera w domu pomocy społecznej odgrywają ważną rolę w doświadczeniu osoby, która dożywa tam swojego życia. Instytucje tego rodzaju powinny zapewniać godność, szacunek, indywidualne podejście do mieszkańców, odpowiednią opiekę medyczną i emocjonalne wsparcie, aby umożliwić im jak najbardziej godne życie w ostatnich latach.

5.3. Portrety ludzi starszych w Domu Pomocy Społecznej L1

Na podstawie opisanego wcześniej modelu człowieka starego mieszkającego w domu pomocy społecznej podjąłem próbę przybliżenia sylwetek kilkorga mieszkańców DPS L1. Były to osoby, z którymi mieszkalem w instytucji pomocowej i z którymi miałem bliższy kontakt. Pierwszą osobą, którą chciałbym przedstawić, jest pan Tadeusz*.

Pan Tadeusz (74 lata) jest rozwiedziony od 15 lat i ma jedną dorosłą córkę. Niestety, nie utrzymuje kontaktów ani z byłą żoną, ani z córką. Rozwód nastąpił z powodu nadużywania alkoholu przez Pana Tadeusza. Ma wykształcenie podstawowe, a przez większość życia zawodowego pracował przy wyrębie lasu. Pod koniec kariery zawodowej doznał wypadku, w wyniku którego ma zniekształconą rękę, co lekko utrudnia mu codzienne funkcjonowanie. Od 8 lat mieszka w DPS L1. Pan Tadeusz cierpi na astmę i nadciśnienie tętnicze. Codziennie pali około 40 papierosów, co powoduje ataki silnego kaszlu, nasilające się wieczorami. Ponadto często sięga po alkohol, co prowadzi do napadów szału i agresji. Mimo tych trudności, Pan Tadeusz jest osobą lubianą, serdeczną i uczynną.

Pan Tadeusz jako mieszkaniec DPS L1 ma swój własny pokój z łazienką. Pomimo ograniczonych środków finansowych, zaspokaja swoje potrzeby, kupując tytoń i gilzy, z których wytwarza papierosy. Wyrażał on przekonanie, że jedną z najlepszych form rozrywki organizowanej w DPS L1 jest gra w bingo, która odbywała się w każdy czwartek. Ponadto urozmaiceniem jego dnia jest „oglądanie telewizji”, co według niego stanowi najlepsze źródło rozrywki w tej instytucji. Uważał również, że jeżeli organizowane były w DPS L1 zajęcia od

* Ze względu na ochronę danych osobowych zostały zmienione imiona osób badanych – przyp. autora.

poniedziałku do piątku, na które w ogóle nie uczęszczał, to sobota i niedziele były dniami wolnymi. Oznacza to, że udział w zajęciach traktował jako formę pracy, po której należy się czas wolny. Pan Tadeusz lubił grać w warcaby i szachy.

Pan Tadeusz należał do tej grupy mieszkańców, którzy „żyją” w instytucji opiekuńczej, co oznacza, że stale przebywa i korzysta z usług tej instytucji. Nie ma specjalnych zainteresowań, a jego codzienna aktywność ogranicza się do spożywania posiłków, spotkań przy kawie z przyjaciółką Panią Marią i wytwarzaniu papierosów dla siebie i dla Pani Marii.

Pan Tadeusz udzielał pomocy każdemu, kto jej potrzebował, jednak najczęściej można go było zobaczyć przy Pani Marii. Służył jej swoim ramieniem podczas spacerów po parku lub w okolicach wodnego oczka.

Następną postacią, która „żyła” w DPS L1 była Pani Maria (65 lat). Stan cywilny: panna bez dzieci. Z wykształcenia była pielęgniarką. W zawodzie przepracowała 40 lat. Kilka lat temu jej karierę zawodową przerwał wylew krwi do mózgu, w wyniku czego najbardziej ucierpiały ośrodek mowy i koordynacja ruchowa, głównie prawej strony. W DPS L1 mieszkała od 4 lat.

Jej najlepszym przyjacielem był Pan Tadeusz, z którym spędzała całe dni. Z powodu swojej niepełnosprawności mieszkała na parterze w pokoju jednoosobowym z łazienką, z bezpośrednim wyjściem na mały taras.

Wśród jej ulubionych zajęć w DPS L1 znajdowały się rozwiązywanie krzyżówek, uczestnictwo w terapii zajęciowej, zajęcia z fizjoterapii oraz spotkania z innymi mieszkańcami.

Niepełnosprawność Pani Marii powodowała trudności w codziennym funkcjonowaniu. Nawet jedzenie posiłków wymagało wsparcia osób trzecich, jednak zawsze mogła liczyć na pomoc ze strony Pana Tadeusza, który chętnie jej pomagał. Ponadto Pani Maria miała poważne trudności z poruszaniem się o własnych siłach. W takiej sytuacji duże wsparcie zapewniał Pan Tadeusz, który był dla niej zawsze oparciem.

Pani Maria była pogodzona ze swoim stanem zdrowia i postanowiła tylko „żyć”. Należała do osób uśmiechniętych. Czasami pragnęła z kimś porozmawiać, ale jej stan na to nie pozwalał. Poza Panem Tadeuszem nikt jej nie rozumiał.

Pan Marek, 60-letni mieszkaniec DPS L1, zamieszkał w tej instytucji pięć lat temu. Rozwiedziony od 15 lat, ale nadal utrzymuje kontakty z byłą żoną i dwiema dorosłymi córkami. Zawodowo był ślusarzem i pracował w dość dużym zakładzie przemysłowym. Kilka lat temu doznał wylewu krwi do mózgu w miejscu pracy i został natychmiast przewieziony do szpitala. Dzięki szybkiej reakcji, a następnie rehabilitacji, odzyskał zdolność chodzenia przy pomocy kuli i dla ułatwienia mobilności czasami korzystał z pojazdu elektrycznego. Oprócz zajęć z fizjoterapii nie angażował się w żadne inne formy aktywności.

Pan Marek odczuwał samotność i tęsknił za rodziną, która odwiedzała go w soboty i niedziele, spędzając z nim od półtorej do dwóch godzin. Córki dostarczały mu słodycze, papierosy, piwo i czasami wysokoprocentowy alkohol, który spożywał wieczorami w samotności.

Należał do miłośników kabaretów i w towarzystwie uwielbiał opowiadać dowcipy, śmieszne historie, a we czwartki grał w bingo. Był radosnym i pogodnym człowiekiem, z którym inni mieszkańcy chętnie przebywali, ciesząc się wspólnymi rozmowami. Pan Marek zdawał sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej. Należał do grupy mieszkańców, którzy „żyli” i współtworzyli społeczność instytucji opiekuńczej.

Pan Marek uważał, że okres pandemii COVID-19 zmienił życie mieszkańców DPS L1, zwłaszcza pod względem społecznym. Przed pandemią chętnie spotykali się w większym gronie mieszkańców, wspólnie obchodząc uroczystości. Jednak przymusowa izolacja wyciszyła ich i wiele osób zaczęło się skarżyć na tę sytuację.

Pani Wanda (lat 80) zamieszkała w DPS L1 6 lat temu. Mieszkała w pokoju jednoosobowym, w którym na półce poza krucyfiksem miała ustawione ramki ze zdjęciami najbliższych. Jest wdową i wychowała dwoje dzieci. Jej syn mieszkał w Londynie, a córka w Polsce. Przez pewien czas mieszkała z synem, ale nie czuła się tam dobrze z powodu samotności i szybkiego tempa życia w Anglii. Twierdziła, że to nie było miejsce dla niej. Brakowało jej przyjaciół, sąsiadek, z którymi często rozmawiała na parkowych ławkach i osiedlowego sklepiku, do którego codziennie rano chodziła po bułki na śniadanie. Po kilku tygodniach spędzonych za granicą powróciła do Polski do córki. Chcąc zachować niezależność i samodzielność, postanowiła ubiegać się o miejsce w DPS. Uważała, że nadal będzie mogła spotykać się z rodziną bez ograniczeń czasowych i odwiedzać sąsiadki.

Po kilku miesiącach oczekiwania otrzymała skierowanie do DPS L1. W początkowym okresie pobytu w DPS Pani Wanda miała trudności z odnalezieniem się w nowej rzeczywistości. Przez kilka tygodni płakała i nic ją nie cieszyło. Czuła się ponownie samotna, smutna i zagubiona. Straciła apetyt i miała trudności z pogodzeniem się ze swoją sytuacją. Jednak po przejściu przez ten trudny okres, jej życie nabrało nowego sensu. Zaczęła „żyć” i przestała się martwić o zabezpieczenie spraw bytowych.

Pani Wanda była zadbaną kobietą. Była zawsze elegancko ubrana i dużo spacerowała po ośrodku. Religia dla Pani Wandy była bardzo ważna. W każdą niedzielę udawała się do lokalnej kaplicy, gdzie uczestniczyła we Mszy Świętej.

Przed pandemią COVID-19 razem z innymi mieszkańcami DPS brała udział w organizowanych wspólnie z innymi DPS wyjazdach do lokalnych DPS. Tam poznała mężczyznę, z którym planowała zawrzeć związek małżeński. Niestety, ślub nie doszedł do

skutku, ponieważ narzeczony zmarł w dniu ślubu. Po okresie żałoby, Pani Wanda poznała kolejnego pensjonariusza, z którym miała nadzieję na wspólne życie. Niestety, tuż po zaręczynach zdiagnozowano u niego nowotwór złośliwy, a trzy miesiące później zmarł na rękach Pani Wandy. To wydarzenie odebrała jako zły znak i zrezygnowała z dalszych poważniejszych związków.

Rodzina Pani Wandy, mieszkająca w Polsce, regularnie odwiedzała ją w soboty lub niedziele, a ci, którzy mieszkają za granicą, przyjeżdżali na święta. W pozostałe dni tygodnia Pani Wanda uczestniczyła w różnych zajęciach terapeutycznych i grach zespołowych. Należała do grupy bardziej aktywnych pensjonariuszek DPS L1.

Pan Władysław, mający 75 lat, podjął decyzję o zamieszkaniu w Domu Pomocy Społecznej L1 osiem lat temu, gdy zmarła mu żona. Jego decyzja związana była z brakiem samodzielności, bo całym domem zajmowała się żona, a on w nowej sytuacji nie potrafił się odnaleźć. W DPS L1 przydzielono mu pokój jednoosobowy z łazienką i balkonem. Jego jedyny syn mieszka w Stanach Zjednoczonych wraz z rodziną i nikt go nie odwiedzał. Z wykształcenia jest inżynierem, pracował w fabryce H. Cegielskiego w Poznaniu. Swoją samotność skrywał w pasji, jaką było prawo starożytnej Grecji. Dużo pisał i czytał na temat starożytnej Grecji, często opowiadał o niej w interesujący i humorystyczny sposób. Swojej pasji oddał się całkowicie. W pokoju miał trzy regały wypełnione literaturą związaną z Grecją.

Pan Władysław prezentował postawę zgodną z modelem „dożycia w instytucji opiekuńczej”. Rzadko wychodził ze swojego pokoju ze względu na problemy ze słuchem i trudno gojącą się raną na nodze. Prowadził życie samotnika, a posiłki były dostarczane mu do pokoju.

Spotkanie Pana Władysława na korytarzu było okazją do wysłuchania jego fascynujących monologów dotyczących starożytnej Grecji. Pan Władysław z głęboką pasją dzielił się swoimi refleksjami na temat historii, kultury i filozofii tego starożytnego kraju.

Pani Janina (72 lata) owdowiała kilka lat temu. Jest matematykiem z wykształcenia i przez całe swoje życie zawodowe pracowała jako nauczycielka matematyki w szkole średniej. Ze względu na swoją sytuację zdrowotną i brak opieki ze strony rodziny, została zmuszona do zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej L1 wiosną 2021 r.

Wcześniej przeszła operację kręgosłupa, co spowodowało potrzebę korzystania z wózka inwalidzkiego w okresie rekonwalescencji. Jej dorosły syn (48 lat), ze względu na charakter wykonywanej pracy, nie był w stanie opiekować się matką. Pani Janina, choć miała zapewnione podstawowe potrzeby w DPS L1, nie czuła się tam swobodnie. Powtarzała, że chce wracać do domu, bo tam miała swój sklepik osiedlowy, środowisko, za którym tęskniła, a w DPS czuła się samotna i uwięziona. Czuła się samotna i uwięziona w instytucji, należała do osób, które

chciały „przeżyć w instytucji opiekuńczej”. Gdyby miała możliwość, uciekłaby z DPS L1 natychmiast.

Jednym z jej ulubionych zajęć było czytanie książek, jednak ze względu na zły wzrok musiała zrezygnować z tej przyjemności. Oczekując na zabieg usunięcia zaćmy, miała nadzieję, że po operacji będzie mogła ponownie cieszyć się czytaniem. Ciągle czekała na odwiedziny jedyne go syna, który nie przyjeżdżał. Tłumaczyła go, że jest zapracowany i musi myśleć o sobie.

Pani Janina jest jednym z mieszkańców DPS L1, którzy znaleźli się w tej instytucji z powodu różnych czynników, takich jak stan zdrowia i brak wsparcia rodzinnego. Jako matematyk przez wiele lat poświęcała się edukacji młodzieży, a teraz w podeszłym wieku boryka się z wyzwaniami związanymi z opieką i samotnością w instytucji opiekuńczej.

Lubiła wracać myślami do dzieciństwa i wspominać dawne czasy. Opowiedziała historię o sobie jako małej dziewczynce, jak z rodzicami i młodszą siostrą przyjechała do Wielkopolski z ziem utraconych na wschodzie po II wojnie światowej. Pokazywała zdjęcia rodziców i pozostałych bliskich. W swoim pokoju na półce miała rozłożone zdjęcia rodziców i pozostałej rodziny. Zdjęcia traktowała jak relikwie. Rodzina Pani Janiny była wykształcona i każdy pracował na uczelni w Poznaniu lub w szkołach podstawowych i średnich. Lubiła słuchać mądrych ludzi.

Poza tęsknotą za synem brakowało jej prawdziwych rozmów z ludźmi na wyższym poziomie. Czasami spotykała się z koleżanką, panią Krystyną, która również była pensjonariuszką ośrodka. Uważała, że rozmowa z drugim człowiekiem jest niezbędna dla zachowania równowagi psychicznej. Na spotkania z pensjonariuszami przynosiła album ze zdjęciami i często opowiadała o swojej młodości i rodzinie. Dzieliła się wspomnieniami o przygotowaniach do świąt i zwyczajach panujących w domu rodzinnym. Z dumą opowiadała o swojej pracy nauczycielki matematyki i otrzymanych nagrodach ministra za osiągnięcia w pracy z uczniami. Pani Janina była jedną z tych kobiet, które mogły poczuć się spełnione. Podkreślała, że czas szybko mija i młodość przemija równie szybko.

Pani Janina nie tylko wspominała swoją młodość, ale również chętnie podejmowała tematy związane z przyszłością. Ukazywała swoje zainteresowanie rozwojem i planami swojej rodziny. Mówiła o planach zawodowych swojego syna i wnuka w zakresie ich perspektyw życiowych. W ten sposób tworzyła więzi emocjonalne z innymi pensjonariuszami, dzieląc się zarówno przeszłością, jak i wizjami przyszłości.

Pani Krystyna (80 lat) zamieszkała w Domu Pomocy Społecznej L1 kilka lat temu. Stan cywilny: wdowa. Wychowała dwoje dzieci, jest babcią czwórki wnucząt. Ma wykształcenie wyższe ekonomiczne i pracowała przez całe swoje życie zawodowe jako księgowa. Mimo

podeszłego wieku, nadal zachowywała sprawność zawodową. Często odwiedzały ją dzieci i wnuki, których również sama odwiedzała. Pani Krystyna znana była jako energiczna kobieta, zawsze elegancko się ubierała, niezależnie od okazji.

Pani Krystyna była jedną z tych osób, które „żyją w instytucji opiekuńczej”, ponieważ realizowała swoją pasję związaną z pracą księgowej, lubiła zajmować się dokumentacją. Zawsze podkreślała, jak ważne jest, aby wszystko było uporządkowane. Uważała DPS za miejsce, w którym miała zapewnione podstawowe potrzeby. Pomimo obostrzeń związanych z pandemią COVID-19, była jedyną osobą, która bez trudu opuszczała DPS L1. Codziennie spotykała się z rodziną. Jej życie było zorganizowane w cyklu: praca, rodzina, czas wolny, nocny odpoczynek. Chorowała na serce, ale praca dostarczała jej wystarczająco dużo emocji, utrzymując jej kondycję psychiczną na wysokim poziomie.

Pani Krystyna była bardzo miłą i wesołą osobą. W jej towarzystwie zawsze było zabawnie i nie można było się nudzić. Potrafiła okazywać sympatię osobom, z którymi rozmawiała, obdarowując je drobnymi upominkami. Wieczorami można było ją spotkać na ławeczce w towarzystwie innych pensjonariuszek, zwłaszcza Pani Janiny i innych mieszkańców. Ich rozmowy były serdeczne, przyjemne i na wysokim poziomie.

Pani Danuta (lat 86) zamieszkała w DPS L1 kilka lat temu. Nie ma rodziny. Z wykształcenia jest lekarzem. Świadoma tego, jak może wyglądać starość w jej sytuacji, postanowiła ubiegać się o miejsce w DPS L1. Zrezygnowała z całego swojego majątku i po krótkim oczekiwaniu na przyznanie miejsca zamieszkała w DPS L1. Przyznano jej pokój z łazienką i balkonem. Pani Danuta charakteryzowała się opiekuńczym i serdecznym podejściem do innych osób. Lubiła czytać książki i prasę, dbając jednocześnie o swoją kondycję fizyczną. Regularnie odbywała spacerunki wokół parku, zarówno rano, jak i wieczorem. Mówiła, że będzie chodzić, dopóki będzie miała siły. Jej pokój był zawsze schludny i uporządkowany. Na półce stała ramka ze zdjęciami jej rodziców, a na ścianie wisiał krzyż i obraz Matki Boskiej Częstochowskiej. Była głęboko religijną kobietą i każdej niedzieli uczestniczyła we Mszy Świętej w miejscowej kaplicy. Oprócz aktywności fizycznej chętnie brała udział w treningach poznawczych, w zajęciach artystycznych i grach takich jak bingo.

Pani Danuta zdawała sobie sprawę, że nadszedł ostatni etap życia i zawczasu uregulowała wszystkie swoje sprawy, które mogłyby komuś przysporzyć problemów. Zaliczała się do tych osób, które chciały „dożyć w instytucji opiekuńczej”. Charakteryzowała się codziennym funkcjonowaniem zgodnie z własnym rytmem, niezakłócającym harmonii innych osób.

Pan Stanisław (lat 72) jest kawalerem. W przeszłości prowadził gospodarstwo rolne, jednak z powodu przejścia na emeryturę, starości i utraty sił zdecydował się sprzedać

gospodarstwo i złożył wniosek do Ośrodka Pomocy Społecznej o zorganizowanie mu miejsca w domu pomocy społecznej. Po krótkim okresie oczekiwania został zakwaterowany w jednoosobowym pokoju z łazienką i balkonem w DPS L1.

Pan Stanisław nie ma rodziny i nigdy nie oczekiwał na żadnych gości. Należał do osób, które w DPS „żyją”. W organizowanych zajęciach w DPS L1 nie uczestniczył. Dużo spacerował po korytarzach budynku, nie miał konkretnych pasji, uwielbiał żartować w sposób stonowany i niekrzywdzący innych. Już mały przedmiot, taki jak piórko czy tasiemka, wystarczył mu, aby zrobić komuś jakiś żart i wywołać śmiech u innych mieszkańców.

Pan Stanisław dbał również o swój wygląd, codziennie elegancko się ubierał i był zawsze ogolony. Należał do osób niezwykle samodzielnych. Nie wzywał opiekuna, aby pomógł mu się rozebrać czy umyć. Poza tym dał się poznać jako człowiek empatyczny i wykazujący troskę o innych mieszkańców, chętnie ich wspierał, szczególnie w czasie choroby.

Każda z wymienionych postaci miała swoje indywidualne cechy i zainteresowania, które ją wyróżniały od innych pensjonariuszy. Te różnice dotyczyły takich elementów jak: poziom wykształcenia, poprzednia kariera zawodowa, pasje, zainteresowania kulturalne i wiele innych. Warto zaznaczyć, że te różnice nie stanowiły przeszkody ani utrudnienia dla współmieszkańców DPS. Wręcz przeciwnie, ta różnorodność wśród społeczności mogła tworzyć bogate i inspirujące środowisko, w którym każda z nich mogła się rozwijać, ucząc się od innych i wspierając się nawzajem.

5.4. Codziennosc w Domu Pomocy Społecznej L1

Propozycje domów pomocy społecznej dla osób starszych uwzględniają różne potrzeby mieszkańców, takie jak warunki mieszkaniowe, opieka medyczna, aktywności społeczne i wsparcie psychologiczne. Wybór odpowiedniej formy wsparcia zależy od indywidualnych potrzeb i referencji osób starszych. Istotne jest zapewnienie godnych warunków życia, bezpieczeństwa oraz odpowiedniej opieki medycznej i psychologicznej dla osób starszych. Konieczność doskonalenia form wsparcia DPS dla osób starszych jest istotna dla podnoszenia jakości życia i dostosowania się do zmieniających się potrzeb społecznych.

Jedną z najpopularniejszych propozycji dla osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej jest trening poznawczy prowadzony przez psychologa. Zazwyczaj uczestniczyło w nim od dziesięciu do dwunastu osób. Zdaniem psychologa DPS L1, mieszkańcy bardzo chętnie uczestniczą w różnych formach zajęć, ale jest też duża grupa

pensjonariuszy, która zawsze znajdzie wytłumaczenie, aby nie brać w nich udziału albo tacy, którzy w ogóle nie wychodzą z pokoju.

Trening poznawczy jest formą interwencji, która ma na celu poprawę funkcji, takich jak pamięć, uwaga, koncentracja i rozwiązywanie problemów u osób starszych biorących w nim udział. Korzyści, jakie mogą wynikać z uczestnictwa w treningu poznawczym obejmują poprawę funkcji poznawczych, co przekładających się na:

- 1) lepszą zdolność do zapamiętywania, skupiania uwagi i podejmowania decyzji;
- 2) utrzymanie większej niezależności i samodzielności w codziennym życiu, np. w zarządzaniu finansami, prowadzeniu samochodu czy przygotowywaniu posiłków;
- 3) poprawę jakości życia osób starszych, umożliwiając im aktywniejsze uczestnictwo w różnych aktywnościach i relacjach społecznych;
- 4) budowanie większej pewności siebie i zaufania do swoich umiejętności poznawczych.

Anna Mosiołek i Jacek Gierus zwracają uwagę, że rehabilitacja funkcji poznawczych odnosi się do procesu, w którym stosuje się różne techniki treningowe w celu poprawy funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, funkcje wzrokowo-przestrzenne i wykonawcze. Poprzez zastosowanie różnorodnych metod treningowych, stymuluje się aktywność komórek mózgowych, co prowadzi do tworzenia nowych połączeń neuronalnych poprzez mechanizmy neuroplastyczności. Efektem tego jest poprawa procesów uczenia się, pracy oraz innych umiejętności, co przyczynia się do ogólnego polepszenia funkcjonowania jednostki (Mosiołek i Gierus, 2016, s. 98-104).

Zdaniem Ludmiły Zajac-Lamparskiej, trening funkcji poznawczych jest metodą, która ma na celu poprawę funkcjonowania poznawczego osób starszych poprzez zastosowanie mechanizmu selektywnej optymalizacji. W trakcie treningu funkcje poznawcze, które są obiektem ćwiczeń, są optymalizowane, chociaż ich selekcja jest kontrolowana zewnątrz. Sesje treningowe mogą być traktowane jako działania wspierające funkcjonowanie poznawcze osób starszych. Programy treningowe, które są wykorzystywane w badaniach, mogą służyć jako wzorce dla programów zajęć oferowanych dla seniorów przez różne instytucje (Zajac-Lamparska, 2015, s. 421).

Podczas treningu funkcji poznawczych można zaobserwować, że uczestnictwo mieszkańców DPS w zajęciach prowadzi do ich jednoczenia, poza tym wpływa na stymulację pamięci i funkcji poznawczych. Ponadto trening sprzyja budowaniu więzi społecznych, nawiązywaniu przyjaźni i rozwijaniu chęci do rywalizacji. Dodatkowo mieszkańcy wspierają się nawzajem, udzielając innym różnego rodzaju pomocy. Ta pomoc może przybierać różne

formy, począwszy od wsparcia w popychaniu wózków inwalidzkich, poprzez dzielenie się posiłkami, aż po wspólne wytwarzanie papierosów.

Drugą najpopularniejszą propozycją oferowaną dla mieszkańców DPS jest terapia zajęciowa. Zych wyjaśnia, że „terapia zajęciowa jest działaniem wielokierunkowym, którego podstawę stanowi wykorzystywanie tkwiącego w każdym człowieku potencjału rozwojowego, mającego źródło w naturalnych siłach witalnych, niezależnie od stopnia sprawności. Uznawana jest jako jeden z czynników rehabilitacji społecznej” (Zych, 2017, s. 185-186). Oznacza to, że terapia zajęciowa jest kompleksowym podejściem, które opiera się na wykorzystaniu przynależnego potencjału rozwojowego obecnego w każdej jednostce, pochodzącego z naturalnych sił życiowych, niezależnie od ich sprawności. Jest uważana także za istotny czynnik w procesie rehabilitacji społecznej.

Według Michała Szyszki głównym celem terapii zajęciowej jest przywrócenie lub przyspieszenie powrotu utraconych zdolności lub sprawności fizycznej, umysłowej lub społecznej człowieka, które mogły ulec uszkodzeniu z różnych powodów. W przypadku nieodwracalnych zmian, terapia zajęciowa koncentruje się na wypracowaniu alternatywnych funkcji, które ułatwiają codzienne funkcjonowanie jednostki. Terapia zajęciowa angażuje i rozwija układ motoryczny oraz układ nerwowy poprzez stymulację i doskonalenie różnych czynności. Istnieją dwie główne formy terapii zajęciowej. Pierwszą z nich jest terapia grupowa, w której osoby o podobnych lub różnych potrzebach uczestniczą w zajęciach grupowych, wykonując wspólne lub różne czynności. Drugą formą jest terapia indywidualna, w której pacjent wykonuje zadania dostosowane specjalnie do jego potrzeb, uwzględniające jego indywidualne wymagania (Szyszka, 2015, s. 353-374).

Według Kazimiery Milanowskiej (1926–2018) „terapia zajęciowa to pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zalecone przez lekarza, a prowadzone przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej; jest to leczenie za pomocą pracy i zajęć” (Milanowska i Baranowski, 1982, s. 15). Oznacza to, że terapia zajęciowa obejmuje określone działania, zarówno fizyczne, jak i umysłowe, zalecane przez lekarza i prowadzone przez wyspecjalizowanych profesjonalistów w celu przywrócenia sprawności fizycznej i psychicznej u pacjenta. Jest to forma leczenia oparta na pracy i aktywności.

Zdaniem Mielczarka, oprócz składników medycznej rehabilitacji, terapia zajęciowa powinna obejmować również elementy rehabilitacji psychologicznej, skoncentrowanej na rozwoju i kształtowaniu umiejętności umożliwiających jednostce funkcjonowanie w nowych

sytuacjach i warunkach, a także zmianę postrzegania samej siebie i otaczającego świata (Mielczarek, 2010, s. 274).

Kolejną popularną ofertą dla mieszkańców domu pomocy społecznej jest fizjoterapia geriatryczna. Według Tomasza Paska i in. fizjoterapia geriatryczna skupia się na poprawie sprawności osób starszych zgodnie z ich fizjologicznymi procesami oraz u pacjentów, u których spadek funkcjonalności ruchowej wynika z aktualnych lub przebytych chorób. Jej celem jest modyfikowanie procesu starzenia, który często wiąże się z ograniczeniami funkcjonalnymi i zależnością od pomocy innych, ku starzeniu się bez utraty sprawności i chorób. W kompleksowej opiece geriatrycznej istotne jest zaangażowanie zespołu specjalistów różnych dziedzin, którego działania obejmują identyfikację oraz leczenie odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu zdrowia, a także aktywną fizjoterapię z wykorzystaniem różnorodnych metod terapeutycznych (Pasek i in., 2011, s. 70-71).

Zdaniem Joanny Kostki i Tomasza Kostki kinezyterapia, fizykoterapia i masaż stanowią integralne elementy fizjoterapii, która odgrywa podstawową rolę w procesie rehabilitacji. Kinezyterapia, polegająca na wykorzystaniu ruchu jako głównego narzędzia terapeutycznego, stanowi fundament i główny obszar działania fizjoterapeutycznego. Zabiegi fizykoterapeutyczne oraz masaż pełnią natomiast rolę wspomagającą w procesie terapeutycznym. Ruch i aktywność fizyczna są niezwykle istotne zarówno w profilaktyce, jak i terapii wielu schorzeń oraz stanów występujących u osób starszych (Kostka i Kostka, 2016, s. 137).

Fizykoterapia jest metodą terapeutyczną, która wykorzystuje różne naturalne lub sztucznie generowane czynniki fizyczne, takie jak woda, światło, powietrze, elektryczność, drgania, ruch bierny i czynny, ciepło lub zimno, w celach leczniczych lub profilaktycznych. Jest to forma terapii fizycznej, która ma na celu poprawę funkcjonowania narządów, układu kostno-mięśniowego oraz leczenie chorób narządu ruchu, pourazowych, powypadkowych, a także schorzeń kobiecych i wewnętrznych. W ramach fizykoterapii stosuje się podstawowe metody, takie jak termoterapia, krioterapia, hydroterapia, elektroterapia oraz mechanoterapia (Zych, 2017b, s. 59).

Kostka i Kostka uważają, że wykonując zabiegi fizykoterapeutyczne wykorzystuje się zarówno naturalną energię występującą w przyrodzie, jak i generowaną przez różnego rodzaju urządzenia. Zabiegi fizykoterapeutyczne, zwłaszcza masaż, cieszą się dużym uznaniem wśród pacjentów, jednak ważne jest zrozumienie, że pełnią one rolę wspomagającą rehabilitację, a ich skuteczność nie zawsze jest naukowo potwierdzona. Mimo to, odpowiednio dobrane i stosowane z umiarem, mogą znacząco wspomóc proces rehabilitacyjny oraz ograniczyć konieczność przyjmowania leków przez osoby starsze.

Fizykoterapia ma szerokie zastosowanie, obejmujące następujące działania:

- przeciwbólowe;
- przeciwzapalne;
- zmniejszające napięcie mięśniowe;
- podnoszące napięcie mięśniowe;
- przyspieszające gojenie ran i regenerację tkanek;
- przygotowujące tkanki do ćwiczeń, masażu, elektrostymulacji;
- zapobiegające zanikom mięśni, poprawiające siłę mięśniową;
- poprawiające ukrwienie;
- stymulujące wytwarzanie aktywnych związków;
- umożliwiające przezskórne wprowadzanie leków (Kostka i Kostka, 2016, s. 145).

Mieszkańcy DPS wykazują duże zainteresowanie poprawą swojej kondycji zdrowotnej i utrzymaniem lub zwiększeniem funkcjonalności swojego ciała. W ramach DPS istnieje wiele możliwości udziału w zajęciach programowych, które mają na celu usprawnienie zdrowia i poprawę ogólnej kondycji fizycznej. Dodatkowo mieszkańcy mają również możliwość organizowania swojego czasu wolnego w taki sposób, aby angażować się w różnego rodzaju aktywności mające na celu poprawę swojego zdrowia.

Zajęcia programowe oferowane w DPS obejmują aktywności fizyczne, takie jak gimnastyka, rehabilitacja ruchowa, *nordic walking* (często nazywane przez ćwiczących „kijki”), czy też trening siłowy. W ramach tych zajęć mieszkańcy mają możliwość korzystania z profesjonalnego wsparcia ze strony terapeutów fizycznych i instruktorów, którzy dostosowują programy treningowe do indywidualnych potrzeb i możliwości każdej osoby. Przez regularny udział w takich zajęciach, mieszkańcy mają szansę na poprawę wydolności fizycznej, zwiększenie siły mięśniowej, polepszenie elastyczności oraz koordynacji ruchowej.

Ponadto mieszkańcy DPS mają możliwość organizowania swojego czasu wolnego w sposób, który sprzyja usprawnianiu swojego zdrowia. Mogą uczestniczyć w spacerach, wycieczkach, czy też różnego rodzaju grupowych aktywnościach rekreacyjnych.

Aktywność fizyczna przyczynia się do wzmocnienia poczucia własnej wartości, budowania więzi społecznych i zwiększania motywacji do dalszego działania. Dodatkowo regularne angażowanie się w aktywności fizyczne może przynieść korzyści w zakresie zdrowia psychicznego, takie jak redukcja stresu, poprawa nastroju i samopoczucia, a także zapobieganie depresji.

Życie mieszkańców domu pomocy społecznej toczy się w określonych przestrzeniach, które wpływają na jakość i charakter życia społeczności DPS. Tarkowska wskazuje na cztery takie przestrzenie:

- 1) przestrzeń życia codziennego,
- 2) czas życia codziennego,
- 3) środowisko społeczne,
- 4) środowisko materialne (Tarkowska, 1997, s. 126).

Przestrzeń życia codziennego w DPS jest jednym z głównych problemów w Polsce. DPS często umiejscowione były w budynkach o pierwotnym przeznaczeniu różnym od pełnionej przez nie funkcji, takich jak dworki, koszary, zamki, szpitale, hotele czy ośrodki wypoczynkowe. W rezultacie są to obiekty, które nie zostały odpowiednio dostosowane do potrzeb i wymagań osób z niepełnosprawnościami, co stanowiło i stanowi wyzwanie dla efektywnej opieki nad mieszkańcami (Tarkowska, 1997, s. 128).

Dodatkowym problemem jest lokalizacja DPS, zwykle na obrzeżach miast, na wsi, w lesie lub w miejscach odległych od dużych skupisk ludzkich. To ogranicza dostęp do różnorodnych usług i udogodnień, które mogą być istotne dla mieszkańców, zwłaszcza dla osób starszych lub niepełnosprawnych, które potrzebują wsparcia w codziennych czynnościach i zabezpieczenia ich potrzeb. Dodatkowo nieodpowiednia lokalizacja DPS może stwarzać problemy komunikacyjne, które wpływają na trudności w dojeździe rodzin do członka rodziny zamieszkującego w DPS. Ten problem ma negatywny wpływ na częstotliwość odwiedzin oraz osłabia więzi rodzinne. Mieszkańcy DPS, którzy rzadziej są odwiedzani, mogą doświadczać samotności, a w niektórych przypadkach może się rozwijać depresja.

Przykładem takiej lokalizacji były ośrodki, w których prowadziłem badania naukowe:

- DPS L1, zlokalizowany był w lesie, w budynkach po byłej jednostce wojskowej, mógł być szczególnie atrakcyjny dla osób ceniących ciszę i spokój. W latach 90. ubiegłego wieku był gruntownie wyremontowany i dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Osiągalność terenów leśnych stwarzała możliwość organizowania spacerów, rekreacji na świeżym powietrzu i obcowania z naturą. Wpływało to pozytywnie na jakość życia i mogło wspomagać procesy rehabilitacyjne mieszkańców, dla których aktywność fizyczna i kontakt z naturą były ważne dla zachowania sprawności i dobrego samopoczucia.
- DPS CH2, usytuowany był na wsi, w budynku po byłym seminarium duchownym, mógł przyciągać osoby ceniące spokojne otoczenie. Jednak brak odpowiedniej infrastruktury dla osób niepełnosprawnych mógł sprawić, że życie w takiej

przestrzeni stawało się wyjątkowo trudne. Mieszkańcy mogli napotykać na utrudnienia związane z przemieszczaniem się i korzystaniem z łazienek, co znacząco mogło wpływać na ich komfort i jakość życia.

Wsparcie emocjonalne i relacje społeczne odgrywają ważną rolę w życiu osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej. Przyjazne otoczenie sprzyja nawiązywaniu więzi i integracji z innymi mieszkańcami, co może pomóc w zmniejszeniu uczucia samotności i izolacji społecznej. Jednak aby pełnić tę rolę, DPS musi być dostosowany do indywidualnych potrzeb mieszkańców, zarówno pod względem infrastruktury, jak i programów aktywności, które umożliwią angażowanie się w różne formy interakcji społecznych.

Lokalizacja tych DPS może stwarzać pewne wyzwania komunikacyjne. Odległość od większych miast i skupisk ludzkich może utrudniać dojazd rodzinom do swoich bliskich zamieszkujących w DPS, co może wpływać na rzadsze odwiedziny i osłabienie więzi rodzinnych. Warto zatem zapewnić odpowiednie środki transportu i ułatwienia dla rodzin, aby mogły częściej odwiedzać swoich bliskich i utrzymywać kontakty.

Czas życia codziennego w DPS jest istotny, ponieważ składa się na doświadczenia i aktywności mieszkańców, które mają wpływ na ich samopoczucie, zdrowie, funkcjonowanie społeczne i ogólną jakość życia. W trakcie tych codziennych aktywności, społeczność DPS wykonuje wiele różnych zadań i podejmuje decyzje, które kształtują ich rzeczywistość i wpływają na zdrowie psychiczne i fizyczne.

Zdaniem Pauliny Peret-Drażewskiej i Justyny Peret, „kategoria codzienności jest pojęciem odnoszącym się bezpośrednio do terminu *czas*, bowiem mówiąc o codzienności, mamy na myśli jakość przeżywanego czasu, jego wypełnienie rutynowymi, codziennymi czynnościami i obowiązkami. Zatem czas jest przestrzenią do wypełnienia, podłożem wszelkich działań i aktywności, które zależne są od specyfiki owego czasu. Każda sytuacja jest określona w danej czasoprzestrzeni, więc postrzeganie rzeczywistości i jej eksploracja wynika w dużej mierze z jakości doświadczania czasu oraz przyjętych orientacji temporalnych” (Peret-Drażewska i Peret, 2016, s. 251). Oznacza to, że czas życia codziennego to określenie dotyczące rutynowych aktywności i czynności, które człowiek wykonuje w ciągu typowego dnia, w trakcie normalnego funkcjonowania i wykonywania codziennych spraw. Jest to czas, który spędzamy na wykonywaniu różnorodnych czynności, takich jak jedzenie, ubieranie się, mycie, sprzątanie, gotowanie, praca, nauka, czas wolny, spotkania towarzyskie i wiele innych.

Zrozumienie czasu życia codziennego może pomóc w identyfikacji obszarów, w których potrzebujemy wsparcia, usprawnienia lub zmiany, aby poprawić nasze codzienne funkcjonowanie. Dla osób starszych czas życia codziennego może wymagać dostosowania do

zmieniających się zdolności i potrzeb, co może wpłynąć na wybór odpowiednich form wsparcia i opieki, takich jak terapie, rehabilitacja czy domy opieki dla seniorów.

W badanych placówkach czas życia codziennego mieszkańców skupiał się przede wszystkim na podstawowych czynnościach, takich jak jedzenie, ubieranie się, mycie, a także na uczestnictwie w organizowanych zajęciach terapeutycznych, spędzaniu czasu wolnego, wytwarzaniu papierosów, odbywaniu spotkań z rodziną i innymi mieszkańcami.

W ramach czasu wolnego w DPS L1 mieszkańcy najczęściej angażowali się w czytanie książek, rozwiązywanie krzyżówek i oddawali się swoim pasjom. Zajęcia te uznawane były za pożądane i rozwijające, jednak wykonywane były przez nielicznych pensjonariuszy. Należy podkreślić, że znaczna część osób mogących brać udział w zajęciach była bierna i w ogóle niezainteresowana uczestnictwem w zaplanowanych przedsięwzięciach.

Prawdopodobnie ten stan rzeczy wynikał z różnic w preferencjach zajęć terapeutycznych mogących wynikać z indywidualnych potrzeb i zainteresowań mieszkańców. Niektórzy mogli preferować samodzielne spędzanie czasu wolnego, realizując swoje pasje, podczas gdy inni mogli korzystać z oferowanych przez placówkę zajęć.

Spotkania towarzyskie mieszkańców DPS L1 odbywały się w małych dwu- lub trzyosobowych grupach, podczas których pensjonariusze, często przy kawie, prowadzili rozmowy i wspominali czas młodości.

W DPS CH2 czas życia codziennego przebiegał w odmienny sposób. Oprócz podstawowych czynności, takich jak jedzenie, ubieranie się, mycie, spanie i uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych, mieszkańcy spędzali czas wolny na różnorodnych aktywnościach, w tym również na wytwarzaniu papierosów. Ponadto mieli okazję spotykać się zarówno z rodziną, jak i innymi mieszkańcami. Warto zaznaczyć, że w DPS CH2 spotkania towarzyskie często obejmowały spożywanie alkoholu, co w niektórych przypadkach trwało do późnych godzin nocnych.

Środowisko społeczne według Floriana Znanieckiego (1882–1958) to „ogół grup i jednostek, z którymi w ciągu swego życia osobnik styka się prywatnie lub trwale, osobiście lub rzeczowo, nazywamy środowiskiem społecznym tego osobnika” (Znaniecki, 1973, s. 72). Oznacza to, że termin „środowisko społeczne” odnosi się do wszystkich grup i jednostek, z którymi jednostka ma kontakt prywatnie lub na dłuższy czas, zarówno osobiście, jak i w sposób materialny.

Pojęcie środowiska społecznego w DPS dotyczy wszystkich relacji i interakcji międzyludzkich zachodzących między mieszkańcami DPS i pomiędzy mieszkańcami a personelem placówki. Obejmuje ono zarówno kontakty interpersonalne, jak i grupowe, jakie występują wewnątrz placówki.

Środowisko społeczne w DPS ma istotne znaczenie dla jakości życia mieszkańców i może wpływać zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na ich samopoczucie i funkcjonowanie. Wspierające, pozytywne i aktywne środowisko społeczne może sprzyjać budowaniu więzi międzyludzkich, współpracy, wsparciu emocjonalnemu oraz integracji społecznej. Mieszkańcy mogą czerpać korzyści z aktywności grupowych, zajęć terapeutycznych oraz wspólnych wydarzeń, które sprzyjają aktywności społecznej i eliminują uczucie samotności.

Z drugiej strony, negatywne wymiary środowiska społecznego, takie jak konflikty międzyludzkie, brak wsparcia ze strony personelu czy izolacja społeczna, mogą prowadzić do obniżenia jakości życia mieszkańców, osłabienia ich samopoczucia i zwiększenia poczucia osamotnienia.

Środowisko materialne, zdaniem Tarkowskiej, odnosi się do przedmiotów, czyli prywatnego stanu posiadania, które pensjonariusz chciałby wziąć ze sobą do DPS. Mieszkańcy skierowani do DPS przynoszą ze sobą cały swój majątek, który często mieści się w torbie lub reklamówce, ze względu na ograniczoną przestrzeń. Pokoje mają bardzo podobny wystrój i wyposażenie, gdzie łóżka i szafki niekiedy przypominają wyposażenie szpitalne. Nowi pensjonariusze nie mają możliwości urządzenia pokoju według własnych upodobań ani wniesienia własnych mebli czy ulubionego fotela, co uniemożliwia personalizację pokoju przez mieszkańca. Wiele DPS ma podobieństwa do szpitali zarówno w wystroju wnętrza, jak i organizacji, co odbiega od warunków życia poza instytucją, a co za tym idzie, znacznie obniża komfort życia mieszkańców (Tarkowska, 1997).

Izabela Wróblewska i Andrzej Steciwko zwracają uwagę, że osoby starsze zamieszkujące ośrodki opieki we Francji mają możliwość umeblowania swojego pokoju według własnego uznania (Wróblewska i Steciwko, 2012).

Środowisko materialne w DPS odnosi się do fizycznej infrastruktury i wyposażenia placówki, w której mieszkają i przebywają mieszkańcy. Stanowi ono wszystkie przedmioty i elementy otoczenia, które są dostępne dla pensjonariuszy i wpływają na warunki ich codziennego życia i funkcjonowania.

Środowisko materialne w DPS ma istotny wpływ na komfort życia mieszkańców. Obejmuje takie elementy jak:

- 1) wyposażenie pokoi: łóżka, szafy, stoliki nocne, krzesła, łazienki itp. To wszystko stanowi podstawową przestrzeń prywatną dla mieszkańców, gdzie spędzają czas, śpią i odpoczywają;
- 2) infrastruktura ogólna: sale wspólne, kuchnie, jadalnie, łazienki ogólnodostępne, czyli miejsca, gdzie mieszkańcy korzystają z usług i infrastruktury wspólnie;

- 3) zewnętrzne otoczenie: tereny zielone, ogrody, chodniki, alejki, czyli przestrzeń na zewnątrz placówki, gdzie mieszkańcy mogą spacerować, spędzać czas na świeżym powietrzu i angażować się w aktywności na otwartym terenie;
- 4) wyposażenie terapeutyczne: sale terapeutyczne, sprzęt do ćwiczeń, pomoce naukowe, wszelkiego rodzaju materiały wykorzystywane w zajęciach terapeutycznych i rehabilitacyjnych, które mają na celu poprawę funkcjonowania mieszkańców.

Środowisko materialne powinno być dostosowane do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, które przebywają w DPS. Funkcjonalne i bezpieczne wyposażenie, które powinno wpływać na jakość życia pensjonariuszy, umożliwiając im komfortowe i bezpieczne korzystanie z przestrzeni. Warto również pamiętać o indywidualnych potrzebach mieszkańców i zapewnić im możliwość personalizacji swoich przestrzeni w miarę możliwości.

Dobre środowisko materialne powinno wspierać pracę personelu w placówce, ułatwiając im opiekę nad mieszkańcami i umożliwiając skuteczną realizację terapii i programów rehabilitacyjnych.

Obecność monitoringu w domu pomocy społecznej może wpływać na ograniczenie poczucia prywatności mieszkańców. Monitoring, czyli system wizyjny, który rejestruje obraz i dźwięk w różnych częściach placówki, może być używany w celu zapewnienia bezpieczeństwa i nadzoru, ale jednocześnie może wzbudzać obawy o naruszenie intymności i prywatności osób przebywających w takim miejscu.

Z jednej strony, obecność monitoringu może pomóc w zapobieganiu incydentom i zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa wśród mieszkańców i personelu. Rejestracja obrazu może dostarczyć ważnych informacji w przypadku sytuacji awaryjnych lub nieprawidłowego zachowania. Monitoring może również stanowić formę ochrony przed agresją czy nadużyciami.

Z drugiej strony, mieszkańcy mogą odczuwać dyskomfort i brak prywatności, wiedząc, że są stale obserwowani. Może to wpływać na poczucie swobody i autonomii, co może negatywnie wpłynąć na ich samopoczucie i jakość życia. Ponadto osoby starsze czy z różnymi problemami zdrowotnymi często potrzebują miejsca, w którym mogą poczuć się swobodnie i bezpiecznie, a stała obecność kamer może zakłócać ich autonomię.

W DPS L1 do celów bezpieczeństwa jego mieszkańców wykorzystywano monitoring, przez co można było odnieść wrażenie, że jest się inwigilowanym przez personel placówki. Obecność kamer (z wyjątkiem pokoiów i łazienek) może wpływać na utratę prywatności pensjonariuszy. Dodatkowo obecność monitoringu w domu pomocy społecznej, izolacja mieszkańców od świata zewnętrznego i oddzielenie ich od naturalnego środowiska może

przypominać cechy charakterystyczne dla instytucji totalnych, porównywalne do tych zastosowanych w zakładach karnych.

Monitoring może wywoływać wśród pensjonariuszy negatywne zjawiska, takie jak strach i poczucie lęku, niepokój, samotność, utratę intymności, tęsknotę za domem, obawę o własne bezpieczeństwo itp.

Takich doznań doświadczyła Pani Nina, która od pierwszego dnia czuła się jakby została uwięziona, a każdy jej ruch został zarejestrowany. Dodatkowego dyskomfortu dostarczały nocne kontrole personelu opiekuńczego, jedzenie na czas, aktywność personelu w ciągu dnia, zakaz swobodnego opuszczania ośrodka itp.

W DPS L1 procedura sprawdzania obecności mieszkańców była systematyczna i starannie przeprowadzana przez opiekunów przed godziną 21.00. Opiekunowie mieli na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa i dobrostanu pensjonariuszy, dlatego każdego wieczoru dokładali wszelkich starań, aby upewnić się, że wszyscy znajdują się w swoich pokojach.

W sytuacji gdy któregoś z mieszkańców nie było na swoim miejscu, opiekunowie natychmiast rozpoczynali poszukiwania. Wykorzystywali do tego celu miejscowy monitoring, co stanowiło skuteczną i szybką metodę ustalenia miejsca pobytu poszukiwanego mieszkańca. Ich odpowiedzialne podejście oraz szybka reakcja pomagały zapewnić bezpieczeństwo i ochronę wszystkim mieszkańcom.

Dzięki systematycznemu sprawdzaniu obecności i troskliwej postawie opiekunów, pensjonariusze czuli się pewni i zaopiekowani, co wpływało na budowanie zaufania i komfortu w życiu codziennym w DPS L1. Monitoring lokalny stanowił przydatne narzędzie do zwiększenia skuteczności poszukiwań i reagowania na sytuacje wymagające natychmiastowego działania.

Istotne jest, aby odpowiednio zbalansować potrzebę monitoringu ze względu na bezpieczeństwo mieszkańców i zachowanie ich prywatności. Dostosowanie systemu monitoringu, tak aby obejmował jedynie najważniejsze obszary i zastosowanie odpowiednich zasad ochrony danych osobowych może pomóc w minimalizacji negatywnego wpływu na prywatność osób przebywających w DPS.

Decyzja o stosowaniu monitoringu powinna być dokładnie przemyślana i uwzględniać potrzeby i prawa mieszkańców, zapewniając równocześnie bezpieczeństwo i ochronę personelu oraz placówki. Warto również zapewnić mieszkańcom pełną informację na temat obecności systemu monitoringu i celu jego zastosowania, aby uniknąć niepotrzebnych obaw i niejasności.

W tym miejscu warto nawiązać do art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., który zwraca uwagę, że „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia

prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym” (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997). Oznacza to, że każdy obywatel ma prawo do zachowania prywatności we wszystkich jego sferach. Jednak rozpatrując ten problem ze strony bezpieczeństwa osób będących pod opieką instytucji opiekuńczych, warto by było rozważyć szczególne względy prewencji przy jednoczesnym zachowaniu zasad określonych w Kodeksie cywilnym (Dz.U. 2020 poz. 1740 z póź. zm.) art. 23 „dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach”. Oznacza to, że dobra osobiste człowieka, takie jak zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, są objęte ochroną prawną zgodnie z przepisami prawa cywilnego, niezależnie od innych przewidzianych środków ochrony w innych ustawach.

Wszyscy żyjemy w granicach pewnych ograniczeń, regulacji prawnych, nakazów czy zakazów, na które sami zgodziliśmy się w ramach porozumienia społecznego i jesteśmy gotowi ponosić taki ciężar utrudnień. Gdybyśmy takiego układu społecznego nie zaakceptowali, doszłoby do tego, co Émile Durkheim (1858–1917) nazywa anomią.

Każdy człowiek ma pewne potrzeby, które stara się zaspokoić. Mieszkańcy DPS L1 również mieli pewnego rodzaju zestaw pragnień, których ośrodek nie był w stanie bezpośrednio zapewnić, ale umożliwiał jego spełnienie w postaci zakupów produktów pierwszej potrzeby, takich jak mydło, szampon, pasta do zębów, słodycze, woda, tytoń, artykuły przemysłowe itp.

Ograniczenia pandemiczne uniemożliwiły mieszkańcom swobodne wyjazdy na zakupy. Jednak aby pomóc w zaspokajaniu bieżących ich potrzeb, w placówce zorganizowano sklepik. Sklepik był otwarty przez dwie godziny we wtorki i czwartki, aby mieszkańcy mogli zakupić wspomniane artykuły i zamówić coś dla nich bardziej wyszukanego. To rozwiązanie mające na celu ułatwienie dostępu do potrzebnych produktów w trudnym okresie ograniczeń.

Sklepik prowadził podmiot zewnętrzny z pobliskiego miasteczka, który moim zdaniem, miał bardzo wysoką marżę na sprzedawane towary. Mieszkańcy byli ograniczeni w wyborze i zaopatrywali się w tym sklepiku z uwagi na ograniczenia wynikające z pandemii i odległości do innych punktów handlowych. Handlowcy mogli wykorzystywać tę sytuację, wprowadzając zawyżone ceny, gdyż mieszkańcy nie mieli orientacji w kwestii aktualnych cen w sklepach.

Niezależnie od proponowanych cen mieszkańcy zaopatrywali się w sklepiku. Około godziny 10.00 w każdy dzień handlowy, gromadzili się w hallu, aby wkrótce zaspokoić swoje

potrzeby, płacąc za nie wysoką cenę. W trakcie oczekiwania na otwarcie sklepiku, pensjonariusze mieli okazję spotkać się z innymi mieszkańcami, porozmawiać z nimi. Opowiadali o swoich najbliższych planach i dyskutowali o nadchodzących w DPS L1 wydarzeniach.

Niektórzy mieszkańcy DPS L1, wykorzystując sytuację związaną z izolacją ośrodka w związku z pandemią COVID-19, prowadzili nieformalny sklepik z artykułami pierwszej potrzeby, który spełniał ważną rolę w życiu wybranej społeczności ośrodka. Rodziny tych mieszkańców zaangażowane były w część logistyczną, z uwzględnieniem szczególnego zapotrzebowania na alkohol.

Goffman porusza problem nielegalnego źródła dochodu w Szpitalu Centralnym, gdzie pacjenci zaopatrywali się w przedmioty i usługi, które pochodziły z różnych nielegalnych źródeł, różniących się stopniem nielegalności. Jednak bezwzględnie zabronione było nabywanie i sprzedawanie alkoholu, który był nielegalnie przemywany na teren szpitala (Goffman, 2011, s. 250).

W DPS L1 organizowano różnorodne zajęcia, które umożliwiały mieszkańcom realizację ich pasji, zainteresowań i spędzenie wolnego czasu w towarzystwie innych pensjonariuszy. Najbardziej brakowało mieszkańcom rozmowy z drugim człowiekiem. W trakcie zajęć opowiadali o swoich dzieciach, wnukach, dzielili się ich sukcesami i wyczekiwaniem na ich odwiedziny. Pensjonariusze bardzo tęsknili za swoimi bliskimi.



Fotografia 13 Zajęcia terapeutyczne w DPS L1

Źródło: archiwum własne

Organizowane w DPS L1 zajęcia zazwyczaj miały charakter zabawowy. Obejmowały one ćwiczenia manualne, stymulujące pamięć i procesy myślowe. W przedsięwzięciach najchętniej brały udział osoby z problemami neurologicznymi. Osoby te broniły się przed [...] nieuniknionym procesem starzenia się (Zych, 2001, s. 202). Były to zajęcia, które odbywały się cyklicznie od poniedziałku do piątku.

Wśród mieszkańców DPS L1 wspomniana wcześniej czwartkowa gra w bingo cieszyła się dużym zainteresowaniem i była uznawana za jedną z głównych atrakcji w ośrodku. Nawet osoby, które wcześniej nie wykazywały aktywności czy zainteresowania innymi zajęciami, z chęcią uczestniczyły w tej formie rozrywki.

Gra w bingo stanowiła doskonałą okazję dla pensjonariuszy do spędzenia czasu w towarzystwie innych mieszkańców, nawiązania relacji oraz podtrzymywania więzi społecznych. Rozgrywki prowadzone były zazwyczaj w przyjaznej atmosferze, a wygrane w grze dostarczały uczestnikom dużo radości i satysfakcji.

Dla osób starszych, które często doświadczały ograniczenia fizycznego aktywizmu, gra w bingo może stanowić szczególnie atrakcyjną formę rozrywki, ponieważ nie wymaga ona intensywnego wysiłku fizycznego, a jednocześnie angażuje umysł, koncentrację i spostrzegawczość.

Gra była prowadzona w odpowiednio dostosowanym miejscu, aby umożliwić wygodne uczestnictwo w grze osobom z różnymi ograniczeniami ruchowymi. To zapewniało uczestnikom pełen komfort i swobodę w korzystaniu z tej formy rekreacji.

Do popularniejszych zajęć, które cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród pensjonariuszy DPS L1, można zaliczyć oglądanie telewizji, czytanie prasy i książek, a także rozwiązywanie krzyżówek. Te aktywności stanowiły dla nich sposób na spędzanie czasu wolnego i umożliwiały odpoczynek oraz rozwijanie umysłowych zdolności.

Ograniczenia kontaktu ze światem zewnętrznym skłaniały pensjonariuszy do większego skupienia się na dostępnych wewnętrznych aktywnościach i relacjach interpersonalnych. Dodatkowo przyczyniały się do tworzenia pozytywnego i aktywnego środowiska w DPS L1, sprzyjającego dobrze funkcjonującemu życiu codziennemu mieszkańców.

Usługa prania odzieży w DPS jest usługą bezpłatną i niezwykle istotną dla zapewnienia odpowiedniej higieny i wygody mieszkańców. W DPS znajdują się pralnie, które umożliwiają regularne pranie odzieży pensjonariuszy i odzieży roboczej personelu, co przyczynia się do utrzymania czystości i higieny w placówce.

W DPS L1 odzież mieszkańców była prana, suszona i prasowana w pralni pomocniczej, a także naprawiana, jeśli była taka potrzeba, co zapewniało duży komfort mieszkańcom.

Usługa prania odzieży w DPS ma na celu zapewnienie mieszkańcom czystej, świeżej i zadbanej odzieży. Działa to nie tylko na korzyść higieny, ale także wpływa pozytywnie na samopoczucie i poczucie godności mieszkańców.

Personel opiekuńczy w DPS przejawiał ogromną troskę o samopoczucie mieszkańców DPS. Często pytali o potrzeby i samopoczucie, wykazując się uprzejmością na każdym kroku.

Można było usłyszeć pytania, takie jak: „Jak się Pan/Pani czuje?”, „Czy czegoś Panu/Pani brakuje?”, „Jeśli będzie Pan/Pani czegoś potrzebować, proszę powiedzieć”, „Czy mogę w czymś pomóc?” itp. Podobna sytuacja miała miejsce z personelem sprzątającym i terapeutycznym. Cały personel starał się zaspokoić potrzeby i wygodę pensjonariusza.

Mieszkańcy często spotykali się w niewielkich, zamkniętych kręgach, gdzie panował spokój i czuli się komfortowo. W DPS L1 było wiele miejsc, gdzie można było spędzić czas w samotności lub w wąskim gronie. W samym budynku znajdowało się kilka małych świetlic z wygodnymi fotelami. Na korytarzach były również ławeczki, na których można było usiąść i odpocząć. Poza tym przed wejściem do budynku znajdowały się wygodne ławki. Jednak najchętniej spotykali się na balkonie u jednego z pensjonariuszy.

Starsi ludzie bardzo szybko budują relacje międzyludzkie ze względu na swoje doświadczenie życiowe oraz potrzebę towarzystwa. Osoby starsze, które zamieszkują w domach pomocy społecznej, mogą odczuwać samotność i pragnienie nawiązania więzi z innymi osobami, niezależnie od wieku. W społeczności domu pomocy społecznej starsi mieszkańcy często spotykają się w różnych codziennych sytuacjach, takich jak wspólne posiłki, zajęcia rekreacyjne czy codzienne czynności opieki nad sobą. W takim środowisku ludzie starzejący się dostrzegają, że ich rówieśnicy również posiadają podobne doświadczenia i wyzwania związane z wiekiem, co prowadzi do łatwiejszego nawiązywania porozumienia.

Starsze osoby często szukają towarzystwa, z kimś, komu mogą zaufać i kto zrozumie ich sytuację życiową. Bezpieczne i wspierające środowisko, takie jak dom pomocy społecznej, może stworzyć idealne warunki do nawiązywania tych cennych relacji. Często powstają przyjaźnie, oparte na wzajemnym szacunku i zrozumieniu, które przekraczają barierę wieku. Dzięki temu starsi ludzie mogą czuć się bardziej akceptowani i doceniani przez innych.

Wspólne spędzanie czasu ma nie tylko emocjonalne, ale również praktyczne korzyści. Starsi mieszkańcy mogą dzielić się swoimi historiami, doświadczeniami i mądrością życiową z innymi, co stanowi niezwykle cenną formę dziedzictwa kulturowego. Ponadto, dzięki wzajemnej pomocy i wsparciu, starsi ludzie mogą łatwiej radzić sobie z codziennymi wyzwaniami i problemami zdrowotnymi, czując się bezpieczniej i bardziej zaspokojeni emocjonalnie.

Starsi mieszkańcy domów pomocy społecznej wciąż pragną być aktywni społecznie i mieć możliwość uczestniczenia w różnych zajęciach. Organizacja różnorodnych programów rekreacyjnych, artystycznych czy kulturalnych sprzyja budowaniu relacji między osobami starszymi. Spotkania towarzyskie, wycieczki, warsztaty czy nawet wspólne oglądanie filmów mogą być doskonałą okazją do integracji i nawiązywania więzi.

Przechadzając się po terenie DPS L1, można było skorzystać z ławek osłoniętych pergolami, które nie tylko chroniły przed wiatrem i słońcem, ale także zapewniały intymność osobom siedzącym.

Na terenie DPS L1 zlokalizowane było duże oczko wodne, które w upalne dni stanowiło popularne miejsce spędzania czasu zarówno dla mieszkańców, jak i ich rodzin. W ośrodku znajdował się również niewielki park, w którym były ławki rozmieszczone wzdłuż alejki.

Na pierwszym piętrze budynku znajdował się duży taras, otoczony koronami drzew, który oferował możliwość obserwacji różnorodnych gatunków ptaków, w tym między innymi dzięcioła dużego. Oprócz funkcji relaksacyjnej dla mieszkańców, taras spełniał funkcję terapeutyczną. W dni o sprzyjającej pogodzie, osoby z ograniczoną zdolnością poruszania się były transportowane windą na taras, gdzie mogły odpoczywać i relaksować się przez pewien czas.

W skład ośrodka wchodziła również piękna i przestronna kaplica, zdolna pomieścić wszystkich mieszkańców podczas mszy świętej. Niestety, w okresie pandemii nabożeństwa w kaplicy zostały zawieszony w celu zachowania bezpieczeństwa mieszkańców.

W DPS L1 sobota i niedziela były dniami dla mieszkańców przeznaczonymi na realizację własnych zamierzeń, ponieważ ośrodek w tych dniach nie organizował żadnych oficjalnych przedsięwzięć. W ciągu weekendu ogólnie panowało wyciszenie i spokój. Jednak istotną częścią życia pensjonariuszy było oczekiwanie na odwiedziny ich bliskich. Ze względu na ograniczenia wynikające z funkcjonowania ośrodka, spotkania z rodziną mogły odbywać się jedynie na terenie otwartym placówki. Mieszkańcy z utęsknieniem oczekiwali takich spotkań, ponieważ stanowiły one ważną okazję do kontaktu z najbliższymi oraz wzmacniania więzi rodzinnych. Wizyty najbliższych były zawsze głębokim przeżyciem dla mieszkańców. Należy podkreślić, że odwiedziny bliskich pełniły ważną rolę w podtrzymywaniu morale pensjonariuszy oraz dawały im poczucie więzi społecznej i akceptacji. Nawet ograniczony czas spędzony na otwartym terenie ośrodka stanowił dla nich cenny kontakt ze światem zewnętrznym i możliwość dzielenia się emocjami, wspomnieniami i aktualnościami z bliskimi.

Soboty i niedziele były okazją dla mieszkańców na spotkanie z najbliższymi. Spotkania z rodzinami trwały na ogół od godziny do kilku godzin. Jednak z uwagi na ciągłe zagrożenie COVID-19 wywołane przez wirus SARS-CoV-2, pensjonariusze zachowywali rygor sanitarny i w przypadku odwiedzin osób, które nie zdecydowały się na zaszczepienie, mieszkańcy apelowali o rozsądek do najbliższych i zaszczepienie się w najbliższym czasie.

Niedziela w DPS L1 miała wyjątkowy charakter. Mieszkańcy ubierani byli odświętnie, ponieważ brali udział we mszy świętej, którą była transmitowana przez radio.

Ewa Dyduch podkreśla, że wiara i praktyki religijne stanowią istotny element życia wielu kobiet przebywających w domach pomocy społecznej. Dlatego parafie, które obejmują opieką te domy, dbają o rozwijanie wiary i duchowości mieszkanek. Propozycje spędzania czasu wolnego obejmują celebrowanie mszy świętej, uczestnictwo w katechezach, rekolekcjach, pielgrzymkach i aktywność we wspólnotach religijnych, co pomaga podtrzymać duchowość życia pensjonariuszek (Dyduch, 2014, s. 191-192).

Mielczarek podkreśla ważny problem występujący w placówkach opiekuńczych, związany z pragnieniem pensjonariuszy do utrzymywania kontaktu z duszpasterzem i życzeniem spędzenia swojej starości w placówce prowadzonej przez zakonnice. Dodatkowo starsi ludzie oczekują obecności pielęgniarki i opiekuna o wyznawanej religii, z którymi mogliby swobodnie rozmawiać o swoich duchowych kwestiach. Należy podkreślić, że skuteczna etyka opieki, szczególnie w trudnych sytuacjach, często opiera się na wartościach płynących z chrześcijańskiej wiary, nadziei i miłości. Duszpasterze i pracownicy placówek opiekuńczych często odgrywają ważną rolę w zapewnieniu duchowego wsparcia i spełnieniu tych potrzeb. Warto więc uwzględniać te elementy w procesie opieki nad starszymi osobami, aby zapewnić im pełnię opieki, zarówno fizycznej, jak i duchowej (Mielczarek, 2010, s. 167).

Poza sferą religijną, w weekendy mieszkańcy DPS L1 oczekiwali na swoich najbliższych. Właśnie te dni były okazją, aby przeżywać chwile bliskości i kontaktu z rodziną. Dla wielu z nich odwiedziny stanowiły wyjątkowy moment w tygodniu, kiedy mogli spotkać swoich bliskich, porozmawiać, wyrazić uczucia i wzajemnie się wesprzeć. To były dni pełne emocji, radości, ale czasem także smutku, gdyż towarzyszyła im świadomość ograniczeń związanych z miejscem pobytu w DPS L1 i stanem zdrowia.

Okazje do kontaktu z rodziną były istotne dla samopoczucia i poczucia sensu życia mieszkańców DPS L1. Dlatego też, mimo różnych wyzwań związanych z opieką nad osobami starszymi, te chwile spędzone z najbliższymi były niezwykle istotne i cenne. Pomagały mieszkańcom w przeżywaniu starości z większą godnością i satysfakcją.

Niektórzy mieszkańcy w czasie wizyt najbliższych organizowali sobie spacer po ośrodku, a inni spotykali się w niewielkich grupach, opowiadali wtedy o swoich rodzinach, przyjaciółach i wspominali chwile spędzone w DPS L1. Pomimo tego, że żyli w społeczności ośrodka, skarżyli się na samotność i tęsknotę za kontaktami z bliskimi i brak swobody, jaką mieli wcześniej w życiu poza placówką opiekuńczą.

Wieczorami po kolacji mieszkańcy mieli miły zwyczaj mówienia sobie „dobranoc”. To miłe słowo grzecznościowe, wypowiedziane przez każdego na zakończenie dnia, tworzyło ciepłą i serdeczną atmosferę wśród mieszkańców społeczności DPS L1.

Warto podkreślić wyjątkowe zachowania, uprzejmości i dbałość o wzajemne relacje mieszkańców. Kultura komunikacji była tu nie tylko standardem, ale również symbolem szacunku i troski o innych. Słowa, takie jak: „proszę”, „dziękuję”, „dzień dobry” i „do widzenia” nie były tylko pustymi formalnościami, ale prawdziwymi oznakami życzliwości i uznania dla drugiego człowieka. Mieszkańcy DPS L1 mieli zapewne świadomość, że właściwe słowa w odpowiednich chwilach mają moc budowania mostów między ludźmi, umacniania więzi społecznych i tworzenia harmonijnych relacji. Ich proste gesty uprzejmości potwierdzały, że wartości takie jak empatia, szacunek i życzliwość były integralną częścią ich życia.

Wzajemne wspieranie się ludzi starszych mieszkających w DPS L1 obejmowało różne kwestie, takie jak popychanie wózków, oferowanie pomocy i wsparcia podczas posiłków oraz dzielenie się jedzeniem z innymi mieszkańcami. Pensjonariusze wykazywali wzajemny szacunek i troskę o zachowanie harmonii społecznej wśród swojej społeczności. Co więcej, personel, chociaż składający się głównie z kilku opiekunów i pokojowych, starał się nie narzucać swojej obecności mieszkańcom, pozostawiając im przestrzeń do samodzielnego działania i interakcji. Portier pełnił swoją rolę, siedząc na stanowisku, gotowy przyjąć wizyty rodzin mieszkańców, co niewątpliwie było ważnym elementem w zachowaniu łączności z bliskimi. Natomiast pokojowe regularnie przemieszczały się po korytarzach, odwiedzając poszczególne pokoje i sprawdzając, czy mieszkańcy nie potrzebują dodatkowej pomocy czy wsparcia. Ich obecność i czujność przyczyniały się do poczucia bezpieczeństwa oraz zapewnienia opieki na każdym etapie pobytu w ośrodku.

W atmosferze wzajemnego szacunku, wsparcia i dbałości o dobro wspólne, mieszkańcy DPS L1 mogli poczuć się jak w swoim drugim domu. Integracja i współpraca między pensjonariuszami, a także szanowanie ich potrzeb i autonomii przez personel, stanowiły podstawę dla przyjaznej i serdecznej atmosfery w tym miejscu.

Samotność człowieka starego w domu pomocy społecznej jest poważnym problemem społecznym, który może być bazą do generowania znacznie poważniejszych sytuacji.

Liszewska uważa, że w domach pomocy społecznej większa liczba osób przeżywających samotność po utracie małżonka jest bardziej widoczna niż w innych miejscach. Dlatego też istnieje większa szansa na nawiązanie nowych relacji i znalezienie towarzysza na jesień życia, kogoś, kto pomoże wypełnić pustkę po stracie współmałżonka. (Liszewska, 2009, s. 48).

Według Vittorino Andreolego „samotność jest cierpieniem – istnieć i zarazem nie istnieć to być może jedno z boleśniejszych doświadczeń życia, także dlatego, że w tym okresie słabnie nadzieja i nie ma już czasu na realizację pragnień. Samotność to nie tylko przebywanie w jakimś miejscu bez kogoś obok, lecz życie pośród ludzi, którzy cię nie widzą, jakby cię nie było.

Niezauważalne życie, niedostrzegalne potrzeby” (Andreoli, 2009, s. 150). Oznacza to, że samotność jest bolesnym przeżyciem, które polega na istnieniu bez odczuwania prawdziwej obecności i uwagi innych ludzi. Jest to doświadczenie, które ogranicza nadzieję i utrudnia spełnianie pragnień, ze względu na brak bliskości i zrozumienia. Samotność nie dotyczy jedynie fizycznego bycia w miejscu bez towarzystwa, ale również życia wśród innych ludzi, którzy nie dostrzegają czy nie rozumieją naszej obecności. Jest to życie, które jest niemal niewidoczne, a nasze potrzeby są niedostrzegalne.

Osobie starszej zamieszkującej DPS może brakować osobistego kontaktu ze światem zewnętrznym. Mieszkaniec może być ograniczony stałym pobytem bez prawa wyjścia poza jego mury. Dodatkowo może odnieść wrażenie, że jest ubezwłasnowolniony z prawem do bycia „tu i teraz”, życia, korzystania z oferty domu pomocy społecznej, jedzenia, picia i spania, czyli do najniższych form zabezpieczenia własnych potrzeb.

Osoby starsze mieszkające w DPS uważają, że najgorsza dla nich byłaby samotność i tęsknota za najbliższymi i pustka dookoła. Niektórzy twierdzili, że duszą się w czterech ścianach i bez przerwy widują te same twarze. Brakuje im urozmaicenia. Nikt starego człowieka nie pyta o jego potrzeby i na co ma ochotę. Na spacer chodzą wokoło budynku jak więźniowie na spacerniaku. Twierdzą, że „można oszaleć”.

Badania naukowe przeprowadzone w DPS L1 ukazują, że starsze osoby cenią sobie spokój i ciszę. Obserwowani pensjonariusze wykazywali zdolność do harmonijnego współżycia z pełną akceptacją dla innych mieszkańców. Jednak należy podkreślić, że mieli predylekcje do obmawiania innych pensjonariuszy, choć jednocześnie silnie identyfikowali się jako jedność. Jedność grupy mieszkańców w ośrodku miała znaczący wpływ na zachowanie i atmosferę. W przypadku gdy któryś z pensjonariuszy miał gorszy dzień i przejawiał niegrzeczne i prowokacyjne zachowanie wobec innych, słabszych mieszkańców, grupa natychmiast reagowała. W takich sytuacjach wspólnie tłumili negatywne zachowanie i przypominali o szacunku wobec innych. To powodowało, że przez pewien czas panował spokój i harmonia wśród mieszkańców DPS L1.

Pomimo tego że DPS L1 był przystosowany do zakwaterowania 100 osób, zaobserwowano, że tylko niewielka ilość mieszkańców regularnie wychodziła na spacer. Istnieje kilka czynników, które mogą wpływać na to zachowanie.

Po pierwsze, należy wziąć pod uwagę stan zdrowia i mobilność pensjonariuszy. W DPS L1 przebywają głównie osoby starsze i schorowane, które często borykają się z różnymi problemami zdrowotnymi, takimi jak ograniczona sprawność ruchowa czy choroby przewlekłe.

To może znacznie utrudniać im wyjścia na spacer, zwłaszcza jeśli teren wokół ośrodka jest nierówny lub wymaga długich dystansów do pokonania.

Po drugie, wymiar społeczny może mieć wpływ na to, że tylko niewielka grupa mieszkańców wychodzi na spacer. Część osób starszych może czuć się bardziej komfortowo w swoim otoczeniu, wśród znajomych i bliskich. Taka grupa osób może preferować spędzanie czasu wewnątrz ośrodka, gdzie panuje przyjazna atmosfera.

Niezależnie od tego, ile osób wychodzi na spacer, ośrodek powinien dbać o zapewnienie możliwości aktywności rekreacyjnych i dostęp do świeżego powietrza dla wszystkich mieszkańców. Możliwość spacerów i aktywności na świeżym powietrzu ma pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne starszych osób, poprawia ich nastrój i ogólne samopoczucie.

Zdaniem psychologa, znaczna część osób starszych zamieszkujących w DPS L1 niechętnie integruje się z pozostałą częścią społeczności ośrodka i nie wyraża chęci opuszczenia swoich pokoi. Często odczuwają wstyd lub nie życzą sobie towarzystwa innych osób. Wielu z nich ma poczucie, że zostali porzuceni przez swoje rodziny, czują się samotni i niechętnie nawiązują jakiegokolwiek więzi z innymi mieszkańcami, nawet w formie znajomości. Czuć od nich obawę, że ktoś ich zapyta o ich dotychczasowe życie, a oni nie będą mieli czym się pochwalić. Wstydzą się także swojej niepełnosprawności i obawiają się reakcji innych osób na ich ograniczenia. Pomimo wielu rozmów zachęcających do nawiązywania kontaktów z innymi mieszkańcami, pensjonariusze podają różnorodne argumenty, aby pozostać w swoich pokojach.

W badaniu przeprowadzonym w DPS L1 zaobserwowano, że osoby starsze potrzebują rozmów i chętnie dzielą się informacjami o sobie, swoich rodzinach, sukcesach dzieci, marzeniach i planach na przyszłość. Wspólne spędzanie czasu w ośrodku stworzyło atmosferę zaufania i otwartości, co sprzyjało bardziej intymnym rozmowom i dzieleniu się osobistymi doświadczeniami.

Codzienne życie mieszkańców przypominało pewną rutynę, co wprowadzało pewną stabilność w ośrodku. Podobne harmonogramy dnia sprzyjały tworzeniu poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności, co miało pozytywny wpływ na ogólne samopoczucie mieszkańców.

Jednak w miarę upływu czasu zaobserwowano, że życie społeczne w ośrodku ulegało pewnemu rozluźnieniu. Niektórzy mieszkańcy zaczęli wyrażać swoje prawdziwe emocje i osobowość, pozdejmowali metaforyczne „maski”, które może wcześniej nosili, a które czasami służą jako mechanizm obronny w nowym środowisku. To wyrażanie swojej autentyczności i akceptowanie swojej ciemniejszej strony stanowiło ważny krok w procesie adaptacji i integracji społecznej.

Warto jednak zaznaczyć, że wraz z zanikaniem niektórych zahamowań społecznych, niektórzy mieszkańcy zaczęli obmawiać innych pensjonariuszy. To zachowanie, choć naturalne w każdej społeczności, może wpływać negatywnie na klimat ośrodka, wprowadzając napięcia i negatywne relacje między mieszkańcami.

Monotonia każdego dnia w DPS L1 sprowadzała się do powtarzania tych samych rutynowych czynności przez mieszkańców, a ich aktywność ograniczała się głównie do spacerów po korytarzu, często w przerwie na papierosa. Od czasu do czasu zatrzymywali się przy pokoju sąsiada, aby zamienić kilka słów.

Chociaż mieszkańcy mieli dostęp do podstawowych potrzeb, takich jak jedzenie, opieka i możliwość kontaktu z innymi, każdy dzień wydawał się jak poprzedni. Rano zaczynał się od śniadania, po którym następowała krótka chwila dla siebie. Potem odbywały się różnego rodzaju zajęcia, a kolejnym punktem była pora obiadowa. Po obiedzie mieszkańcy mieli krótki odpoczynek, po którym znów realizowane były zajęcia, aby po godzinie 16 mieć czas dla siebie. Wieczorem była kolacja, po której większość mieszkańców spędzała czas przed telewizorem lub szła spać.

Dla tych mniej aktywnych, dni wydawały się jeszcze bardziej ograniczone, bo toczyły się głównie wokół posiłków, telewizji i snu.

Personel jadalni w DPS L1 aktywnie dbał o utrzymanie czystości i porządku w tym miejscu. Posiłki serwowane były zawsze estetycznie, często ozdobione atrakcyjną dekoracją i zgodnie z ustalonym jadłospisem. Jednak pod kątem walorów smakowych, niektóre posiłki często były niedoprawione, mdłe lub niesmaczne, mimo zastosowania dostępnych przypraw znajdujących się na stole. Prawdopodobnie było to związane z koniecznością dostosowania posiłków do specjalnych diet i indywidualnych ograniczeń zdrowotnych niektórych mieszkańców, którzy nie mogli spożywać potraw z nadmiarem przypraw ze względu na swoje zdrowie.

Na stoliku każdego konsumenta zawsze znajdował się kompletny zestaw sztućców, koszyczek z chlebem, zestaw przypraw oraz chusteczki do wytarcia ust. W przypadku gdy czegoś zabrakło na stole, personel jadalni natychmiast reagował, uzupełniając braki. Dodatkowo obsługa podchodziła do każdego pensjonariusza z wazą zupy, pytając: „Czy miałby Pan/Pani ochotę na dodatkowy talerz zupy?”.

Jadalnia w niedzielę wyglądała inaczej niż w dni powszednie. Wszystkie stoliki były przykryte białymi obrusami, co nadawało temu dniu świąteczny charakter.

Personel jadalni dbał o komfort i zadowolenie mieszkańców, zapewniając im odpowiednią ilość sztućców, chleba, przypraw i chusteczek na stole. Z kolei zapewnienie

dotkającej porcji zupy dla chętnych mieszkańców ukazuje indywidualne podejście do preferencji żywieniowych i zaspokajanie ich potrzeb.

Przyjemność z jedzenia i spożywanie słodczy może wywoływać uczucie przyjemności i satysfakcji. Wpływają na to składniki, takie jak cukry i tłuszcze, które mogą stymulować ośrodek nagrody w mózgu, co powoduje pozytywne emocje i uczucie zadowolenia. Problem z nadmiernym spożywaniem słodczy może być związany z nawykami żywieniowymi osób starszych. Osoby starsze, podobnie jak inne grupy wiekowe, powinny zwracać uwagę na swoje zdrowie i odpowiednio dbać o swoją dietę. Spożywanie nadmiernych ilości słodczy może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, takich jak wzrost ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2, nadwaga, próchnica, a także problemów z układem krążenia. Osoby samotnie spożywające słodczy mogą w tym poszukiwać pocieszenia lub zaspokojenia emocji. Samotność i izolacja mogą prowadzić do takich zachowań, gdzie jedzenie staje się rodzajem kompensacji braku towarzystwa i przyjemności. Chociaż słodczy mogą dostarczyć chwilowego uczucia radości, to w dłuższej perspektywie nadmierna konsumpcja może wpływać negatywnie na jakość życia i zdrowie człowieka starszego. Zbyt częste sięganie po słodczy może prowadzić do zmęczenia, apatii i pogorszenia ogólnego samopoczucia.

Zdaniem Mirosława Jarosza i Ewy Rychlik, w diecie osób w średnim i starszym wieku powinno się zwracać uwagę na wysoką zawartość składników odżywczych, aby przy niższym spożyciu kalorii zapewnić odpowiednią ilość witamin i minerałów. Wysokie spożycie mięsa, wędlin, potraw smażonych, słodczy oraz częste dosładzanie produktów i napojów cukrem, szczególnie u mężczyzn, związane jest z ryzykiem przesadnego przyjmowania kalorii, tłuszczów i cukrów prostych, które stanowią czynniki ryzyka związane z otyłością, chorobami serca, cukrzycą i niektórymi rodzajami nowotworów. Ponadto używanie tłuszczu do smażenia i choćby jednej łyżki tłuszczu (również roślinnego) do gotowania zwiększa średnią kaloryczność potrawy o 100 kcal (Jarosz i Rychlik, 2008, s. 40-51).

Edyta Suliga twierdzi, że wykryto wiele nieprawidłowych zachowań żywieniowych, które stanowią ryzyko dla zdrowia osób w średnim i starszym wieku, związanych z nadwagą, otyłością, zaburzeniami lipidowymi, cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca i innymi chorobami przewlekłymi. W przypadku tych grup wiekowych, szczególnym celem jest zmniejszenie spożycia soli i cukru, a także, zwłaszcza u mężczyzn, ograniczenie spożycia mięsa, wędlin i potraw smażonych. Warto również zwiększyć spożycie płynów oraz produktów ochronnych, takich jak warzywa, owoce, ryby i pełnoziarniste produkty zbożowe. Ważną rolę w zapobieganiu chorobom dietozależnym w naszym

społeczeństwie mogłoby odegrać zaangażowanie lekarzy w propagowanie zasad zdrowego żywienia (Suliga, 2010).

Pensjonariusze z zespołem otępiennym wymagają szczególnej opieki. Zespół otępienny to stan, który charakteryzuje się stopniowym pogorszeniem funkcji poznawczych, pamięci, zdolności do myślenia, rozumienia oraz podejmowania decyzji. Osoby z tym schorzeniem często mają trudności w wykonywaniu codziennych czynności i mogą być bardziej podatne na różnego rodzaju niebezpieczeństwa.

Personel DPS L1 opiekujący się tymi pensjonariuszami był odpowiednio przeszkolony i wyposażony w wiedzę na temat opieki nad osobami z zespołem otępiennym. Wspieranie ich specjalnymi technikami komunikacji, zapewnienie odpowiedniej aktywności fizycznej i stymulacji umysłowej, a także dostosowanie otoczenia do ich potrzeb są niezwykle istotne.

Pensjonariusze z zespołem otępiennym mogą być narażeni na ryzyko zagubienia się, upadków, problemów z odżywianiem, zapomnianiem przyjmowania leków, a także mogą mieć trudności z rozpoznawaniem osób i sytuacji. Dlatego tak ważne jest, aby personel zapewniał stałą obserwację i nadzór nad tymi osobami, aby uniknąć niebezpiecznych sytuacji.

Wsparcie dla rodzin pensjonariuszy jest również istotne, ponieważ opieka nad osobą z zespołem otępiennym może być wymagająca i emocjonalnie trudna. Dlatego istotne jest, aby personel obiektów opiekuńczych udzielał wsparcia i informacji rodzinom w codziennej opiece nad ich bliskimi.

Mieszkańcy przeważnie przebywali na świetlicy, ławce w alejce lub na tarasie, na który mieli możliwość wyjścia na zewnątrz budynku. Byli pod stałą opieką personelu i często wychodzili na taras świetlicy, gdzie palili papierosy.

Pensjonariusze z zespołem otępiennym zamieszkujący DPS L1 zajmowali najniższy poziom w budynku i był to oddzielny oddział, którego komunikacja nie krzyżowała się z inną drogą. Takie rozwiązanie jest bardzo ważne, gdyż w przypadku konieczności ogłoszenia ewakuacji osoby z zespołem otępiennym nie utrudniały prowadzonych działań ratowniczych.

Na zakończenie badań naukowych w DPS L1 przyszedł czas na ujawnienie się i podanie mieszkańcom prawdziwego celu swojego pobytu. Czuję się bardzo nieswojo, stojąc przed nimi, oczekiwałem różnych reakcji pensjonariuszy na swoje wyznanie. Ku mojemu zdziwieniu uśmiechnęli się, doceniając ujawienie całej prawdy. Mieszkańcy zrozumieli moje intencje i zaakceptowali projekt, co pozwoliło zakończyć badanie ze spokojem sumienia. Co więcej, zaakceptowali projekt jako działanie mające na celu poprawę jakości życia osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej. Społeczność Domu Pomocy Społecznej L1

zdawała sobie sprawę, że niniejsze badania są potrzebne, bo żeby coś się zmieniło, należy się dowiedzieć, co trzeba zmienić.

Na zakończenie mojego pobytu w DPS L1 przeprowadziłem krótką analizę dotyczącą aktywności mieszkańców. W czasie mojego pobytu ośrodek zamieszkiwało 86 pensjonariuszy, z czego około 45 osób wykazywało pewną formę aktywności, a 34 z nich regularnie uczestniczyło w różnego rodzaju zajęciach. Spośród aktywnych mieszkańców, 24 osoby to kobiety, a 10 mężczyźni. Oznacza to, że kobiety dominowały w liczbie uczestników zajęć i były bardziej aktywne niż mężczyźni. Należy zaznaczyć, że tylko 14 osób regularnie korzystało z posiłków podawanych w jadalni.

Przed wyjazdem z DPS L1 spotkałem się z dyrektorem placówki, aby podziękować za okazaną pomoc w przeprowadzeniu badań naukowych. Udział w badaniu naukowym był dla mnie wyjątkowo trudnym zadaniem i doświadczeniem, nie tylko jako badacza, ale także jako człowieka, który miał okazję poznać środowisko osób starszych zamieszkujących dom pomocy społecznej jako mieszkaniec. Ten pobyt pozwolił mi w praktyce zrozumieć, jakie trudności i wyzwania może stawiać życie w takim ośrodku dla osób starszych, które z różnych powodów zostały odizolowane od świata zewnętrznego i naturalnego środowiska.

Rozdział 6. Człowiek stary w Domu Pomocy Społecznej CH2 – badania terenowe

Dom pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, w którym mieszkają przede wszystkim osoby starsze, należy do instytucji opiekuńczej i odgrywa ważną rolę w zapewnianiu godnego życia, a także opieki dla tych, którzy wymagają specjalnej troski i uwagi w podeszłym wieku. W różnych krajach i regionach domy pomocy społecznej mogą różnić się standardem, infrastrukturą, jakością opieki oraz dostępnymi usługami. Ta różnorodność wynika z wielu czynników, takich jak polityka społeczna, kultura, środowisko prawne oraz dostępność zasobów finansowych.

W niniejszym rozdziale przedstawię życie codzienne mieszkańców Domu Pomocy Społecznej CH2, a także różnice pomiędzy DPS L1 a DPS CH2, zarówno pod względem sprawowanej opieki nad mieszkańcami tych DPS, jak i różnice psychospołeczne.

Współczesne społeczeństwa starzeją się, co stawia przed nami wyzwania w zakresie opieki nad osobami starszymi.

Biorąc pod uwagę, że różnice w standardach DPS są faktem, ważne jest, aby skupić się na identyfikowaniu najlepszych praktyk i modeli, które przyczynią się do podniesienia jakości życia osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej, niezależnie od ich lokalizacji i możliwości finansowych.

6.1. Charakterystyka placówki

Dom Pomocy Społecznej CH2 był zlokalizowany na wsi. Badania naukowe przeprowadziłem w nim w okresie od 23 sierpnia do 6 września 2021 r. Niniejszy DPS przeznaczony był dla osób przewlekle somatycznie chorych. W placówce znajdowały się dwa oddziały. W pierwszym, nowo wybudowanym, przebywały osoby z zespołem otępiennym i pensjonariusze wymagający szczególnej opieki ze względu na zły stan zdrowia. Oddział ten był pozbawiony barier architektonicznych.

Drugi oddział, nazywany „blokiem”, był zarezerwowany dla osób, które mogły samodzielnie funkcjonować i nie wymagały specjalnej opieki, nadzoru lub wsparcia ze strony personelu. Blok ten był najstarszą częścią DPS CH2. Niegdyś w tym budynku mieściło się seminarium duchowne, które decyzją władz kościelnych zamknięto, a część tego budynku przeznaczono na dom pomocy społecznej. Budynek ten składał się z trzech kondygnacji, z czego na pierwszym i drugim piętrze zamieszkiwali pensjonariusze DPS CH2. Na parterze znajdowała się jadalnia DPS CH2. Pozostała część parteru pozostała w jurysdykcji Kościoła

katolickiego, znajdowały się tam kwatery dla księży i kaplica dla miejscowych wiernych i mieszkańców DPS CH2.

Placówka dysponowała 114 miejscami. Na dzień 23 sierpnia 2021 r. w ośrodku zamieszkiwało 109 pensjonariuszy, z czego: 71 osób to byli mężczyźni, co stanowiło 65% wszystkich mieszkańców i 38 kobiet, co stanowiło 35% wszystkich zamieszkujących DPS CH2. Dokładny podział ze względu na płeć i poziom wykształcenia przedstawia poniższa tabela.

Tabela 2 Podział ze względu na płeć i poziom wykształcenia w DPS CH2

Wykształcenie Płeć	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe	Łącznie
Kobiety	1 (2,6%)	8 (21%)	12 (31,5%)	17 (44,7%)	38 kobiet (35%)
Mężczyźni	2 (1,4%)	6 (8,4%)	24 (33,8%)	39 (54,9%)	71 mężczyzn (65%)

Źródło: wykonanie własne na podstawie danych DPS CH2.

Dom Pomocy Społecznej CH2 jest usytuowany w urokliwym wiejskim krajobrazie. Z jednej strony otoczony jest malowniczym terenem rolniczym, który w tym okresie roku przepelnia się kolorami zbliżającego się końca lata, a z drugiej strony rozciąga się widok na stary park, w którym dominują potężne, wiekowe dęby i szerokie aleje. Chodząc po parku, można było odnieść wrażenie, że przenosi się do innego świata. To miejsce cieszy się popularnością nie tylko wśród mieszkańców DPS CH2 i ich rodzin, ale również wśród lokalnej społeczności, dla której park jest dostępny przez cały czas. Park był przede wszystkim miejscem spotkań, które przy przebijających się promieniach słońca dostarczało mieszkańcom przyjemności. Wspólne spędzanie czasu na rozmowach i spacerach po parku sprzyjało nawiązywaniu relacji między osobami starszymi z ośrodka.

„Blok” został wyposażony w dwie windy, aby zapewnić wygodę i dostępność dla osób korzystających z wózków inwalidzkich. Z kolei w części nowej można było korzystać z podjazdów dla wózków inwalidzkich. W pokojach znajdowały się łazienki dostosowane dla osób z niepełnosprawnością, a każdy pokój wyposażony był w sprzęt kwaterunkowy, taki jak tapczan lub łóżko, komoda, szafa, stół, krzesło, szafka nocna oraz wymagana liczba gniazdek elektrycznych, czyli wszystko zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2023 r. w sprawie domów pomocy społecznej § 6 ust. 1 pkt. 3 lit. c.

Dodatkowo należy wyjaśnić, że standard mieszkaniowy w zakresie powierzchni mieszkalnej na jednego mieszkańca powinien wynosić 9 m² w pokoju jednoosobowym i 6 m²

w pokoju dwuosobowym i więcej (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, 2018). Do powierzchni mieszkalnej nie są wliczane powierzchnie użytkowe, takie jak łazienki, korytarze, jadalnia itp.

Oprócz standardowego wyposażenia, w DPS CH2 zainstalowano również system sygnalizacji przyzywowej oraz system sygnalizacji pożaru (SSP) dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańców.

Niektóre pomieszczenia, takie jak łazienki, korytarze, pokoje mieszkalne, świetlice i pomieszczenia socjalne, przynależne do „bloku”, wymagały gruntownego remontu, ze szczególnym uwzględnieniem dostosowania pomieszczeń sanitarnych dla osób z niepełnosprawnością, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. poz. 1696 z 2019 r.).

W DPS CH2 zapewniono mieszkańcom dostęp do różnych pomieszczeń i zajęć, które miały na celu poprawę ich kondycji i jakości życia. Ośrodek dysponował specjalnie przystosowanymi przestrzeniami, takimi jak:

- 1) pomieszczenia terapii zajęciowej, gdzie były realizowane treningi poznawcze;
- 2) pomieszczenie fizjoterapii, w którym znajdowały się materace, kozetka do masażu, rotory mechaniczne do nóg i rąk, lampa Solux, klatka UGUL z osprzętem do ćwiczeń;
- 3) sala wielofunkcyjna, w której organizowane były wydarzenia ważne dla środowiska mieszkańców DPS CH2;
- 4) pokój gościnny przeznaczony dla rodzin odwiedzających krewnego; było to miejsce zapewniające intymność spotkania z najbliższymi, którzy przybyli z daleka.
- 5) biblioteka z bogatym wyborem tytułów, która współpracowała z Miejską Biblioteką Publiczną w pobliskiej miejscowości, która realizowała zamówienia czytelników na książki, których nie było w katalogu biblioteki DPS CH2;
- 6) gabinet zabiegowy.

W dniu 23 sierpnia 2021 r. o godzinie 11.00 przybyłem do DPS CH2. Po krótkim spotkaniu z dyrektorem placówki i omówieniu spraw organizacyjnych, zostałem przedstawiony pracownikowi socjalnemu, z którym mogłem konsultować sprawy ośrodka.

W Domu Pomocy Społecznej CH2 praktykuje się, że przyjęcie nowego mieszkańca opiera się na wskazaniu miejsca do spania oraz zapewnieniu dostępu do łazienki. Odpowiedzialność za te czynności spoczywa na tzw. mentorze, czyli kierowniku piętra na danym oddziale, który przed przyjęciem pensjonariusza powinien zorganizować wywiad pielęgniarski. Ponadto konieczne jest przeprowadzenie przeglądu rzeczy, które nowy

mieszkaniec przyniósł ze sobą. Niedopełnienie tych podstawowych procedur może prowadzić do poważnych konsekwencji sanitarno-epidemiologicznych.

Według Goffmana osoba zamieszkująca w instytucji totalnej stopniowo zdaje sobie sprawę, że pewne role i funkcje, które wcześniej pełniła, zostają utracone ze względu na barierę izolującą ją od otaczającego świata. Proces przyjęcia do takiej instytucji wiąże się zwykle z doświadczeniem strat i upokorzeń już na samym początku. Osoba ta może odczuwać, że jej autonomia oraz zdolność do wyboru i podejmowania decyzji zostają ograniczone, a dawne role społeczne stają się mniej istotne w obliczu nowych warunków życia w instytucji. Proces adaptacji może prowadzić do konfrontacji z własnym poczuciem tożsamości, co jest istotnym ujęciem psychologicznym dotyczącym życia w instytucji totalnej (Goffman, 2011, s. 25-27).

6.2. Adaptacja nowego mieszkańca

Adaptacja nowo przyjętego pensjonariusza do DPS CH2 jest istotną kwestią w zakresie jego funkcjonowania w placówce opiekuńczej. Proces ten może być skomplikowany, a jednym z ważnych wyzwań jest zagubienie i poczucie dezorientacji, które może towarzyszyć nowemu członkowi społeczności DPS.

W celu ułatwienia procesu adaptacji, istotne jest zapewnienie nowemu pensjonariuszowi odpowiednich informacji. Szczególnie ważne jest dostarczenie informacji dotyczących lokalizacji jadalni, ustalonych godzin wydawania posiłków oraz orientacji w przestrzeni ośrodka. Te informacje odnoszące się do codziennego funkcjonowania w DPS CH2 są ważne dla nowego mieszkańca, ponieważ pozwalają na lepsze zrozumienie i przystosowanie się do nowego otoczenia.

Zdaniem Mielczarka, adaptacja jest naturalnym mechanizmem biologicznym i/lub psychicznym człowieka, który rozwijał się w procesie ewolucji. Polega ona na dostosowaniu się jednostki do konkretnych warunków środowiskowych i wymagań sytuacji. Adaptacja to wysiłek organizmu, którego celem jest dostosowanie się do zmian w otoczeniu oraz funkcjonowanie w warunkach, które nie zawsze są optymalne (Mielczarek, 2006, s. 75-90).

Zapoznanie nowego pensjonariusza z topografią ośrodka jest kolejnym ważnym zagadnieniem. Przybliżenie mu układu przestrzennego, lokalizacji różnych pomieszczeń oraz usług dostępnych na terenie DPS CH2 może pomóc w zmniejszeniu poczucia dezorientacji i zagubienia. Wyjaśnienie, jak poruszać się po ośrodku i gdzie znajdują się ważne punkty, takie jak gabinety rehabilitacyjne, wspomniana jadalnia czy pomieszczenia socjalne, może zwiększyć komfort i poczucie bezpieczeństwa nowego mieszkańca.

Dokładne i precyzyjne przekazanie tych informacji oraz zapewnienie wsparcia, a także opieki podczas procesu adaptacji mogą wpłynąć pozytywnie na funkcjonowanie nowego członka społeczności DPS CH2. W ten sposób można zwiększyć komfort i jakość życia mieszkańców, pomagając im szybciej przystosować się do nowego środowiska opieki.

Nowe miejsce zamieszkania osoby starszej może negatywnie wpływać na komfort jej życia, zwłaszcza gdy zmiany dokonują się gwałtownie. Transformacja sytuacji mieszkaniowej, która niekoniecznie musi być lepsza, może wywoływać niepokój i brak akceptacji tej zmiany u osoby starszej.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2023 r. w sprawie domów pomocy społecznej wraz z innymi aktami prawnymi określają obowiązujące standardy, które muszą być zachowane przez organ prowadzący. Oznacza to, że cały obiekt wraz z pomieszczeniami mieszkalnymi i technicznymi powinien spełniać wszelkie normy techniczne i sanitarne. Łazienka jest pomieszczeniem o charakterze sanitarnym, które wymaga szczególnej obsługi, jeżeli jest użytkowana przez wielu ludzi.

Osoby starsze zamieszkujące w Domu Pomocy Społecznej CH2 korzystali z łazienek i WC ogólnodostępnych, których stan techniczny wymagał natychmiastowego remontu. Pomieszczenia te nie spełniały norm dotyczących dostępności dla osób z niepełnosprawnością, co powodowało brak możliwości swobodnego korzystania z prysznica lub ubikacji.

W łazienkach można było znaleźć wykwity pleśni, wanny i sedesy bez politur, popękane płytki ścienne groziły przypadkowym okaleczeniem. Zasłony prysznicowe były zabrudzone i pokryte pleśnią, a kabiny WC miały wymiar 70 x 70 cm, uniemożliwiając swobodny wjazd wózkiem inwalidzkim. Podobnie było z kabinami prysznicowymi, które miały wymiary 70 x 70 cm i nie były dostosowane dla osób z niepełnosprawnością. Mieszkaniec, który korzystał z wózka inwalidzkiego, nie był w stanie samodzielnie się umyć w tak wąskiej przestrzeni. Poza tym w łazienkach był wyczuwalny fetor palonego tytoniu.

Żywnienie mieszkańców w Domu Pomocy Społecznej CH2 odbywało się na dwa różne sposoby. Pierwszy, podstawowy, realizowano w jadalni, gdzie mieszkańcy spożywali posiłki zbiorowo. Drugi sposób polegał na dostarczaniu posiłków bezpośrednio do pokoi osób, które z różnych powodów nie chciały lub nie mogły spożywać posiłków w jadalni ze względów zdrowotnych.

W Domu Pomocy Społecznej CH2 preferowano, aby mieszkańcy korzystali ze swoich własnych sztućców, ponieważ w jadalni praktycznie nie zapewniano kompletu sztućców. Posiadanie własnych sztućców dawało mieszkańcom poczucie niezależności. Tego typu

działania są charakterystyczne dla instytucji totalnych, gdzie ogranicza się prawo dostępu do przedmiotów lub dóbr powszechnie używanych i dostępnych dla społeczeństwa.

Jadalnia była jednym z ponurych i ciemnych miejsc. Po przekroczeniu jej progu można było wyczuć zapachy odpadów kuchennych oraz starego, przypalonego tłuszczu, które mieszały się z kurzem. Obsługa sanitarna jadalni w DPS CH2 nie była regularnie realizowana, co wpływało na stan czystości pomieszczenia. Podłoga miejscami miała przebarwienia od brudu i lepiącego się tłuszczu.

Podstawowe zasady HACCP, czyli systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów zobowiązują personel organizujący żywienie do utrzymania higieny i bezpieczeństwa żywności w zakresie przygotowywania, składowania, a także jej obrotu (Wymagania higieniczne – system HACCP – Główny Inspektorat Sanitarny – Portal Gov.pl, 2022, dostęp 15.09.2023). Wszelkimi ustaleniami w niniejszym zakresie bezpieczeństwa żywienia zajmuje się Główny Inspektorat Sanitarny. Za bezpośrednie egzekwowanie przepisów HACCP odpowiada dyrektor placówki, w której odbywa się żywienie.

Kuchnia w domu pomocy społecznej jest jedną z najważniejszych komórek organizacyjnych. To miejsce, wokół którego gromadzą się wszyscy mieszkańcy. Choć jedzenie może być proste, to musi być smaczne. Personel kuchni powinien dbać nie tylko o jakość posiłków, ale także o atmosferę w DPS, a zapachy unoszące się podczas gotowania powinny dostarczać zapowiedzi smacznego posiłku. Jednak to, czego osoby starsze mieszkające w DPS CH2 doświadczały podczas wydawania posiłków, było zaskakujące. Opiekunowie pomagający w podawaniu posiłków wydzielali chleb, przydzielali sztućce, które nie były w ogóle wydawane w komplecie, co stwarzało pewne trudności dla niektórych mieszkańców. Co więcej, ciastka podawane w ramach podwieczorku były wykładane bezpośrednio na blat stołu, a nie na talerzyk, co było nieestetyczne i niehigieniczne. Podobnie się działo z chlebem, który był kładziony bezpośrednio na blat stołu.

Zdaniem Alfreda Hasslera, w placówkach psychiatrycznych często stosuje się praktykę zobowiązywania pacjentów do spożywania pełnych posiłków przy użyciu łyżki (Hassler, 1954, s. 33). Należy podkreślić, że taka praktyka może budzić kontrowersje i wywoływać negatywne emocje u pacjentów, szczególnie jeśli nie jest odpowiednio uzasadniona. Dlatego istotne jest, aby personel opiekuńczy działał w pełnym poszanowaniu godności i praw ludzi starych.

Na stołach brakowało również serwetek do wycierania ust i podstawowych przypraw, z wyjątkiem soli. Brak było elementarnego wyposażenia, które miało wpływ na komfort spożywania posiłków.

Poza tym mieszkańcy otrzymywali posiłki niezgodnie z jadłospisem, co mogło być bardzo niekorzystne dla zdrowia i samopoczucia mieszkańców, zwłaszcza jeśli musieli spożywać posiłki, które nie odpowiadają ich dietetycznym wymaganiom.

Na uwagę zasługiwał fakt, że podawane potrawy były pozbawione dobrego smaku, a sposób podawania było nieestetyczny i niesanitarny, co jest nie do przyjęcia w placówce opiekuńczej. Ważne jest, aby personel kuchni działał zgodnie z odpowiednimi standardami i dbał o jakość posiłków oraz ich atrakcyjną prezentację, aby zapewnić mieszkańcom odpowiednią i smaczną dietę, która wpłynie pozytywnie na ich zdrowie i samopoczucie. Dodatkowo przestrzeganie zasad sanitarnych i higienicznych jest ważne dla zapewnienia bezpiecznych warunków spożywania posiłków.

Śniadanie i kolacja w DPS CH2 przeważnie składały się z niewielkich porcji margaryny, kawałka wątrobianki i kwaszonego ogórka. Taka oferta żywności nie była zbyt urozmaicona ani wartościowa pod względem odżywczym, co mogło wpływać na jakość posiłków.

Jarosz i Rychlik twierdzą, że przy ocenie wartości odżywczej diety osób indywidualnych lub grup ludności często można zaobserwować nieprawidłowe spożycie nie tylko jednego, ale wielu składników odżywczych. Dlatego dążąc do zapewnienia, że dieta zawiera odpowiednie ilości danego składnika zgodnie z normami, należy także dbać o zaspokojenie zapotrzebowania organizmu na energię i pozostałe składniki odżywcze (Rychlik i Jarosz, 2020, s. 14-15).

Mimo niekorzystnych warunków, warto podkreślić, że zachowanie przy stole osób starszych zamieszkujących w DPS CH2 było godne uznania. W trakcie pobytu w jadalni można było usłyszeć, takie słowa jak: „proszę”, „dziękuję”, „smacznego”, co świadczyło o kulturze i szacunku wobec siebie nawzajem. Dodatkowo zauważono, że mieszkańcy wykazywali szacunek dla żywności oraz chętnie dzielili się posiłkiem pomiędzy sobą.

Hassler w swoich relacjach nawiązuje do doświadczeń ze szpitali psychiatrycznych, w których pacjentów zmuszano do jedzenia wszystkich posiłków łyżką (Hassler, 1954, s. 33). Oznacza to, że jednostka przebywająca w instytucji totalnej może być pozbawiona swoich praw i dóbr, gdy instytucja uzna to za stosowne.

Rzucanie na środek stołu niekompletnych sztuczków przed posiłkiem to prawdopodobnie jest swojego rodzaju zaszłość, która ma korzenie sięgające domów rodzinnych miejscowych opiekunów i nikt na to nie zwracał uwagi. Można w tym miejscu odnieść się do słów Goffmana: „Jak się dziś zdaje, instytucje totalne nie zastępują własną kulturą czegoś już istniejącego. Mamy tu raczej do czynienia ze zjawiskiem węższym niż efekt procesów akulturacji czy asymilacji. Jeśli następuje zmiana kulturowa, to być może polega ona na eliminacji pewnych skłonności i na tym, że nie można już dotrzymać kroku najnowszym zmianom społecznym

na zewnątrz” (Goffman, 2011, s. 23). Oznacza to, że instytucje totalne nie zastępują istniejącej kultury, lecz raczej obserwuje się węższe zjawisko zmiany kulturowej, które nie jest wynikiem akulturacji czy asymilacji. Może to polegać na eliminacji pewnych skłonności oraz trudności w dostosowaniu się do najnowszych zmian społecznych na zewnątrz.

Zdaniem Goffmana, osoba, która trafia do placówki, posiada określoną wizję samej siebie, którą wykształciła w trwałym kontekście społecznym swojego domu. Po wkroczeniu do instytucji totalnej natychmiast traci wsparcie, które otrzymywała z tego wcześniejszego środowiska. W słowach używanych przez najstarsze instytucje totalne zaczyna się ciąg upokorzeń, degradacji oraz profanacji własnej tożsamości. Człowiek jest stale poniżany i wyśmiewany, nawet jeśli nie jest to zamierzone. W międzyczasie zachodzą radykalne zmiany w jego moralnym rozwoju, co prowadzi do stopniowej utraty przekonania, że jest jedynie sobą i że ma znaczenie dla istotnych osób w swoim otoczeniu. (Goffman, 2011, s. 24).

Poznanie topografii nowego miejsca zamieszkania jest jednym z najważniejszych zagadnień dla każdego człowieka. Znajomość terenu umożliwi swobodne poruszanie się po nim oraz zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Po przyjęciu nowego członka społeczności do DPS i załatwieniu wszelkich formalności, personel ma podstawowy obowiązek oprowadzenia pensjonariusza po placówce, aby mógł bez przeszkód opuścić budynek, choćby w przypadku zagrożenia pożarowego.

Osoby starsze, które od niedawna mieszkały w Domu Pomocy Społecznej CH2, mogły poczuć się zagubione, przestraszone i zestresowane, ponieważ trudno było im znaleźć wyjście z budynku tej placówki.

W świetlicy dominował zapach papierosów, palonych przez pensjonariuszy przy otwartych drzwiach na taras. Mieszkańcy zaaranżowali sobie tam nieformalną palarnię i miejsce spotkań. W trakcie tych spotkań często dochodzi do kłótni i głośnych rozmów. Wyjście na taras wymagało pokonania dość wysokiego progu i wąskich drzwi, co uniemożliwiało osobom poruszającym się na wózkach dostęp do tego miejsca. W efekcie palacze korzystający z wózków palili papierosy w pobliżu drzwi tarasowych. Dodatkowo cały budynek wyposażony był w system SSP, jednak nie był on wystarczająco czuły na wykrywanie mniejszego zadymienia. Palący mieszkańcy nie reagowali na ograniczenia i palili papierosy zarówno w świetlicy, jak i w pokojach.

Mieszkańcy DPS CH2 wykazywali dużą nieodpowiedzialność, paląc papierosy wewnątrz obiektu, który stanowił miejsce zbiorowego zamieszkania. Byli świadomi granic, do jakich mogli się posunąć, aby uniknąć reakcji personelu i aby ich zdaniem drobne przewinienia pozostawały niezauważone. Wydawało się, że wszystko mieli przemyślane, wymierzone i sprawdzone i pozwalało im to na kontynuowanie takiego zachowania bez konsekwencji.

W DPS CH2 prawdopodobnie system SSP w ogóle nie był podłączony. Sygnał alarmowy był słyszalny tylko na terenie DPS CH2, a wozy strażackie nie przyjeżdżały do DPS CH2. Bardzo możliwe, że często dochodziło do przypadkowego załączenia sygnału alarmowego, co skłoniło do ostatecznej decyzji o odłączeniu SSP.

Dom Pomocy Społecznej CH2 to budynek zbiorowego zamieszkania i zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. z 2010 r. nr 109 poz. 719) podlega szczególnej ochronie ppoż. i narzuca na jego właścicieli obowiązek wdrożenia instrukcji bezpieczeństwa pożarowego (Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów, 2010.). DPS CH2 nie posiada żadnych stałych urządzeń gaśniczych, a więc musi posiadać monitoring ppoż. sprzęgnięty z najbliższą jednostką PSP lub OSP. Oznacza to, że każde załączenie się alarmu powinno być związane z przyjazdem straży pożarnej. Jeżeli alarm okazałby się fałszywy, to standardem bezpieczeństwa jest przyjazd wozu rozpoznawczego w celu sprawdzenia obiektu pod względem przyczyny wywołania fałszywego alarmu. Każdy sygnał wzywający straż pożarną skutkuje obligatoryjnym przejściem obiektu pod swoją ochronę. Przekazanie bezpiecznego obiektu odbywa się protokolarnie, a bezpodstawne wezwanie straży pożarnej (alarm fałszywy) skutkuje karą finansową. Prawdopodobnie bardzo często straż pożarna przyjeżdżała do fałszywego alarmu i aby uniknąć kar finansowych, łączność ze strażą pożarną odcięto.

Zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom DPS oraz personelowi opiekuńczemu należy do priorytetowych obowiązków kierownika jednostki. W sytuacji awaryjnej, gdyby doszło do pożaru lub innego zagrożenia, brak funkcjonującego systemu powiadamiania i alarmowego mógłby skutkować niepotrzebnym opóźnieniem w udzieleniu pomocy i ewakuacji mieszkańców. Sygnał alarmowy słyszalny tylko na terenie DPS może stanowić zagrożenie dla osób przebywających w obiekcie, którzy nie zdają sobie sprawy z istniejącego niebezpieczeństwa.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. z 2010 r. nr 109 poz. 719), dom pomocy społecznej jako budynek zbiorowego zamieszkania podlega szczególnej ochronie przeciwpożarowej. Właściciele takiego budynku są zobowiązani do wdrożenia instrukcji bezpieczeństwa pożarowego. Ponadto § 28 ust. 1 pkt 8 tego samego rozporządzenia narzuca konieczność zastosowanie systemu sygnalizacji pożarowej, obejmującego urządzenia sygnalizacyjno-alarmowe, służące do samoczynnego wykrywania

i przekazywania informacji o pożarze, a także urządzenia odbiorcze alarmów pożarowych i urządzenia odbiorcze sygnałów o uszkodzeniach w placówce, w której znajduje się ponad 100 łóżek. Oznacza to, że wymagane jest posiadanie systemu monitorowania zagrożenia pożarowego sprzęgniętego z najbliższą jednostką PSP lub OSP. Każde załączenie się alarmu powinno skutkować przyjazdem Straży Pożarnej. W przypadku fałszywego alarmu standardem bezpieczeństwa jest przyjazd wozu rozpoznawczego, który sprawdza obiekt pod kątem przyczyny zadziałania alarmu. Każde wezwanie straży pożarnej związane jest z obligatoryjnym przejściem obiektu pod kontrolę. Protokolarnie następuje przekazanie bezpiecznego obiektu, a bezpodstawne wezwanie skutkuje karą finansową.

Utrzymywanie w drożności dróg ewakuacyjnych każdego obiektu jest bardzo ważne dla bezpieczeństwa jego użytkowników. Brak planów ewakuacyjnych w DPS CH2, zastawione stolikami i ławkami drogi ewakuacyjne i brak klucza w skrzynce ppoż. do zamkniętych drzwi ewakuacyjnych może spowodować uwięzienie mieszkańców placówki w przypadku pożaru.

Pensjonariusze Domu Pomocy Społecznej CH2 byli niezwykle otwarci na nawiązywanie nowych znajomości. Dla wielu z nich życie w placówce stało się nową rzeczywistością, a poznanie innych mieszkańców było dla nich ważnym doświadczeniem.

Zawieranie nowych znajomości w DPS miało liczne korzyści. Po pierwsze, umożliwiała mieszkańcom nawiązywanie relacji z osobami o podobnych doświadczeniach życiowych. Wspólne przeżycia, obecność w podobnej sytuacji życiowej oraz dzielenie się podobnymi wyzwaniami i radościami tworzyły więzi oparte na zrozumieniu i empatii.

Po drugie, nawiązywanie nowych znajomości pomagało w złagodzeniu początkowego stresu i lęku związanego z zamieszkaniem w nowym miejscu. Obcując z innymi mieszkańcami, pensjonariusze mogli poczuć się bardziej zaakceptowani i zintegrowani w społeczności DPS.

Ponadto otwartość na zawieranie nowych znajomości wzbogacała życie pensjonariuszy. Rozmowy, spotkania czy wspólne aktywności tworzyły atmosferę wzajemnego wsparcia i towarzyszenia. Dzięki temu mieszkańcy mieli okazję czerpać radość z chwil spędzonych w towarzystwie innych osób.

Istotne znaczenie miały także korzyści psychologiczne i emocjonalne wynikające z nawiązania nowych relacji. Znalezienie przyjaciół w DPS było szczególnie ważne dla osób, które wcześniej mogły odczuwać samotność lub izolację. Nowe przyjaźnie pomagały im przezwyciężyć osamotnienie i zwiększały poczucie własnej wartości.

6.3. Portrety ludzi starszych w domu pomocy społecznej

Zawieranie nowych znajomości stymulowało umysł i wprowadzało różnorodność w życie pensjonariuszy. Poznawanie różnych osobowości i historii życiowych rozwijało empatię i tolerancję, a także dostarczało ciekawych rozmów, wspólnych zainteresowań i wzajemnego poznawania siebie.

Problem picia alkoholu w domach pomocy społecznej stanowi poważne wyzwanie dla zarządzających placówkami oraz personelu opiekuńczego. Jest to problem wielowymiarowy, który może wpływać negatywnie na zdrowie i bezpieczeństwo mieszkańców i zakłócać harmonię funkcjonowania placówki.

Zdaniem Mielczarka, nie należy się dziwić, że seniorzy mają nałogi, ponieważ często reprezentują oni typowe zachowania naszego społeczeństwa, takie jak picie alkoholu, palenie papierosów czy zażywanie leków. Osoby, które w poprzednich dekadach życia nadużywały tych substancji, będą nadal to robić jako rezydenci domów pomocy społecznej. Niestety, często ludzie ci mają poważne problemy związane z nałogami, a mimo to otrzymują miejsce w takich placówkach (Mielczarek, 2007, s. 56-74).

Do najważniejszych zajęć znacznej grupy mieszkańców „bloku” DPS CH2 należała organizacja alkoholu, związana z dostawą, zakupem i późniejszą konsumpcją.

Środowisko osób nadużywających alkoholu charakteryzowało się czymś wyjątkowym. Będąc w ich sąsiedztwie, nie można było się czuć samotnym i odciętym od świata zewnętrznego. Grupa ta traktowała każdego nowego mieszkańca jak swojego kolegę. Potrafili się zatroszczyć o nowych mieszkańców lepiej niż personel DPS CH2.

Zdaniem Katarzyny Simonienko, Natalii Wygnał i Napoleona Waszkiewicza, w opiece ambulatoryjnej może być przydatna metoda znana jako „krótka interwencja”, która polega na ocenie aktualnego spożycia alkoholu, udzieleniu informacji na temat szkodliwego użycia oraz niebezpieczeństw związanych z kontynuacją picia, a także na omówieniu wykrytych problemów zdrowotnych wynikających z tego zachowania (Simonienko, Wygnał i Waszkiewicz, 2016, s. 85).

Mieszkańcy z rozpoznaną chorobą alkoholową byli czysti i nienagannie ubrani. Ogólnie wszyscy pensjonariusze starali się zachować czystość, mimo trudnych warunków sanitarnych. Nie było wyraźnie wyczuwalnego nieprzyjemnego zapachu moczu czy kału.

Jednak zdarzały się sytuacje, gdy niektórzy mieszkańcy doprowadzali się do stanu upojenia alkoholowego, tracąc kontrolę nad sobą i zanieczyszczając swoje otoczenie. Jednakże po przebudzeniu z takiego stanu, zazwyczaj nie pamiętali, co się dzień wcześniej wydarzyło i zastawali swoje pomieszczenia posprzątane, a zabrudzone ubrania zmienione.

Zdaniem Goffmana, stosowanie kar administracyjnych w postaci przesunięć w miejsca cieszące się złą sławą będzie miejscem karnej zsyłki dla szczególnie krnąbrnych mieszkańców (Goffman, 2011, s. 59). Oznacza to, że pensjonariusze bali się izolacji i odcięcia od alkoholu na pewien czas.

Personel DPS CH2 wykazywał się empatią i troską wobec mieszkańców, zapewniając im odpowiednią opiekę nawet w trudnych sytuacjach związanych z nadużywaniem alkoholu.

Krystyna Dymek-Balcerek zwraca uwagę, że nadal nie udało się rozwiązać problemu umieszczania osób uzależnionych od alkoholu w tych samych placówkach, co osoby przewlekle somatycznie chore oraz osoby z niepełnosprawnościami. W tej sytuacji ważne jest zwrócenie uwagi na to, że konsekwencje nadużywania alkoholu odczuwają nie tylko osoby uzależnione, ale także inne jednostki, które funkcjonują w ich najbliższym otoczeniu. U tych osób, wskutek chronicznego stresu czy zaburzeń emocjonalnych, może dojść do rozwoju chorób somatycznych (Dymek-Balcerek, 2000, s. 12).

W swoich badaniach Szarota, w ramach wielofunkcyjnej działalności domów pomocy społecznej w placówkach dla osób starszych i przewlekle chorych, poruszyła problem nadużywania alkoholu przez mieszkańców badanych placówek, którego nasilenie szczególnie wzrastało w okresie wypłaty rent i emerytur. Zauważyła, że alkoholizm mieszkańców powodował znaczne zwiększenie agresji oraz prowadził do konfliktów i przemocy. Osoby badane podkreślały, że personel nie posiadał żadnych skutecznych środków dyscyplinujących, a upomnienia czy nagany nie przynosiły oczekiwanego rezultatu (Szarota, 1998, s. 104).

Kontynuując prezentację modelu człowieka starego mieszkającego w domu pomocy społecznej, rozpoczętą w poprzednim rozdziale, chciałbym przybliżyć kilka wybranych sylwetek mieszkańców DPS CH2. Były to osoby, z którymi dzieliłem miejsce zamieszkania w instytucji pomocowej i z którymi miałem bliższy kontakt. Pierwszą osobą, którą chciałbym przedstawić, jest Pan Grzegorz.

Pan Grzegorz (72 lata) był dwukrotnie rozwiedziony. Z pierwszego małżeństwa ma córkę i syna, jednak nie utrzymuje z nimi kontaktu i nie oczekuje odwiedzin. Z zawodu był kierowcą i przez większość swojego życia zawodowego zajmował się transportem samochodowym. Pan Grzegorz zamieszkał w DPS CH2 przed 10 laty ze względu na swoje przewlekłe choroby, wiek i brak miejsca zamieszkania. Przyznano mu trzyosobowy pokój bez łazienki. Zdiagnozowano u niego raka płuc i chorobę alkoholową. Przez okres 12 miesięcy przebywał na rocznej terapii w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu, jednak bez widocznych rezultatów.

Pan Grzegorz zawarł drugie małżeństwo z pensjonariuszką tego samego DPS CH2, w którym sam zamieszkiwał. Po ślubie zamieszkali razem w jednym pokoju. Pomimo

harmonijnego związku, po półtora roku rozwiedli się z powodu nadużywania alkoholu przez Pana Grzegorza. Mimo rozwodu, mieszkali blisko siebie w DPS CH2 i utrzymywali bliskie relacje, które sprawiały wrażenie, jakby wciąż byli małżeństwem, z wyjątkiem faktu, że nie mieszkali już razem w jednym pokoju. Można było ich spotkać spacerujących po parku czy na papierosie, robiących zakupy, spożywających posiłki i rozmawiających na różne tematy, często przy tym obmawiając innych mieszkańców.

Pan Grzegorz samodzielnie wytwarzał papierosy dla siebie i byłej małżonki, a w zamian za to kobieta przygotowywała mu jedzenie. Gdy brakowało mu pieniędzy, przed sklepem posuwał się do żebrania o kilka złotych na alkohol. Wystarczało mu zaledwie 6 złotych, aby kupić tanią nalewkę i wprowadzić się w stan upojenia alkoholowego.

Pan Grzegorz jako jedyny mieszkaniec DPS CH2 aktywnie uczestniczył w działaniach społecznych na rzecz ośrodka, co zostało zauważone przez dyrekcję i personel. Jego życie w DPS CH2 miało charakter „dożycia w instytucji pomocy”. Nie wykazywał żadnych konkretnych pasji ani zainteresowań i nie uczestniczył w organizowanych przez personel zajęciach. W jego pokoju panował względny porządek wokół łóżka, jednak nie posiadał niczego, co mogłoby stanowić wartość emocjonalną i duchową.

Drugą osobą, którą chciałbym przybliżyć jest Pani Zofia (lat 65), która zamieszkała w DPS CH2 kilka lat temu z przyczyn ekonomicznych i z uwagi na swój wiek. Jest dwukrotnie rozwiedziona i ma córkę z pierwszego małżeństwa, która rzadko ją odwiedza. W obu przypadkach przyczyną rozpadu małżeństwa było nadmierne spożywanie alkoholu przez małżonków. Utrzymuje bliskie relacje ze swoim drugim byłym mężem, Panem Grzegorzem, który mieszka w tym samym DPS CH2. Zawodowo zajmowała się szyciem tkanin jako szwaczka w fabryce odzieży przez całe swoje życie zawodowe.

Pokój, w którym mieszkała Pani Zofia, służył jej jako sypialnia, spiżarnia i magazyn wszystkich rzeczy, które mogą się kiedyś przydać. Wykorzystując fakt, że mieszkała sama, zaanektowała całą przestrzeń pokoju dla swoich własnych potrzeb i nie pozwoliła nikomu tego odebrać. Kiedy pojawiła się nowa mieszkanka, zrobiła wszystko, aby zniechęcić ją do siebie.

Codziennie aktywnie uczestniczyła w różnorodnych zajęciach aktywizujących. Regularnie uczęszczała na fizjoterapię i korzystała ze wszystkich możliwości oferowanych przez DPS CH2. Pomimo swego wieku, nadal zachwycała się wszystkim i miała szerokie zainteresowania. Czytała książki, prowadziła rozmowy z innymi mieszkańcami, brała udział w przedstawieniach, konkursach i występach artystycznych. Starannie korzystała z tych wszystkich doświadczeń, które wcześniej nie były jej dane. Należała do grupy osób, które „żyły w instytucji opiekuńczej”. Pani Zofia była spokojną, uprzejmą i wrażliwą kobietą.

W soboty i niedziele, kiedy nie organizowano żadnych zajęć, Pani Zofia poświęcała cały swój czas na czytanie książek i rozwiązywanie krzyżówek. Chętnie angażowała się również w dyskusje na tematy społeczne. Doceniała dobre jedzenie i dzieliła się nim z Panem Grzegorzem.

Kolejną osobą jest Pani Aleksandra (75 lat), która zamieszkała w DPS CH2 10 lat temu z powodów ekonomicznych i zdrowotnych. Jej mąż zmarł 25 lat temu w wieku 50 lat. Wychowała trzech synów, z których jeden zmarł na chorobę serca po osiągnięciu 50. roku życia, drugi umarł na zanik mięśni w wieku 30 lat, będąc w tym samym DPS, w którym zamieszkiwała Pani Aleksandra. Twierdziła, że w rodzinie jej męża wszyscy mężczyźni umierali w wieku 50 lat. Od śmierci męża spotykały ją same trudności. Należy do grupy osób, które pragną „dożyć” w DPS do końca.

Co niedzielę wyczekiwała wizyty syna, ale ten nigdy nie przyjeżdżał, bo pracował za granicą. Pani Aleksandra regularnie uczestniczyła we mszy świętej w miejscowej kaplicy, a w swoim pokoju miała mały ołtarzyk. Półkę w pokoju zdobiły zdjęcia jej najbliższych.

Pomimo jej skromnego statusu jako mieszkanki DPS, Pani Aleksandra udało się zaoszczędzić pieniądze na zakup komputera. Nauczyła się obsługiwać zakupiony sprzęt i korzystać z internetu.

Pani Aleksandra była aktywną uczestniczką życia społecznego w DPS CH2. Chętnie angażowała się w zajęcia terapeutyczne, przygotowywała się do udziału w „Narodowym Czytaniu”, występowała w chórze razem z innymi mieszkańcami i czytała książki.

Następną prezentowaną przeze mnie osobą jest Pan Jerzy (lat 70), który zamieszkał w DPS CH2 pięć lat temu. Był trzykrotnie rozwiedziony i miał czworo dzieci, jednak żadne z nich nie utrzymywało z nim kontaktu. Przyznano mu trzyosobowy pokój w DPS CH2. Przez większość swojego dorosłego życia Pan Jerzy miał problemy z prawem i kilka razy przebywał w więzieniu z powodu drobnych przestępstw. Z wykształcenia był ślusarzem, jednak nie pracował w swoim zawodzie. Zatrudniony był jako kierowca samochodu dostawczego w przedsiębiorstwie handlowym. Kilkanaście lat temu zdiagnozowano u niego chorobę alkoholową, a 2 lata temu nowotwór wątroby – czeka na nieuchronną śmierć. Mieszkając w DPS CH2, chciał „dożyć” do końca.

Pan Jerzy często się upijał, mając nadzieję, że alkohol złagodzi ból wątroby, jednak w rzeczywistości odczuwał zwiększające się cierpienie. Kiedy trochę wytrzeźwiał, podawano mu leki przeciwbólowe w celu złagodzenia bólu. W stanie nietrzeźwości wykazywał agresywne zachowanie. Chodząc po korytarzu, tracił równowagę, oddawał publicznie mocz i obrażał każdą osobę, którą spotkał na swojej drodze. Jego zachowanie było niegrzeczne i wulgarnie, co spowodowało, że ludzie dystansowali się od niego.

Ostatnią prezentowaną osobą jest Pan Zdzisław (lat 69), który 7 lat temu zamieszkał wraz z żoną w DPS CH2, nie mieli dzieci. Zawodowo pracował jako mechanik w Państwowym Gospodarstwie Rolnym, jednak po doznaniu wylewu krwi do mózgu zakończył swoją karierę zawodową. Z powodów zarówno zdrowotnych, jak i ekonomicznych, para zdecydowała się zamieszkać w DPS CH2. Po udarze Pan Zdzisław miał trudności z poruszaniem się i miał ograniczoną sprawność prawej ręki.

W ciągu dnia Pan Zdzisław spędzał większość czasu na kanapie w świetlicy, gdzie popijał pseudonalewkę i oglądał telewizję. Natomiast jego żona rzadko opuszczała pokój, tylko na posiłki.

Dzień Pan Zdzisława rozpoczynał się od przygotowania kubka kawy o godzinie 5.00 rano, a następnie pijąc ją, w oczekiwaniu na śniadanie, oglądał poranne programy informacyjne. Po śniadaniu umieszczał butelkę z alkoholem na wyciągnięcie ręki za sofą i od rana do kolacji wypijał butelkę lub dwie nalewki. Wieczorami po kolacji oraz w weekendy butelkę z napojem alkoholowym stawiał oficjalnie na stole.

Pan Zdzisław nie wykazywał się żadnymi zainteresowaniami, nie miał również pasji, poza oglądaniem telewizji, na czym spędzał większość dnia. Nie angażował się w działania społeczności DPS CH2. Niekiedy brał udział w narodowym czytaniu. Był jednym z mieszkańców, którzy pragnęli jedynie spokojnie „żyć” w DPS.

6.4. Codziennosc w Domu Pomocy Społecznej CH2

Mieszkańcy domów pomocy społecznej często wykazują brak konkretnych zainteresowań czy pasji. Jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę różnorodność grup wiekowych i indywidualne historie życiowe pensjonariuszy. Poniżej przedstawiam bardziej ogólny opis sytuacji, który może być dostosowany do konkretnej instytucji:

Po pierwsze, wielu mieszkańców DPS to osoby w podeszłym wieku, które w przeszłości mogły mieć różnorodne hobby, ale z biegiem lat i związanymi z wiekiem ograniczeniami, te pasje mogły zaniknąć. Zainteresowania sportowe, artystyczne czy hobby wymagające aktywności fizycznej mogą być trudne do utrzymania w starszym wieku.

Po drugie, pensjonariusze DPS często zmierzali się z różnymi trudnościami życiowymi, takimi jak utrata bliskich, schorzenia zdrowotne czy izolacja społeczna. Te doświadczenia mogą wpłynąć na utratę motywacji do aktywnego uczestnictwa w różnych zajęciach czy pasjach.

Po trzecie, struktura mieszkańców DPS może być bardzo zróżnicowana pod względem wieku, stanu zdrowia i historii życiowej. Osoby o różnych potrzebach i zainteresowaniach mogą trudniej znaleźć wspólne aktywności. Jednakże mimo braku konkretnych pasji, personel

DPS CH2 starał się zapewnić mieszkańcom różnorodne zajęcia i aktywności, w ramach swoich możliwości, które odpowiadają ich indywidualnym potrzebom i możliwościom. To może obejmować spacer, zajęcia manualne, wydarzenia kulturalne czy wspólne rozmowy. Ważne jest, aby szanować indywidualne preferencje i stwarzać przestrzeń do rozwoju ewentualnych zainteresowań, nawet jeśli są one na początku mało wyraźne.

Część mieszkańców DPS CH2 wykazywała postawę roszczeniową, co prowadziło do traktowania personelu opiekuńczego jak służących, co jest bardzo upokarzające dla personelu ośrodka. Osoby z taką postawą oczekiwały, że personel będzie nie tylko zapewniał im podstawową opiekę i wsparcie, ale także spełniał każdą ich prośbę, bez względu na możliwości i ograniczenia placówki.

W DPS CH2 znajdowały się urządzenia do dezynfekcji rąk, jednak były one odłączone od zasilania. Taka decyzja została podjęta z powodu nieodpowiedniego zachowania niektórych mieszkańców, którzy spuszczały płyn dezynfekcyjny, będący na bazie alkoholu i wypijali go. Było to nie tylko niebezpieczne dla ich zdrowia, ale również powodowało zagrożenie dla bezpieczeństwa całej placówki.

Zdaniem Wawrzyniak i Fabis zachowania patologiczne są wszechobecne i występują wśród różnych grup społecznych, niezależnie od wieku, płci, wykształcenia czy pozycji społecznej. Charakteryzują się one specyficznym stylem działania, który może dotyczyć zarówno jednostek, jak i większych zbiorowości (Wawrzyniak i Fabiś, 2017, s. 298).

Osoby starsze, które uczestniczyły w libacjach alkoholowych, były świadome konieczności zachowania umiaru. Rozumiały, że przekroczenie pewnych granic może prowadzić do zaangażowania policji i w konsekwencji skierowania ich do szpitala na oddział psychiatryczny. Taka sytuacja oznaczała dla nich izolację od wszelkich alkoholi i innych używek.

Taras i świetlica były miejscami, w których mieszkańcy DPS CH2 najczęściej się gromadzili, jednak często towarzyszyło temu obmawianie i obrażanie innych. Rozmowom towarzyszyły również wulgaryzmy. Mieszkańcy nie szanowali i nie dbali o porządek wokół siebie, co powodowało bałagan na terenie DPS CH2. Twierdzili, że jako podatnicy mają prawo do korzystania w dowolny sposób z tych przestrzeni.

Personel DPS CH2 powinien rozwijać umiejętności komunikacyjne i radzenia sobie z konfliktami, aby skutecznie radzić sobie z sytuacjami, w których osoby o postawie roszczeniowej wykazują frustrację czy niezadowolenie. Otwarta i wyważona komunikacja może pomóc w rozwiązywaniu problemów i budowaniu pozytywnych relacji z mieszkańcami, a także w kształtowaniu pozytywnego i wspierającego środowiska w DPS CH2.

Większość osób mieszkających w DPS uważała, że opłata, którą wnoszą poprzez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na mocy ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. na podstawie art. 61. ust. 2. „Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą: 1) mieszkaniec domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu [...]”, upoważnia ich do zaspokajania własnych żądań, łamiąc ogólnie przyjęte zasady współżycia społecznego. Rzeczywiste koszty znacząco przekraczają wysokość środków przekazywanych na konto bakowe instytucji. Miesięczna opłata za pobyt w DPS CH2, w 2021 r., kształtowała się na poziomie 4600 zł. Większość rodzin mieszkańców nie stać na utrzymanie członka rodziny w domu pomocy społecznej i na jego utrzymanie nie łożą. Brakującą kwotę pokrywa gmina, z której mieszkaniec jest kierowany. Dzieje się to na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej zgodnie z art. 61. ust. 1. „Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

- 1) mieszkaniec domu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka;
- 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi, nie zdają sobie sprawy, że w większości przypadków największe obciążenie finansowe spoczywa na gminach, skąd pochodzi mieszkaniec;
- 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej za pobyt [...]”.

Oznacza to, że znacząca ilość środków przeznaczonych na utrzymanie mieszkańca pochodzi z budżetu gminy.

Osoby starsze, zamieszkujące w DPS CH2, wykazywały zainteresowanie oglądaniem telewizji, która stanowiła główną formę spędzania wolnego czasu w placówce. Wskazywało to na ograniczone możliwości rekreacji i rozrywki dostępne dla mieszkańców DPS CH2. Niestety, wśród osób zamieszkujących DPS CH2 można było zauważyć także dość dużą grupę, która spędzała czas na picciu alkoholu i paleniu papierosów własnej produkcji.

Dodatkowo często można było usłyszeć głośne wulgaryzmy, które były wygłaszane niezależnie od otoczenia i miejsca. Taka postawa wskazywała na brak szacunku i kultury w zachowaniu tych osób.

W wiosce, gdzie znajdował się DPS CH2, nie było żadnego sklepu. Osoby, które miały potrzebę zaopatrzenia się w jakiegokolwiek artykuły, były zmuszone udawać się do najbliższego sklepu, oddalonego o około 1 km od wioski. Przed wyjściem do sklepu, pensjonariusze składali zamówienia. Najczęściej zamawianymi towarami były: nalewki, piwo, tytoń i gilzy. Te

produkty były najtańsze i najniższej jakości. Niestety, niektórzy mieszkańcy specjalizowali się w przemycaaniu alkoholu na teren DPS CH2 i handlowaniu nim z dodatkową marżą.

Cena nalewki w sklepie kształtowała się na poziomie 5,30 zł za litrową butelkę. Natomiast osoby sprzedające alkohol w DPS CH2 pobierały 6 zł za butelkę napoju. Najczęściej sprzedaż alkoholu miała miejsce w weekendy lub w godzinach wieczornych, kiedy na zmianie nocnej było tylko dwóch pracowników, a transakcje odbywały się prawie na ich oczach.

Wśród mieszkańców DPS CH2 można było zaobserwować pewne zjawiska, które wzbudzały obawy i niepokój wśród innych pensjonariuszy oraz personelu placówki. Niektórzy z mieszkańców podejmowali próby wyłudzenia pieniędzy lub używek od innych pensjonariuszy. Wyłudzenia te mogły dotyczyć zarówno pieniędzy, jak i alkoholu.

Dodatkowo zdarzały się przypadki, gdy niektórzy mieszkańcy prosili przechodniów lub klientów sklepów w pobliskim miasteczku o wsparcie finansowe na zakup alkoholu.

Udział osób starszych zamieszkujących DPS CH2 w zajęciach terapeutycznych może mieć istotny wpływ na jakość ich życia i indywidualny rozwój.

W zakresie udziału w zajęciach terapeutycznych najbardziej aktywną grupą były mieszkanki DPS CH2. Mężczyźni wyrażali sceptycyzm wobec tych aktywności, uznając je za mało poważne i stratę czasu. Aktywność fizyczna nie należała do ulubionych zajęć mieszkańców DPS CH2, tylko kilkoro z nich codziennie oczekiwało na zajęcia, takie jak gimnastyka, rehabilitacja i terapia zajęciowa. Dla tej grupy było to spełnianie własnych przyjemności, co odróżniało ją od pozostałych mieszkańców. Możliwe, że zapewnienie bardziej różnorodnych i dostosowanych do zainteresowań zajęć terapeutycznych pod kątem mężczyzn może zachęcić ich do aktywnego uczestnictwa. Takie podejście może przyczynić się do poprawy ich doświadczenia i jakości życia w placówce.

Zdaniem Zbigniewa Tarkowskiego, aktywizacja odnosi się do różnorodnych działań mających na celu stymulowanie, wyzwalanie, modyfikowanie i mobilizowanie różnych form aktywności w organizmie. Może to obejmować pobudzanie nierozwiniętej aktywności, odblokowywanie stłumionej aktywności oraz poprawianie i kierowanie aktywnością w odpowiedni sposób (Tarkowski, 1998, s. 178).

Propagowanie aktywności i integracji między mieszkańcami, bez względu na płeć, może poprawić więzi społeczne i przyczynić się do tworzenia pozytywnej atmosfery i wsparcia w DPS CH2. Warto także podkreślić korzyści zdrowotne wynikające z aktywności fizycznej i uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, które jednocześnie mogą pozytywnie wpływać na samopoczucie i zdrowie wszystkich mieszkańców.

W jednostkach samorządu terytorialnego cyklicznie organizowane jest wydarzenie patriotyczne pod nazwą „Narodowe Czytanie”. Podczas tegorocznej akcji społecznej czytano książkę *Moralność Pani Dulskiej* autorstwa Gabrieli Zapolskiej. Ta przepiękna inicjatywa o charakterze patriotycznym od wielu lat cieszy się popularnością wśród Polaków i sympatyków literatury polskiej. Przedsięwzięcie swoim zasięgiem obejmuje cały kraj. Do akcji „Narodowego Czytania” również przyłączyło się kilkoro mieszkańców DPS CH2. Wybrane teksty czytali w dniu 6 września 2021 r.

Aktywność mieszkańców DPS, szczególnie osób starszych, jest bardzo ważna dla poprawy jakości życia. Zdaniem Lucyny Kozaczuk, aktywność jest synonimem życia, czyli ciągłego wysiłku, który pozwala na rozwój i prowadzenie harmonijnego i kreatywnego życia (Kozaczuk, 1999, s. 25).

Według Wincentego Okonia (1914–2011) aktywność to cecha charakteryzująca jednostkę, która przejawia się w wykonywaniu działalności o większej częstotliwości i intensywności niż u innych osób (Okoń, 2004, s. 23).

Dzięki prawu do swobodnego kontaktu ze światem zewnętrznym, mieszkańcy DPS CH2 mieli możliwość organizacji pracy zarobkowej u miejscowych rolników. W drugiej połowie sierpnia rozpoczął się sezon na zbieranie pomidorów, co dawało pensjonariuszom doskonałą okazję do zaangażowania się w tę aktywność. Podjęcie pracy poza ośrodkiem pozwalało im oderwać się od codzienności życia w DPS i nawiązać kontakty z innymi ludźmi. Praca na polu nie tylko dawała im możliwość zarobienia dodatkowych środków finansowych, ale także dostarczała satysfakcji z wykonywanej pracy i integracji z lokalną społecznością. Była to też forma aktywności fizycznej, która korzystnie wpływała na zdrowie i samopoczucie mieszkańców. Dzięki tej możliwości, pensjonariusze mieli szansę na pełniejsze i bardziej aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, co wpływało pozytywnie na ich jakość życia i samopoczucie.

W DPS CH2 wydawany był kwartalnik o nazwie „Jesienna Przystań”, jednakże nie cieszył się on zbyt dużą popularnością wśród mieszkańców tego ośrodka. Periodyk ten był redagowany głównie przez pracowników DPS i księdza, którzy podejmowali starania, aby dostarczyć interesujące treści i informacje społeczności ośrodka. Mieszkańcy DPS CH2 mieli pewien swój udział w treści periodyku. Zaangażowanie pensjonariuszy polegało na kopiowaniu krzyżówek i zagadek logicznych z innych gazet do kwartalnika.

Zaproszenie mieszkańców do sali wielofunkcyjnej na wieczorną projekcję filmu poświęconego Wandzie Modlibowskiej – pierwszej polskiej lotniczce – było wydarzeniem edukacyjnym, na które osoby starsze czekały od dawna. Seans przyciągnął 35 pensjonariuszy

i trwał około 30 minut. Dla wielu starszych osób było to spotkanie z historią, które wywołało u nich głębokie wzruszenie. Oferta ośrodka związana z poznawaniem świata, historii itp. mogłaby przyczynić się do poprawy jakości życia i spowodować większą aktywność wśród osób starszych w DPS CH2.

Pensjonariusze DPS CH2 twierdzą, że niczym się nie zajmują, ponieważ nikt ich nie zapytał, co chcą robić, stanowi to ważny sygnał o potrzebie aktywnego i indywidualnego podejścia do mieszkańców w zakresie organizacji zajęć i aktywności. Istotne jest, aby personel ośrodka był otwarty na komunikację i aktywnie angażował się w interakcje z mieszkańcami. Regularne rozmowy z pensjonariuszami na temat ich zainteresowań, pasji, preferencji i potrzeb są ważne w tworzeniu oferty aktywności, która będzie dla nich atrakcyjna i satysfakcjonująca.

Ważne jest, aby pensjonariusze czuli się współodpowiedzialni za organizację aktywności i mieli możliwość wniesienia swoich sugestii oraz pomysłów. Regularne spotkania grupowe lub indywidualne konsultacje mogą stanowić platformę do wymiany pomysłów i decydowania wspólnie o planowanych zajęciach. Dzięki temu mieszkańcy mogą poczuć się bardziej zaangażowani i docenieni, a także zyskać poczucie większej kontroli nad swoim czasem i aktywnościami.

Możliwość praktyk religijnych jest niezwykle ważna dla osób starszych mieszkających w domach pomocy społecznej. Dla wielu z nich duchowość i wykonywanie praktyk religijnych stanowią fundament życia, który dostarcza poczucia sensu, nadziei i spokoju w podeszłym wieku.

Wielu pensjonariuszy często podkreśla, że ich wiara i praktyki religijne stanowią siłę do radzenia sobie z trudnościami, bólem i stratami, które często towarzyszą staremu człowiekowi. Znalezienie wsparcia w swojej wierze pomaga również w akceptowaniu ograniczeń wynikających z wieku, a także w budowaniu poczucia spokoju i zadowolenia z życia.

Personel DPS powinien sobie zdawać sprawę z roli, jaką religia odgrywa w życiu mieszkańców i wspierać ich w praktykowaniu wiary poprzez dostosowywanie harmonogramu zajęć w placówce w taki sposób, aby umożliwić udział w modlitwach i praktykach religijnych.

Zdaniem Fabisia, duchowość człowieka to poszukiwanie głębszego sensu życia, istoty istnienia oraz nadrzędnego celu. Religijność może, ale nie musi, być przejawem tej duchowości. W polskim społeczeństwie, podobnie jak w większości europejskich, obserwuje się stopniową laicyzację, także wśród seniorów zauważa się znaczny odsetek osób, dla których życie religijne nie ma znaczenia lub ma niewielkie znaczenie, co jest dość charakterystyczne w kontekście polskiej kultury (Fabiś, 2017b, s. 108).

Codziennie o godzinie 6.30 rano w kaplicy przy DPS CH2 odprawiana była Msza Święta. Bezpośrednio po niej, około godziny 7.30, ksiądz przechodził po ośrodku i udzielał Komunii

Świętej tym mieszkańcom, którzy z powodu stanu zdrowia nie mogli uczestniczyć we Mszy Świętej tego dnia.

W wielu społecznościach niedziela jest uznawana za ważny dzień tygodnia. W DPS CH2 część mieszkańców przeżywa ją w szczególny sposób. Część z nich słucha transmisji niedzielnej Mszy Świętej w radiu lub ogląda ją w telewizji. Dodatkowo, jak obserwowano również w DPS L1, wielu pensjonariuszy zakłada odświętne ubrania, co wpływa na ich spokojniejszy i bardziej wyciszony nastrój. W kaplicy odprawiane są Msze Święte nie tylko z myślą o mieszkańcach DPS CH2, ale przede wszystkim o lokalnej społeczności, co wpływa na miejscowe relacje pomiędzy pensjonariuszami a tutejszymi mieszkańcami.

Jerzy Halicki uważa, że warunkiem istotnym dla podejścia do religijności jest codzienne uczestnictwo we Mszy Świętej. W miarę starzenia się i zmniejszania sprawności lokomocyjnej, gdy badani nie są w stanie regularnie uczestniczyć w nabożeństwach kościelnych, rośnie znaczenie mediów masowych. Osoby takie korzystają z transmisji radiowych lub telewizyjnych, dzięki którym mogą wciąż uczestniczyć we Mszy Świętej za pośrednictwem narratorów (Halicki, 2010, s. 74).

Zdaniem Szaroty, religijność odgrywa istotną rolę w życiu starszych osób, które często kierują swoje myśli ku Absolutowi. Proces starzenia się łączy się z różnymi zmianami biologicznymi, zdrowotnymi i społecznymi, które wpływają na sferę soma i psyche, a tym samym mają wpływ na duchowość człowieka starszego. Warto zauważyć, że wiele osób w podeszłym wieku wykazuje duże zaangażowanie w praktyki religijne.

Każdy dom pomocy społecznej działa zgodnie ze swoimi regulaminami, w których określony jest porządek i dyscyplina, który jest zarządzany przez dyrektora placówki. To właśnie dyrektor nadaje specyficzny charakter placówce. W różnych DPS podejście może być liberalne lub restrykcyjne, szczególnie było to dostrzegalne w czasie pandemii COVID-19.

Dyrekcja Domu Pomocy Społecznej CH2 miała tolerancyjne podejście do mieszkańców. Mieli oni prawo do swobodnego dysponowania swoim czasem i prowadzenia życia w wybranym przez siebie tempie. Osoby zamieszkujące DPS CH2 mogły opuszczać placówkę w dowolnym momencie, po wcześniejszym zgłoszeniu takiej chęci personelowi, podaniu miejsca docelowego i orientacyjnej godziny powrotu. Takie elastyczne podejście pozwalało na podjęcie działań w przypadku nagłych, nieprzewidzianych sytuacji.

DPS CH2 prowadzono w sposób liberalny, mieszkańcy cieszyli się pewnym stopniem swobody w zakresie opuszczania placówki. Taki podejście nie było charakterystyczne dla instytucji totalnych, które znane są z bardziej restrykcyjnych zasad i ograniczeń dotyczących ruchu i wolności mieszkańców. W instytucjach totalnych, takich jak więzienia czy zakłady

psychiatryczne, istnieje silna kontrola nad osobami przebywającymi w tych miejscach. Mieszkańcy są zwykle ograniczeni w możliwościach opuszczania takiej placówki, a ich swoboda jest mocno kontrolowana przez personel. Natomiast w DPS CH2 liberalne podejście pozwalało mieszkańcom na swobodne opuszczanie placówki. Taka różnica w podejściu do swobody ruchu wpływa na atmosferę i relacje między mieszkańcami a personelem. W DPS CH2 mieszkańcy mają możliwość bardziej samodzielnego podejmowania decyzji i prowadzenia życia zgodnie z własnymi potrzebami i preferencjami. Daje im to poczucie większej autonomii i wpływu na swoje życie, co może przyczynić się do poprawy ich samopoczucia i jakości życia w ośrodku. Ponadto takie podejście może sprzyjać tworzeniu bardziej pozytywnych relacji między mieszkańcami a personelem, opartych na wzajemnym szacunku i zaufaniu. Warto jednak zaznaczyć, że liberalne prowadzenie placówki wymaga odpowiednich zabezpieczeń i środków bezpieczeństwa, aby zapewnić dobrostan i bezpieczeństwo mieszkańców. Ważne jest, aby swoboda ruchu była odpowiednio regulowana i kontrolowana, aby uniknąć potencjalnych zagrożeń i ryzyka dla mieszkańców. Wprowadzenie odpowiednich procedur i zasad pozwala zachować równowagę między swobodą mieszkańców a zapewnieniem im bezpieczeństwa i odpowiedniej opieki.

Zdaniem Goffmana, instytucje totalne zwracają uwagę na odpowiedzialność, co jest całkiem oczywiste, bo wiele instytucji totalnych niechętnie patrzy na wychodzenie pensjonariuszy na zewnątrz (Goffman, 2011, s. 85). Patrząc na sprawę z analitycznego punktu widzenia, to „pensjonariusz nie jest w stanie pojąć pełnego znaczenia bycia wewnątrz instytucji lub na zewnątrz niej bez zrozumienia tego, co dla niego znaczy wejść lub ją opuścić. Instytucje totalne nie szukają w tym sensie kulturowego zwycięstwa. Kształtują i podtrzymują pewien szczególny stan napięcia istniejący między światem domowym a światem instytucji i wykorzystują to trwale napięcie jako strategiczne narzędzie manipulacji” (Goffman, 2011, s. 23). Trzeba czasami coś wybrać i wyciągnąć wspólny mianownik ze względu na lokatorów pochodzących z wielu trudnych środowisk społecznych (alkoholicy, byli przestępcy, autorzy przemocy w rodzinie, przewlekle chorzy itp.). W zależności z kim się ma do czynienia, każdego pensjonariusza należy rozpatrywać indywidualnie.

Młodszy opiekunowie DPS CH2 wykazywali się troską o mieszkańców. Mimo że placówka zapewniała znaczną swobodę w opuszczaniu jej terenu, wieczorami około godziny 21.00 przeprowadzano obchód, weryfikując obecność pensjonariuszy i pytając o ich samopoczucie. Czasami personel angażował się w krótkie, miłe rozmowy z mieszkańcami, jednak szybko wracał do swoich obowiązków.

W DPS CH2 mieszkańcy nie tworzyli jednolitego i zgranego zespołu, lecz skupiali się w różnych grupach, które nie darzyły się sympatią. Ten podział występował zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Wzajemne obmawianie i stygmatyzacja pensjonariuszy stały się codziennością. W placówce zauważono brak jedności i harmonii wśród mieszkańców. Istnienie wyraźnych podziałów prowadziło do wzajemnych konfliktów i napięć między grupami.

Przestrzeń prywatna osób starszych zamieszkujących DPS CH2 jest ważną płaszczyzną poszanowania ich godności, samodzielności i poczucia kontroli nad własnym życiem. Jest to obszar, który powinien być szanowany i chroniony, zarówno w domowym środowisku, jak i w placówkach opiekuńczych, takich jak DPS CH2.

Pojęcie przestrzeni prywatnej odnosi się do fizycznego i emocjonalnego otoczenia, w którym osoba starsza może czuć się bezpiecznie, swobodnie i komfortowo. Obejmuje ona zarówno przestrzeń fizyczną, jak prywatny pokój, łazienkę czy garderobę, jak i przestrzeń emocjonalną, która umożliwia wyrażanie uczuć, refleksji i intymnych myśli bez obawy o krytykę.

Mieszkańcy DPS CH2 stworzyli własny obraz przestrzeni prywatnej, która była uszanowana przez innych pensjonariuszy i personel. Była to dbałość o ich dobrostan. Dlatego pensjonariusze powinni mieć możliwość posiadania własnego, prywatnego pokoju, który stanowi swoisty azyl, gdzie mogą odpocząć, zrelaksować się i spędzać czas na swoich zasadach. Właśnie w tej przestrzeni mogą przechowywać osobiste przedmioty i pamiątki, co stanowi ważny element zachowania tożsamości.

Ważne jest również szanowanie granic emocjonalnych mieszkańców i ich prawa do wyrażania swoich uczuć w sposób, który jest dla nich naturalny i komfortowy. Personel i współmieszkańcy powinni respektować prywatność i nie wchodzić w sferę emocjonalną osób starszych w sposób niepożądany.

Zdaniem Goffmana, „reguły wstępu na obszar ograniczony oraz wymóg poszanowania jego granic służą bez wątpienia wyrażaniu szacunku wobec samego zgromadzenia” (Goffman, 2008, s. 214). Oznacza to, że regulacje dotyczące dostępu do obszarów ograniczonych oraz konieczność respektowania tych granic pełnią ważną rolę w wyrażaniu szacunku wobec samego zgromadzenia. Zapewnienie odpowiednich regulacji wstępu na tereny ograniczone, takie jak prywatne posesje, instytucje publiczne czy placówki opiekuńcze, jest nie tylko kwestią bezpieczeństwa, ale także poszanowania prywatności i autonomii osób przebywających w tych miejscach. Ochrona obszarów ograniczonych pozwala na utrzymanie porządku i zapewnienie uczestnikom zgromadzenia poczucia bezpieczeństwa. Respektowanie granic obszarów ograniczonych ma również duże znaczenie w wyrażaniu szacunku wobec osób i społeczności, które te tereny zamieszkują lub korzystają z nich na co dzień. Utrzymywanie się z dala od

prywatnych przestrzeni innych ludzi i szanowanie ich potrzeby prywatności pokazuje nasze zrozumienie i troskę o innych. Odpowiednie zasady i wytyczne dotyczące wstępu oraz respektowania granic obszarów ograniczonych powinny być jasno i rzetelnie komunikowane wszystkim uczestnikom, aby zapewnić zrozumienie i przestrzeganie tych reguł.

U człowieka starszego korzystającego z przestrzeni prywatnej proces adaptacji w nowym miejscu zamieszkania może przebiegać w łagodny sposób. Nie odczuwa się podenerwowania związanego z pobytem w instytucji totalnej. Można mieć wrażenie, że będąc w DPS CH2, jest się we własnym domu. Dzieje się to dzięki pewnej swobodzie i braku większych ograniczeń w funkcjonowaniu w obszarze ośrodka. Tworzenie prywatnej przestrzeni, zarówno w znaczeniu fizycznym, jak i psychicznym, jest czymś naturalnym i spełnieniem potrzeby człowieka.

Niedostatek środków finansowych starszych ludzi mieszkających w DPS CH2 sprawiał, że byli oni zmuszeni do podejmowania niepożądanych zachowań. Polegały one na wygrzebywaniu niedopałków papierosów z popielnic i palenia ich przez dulawkę. Goffman zauważył podobny problem w szpitalu psychiatrycznym: „talerzyki stojące na korytarzach części administracyjnej oraz niektórych sekcji szpitala, używane przez kadrę jako popielniczki, były regularnie przetrząsane w poszukiwaniu nadających się do użycia niedopałków” (Goffman, 2011, s. 204). Oznacza to, że mieszkańców nie stać było na kupno papierosów, a nawet na krajankę tytoniową. Poza tym mieszkańcy często podbierali sobie różne artykuły spożywcze, papierosy i alkohol.

Niektórzy z mieszkańców mieli za sobą przeszłość kryminalną oraz pobyt w zakładzie karnym. W swojej komunikacji używali specyficznego słownictwa, np. nazywając swój pokój „cełą”, łazienkę „bardaszką”, a łóżko „kojem”. Wykorzystywany przez nich język był związany ze slangiem więziennym, który wywodzi się z instytucji totalnej jaką jest więzienie. Warto zauważyć, że tego typu słownictwo nie ogranicza się tylko do sfery więziennej, ale można je spotkać również wśród innych grup społecznych, takich jak marynarze, żołnierze, strażacy, studenci itp. Pomimo że kilku pensjonariuszy miało doświadczenie więzienne, nie próbowali oni wprowadzać zwyczajów panujących wśród więźniów, co stawia ich w korzystnym świetle.

Czasami osoby starsze z przeszłością więzienną spotykały się w szerszym kręgu mieszkańców i wspominały o swoich doświadczeniach w bimbrownictwie w okresie PRL i konsekwencjach, jakie ponosili za jego uprawianie. Podczas rozmowy z rozrzuwaniem wspominali również o swoim ucieczkach przed milicją, a także pobycie w zakładzie karnym za pobicia i drobne kradzieże.

Goffman wskazuje pięć kategorii instytucji totalnych, gdzie do pierwszej z nich należą m.in. domy dla osób w podeszłym wieku. Do pierwszej kategorii instytucji totalnej Goffman

zakwalifikował domy opieki dla niewidomych, dla osób w podeszłym wieku, sierocińce i przytułki dla ubogich. Do drugiej kategorii zakwalifikował ośrodki opiekujące się osobami, które mogą być niebezpieczne dla otoczenia. Do trzeciej grupy instytucji totalnych Goffman zaliczył placówki przeznaczone do ochrony społeczeństwa przed osobami, które mogą stanowić dlań potencjalne zagrożenie, (zakłady karne, obozy dla jeńców wojennych i obozy koncentracyjne). W czwartej grupie znalazły się m.in. koszary, statki, szkoły z internatem, obozy pracy, kolonie itp. Wreszcie w piątej grupie znalazły się instytucje, do których Goffman zaliczył klasztory, opactwa, żeńskie szkoły przyklasztorne i męskie monastypy (Goffman, 2011, s. 14-15). Oznacza to, że do instytucji totalnych zakwalifikujemy wszystkie te miejsca dobrowolnego lub przymusowego pobytu, które będą stanowiły swojego rodzaju izolację od świata zewnętrznego. Oznacza to również, że domy pomocy społecznej, które funkcjonują według określonego regulaminu, i zakłady karne operujące według uregulowań prawnych, należą do miejsc odosobnienia i są instytucjami o charakterze totalnym.

W ośrodkach takich jak DPS CH2 osoby starsze wykazują większe zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach kulturalno-oświatowych. W DPS CH2 oferta kulturalno-oświatowa była opracowywana i przygotowywana przez doświadczone instruktorki zajęć kulturalno-oświatowych, które codziennie angażowały się w rozwijanie zainteresowań i pasji wśród pensjonariuszy. Jednym z istotnych elementów tej aktywności było dążenie do poprawy poziomu czytelnictwa w placówce. Ta aktywność była szczególnie ważna, zwłaszcza że wiązała się z klasycznymi książkami. Na uwagę zasługuje fakt, że przed pandemią mieszkańcy częściej odwiedzali bibliotekę i chętniej uczestniczyli w różnych wydarzeniach kulturalnych. Jednakże po wprowadzeniu przymusowej izolacji związanej z COVID-19, pensjonariusze stali się bardziej wycofani i obojętni.

W DPS CH2, mimo iż mieszkańcy stanowili jego społeczność, nie tworzyli w znacznej mierze wspólnoty w różnych sytuacjach, na przykład podczas transmisji meczów reprezentacji Polski. Mogliby zasiadać razem przed telewizorem i kibicować, ale woleli pozostawać w swoich pokojach. Wydarzenia takie nie cieszyły się większym zainteresowaniem. Możliwe, że brak większej aktywności wspólnotowej wynikał również z różnic w zdolnościach czy też stopniu zaangażowania w życie ośrodka.

Poziom indywidualnej higieny wśród mieszkańców DPS CH2 odgrywa ważną rolę dla utrzymania odpowiednich standardów sanitarnych w ośrodku. Edukacja w tym zakresie jest niezwykle istotna i powinna obejmować zarówno pensjonariuszy, jak i personel. Badania przeprowadzone w DPS CH2 wykazują, że jedynie jeden na dziesięciu mieszkańców regularnie myje ręce po skorzystaniu z toalety, co było niepokojącym zjawiskiem o poważnych

konsekwencjach sanitarnych. Niski poziom dbałości o higienę rąk stanowi zagrożenie nie tylko dla zdrowia mieszkańców, ale także dla personelu oraz osób odwiedzających ośrodki.

Jednym z poważniejszych zagrożeń sanitarnych w ośrodku było przeglądanie zawartości koszy na śmieci przez niektórych mieszkańców, co było poważnym zagrożeniem sanitarno-higienicznym. Wyciąganie przedmiotów z koszy i ich gromadzenie we własnym pokoju może nieść ryzyko rozwoju niebezpiecznych chorób.

Codziennosc w DPS CH2 to określony rytm życia i funkcjonowania, który jest dostosowany do potrzeb i specyfiki osób zamieszkujących ten ośrodek. Codzienny harmonogram w DPS obejmuje różnorodne aktywności, opiekę i wsparcie, mające na celu zapewnienie mieszkańcom komfortu, bezpieczeństwa oraz możliwości realizacji ich potrzeb fizycznych, emocjonalnych i społecznych.

Personel DPS CH2 zapewniał codzienną opiekę i wsparcie ludziom starszym w takich czynnościach jak ubieranie, karmienie i wykonywanie podstawowych czynności higienicznych. Osoby starsze otrzymywały także pomoc w zażywaniu leków i w przypadku, gdy wymagały opieki medycznej.

W DPS CH2 organizowane były różnorodne zajęcia i aktywności, które miały na celu stymulowanie umysłu i ciała mieszkańców. Były to ćwiczenia rehabilitacyjne, zajęcia terapeutyczne, warsztaty artystyczne czy też spotkania z gośćmi zewnętrznymi, takimi jak artyści czy wolontariusze.

DPS CH2 zapewniał mieszkańcom regularne posiłki, których tworzenie wymagało analizy i dostosowania do potrzeb dietetycznych i preferencji żywieniowych mieszkańców.

Mieszkańcy mogli spędzać czas na przechadzkach po terenie DPS CH2 i miejscowym parku, wędrownkach do pobliskiego miasteczka, czytaniu książek, oglądaniu telewizji czy też rozmowach z innymi mieszkańcami i personelem. Wszelkie propozycje przedsięwzięć wychodziły ze strony personelu, co skutkowało małym zainteresowaniem ze strony pensjonariuszy. Ważne jest, aby osoby starsze czuły się komfortowo i miały możliwość wyboru aktywności, które najbardziej odpowiadają ich zainteresowaniom i aby ich głos był słyszalny.

DPS CH2 starało się wspierać kontakty mieszkańców z rodziną i bliskimi poprzez umożliwianie odwiedzin. Dla wielu osób starszych utrzymanie relacji z najbliższymi było ważnym elementem codzienności i poczucia związku z własnym życiem.

Mieszkańcy DPS mogli liczyć na wsparcie i zrozumienie ze strony personelu, który był dostępny dla nich przez całą dobę, ale z pewnymi ograniczeniami ze względu na niski stan zatrudnienia personelu. Współpraca z personelem była ważnym elementem w zapewnieniu bezpieczeństwa i satysfakcji mieszkańców, co niekiedy było odczuwalne.

Codziennosc w domu pomocy społecznej powinna byc roznorodna i dostosowana do indywidualnych potrzeb i preferencji mieszkancow. Wazne jest, aby osrodek dbal o jakosc zycia osob starszych, umozliwiajac im spedenie pozniejszych lat w atmosferze komfortu, wsparcia i godnosc.

Funkcjonowanie osob starszych w domach pomocy społecznej, w ramach okreslonych regulacji, moze wywolywac negatywne emocje, ktore wynikaja z odczuwanej utraty wlasnej wolnosc i niezaleznosc. Zdaniem Jozefa Kozieleckiego (1936–2017), osoba pozbawiona poczucia wlasnej godnosc przypomina lalkę poruszajac sie w instytucjonalnej sieci, ktora nie potrafi skutecznie chronic swojej indywidualnosc i tozsamosci oraz nie jest w stanie sprostać wyzwaniom stawianym przez trudne okolicznosci (Kozielecki, 1977, s. 9).

W swoich badaniach nad instytucjami totalnymi Goffman zauwazyl, ze kazda instytucja jest inna i ma swoje cele i zadania. Ponadto charakteryzujac sie one specyficznymi dzialaniami. Przebywanie w totalnej instytucji zmusza ludzi do doswiadczania pewnego rodzaju emocji. Ich zachowanie bedzie inne w domu pomocy społecznej, w koszarach wojskowych, w szpitalu lub w wizeniu. Emocje niosac informacje o sobie. Doswiadczajac izolacji, samemu trudno jednoznacznie okreslic, co sie czuje w danym miejscu.

Gdy przyszedl czas na zakonczenie mojego pobytu w Domu Pomocy Społecznej CH2, wzorem doswiadzen z DPS L1, podczas sniadania poprosilam mieszkancow o uwage i ujawnilem prawdziwy cel mojej obecnosci w DPS CH2. Jednoczesnie przeprosilem wszystkich pensjonariuszy za to, ze mogli sie w tej chwili poczuć poruszeni. Jednak mieszkancy uwaznie wysluchali moich wyjasnen i nie spotkalem sie z komentarzami w tej sprawie.

Pobyt w DPS CH2 zakonczylem w gabinecie dyrektora na krótkiej rozmowie podsumowujacej mój pobyt i badania naukowe.

6.5. Kontrola i utrzymywanie porzadku wewnetrznego przez personel placowki

Obecnosć nadzoru i inwigilacji w placówkach opieki dlugoterminowej jest zjawiskiem, ktore dotyka osoby starsze i niesamodzielne. Takie placowki sa miejscem, w ktorym pacjenci z roznych powodow nie sa w stanie samodzielnie funkcjonowac i wymagaja stalej opieki. Jednoczesnie, ze wzgledu na swoja sytuacje, sa oni szczegolnie wzraliwi na naruszenie prywatnosci i wolnosc. Wprowadzenie kamer i stalej obserwacji personelu moze byc postrzegane jako naruszenie praw i godnosc pensjonariuszy, co moze prowadzic do izolacji od otoczenia, poczucia samotnosci oraz doswiadczania negatywnych emocji, takich jak strach, lek czy depresja. Takie zjawisko wymaga zrozumienia potrzeb i praw mieszkancow placowek

opieki długoterminowej oraz dostosowania środków nadzoru do ich potrzeb, tak aby zapewnić bezpieczeństwo, jednocześnie respektując prywatność i godność pensjonariuszy. O ile bezpieczeństwo mieszkańców jest ważne, to jednak nadmierne środki kontroli mogą prowadzić do poczucia uwięzienia i braku wolności. Warto zwrócić uwagę na to, że istotną rolę w kształtowaniu takiego stanu emocjonalnego mogą odgrywać czynniki takie jak: regularne kontrole personelu, kamery na korytarzu czy zakaz swobodnego opuszczania ośrodka. Zdaniem Kozielskiego, w obecnych czasach kwestie tożsamości jednostki w zinstytucjonalizowanym środowisku, zagadnienia związane z wolnością i godnością człowieka oraz etyczne dylematy naszej epoki często stanowią powód do niepokoju i głębokich przemyśleń, a także wywołują wielkie konflikty etyczne w naszej epoce (Kozielski, 1977, s. 7).

Sytuacja związana z pobytem w placówce opieki długoterminowej, a w szczególności kontrola i nadzór, mogą godzić w poczucie prywatności, wolności i intymności, co ma wpływ na psychikę pensjonariuszy. Wspomniane odczucia, takie jak izolacja, osamotnienie, strach, lęk czy utrata intymności, mogą prowadzić do poważnych problemów psychicznych, np. depresji, która może przyjmować różne stany emocjonalne. Według Beaty Babiarczyk i in. depresja jest powszechnym problemem psychicznym wśród osób powyżej 65. roku życia, występującym u ponad połowy jednostek w tej grupie wiekowej (Babiarczyk, 2013, s. 453-457). Zdaniem Zycha, jest to stan emocjonalny, który może trwać krótko lub dłużej, charakteryzujący się negatywnymi uczuciami, takimi jak smutek, przygnębienie, beznadziejność, zniechęcenie i niska samoocena. Osoby w tym stanie doświadczają obniżenia napięcia mięśni, braku energii, apatii, niechęci do działania oraz różnego nasilenia zahamowania, niepokoju i lęku (Zych, 2017b, s. 39). Warto zwrócić uwagę na fakt, że taki stan emocjonalny może dotyczyć zarówno osób już przebywających w ośrodku, jak i nowych pensjonariuszy, których całe życie zmieniło się w ciągu „jednego dnia”. Równowaga między prawem do prywatności a bezpieczeństwem osób pod opieką instytucji opiekuńczych powinna być zachowana. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu obywatelowi ochronę prawną życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia, włączając w to prawo do decydowania o swoim życiu osobistym. Jednocześnie, ze względu na szczególny charakter instytucji opiekuńczych, należy również brać pod uwagę potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa osobom przebywającym w takich placówkach.

Zdaniem Trafiałek, prawa człowieka są powszechnie uznawane na całym świecie za zbiór uprawnień i swobód, które przysługują każdej jednostce, niezależnie od cech takich jak rasa, płeć, wiek, wykształcenie, wyznanie, światopogląd czy status społeczny. Mają one charakter uniwersalny i stanowią zbiór postulatów dotyczących szacunku dla najważniejszych wartości

człowieka, takich jak życie, wolność, godność i rozwój. Wyrazem uznania tych praw przez różne społeczności są akty prawne, w tym konstytucje, ustawy, umowy międzynarodowe, konwencje oraz deklaracje organizacji międzynarodowych (Trafiałek, 2003b, s. 101).

Warto podkreślić, że prawa człowieka są fundamentalnymi filarami współczesnego porządku międzynarodowego. Wspierają ochronę jednostki przed nadużyciami władzy oraz zapewniają odpowiednią równowagę między wolnością jednostki a odpowiedzialnością społeczną. Szacunek dla praw człowieka to nie tylko wymóg prawniczy, ale także moralny obowiązek, który kształtuje naszą cywilizację i określa jej etyczną postawę wobec innych. Wdrażanie i przestrzeganie praw człowieka jest nieustannym procesem, wymagającym zaangażowania i troski ze strony wszystkich społeczeństw i instytucji na świecie.

Zadaniem prawa cywilnego jest ochrona dóbr osobistych, takich jak zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania oraz twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska. Wszelkie dobra człowieka, w tym godność, prywatność, intymność i wolność, są chronione przez prawo i należy przestrzegać ich ochrony z należytą starannością, sumiennością i subtelnością.

Mielczarek zwracał uwagę na godność osobową człowieka. Jego zdaniem prawa człowieka są niezbędne dla zachowania indywidualizmu jednostki i są przeciwieństwem narzucania jednolitego modelu przez totalitarne systemy. Każda osoba jest unikatowa, z różnymi doświadczeniami, emocjami i przekonaniem, a ta indywidualność jest podstawą godności osobistej. Wolność jednostki niesie ze sobą również odpowiedzialność za jej wybory, a prawdziwie wolny człowiek musi być gotów ponosić konsekwencje swoich działań. Jednostka powinna mieć możliwość samodzielnego podejmowania decyzji i decydowania o sobie, ale musi pamiętać, że jej wybory mogą prowadzić do błędów i ponoszenia konsekwencji (Mielczarek, 2010, s. 137).

W przypadku instytucji opiekuńczych należy znaleźć równowagę między ochroną prywatności a zapewnieniem bezpieczeństwa ich mieszkańcom. W związku z tym konieczne jest wprowadzenie specjalnych procedur i regulacji, które zapewnią ochronę prywatności mieszkańców, jednocześnie zapewniając im bezpieczeństwo. Warto również podkreślić, że personel opiekuńczy powinien działać zgodnie z zasadą ostrożności, aby nie naruszać prywatności swoich podopiecznych, a jednocześnie działać na rzecz ich bezpieczeństwa.

Współczesne społeczeństwa powinny opierać się na zasadzie porozumienia społecznego, w ramach którego jednostki godzą się na pewne ograniczenia swoich swobód i praw, w zamian za ochronę ich praw i bezpieczeństwo. Bez takiego porozumienia i regulacji prawnych, jak zauważał Durkheim, mogłoby dojść do anomii, czyli stanu, w którym jednostki nie mają jasno

określonych norm i wartości, co prowadziłyby do chaosu i dezintegracji społecznej. Opieka i opiekuńczość personelu w nowym miejscu oraz wrażenia, jakie towarzyszyły mi jako pensjonariuszowi w trakcie pobytu, należały do najważniejszych zadań DPS. Z jednej strony należy zwrócić uwagę na dużą troskę i życzliwość ze strony personelu, który dba o wygodę i potrzeby pensjonariuszy, a także organizację terapii. Z drugiej strony, można się czuć bacznie obserwowanym.

Częstotliwość sprawdzania obecności mieszkańców wskazuje na zasadę, że opiekunowie byli wyczuleni na bezpieczeństwo mieszkańców DPS L1. W przypadku stwierdzenia nieobecności mieszkańca, podejmowali natychmiastowe działania mające na celu ustalenie jego miejsca pobytu. Odpowiednie pytania i podjęte czynności personelu wskazują na troskę o samopoczucie mieszkańców i gotowość do niesienia pomocy. Monitoring jest wykorzystywany w celu zwiększenia bezpieczeństwa mieszkańców i ułatwienia szybkiego reagowania w przypadku zaginięcia lub wypadku pensjonariusza.

Mieszkańcy DPS CH2 należeli do grupy środowiskowej, która dokładnie wiedziała, jakie są granice, których nie powinno się przekraczać, aby personel nie musiał reagować na łamanie przez mieszkańców regulaminu ośrodka. Sytuacja ta może stanowić zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa innych mieszkańców, a także powodować naruszenie przepisów prawa dotyczących palenia w miejscach niedozwolonych.

Problem bezpieczeństwa pożarowego w domach pomocy społecznej należy do bardzo ważnych tematów badawczych. Ze względu na charakter placówek, w których mieszkańcy są zazwyczaj starsi, schorowani lub niepełnosprawni, istnieje szczególna potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa przeciwpożarowego. Bezpieczeństwo to dotyczy nie tylko samej bazy materialnej, ale także zapewnienia odpowiedniego wyposażenia, takiego jak gaśnice, SSP oraz udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Jednym z głównych problemów związanych z bezpieczeństwem pożarowym w DPS CH2 był brak kluczy do drzwi ewakuacyjnych, co stanowiło zagrożenie bezpieczeństwa przeciwpożarowego. W przypadku groźby pożaru, szybki dostęp do drzwi ewakuacyjnych może być fundamentalny dla ratowania życia mieszkańców i personelu placówki. Innym problemem jest brak planów ewakuacyjnych na poszczególnych piętrach i w pokojach, co może utrudnić ewakuację w sytuacji zagrożenia.

Należy zaznaczyć, że w przypadku domów pomocy społecznej, nie tylko przepisy budowlane i przeciwpożarowe powinny być respektowane, ale także należy zwracać uwagę na indywidualne potrzeby mieszkańców, w szczególności osób z niepełnosprawnościami.

Zdaniem Szaroty, najważniejsze dla harmonijnego rozwoju jednostki są jej indywidualne potrzeby, związane z dążeniem do samorealizacji, co wyraża jej wyjątkowość i niepowtarzalność. Główną potrzebą jest potrzeba samorealizacji, która objawia się w dążeniu do wiedzy, twórczości i piękna. Ta potrzeba nigdy nie zostaje w pełni zaspokojona, a jej realizacja kumuluje się i wzmacnia jednostkę, prowadząc do trwania w procesie autokreacji. Dzięki temu człowiek może realizować cele autoteliczne, związane z samowychowaniem, twórczym stylem życia, afirmacją siebie oraz transgresją, czyli intencjonalnym wychodzeniem poza granice swojego stanu i możliwości (Szarota, 1998, s. 35).

Naruszenie przepisów przez mieszkańców Domu Pomocy Społecznej CH2, polegające na przemyśle i handlu alkoholem na dużą skalę, było kolejnym niepożądanym zjawiskiem społecznym. Taka działalność może mieć wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo mieszkańców, a także na wizerunek i renomę DPS CH2. Incydentalnie pojawiały się problemy w tej instytucji związane z brakiem kultury i szacunku pomiędzy mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej CH2. Objawiały się one niszczeniem mienia, obraźliwymi i agresywnymi zachowaniami wobec innych mieszkańców. Brak szacunku dla pracy personelu i zniszczenie infrastruktury instytucji może prowadzić do jeszcze większego pogorszenia jakości życia mieszkańców i wzrostu kosztów utrzymania budynku. Co więcej, przekonanie niektórych mieszkańców, że płacenie podatków daje im prawo do niszczenia mienia i zakłócania spokoju innym, stanowi poważne zagrożenie dla harmonijnego współżycia w społeczności i może prowadzić do poważnych konfliktów międzyludzkich.

Problem niedostatecznej jakości żywienia mieszkańców w Domu Pomocy Społecznej CH2 jest kolejnym problemem, który może wpływać negatywnie na zdrowie i samopoczucie mieszkańców oraz prowadzić do zwiększenia kosztów utrzymania ośrodka. Problemy te są spowodowane brakiem profesjonalizmu i niedostateczną dbałością personelu kuchni o jakość i estetykę serwowanych posiłków. Dodatkowo brak serwetek i podstawowych przypraw oraz wykładanie deserów i pieczywa bezpośrednio na blat stołu naruszają standardy sanitarne i mogą prowadzić do rozprzestrzeniania się chorób. Ponadto niezgodność pomiędzy jadłospisem a rzeczywiście podanym posiłkiem może wprowadzać mieszkańców w błąd. Wszystkie te problemy zwiększają negatywny wpływ DPS CH2 na jakość życia mieszkańców i wymagają natychmiastowych zmian dotyczących standardów żywienia oraz sanitarno-higienicznych w tej jednostce opiekuńczej.

W badaniach dotyczących traktowania mieszkańców DPS CH2 zauważalny był problem związany z nieodpowiednim standardem wydawania sztućców do posiłków w tej instytucji. Występujące zjawisko prawdopodobnie wynika z zaszłości kulturowych, które wywodzą się

z domów rodzinnych tutejszych opiekunów. Nieodpowiednie standardy, jakie zostały przyjęte w DPS CH2, można odbierać jako formę upokorzenia mieszkańców, co wpływa negatywnie na ich poziom życia.

W zakresie funkcjonowania domów pomocy społecznej w Polsce, problemem może być brak jednolitych standardów i regulacji dotyczących zarządzania oraz podejścia do mieszkańców. Każdy DPS ma autonomię w ustalaniu swojego porządku i charakteru, co skutkuje znacznymi różnicami w podejściu do pensjonariuszy i standardach funkcjonowania. Przykładem takiej różnorodności może być liberalne podejście do mieszkańców w DPS CH2, gdzie umożliwia się im swobodne opuszczanie ośrodka. Niemniej jednak, brak jednolitych standardów w DPS może prowadzić do nierówności w ich traktowaniu. Właściwe regulacje i standardy w DPS powinny obowiązywać w każdym ośrodku, aby zapewnić godziwe traktowanie pensjonariuszy oraz właściwe warunki funkcjonowania tych placówek. Zdaniem Beaty Stępień, pojęcie „standardu” niesie ze sobą bogactwo znaczeń (typ, model, wzorzec) i jest typową usługą charakteryzującą się precyzyjnie określonymi właściwościami, które są ustanowione przez oficjalne regulacje państwowe lub kształtowane przez akceptowaną praktykę. To pojęcie w istotny sposób odnosi się do jakości życia oraz poziomu usług i produktów dostępnych w danym środowisku (Stępień, 2004, s. 225 i nast.).

Mając na uwadze standardy domów pomocy społecznej, skupiamy się głównie na fundamentalnych wymogach związanych z etyką i zabezpieczeniem podstawowych potrzeb egzystencjalnych człowieka. W ramach tego standardu uwzględniane są takie sprawy jak organizacja pełnej opieki przez całą dobę, świadczenie terapii itp.

Zdaniem Mielczarka, osoby zamieszkujące w placówkach opieki społecznej są uprawnione do korzystania z praw przedmiotowych, które wywodzą się z ogólnych praw obywatelskich zawartych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Te prawa zapewniają im prawo do dostępu do godnego traktowania, poczucia intymności, zachowania niezależności oraz zapewnienia bezpieczeństwa. W ramach tych uprawnień uwzględniane jest także prawo do podejmowania wyborów, które odzwierciedlają indywidualne preferencje i pragnienia osób korzystających z usług placówki opieki społecznej. Oznacza to, że instytucje tego rodzaju powinny działać w sposób zgodny z przysługującymi podopiecznym prawami, respektując ich autonomię. W ten sposób podkreśla się istotność ochrony i poszanowania praw jednostek przebywających w tego typu placówkach, aby zapewnić im pełne uczestnictwo w społeczeństwie i godne warunki życia (Mielczarek, 2010, s. 254).

W każdym z przedstawionych w mojej pracy DPS standardy były zgodne z podstawowymi przepisami regulującymi działalność opiekuńczą. NDPS L1 charakteryzował się jako placówka

tym, że osoby starsze mogły korzystać z przysługujących im praw, z wyjątkiem pełnej swobody. Każdemu pensjonariuszowi został przydzielony indywidualny pokój z łóżkiem. Dostarczano im odpowiednie żywienie i różnorodne propozycje zajęć. Obecność monitoringu oraz opiekunów zapewniała pewien stopień bezpieczeństwa, jednak nie gwarantowała pełnej prywatności, przez co mieszkańcy mogli czuć się inwigilowani.

Z kolei w DPS CH2 panowała określona swoboda działania pensjonariuszy. W ramach obowiązujących przepisów zabezpieczone były podstawowe warunki egzystencjalne. Niemniej jednak komfort życia nie był czymś, co można by uznać za wyjątkowe w tej placówce.

Szarota zwraca uwagę, że domy opieki społecznej, zgodnie z obowiązującymi regulacjami, działają według określonych standardów świadczenia usług, co zapewnia pensjonariuszom wszechstronną opiekę i rehabilitację. Placówki te nie tylko realizują niezbędne usługi obejmujące podstawowe potrzeby związane z bytem, opieką, wsparciem i edukacją, ale również w swoich działaniach kierują się fundamentalnymi wartościami, takimi jak godność osobista, szacunek dla prawa do swobody, prywatności, należytego traktowania, możliwości wyboru i zapewnienia bezpieczeństwa (Szarota, 2010, s. 340). Każde naruszenie standardów świadczenia usług jednoznaczne jest ze złamaniem prawa i podjęciem kroków dyscyplinarnych w stosunku do personelu DPS.

Istotnym zagadnieniem dotyczącym działalności domów pomocy społecznej jest zagwarantowanie wspomnianego bezpieczeństwa mieszkańców, stanowiące jedną z najważniejszych dziedzin z zakresu funkcjonowania takiej placówki.

W przypadku DPS CH2, mimo że mieszkańcy posiadali stosunkowo dużą swobodę w opuszczaniu ośrodka, personel regularnie przeprowadzał wieczorne obchody, aby sprawdzić obecność mieszkańców i ich samopoczucie. Choć czasem zdarzało się, że opiekunowie nawiązywali z mieszkańcami krótkie, przyjazne rozmowy, to zwykle szybko wracali oni do swoich obowiązków. Niemniej jednak, nawet przy takiej polityce, jaką realizuje DPS L1, zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom wymaga usprawnień i uregulowań, aby zapewnić wyższy poziom bezpieczeństwa placówki.

Warto zrozumieć, że wszelkie normy i standardy, które obowiązują w określonych miejscach, są wynikiem ludzkiego działania i mają na celu służyć ludziom. Standardy te są tworzone w celu uregulowania działań i zachowań w różnych dziedzinach, zapewniając pewien wyznaczony poziom jakości i bezpieczeństwa. Jednakże istotne jest, aby zdać sobie sprawę, że standardy nie są stałe i niezmiennie. W rzeczywistości powinny one podlegać stałej ewaluacji i dostosowaniu, aby odpowiedzieć na zmieniające się potrzeby społeczeństwa i środowiska.

Konieczność ewaluacji i zmiany standardów wynika z dynamicznych zmian w naszym otoczeniu, wiedzy naukowej i postępu technologicznego. W miarę jak społeczeństwo rozwija się i zdobywa nowe informacje, pojawiają się nowe wyzwania i możliwości. Właśnie dlatego standardy powinny być elastyczne i zdolne do adaptacji, aby lepiej odpowiadać na te zmiany.

W praktyce regularna rewizja standardów ma na celu nie tylko podnoszenie jakości życia jednostek, ale również chronienie środowiska i zapewnienie zrównoważonego rozwoju społeczeństwa. Poprzez monitorowanie i dostosowywanie standardów do nowych realiów, możemy minimalizować ryzyko negatywnych skutków dla zdrowia, środowiska i ogólnego dobrostanu ludzi.

Standardy są narzędziem, które powinno służyć ludzkiemu postępowi i dobru. Ich dynamiczna natura i ciągła ewolucja pozwalają na lepsze dostosowanie się do zmieniającego się świata, co z kolei może prowadzić do podnoszenia jakości życia i ochrony otoczenia.

W Domu Pomocy Społecznej CH2 zauważalny był brak utrzymania odpowiedniego stanu sanitarnego w jadalni, gdzie mieszkańcy spożywali posiłki. Mycie posadzek odbywało się co kilka dni. Poza tym personel zmywał tylko te stoły, które były wyraźnie zabrudzone. Takie postępowanie wskazywało na naruszenie podstawowych zasad systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów. System ten zobowiązuje personel do utrzymywania odpowiedniej higieny i bezpieczeństwa żywności w zakresie jej przygotowywania, składowania oraz obrotu (Wymagania higieniczne – system HACCP – Główny Inspektorat Sanitarny – Portal Gov.pl, 2022), a także do przeciwdziałania zatruciom w systemie zbiorowego żywienia. Wszelkimi ustaleniami w tym zakresie zajmuje się Główny Inspektorat Sanitarny, a za bezpośrednie egzekwowanie przepisów HACCP odpowiedzialny jest dyrektor placówki, w której odbywa się żywienie.

Higiena i bezpieczeństwo żywności są niezwykle istotne dla utrzymania dobrego stanu zdrowia wśród ludzi, zwłaszcza w przypadku osób starszych, których układy odpornościowe mogą być osłabione. Naruszenia w obszarze higieny i bezpieczeństwa żywności są szczególnie niebezpieczne, ponieważ mogą prowadzić do zakażeń bakteryjnych lub wirusowych.

Kładzenie niezabezpieczonej żywności bezpośrednio na blacie stołu stanowiło istotne naruszenie podstawowych zasad higieny w Domu Pomocy Społecznej CH2. Bez właściwego wykorzystania narzędzi, takich jak talerze, sztućce i naczynia, potencjalnie szkodliwe czynniki, jak bakterie, wirusy i toksyny, mogły swobodnie przenosić się na żywność, prowadząc do możliwych zatruc pokarmowych. To stanowiło poważne zagrożenie dla osób starszych, których naturalna odporność mogła być osłabiona ze względu na stosowanie leków, zwiększając ryzyko

zatrucia pokarmowego po kontakcie z tymi zagrożeniami. Poza tym, kładzenie jakiegokolwiek żywności bezpośrednio na blat stołu jest naruszeniem zasad estetycznych i etycznych.

Handel alkoholem regulowany jest przez odpowiednie przepisy prawne. Złamanie tych przepisów może stanowić naruszenie prawa, a w konsekwencji skutkować koniecznością podjęcia czynności służbowych działań przez organy ścigania.

Prowadzenie domu pomocy społecznej w sposób liberalny, czyli udzielanie mieszkańcom pewnej swobody w opuszczaniu placówki, może stanowić problem z punktu widzenia teorii instytucji totalnych. Instytucje totalne, takie jak więzienia, zakłady psychiatryczne czy domy opieki, charakteryzują się specyficznym podejściem do kontroli i nadzoru nad osobami tam przebywającymi. W takich instytucjach stosuje się rygorystyczne reguły i procedury, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa i utrzymanie porządku.

Zgodnie z teorią Goffmana, instytucje totalne wykorzystują napięcie między światem wewnętrznym a zewnętrznym jako narzędzie manipulacji. Z tego punktu widzenia, dawanie mieszkańcom swobody w opuszczaniu placówki może być uznane za zagrożenie dla utrzymania kontroli i porządku w DPS (Goffman, 2011, s. 23).

Jednak w przypadku DPS CH2 należy brać pod uwagę fakt, że mieszkańcy pochodzą z różnych trudnych środowisk społecznych i wymagają indywidualnego podejścia.

Podejście liberalne w zakresie prowadzenia DPS CH2 może być konieczne dla zapewnienia mieszkańcom odpowiedniego poziomu opieki i wsparcia. Z drugiej strony, ważne jest zachowanie pewnego stopnia kontroli i nadzoru, aby zapewnić bezpieczeństwo mieszkańcom i personelowi, a także utrzymać ład i porządek w placówce.

Proces przyjmowania nowych mieszkańców do domów pomocy społecznej to kolejne ważne zagadnienie dotyczące opieki nad osobami starszymi. Z obserwacji wynika, że proces ten mógłby skupiać się na identyfikacji problemów nowego mieszkańca DPS i przygotowaniu dla niego miejsca, które będzie spełniało jego potrzeby biopsychospołeczne.

Jednym z problemów, który można włączyć do analizy dotyczącej przyjmowania nowych mieszkańców do DPS CH2, był brak odpowiedniego przeglądu sanitarnego i wywiadu pielęgniarstwa.

Dodatkowo należałoby zorganizować dla nowo przybyłego pensjonariusza odpowiednią opiekę w pierwszych dniach pobytu i zapoznać z topografią budynku i jego zasadami funkcjonowania. Niedostatecznie podana informacja o DPS może mieć wpływ na trudności adaptacyjne człowieka starszego. Zdaniem Szaroty, zarządzanie życiem społeczności w ramach domów pomocy społecznej stanowi wyzwanie. Wspólna przestrzeń jest wykorzystywana przez osoby o różnym wykształceniu, zróżnicowanej biografii, nawykach, preferencjach i z różnych

środowisk społecznych. Przybywający do takich placówek doświadczają różnych procesów adaptacyjnych. Niektórzy są zaskoczeni koniecznością zamieszkania w takim miejscu z powodu trudnych okoliczności życiowych, co może wpływać na trudności z adaptacją. Inni podjęli świadomą decyzję o przejściu do tej formy opieki, co może sprzyjać łatwiejszej adaptacji. Niezależnie od przyczyn przybycia, rezydenci reprezentują różnorodne postawy i zachowania w zakresie życia społecznego.

Niektórzy mieszkańcy wykazują aktywność, współpracują z innymi i wykazują otwartość na interakcje społeczne. Jednak większość charakteryzuje się postawami biernymi, czasami o podłożu roszczeniowym. Warto zauważyć, że wpływ personelu na te zachowania jest niekwestionowalny. Personel, z nadmiernym zaangażowaniem w codzienne sprawy mieszkańców, niejako „odcina” ich od własnych działań i podejmowania decyzji, co może prowadzić do utraty poczucia niezależności.

Istotnym jest fakt, że aktywność generuje dalszą aktywność, natomiast bierność może prowadzić do wzmocnienia postaw biernych. Przykładowo, długotrwała bierność może wpływać na osłabienie funkcjonalności fizycznej i psychicznej. Tymczasem zachęcanie do podejmowania aktywności społecznej może przyczynić się do podtrzymania autonomii i poprawy jakości życia osób starszych. W zakresie starzenia się, bierność stanowi istotne wyzwanie, które powinno być aktywnie eliminowane poprzez tworzenie warunków do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności i podejmowanie własnych inicjatyw (Szarota, 2010, s. 369).

Zebranie jak największej ilości informacji o nowym mieszkańcu jest istotne dla personelu DPS, ponieważ dostarcza wskazówek dotyczących udoskonalenia procesu przyjmowania nowych mieszkańców i możliwości poprawy jakości usług świadczonych przez DPS.

Ponadto opracowanie standardów oceny stanu zdrowia i możliwości poznawczych nowego pensjonariusza może ułatwić proces wstępnego diagnozowania i planowania opieki, co może przyczynić się do poprawy jakości życia mieszkańców.

6.6. Nieformalne grupy środowiskowe w domu pomocy społecznej

Brak aktywności i inicjatyw w zakresie organizacji czasu wolnego może wpływać na zwiększenie poczucia samotności, depresji i pogorszenie stanu zdrowia psychicznego mieszkańców.

Narzucanie mieszkańcom domu pomocy społecznej określonych propozycji aktywności może pozytywnie wpływać na jakość życia i dobrostan pensjonariuszy. W przypadku instytucji opieki nad osobami starszymi, takich jak DPS, zapewnienie różnorodnych i dostosowanych do

indywidualnych potrzeb form aktywności może być ważne dla osiągnięcia pełnej satysfakcji i wsparcia w procesie starzenia się.

Jednakże narzucanie propozycji aktywności może prowadzić do ograniczenia autonomii i wyboru mieszkańców, co z kolei może negatywnie wpływać na ich poczucie godności i własnej wartości. Osoby starsze zachowują potrzebę poszanowania swoich preferencji oraz decyzyjności w zakresie spędzania czasu i uczestniczenia w różnych zajęciach. Stwarzanie możliwości wyboru pozwala na lepsze dostosowanie aktywności do zainteresowań i zdolności każdego mieszkańca.

Dywersyfikacja propozycji aktywności stanowi ważny wymiar w obszarze psychospołecznego funkcjonowania osób starszych. Poprzez oferowanie różnorodnych zajęć, takich jak warsztaty artystyczne, zajęcia ruchowe, spotkania kulturalne czy terapia zajęciowa, placówki takie jak DPS mogą stworzyć bogatą paletę doświadczeń, co może wpłynąć na zachowanie aktywności umysłowej, emocjonalnej i społecznej u pensjonariuszy.

Wprowadzanie otwartego dialogu z mieszkańcami w kwestii aktywności pozwala na lepsze zrozumienie ich potrzeb, zainteresowań i oczekiwań. Przyjęcie podejścia partycypacyjnego może prowadzić do tworzenia spersonalizowanych planów aktywności, które będą lepiej odpowiadać różnorodnym profilom mieszkańców. Warto zwrócić uwagę na to, że aktywność społeczna i emocjonalna ma również pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne osób starszych, przyczyniając się do opóźnienia procesów degeneracyjnych i podtrzymania sprawności funkcjonalnej.

Elastyczne i zróżnicowane podejście do propozycji aktywności w DPS ma ogromne znaczenie dla stworzenia przyjaznego i wspierającego środowiska dla osób starszych. Zachęcanie do aktywnego uczestnictwa i akceptowanie różnorodności zainteresowań przyczynia się do podniesienia jakości życia mieszkańców oraz ich pełnego i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Wawrzyniak uważa, że satysfakcja życiowa występuje podczas udanego procesu starzenia się, który jest powiązany z pojęciami sensu życia i bilansu życiowego, które to przybierają szczególnego znaczenia w okresie starości, będąc charakterystyczne dla ludzkiego doświadczenia (Wawrzyniak, 2017a, s. 121).

Zdaniem Małgorzaty Halickiej i Wojciecha Pędicha, termin satysfakcji życiowej odnosi się do procesu oceny, w którym jednostki dokonują analizy zarówno tego, co osiągnęły, jak i tego, czego oczekiwały w trakcie całego swojego życia. Jest to kompleksowa wartość, wynikająca z równoważnej oceny przeszłego i obecnego życia, uwzględniająca także osiągnięcia i przeżycia z całego okresu życiowego. Satysfakcja życiowa jest skomplikowanym zjawiskiem, w którym

indywidualne oczekiwania, aspiracje i rzeczywistość wchodzi w interakcję, wpływając na ogólny poziom zadowolenia jednostki z własnego życia (Halicka i Pędich, 2002, s. 219).

W celu przygotowania skutecznej oferty organizacji czasu wolnego w DPS, konieczne jest przeprowadzenie badań, w tym wywiadów z mieszkańcami i ich rodzinami, aby pozyskać informacje na temat ich oczekiwań i potrzeb związanych z czasem wolnym, a także analiza obecnej oferty rekreacyjnej i kulturalnej w DPS. Istotne jest również to, aby zidentyfikować luki i braki, a następnie zaproponować nowe formy aktywności, które będą odpowiadać potrzebom mieszkańców.

Modele organizacji czasu wolnego w DPS L1 i DPS CH2 oparte były na wypełnianiu czasu wolnego, a nie na propozycjach zachęcających mieszkańców do uczestnictwa w różnych przedsięwzięciach. Organizacja czasu wolnego była narzucona przez personel i nie uwzględniała propozycji i oczekiwań mieszkańców. Ponadto nie były zapewnione odpowiednie warunki do rozwoju zainteresowań mieszkańców i nie uwzględniono ich potrzeb prorozwojowych.

Trafiałek uważa, że różnorodne aktywności pozazawodowe są dostosowywane do różnych czynników, takich jak wiek, płeć, stan zdrowia, poziom wykształcenia, status społeczno-ekonomiczny oraz preferowany styl życia (Trafiałek, 2003b, s. 169). Oznacza to, że każde planowanie czasu wolnego powinno uwzględniać wszelkie czynniki, które mogą wpłynąć na zaangażowanie osób starszych w różnorodne aktywności.

Dotychczasowe rozwiązania zastosowane w DPS L1 i DPS CH2 nie przyczyniały się do zwiększenia liczby i różnorodności oferty z zakresu organizacji czasu wolnego. W czasie pandemii COVID-19 z oczywistych względów nie było możliwe korzystanie ze wsparcia wolontariuszy ani oferty instytucji kulturalnych, a także nie rozwijano inicjatyw mieszkańców.

Konieczne jest wprowadzenie nowych i innowacyjnych rozwiązań, które poprawią jakość życia mieszkańców DPS i zwiększą ich satysfakcję z pobytu w tej placówce.

Obserwacje wzajemnego wspierania się mieszkańców w instytucji opiekuńczej mogą wskazywać na istnienie pozytywnych relacji międzyludzkich w społeczności pensjonariuszy. Zjawisko to może być związane z potrzebą przynależności do grupy oraz poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego w trudnych sytuacjach życiowych.

Wspieranie się mieszkańców przejawiało się przede wszystkim w codziennych czynnościach, takich jak popychanie wózka, służenie ramieniem, pomoc w spożywaniu posiłku czy odstępowanie części posiłku innej osobie. Takie działania mogą wpływać na poprawę samopoczucia pensjonariuszy, którzy często borykają się z ograniczeniami ruchowymi i potrzebują wsparcia innych osób.

Innym zjawiskiem obserwowanym w DPS L1 i DPS CH2 była samotność i poszukiwanie drugiej osoby do rozmowy. Zjawiska samotności i osamotnienia w domach pomocy społecznej są dość powszechne. Według Wawrzyniak samotność i osamotnienie to dwa różne zjawiska. Samotność ma charakter fizyczny i związana jest z rzeczywistym brakiem obecności konkretnej osoby w bliskim otoczeniu. Natomiast osamotnienie jest zjawiskiem o naturze emocjonalnej i polega na odczuciu braku powiązań i zrozumienia z najbliższym kręgiem ludzi, którzy nas otaczają (Wawrzyniak, 2017d, s. 56).

Podobne zdanie w zakresie samotności ma Jenny de Jong Gierveld. Twierdzi, że samotność definiowana jest jako stan obiektywny, który wynika z braku interakcji międzyludzkich oraz niewystarczającej komunikacji i relacji społecznych. Można ją analizować w odniesieniu do sytuacji izolacji i odosobnienia (de Jong Gierveld, 1987, s. 119-128). Osamotnienie jest powiązane z tym, że jednostka odczuwa brak bliskich relacji i brak poczucia wspólnoty z innymi ludźmi (Jong Gierveld de, 1998, s. 73-80).

Szczepański uważa, że przyczyn samotności można poszukiwać w traumatycznych doświadczeniach jednostki, w utracie bliskich, a także w braku wystarczającego wsparcia ze strony otoczenia społecznego. Mogą też wynikać z poczucia bezradności, utraty pewności siebie i zmniejszenia poczucia własnej wartości. Ponadto strach przed ryzykiem związanym z relacjami międzyludzkimi, niewystarczająca satysfakcja emocjonalna i brak dialogu również mogą przyczyniać się do tego zjawiska (Szczepański, 1988, s. 21).

Zych wyjaśnia, że osamotnienie to psychiczny stan doświadczania braku bliskiej osoby lub towarzystwa, łączący się z wrażeniem opuszczenia przez innych ludzi. Jest to osobiste i subiektywne odczucie bycia w pojedynkę (Zych, 2017b, s. 113).

Człowiek stary, mieszkający w domu pomocy społecznej, może doświadczać uczucia osamotnienia. Poczucie opuszczenia przez bliskich, z którymi wcześniej łączyły silne więzi rodzinne, może prowadzić do wystąpienia depresji oraz innych poważnych stanów psychicznych. Stałe oczekiwanie na wizyty swoich dzieci lub wnucząt może spowodować stopniowe zamieranie ducha. Osamotnienie niesie ze sobą bardziej negatywny wydźwięk niż samotność, jest bardziej bolesne, ponieważ nie jest świadomym wyborem (Wawrzyniak, 2017d, s. 57).

Zdaniem Szatur-Jaworskiej, Błędowskiego i Dziegielewskiej, w celu przeciwdziałania samotności należy dążyć do odnajdywania przeciwieństw, takich jak szczęście, radość, zadowolenie, a także poczucie satysfakcji z życia. Istotne jest również zrozumienie i akceptacja sensu własnego życia, a także zrozumienie i akceptacja samego siebie. Wspiera to również

obecność silnych więzi z rodziną i najbliższymi krewnymi (Szatur-Jaworska, Błędowski i Dzięgielewska, 2006, s. 112).

Mielczarek uważa, że przyczyny samotności mogą wynikać m.in. z cech osobowości jednostki. Samotność często dotyka osoby o cechach, takich jak oschłość emocjonalna, brak zaufania, zamknięcie w sobie i brak uczuciowości wobec innych. Osoby te mają trudności w nawiązywaniu relacji, co sprawia, że odczuwają samotność nawet w obecności innych ludzi. Ten stan może prowadzić do narastającego zgorzknienia i niechęci do interakcji z innymi, powodując, że przestają być atrakcyjne, ważne i cenione dla innych (Mielczarek, 2009, s. 12).

Człowiek jako istota społeczna odczuwa potrzebę bliskości drugiej osoby, dąży do przynależności i aspiruje do bycia aktywną częścią społeczności w pełnym tego słowa znaczeniu. W Domu Pomocy Społecznej L1 i DPS CH2 zamieszkiwały osoby starsze, które doświadczały osamotnienia. Charakterystycznymi cechami tego zjawiska, jakie można było dostrzec u niektórych mieszkańców, było stałe przyglądanie się bramie wjazdowej lub intensywne wpatrywanie się w milczący telefon albo rozmowy, w których głównym tematem byli ich bliscy.

Przedstawicielem takich osób w DPS L1 była Pani Janina, która nieustannie oczekiwała na przyjazd swojego ukochanego i jedyne go syna. Natomiast w przypadku DPS CH2 można przywołać osobę Pani Krystyny, której pozostał ostatni syn, lecz od dawna nie miała okazji go zobaczyć.

Pensjonariusze DPS L1 i DPS CH2 starali się radzić sobie z osamotnieniem na różne sposoby. Podejmowali inicjatywy tworzenia relacji z innymi pensjonariuszami, tworząc pary przyjaciół lub niewielkie grupy o podobnych upodobaniach, w których wspierali się nawzajem. Wspólne spędzanie czasu na spacerach, wspólnych aktywnościach czy prowadzeniu rozmów były nie tylko okazją do towarzyskich interakcji, ale również sposobem na złagodzenie emocjonalnej pustki.

Niektórzy pensjonariusze, choć nie tworzyli trwałych relacji, nadal dążyli do uczestniczenia w społecznych interakcjach. Były to osoby, które ze względu na osobiste preferencje czy doświadczenia z przeszłości, wolały zachować pewną autonomię, ale jednocześnie czerpali przyjemności ze spędzania czasu w otoczeniu innych ludzi. Ich uczestnictwo w rozmowach i aktywnościach grupowych pozwalało im utrzymać pewien poziom społecznego kontaktu i uniknąć poczucia całkowitego odosobnienia.

Warto również zwrócić uwagę na grupę pensjonariuszy, którzy szukali towarzystwa osób, które angażują się w aktywności o charakterze społecznym, ale prowadzących do negatywnych

skutków. W DPS CH2 istniały osoby, które w obliczu trudności życiowych i choroby alkoholowej trudniły się organizacją i piciem alkoholu.

W domach pomocy społecznej istnieje różnorodność radzenia sobie z osamotnieniem. Tworzenie relacji towarzyskich, zarówno tych trwalszych, jak i krótkotrwałych, może mieć istotny wpływ na jakość życia pensjonariuszy. Ważne jest, aby stwarzać warunki sprzyjające budowaniu zdrowych i wspierających relacji społecznych.

Przed pandemią COVID-19 relacje międzyludzkie kształtowały się całkowicie inaczej. Pensjonariusze DPS L1, jak i DPS CH2 często organizowali spotkania integracyjne społeczności DPS, co skutkowało utrzymywaniem się przyjacielskich relacji pomiędzy mieszkańcami, co przekładało się na lepszy komfort życia mieszkańców. Z chwilą wprowadzenia izolacji związanej z rozwojem pandemii COVID-19 stosunki międzyludzkie i przyjaźnie w poważnym stopniu uległy osłabieniu.

W czasie pandemii COVID-19 w DPS L1 wprowadzono środki ostrożności w celu zapewnienia bezpieczeństwa sanitarnego mieszkańcom i ich bliskim. Jednym z nich było ograniczenie miejsc spotkań do pokoju odwiedzin, patio oraz ławek rozmieszczonych na terenie ośrodka. Decyzja ta wynikała z faktu, że choroba zakaźna COVID-19 rozprzestrzeniała się drogą kropelkową, dlatego konieczne było ograniczenie kontaktów międzyludzkich ze światem zewnętrznym.

Takie rozwiązanie, choć mogło być uciążliwe dla mieszkańców, miało na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia chorobą zakaźną COVID-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Warto zaznaczyć, że takie środki ostrożności były zgodne z wytycznymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, który zalecał zachowanie dystansu społecznego oraz unikanie zbiorowych miejsc w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby.

Przyjaźń jest nie tylko relacją pomiędzy ludźmi, ale jak zauważa Maria Szyszkowska, przyjaźń redukuje strach przed interakcjami społecznymi, wspomaga pokonywanie braku pewności siebie i umożliwia stawienie czoła wrogim nastawieniom ze strony innych. Przyjaźń dodaje pewności siebie i siły. Dzięki przyjaźni możemy przezwyciężyć poczucie, że inni nas nie rozumieją oraz poczucie samotności w naszym indywidualnym sposobie postrzegania świata (Szyszkowska, 1992, s. 87).

Szyszkowska uważa również, że przyjacielskie relacje są jednym z mechanizmów utrzymania dobrego stanu psychicznego (Szyszkowska, 1992, s. 89).

Zdaniem Joanny Bulskiej przyjaźń odgrywa istotną rolę w życiu człowieka. Stanowi ona nieodzowny element jego rozwoju psychospołecznego i fizycznego. Wsparcie ze strony przyjaciół może istotnie wpływać na komfort psychiczny jednostki i przyczynić się do

wzmocnienia jej ogólnego samopoczucia. Poczucie komfortu, które jednostka doświadcza dzięki wsparciu ze strony przyjaciół, ma znaczący wpływ na jej dobrostan. Przeciwnie, uczucie samotności i braku wsparcia może przyczyniać się do niekorzystnych stanów zdrowia, a nawet wiązać się z ryzykiem zwiększonej śmiertelności (Bulska, 2018, s. 53).

Według Michaela Argyle'a przyjaciele to ci, których lubimy, w których pokładamy zaufanie i z którymi spędzanie czasu sprawia nam satysfakcję. Choć nie są częścią naszej rodziny, łączą nas z nimi liczne podobieństwa i przyciąga nas do nich silne uczucie. W relacjach przyjacielskich istotne jest nie tylko dawanie wsparcia emocjonalnego, ale także angażowanie się we wspólne działania, dzielenie się przekonaniem i wartościami, a także w razie potrzeby, jeśli to możliwe, oferowanie wsparcia materialnego lub udzielanie rad (Argyle, 1999, s. 194).

Wśród mieszkańców DPS L1 i DPS CH2 można było dostrzec utrzymywanie pozytywnych relacji międzyludzkich, co przekładało się korzystnie na lepsze samopoczucie. Dlatego warto zwrócić uwagę na problematykę dotyczącą funkcjonowania instytucji opiekuńczej i starać się tworzyć warunki sprzyjające integracji społeczności DPS i rozwojowi poprawnych stosunków wśród ludzi starych.

Pokoje nie były jedynymi miejscami, w których mieszkańcy mogli się widywać. Często spotykali się w hallu głównym przy automacie z kawą lub przed budynkiem. W godzinach porannych pensjonariusze organizowali sobie zajęcia według własnych potrzeb i upodobań, korzystając z przyjemnej atmosfery i dobrej pogody, która zachęcała do wyjścia na zewnątrz.

Mieszkańcy korzystali z czasu wolnego w przeróżny sposób. Najczęściej odpoczywali w samotności, z torbą słodyczy i kawą. Dobrym przykładem był mieszkaniec poruszający się na wózku, który codziennie kupował w automacie kilka słodkich batonów, po czym udawał się w okolice oczka wodnego i tam zjadał się kupionymi słodyczami.

Niniejsze zajęcia pozwalały mieszkańcom na utrzymanie dobrego zdrowia i dobrego samopoczucia. W dodatku spotkania z innymi mieszkańcami i rozmowy na różne tematy również wpływały pozytywnie na jakość życia ludzi starszych zamieszkujących DPS.

W DPS L1 czasami można było zaobserwować małe grupki mieszkańców, które spotykały się przed budynkiem placówki, aby w towarzystwie wypić kawę. Ta inicjatywa pokazuje, jak ważne jest dla mieszkańców mieć możliwość interakcji z innymi ludźmi, a także jak ważną rolę odgrywa w tym znaczeniu aktywność społeczna.

Wnioski z tych obserwacji sugerują, że zapewnienie mieszkańcom DPS możliwości interakcji z innymi ludźmi jest istotne dla ich jakości życia. Wprowadzenie działań społecznych, takich jak organizowanie spotkań i innych aktywności, może być skutecznym

sposobem na zaspokojenie potrzeb społecznych mieszkańców i pomóc im w poczuciu się bardziej zintegrowanymi z lokalną społecznością.

Szarota zwraca uwagę, że „właściwy stan i wysoka jakość zaspokajania potrzeb mieszkańców wymaga zapewnienia opieki, poszanowania praw i godnego traktowania, wyzwolenia i podtrzymywania aktywności, rehabilitacji. Priorytetową zasadą prawidłowego funkcjonowania placówki pomocowej jest uwzględnienie podstawowych wartości, takich jak: godność osobista, prawo do intymności i niezależności, polegające m.in. na możliwości dokonywania wyboru, zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa, nieskrępowane kontakty ze środowiskiem, harmonijny i pełny rozwój osobowości jednostek i ogółu mieszkańców” (Szarota, 1998, s. 52). Oznacza to, że prawidłowe zaspokajanie potrzeb mieszkańców wymaga zapewnienia im profesjonalnej opieki, poszanowania ich praw i godnego traktowania. Placówki pomocy muszą uwzględniać wartości, takie jak godność osobista, prawo do prywatności i niezależności, a także zapewnić aktywność i rehabilitację. Właściwe funkcjonowanie placówek pomocy opiera się na podstawowych wartościach, takich jak zapewnienie bezpieczeństwa, swobody wyboru, nieskrępowane kontakty ze środowiskiem, a także pełny i harmonijny rozwój osobowości mieszkańców.

Zaobserwowano również, że w soboty i niedziele mieszkańcy nie mają żadnej oferty z zakresu organizacji czasu wolnego. Zamiast tego, większość mieszkańców spędza czas w swoich pokojach, czekając na kolejny posiłek.

Oprócz psychologa, osoby zajmującej się terapią zajęciową i opiekuna, który raz w tygodniu prowadzi grę w bingo, nie zauważono nikogo, kto mógłby zaproponować mieszkańcom jakąkolwiek aktywność.

W DPS L1 i DPS CH2 osoby starsze ceniły sobie ciszę i spokój. W DPS L1 nie zdarzyło się by w jakikolwiek sposób ktoś naruszał niniejszy stan. Mieszkańcy żyli w zgodzie z innymi, wykazując pełną akceptację i szacunek dla innych osób. Jednakże mieli skłonności do obmawiania innych mieszkańców, ale mimo to czuli się i działali jako jedna społeczność. Ta solidarność i gotowość do pomagania sobie nawzajem była wyjątkowym zjawiskiem społecznym godnym naśladowania przez inne grupy społeczne.

Dla tych placówek niedziele były dniami wyjątkowo cichymi, gdyż większość personelu, z wyjątkiem kilku opiekunów i pokojowych, nie pracowała. Portier przebywał na swoim stanowisku, wyczekując wizyt rodzin mieszkańców, a pokojowe zajmowały się swoimi rutynowymi obowiązkami.

W DPS CH2 zaobserwowano problem związany z nadmiernym spożyciem alkoholu i paleniem papierosów przez pewną grupę mieszkańców, co stanowiło nie tylko zagrożenie dla

ich zdrowia, jak i dla bezpieczeństwa innych rezydentów. Ponadto częste i głośne używanie wulgaryzmów przez niektórych pensjonariuszy mogło zakłócać spokój i wywoływać niepotrzebny dyskomfort u pozostałych mieszkańców przebywających w ich sąsiedztwie.

W domach pomocy społecznej konflikty między mieszkańcami stanowią poważny problem. Jednym z takich zjawisk, które przyczyniają się do powstawania sporów, jest brak akceptacji dla zachowań innych osób, które odbiegają od norm społecznych. W przypadku osób starszych przebywających w DPS CH2 konflikty miały tendencję do narastania z powodu błahego powodu i często trwały przez dłuższy czas. Konflikty te najczęściej rozwiązywały się dopiero po interwencji personelu kierowniczego.

Pojawienie się nowej osoby w DPS rodziło szereg problemów, zarówno dla niej, jak i dla innych pensjonariuszy, szczególnie wtedy, gdy wprowadzało to zakłócenia w ustalonym wcześniej porządku lub harmonii. Mieszkańcy DPS CH2 rzadko okazywali empatię i wsparcie dla nowego członka społeczności DPS, który przejmował należny mu obszar, wcześniej zaanektowany przez inną osobę. Starsi mieszkańcy okazywali niezadowolenie takim obrotem sprawy, krytykując obecność nowej osoby.

Rozpatrując zagadnienie związane z nierównościami płciowymi w starszym wieku, należy podkreślić, że obie płcie mają takie same potrzeby fizjologiczne i społeczne; kulturowo narzucone role płciowe i stereotypy mogą wpływać na różnice w zachowaniach i preferencjach między mężczyznami i kobietami w starszym wieku. W tym przypadku kobiety są bardziej skłonne do uczestniczenia w zajęciach aktywizujących, co może wynikać z różnic w oczekiwaniach społecznych lub z większej chęci nawiązywania kontaktów społecznych, a także z różnic w stylach życia i akceptowaniu potrzeby aktywności fizycznej i społecznej w starszym wieku. Natomiast mężczyźni mogą być bardziej skłonni do spędzania czasu w samotności, co może wynikać z trudności w nawiązywaniu relacji społecznych i skłonności do ukrywania swoich potrzeb i pragnień, a także z mniejszej akceptacji aktywności fizycznej i społecznej w starszym wieku.

W placówkach opiekuńczych DPS L1 i DPS CH2 zaobserwowano zróżnicowanie zachowania między płciami. Aktywność kobiet w tych placówkach była wyraźnie większa niż u mężczyzn. Udział mieszkańców DPS w zajęciach poznawczych, zajęciach o charakterze kulturalno-oświatowym itp. był wyraźnie zdominowany przez kobiety.

Zdaniem Sławomira Cudaka, efektywność funkcjonowania i poziom aktywności osób starszych uzależniony jest od ich stanu zdrowia, zainteresowań, dostępnych możliwości oraz inicjatyw podejmowanych przez dom pomocy społecznej, w którym przebywają (Cudak, 2017, s. 49).

Grupa pensjonariuszy DPS CH2 wypracowała swoisty sposób spędzania wolnego czasu wieczorową porą, który polegał na spożywaniu alkoholu i zakłócaniu spokoju na czas ich spotkania. Takie zachowanie wpływało na atmosferę w DPS, tworząc podział między grupami pensjonariuszy, zwiększając przy tym ryzyko napięć społecznych.

Poza tym środowisko społeczne w ośrodku dla osób starszych było złożone i wielopostaciowe, z szerokim spektrum zachowań i interakcji wśród mieszkańców.

Dialogi mieszkańców DPS CH2 i towarzyszący im ton, a także ich temat, miały znaczący wpływ na samopoczucie pozostałych członków społeczności ośrodka. Pensjonariusze, którzy słyszeli negatywne i obraźliwe uwagi, mogli być bardziej zaniepokojeni, zestresowani i wycofani.

Mimo różnorodnych okoliczności, czasami nawet wykraczających poza ramy powszechnie akceptowanych norm społecznych, osoby starsze przebywające w DPS L1 i DPS CH2 tworzyły jednolitą i zintegrowaną społeczność, która stanowiła autentyczną wspólnotę mieszkańców tych placówek.

Niezależnie od swoich indywidualnych historii życia i doświadczeń, pensjonariusze tych dwóch placówek potrafili nawiązać relacje i współistnienie oparte na wspólnych wartościach, potrzebach i aspiracjach. Często napotykając na sytuacje nietypowe lub nietradycyjne, wspólnota mieszkańców okazywała wyjątkową zdolność do adaptacji i współdziałania, co przyczyniało się do tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i wsparcia.

Ta społeczność wyrażała się nie tylko w codziennych interakcjach, ale także w organizowaniu różnorodnych działań, wydarzeń kulturalnych i rekreacyjnych. Mieszkańcy w różnym stopniu uczestniczyli w organizowanych zajęciach, tworząc okazje do budowania relacji, wymiany doświadczeń i pozytywnych emocji. To zaangażowanie w życie wspólnoty przyczyniało się do poczucia przynależności, a także wzmocnienia psychicznego i emocjonalnego, co miało pozytywny wpływ na ich ogólny stan bycia i jakość życia.

Wspólnota mieszkańców DPS L1 i DPS CH2 była przykładem, że ludzkie relacje, niezależnie od trudności czy nietypowych okoliczności, mogą kształtować więzi społeczne i przyczyniać się do tworzenia wsparcia emocjonalnego, wzbogacając tym samym życie każdej jednostki wchodzącej w skład tej wyjątkowej społeczności.

6.7. Język komunikacji społeczności w domu pomocy społecznej

Kultura osobista mieszkańców DPS L1 i DPS CH2 w znaczeniu zachowań językowych mieszkańców instytucji opiekuńczej kształtowała się na różnym poziomie.

Na podstawie obserwacji osób starszych zamieszkałych w DPS L1 i DPS CH2 i sposobu, w jaki mieszkańcy instytucji opiekuńczej używają języka w codziennych interakcjach, należy przyjąć, że w większości przypadków interakcje te były poprawne. Bardzo często można było zaobserwować zachowania ogólnie uznawane za poprawne i usłyszeć słowa związane z uprzejmością i grzecznością, takie jak „proszę”, „dziękuję”, „smacznego”, „dzień dobry”, „do widzenia” i „dobranoc”.

Zdaniem Kazimierza Ożoga, grzeczność językowa stanowi rodzaj przekazu kulturowego, stając się obszarem, w którym wyrażają się działania jednostki, jej naturalność, emocje, autentyczność i interakcje z innymi. To również sfera kreowania indywidualnych znaczeń etycznych, nadawania wartości swojej wolności i autonomii, jak również szanowania wolności innych (Ożóg, 2014, s. 58).

Kultura osobista mieszkańców instytucji opiekuńczej ma wpływ na ich zachowania językowe. Jednocześnie używanie słów grzecznościowych było powszechne wśród mieszkańców, niezależnie od pochodzenia społecznego pensjonariuszy.

Język komunikacji społeczności w DPS L1 i DPS CH2 stanowił istotny element codziennego funkcjonowania i relacji między mieszkańcami, jak i personelem placówki. Była to sfera, w której odzwierciedla się różnorodność i kompleksowość społeczności zamieszkującej instytucje opiekuńcze. Temat ten obejmował zarówno sposób wyrażania myśli i emocji, jak i wpływ języka na relacje interpersonalne, kulturę organizacyjną i ogólną jakość życia w placówce.

Poza tym język komunikacji społeczności DPS miał charakter wielowymiarowy. Z jednej strony było to narzędzie komunikacji codziennych potrzeb i działań, takich jak interakcje z personelem, organizacja czasu, korzystanie z usług placówki. Z drugiej strony język służył do budowania relacji społecznych, nawiązywania kontaktów towarzyskich, dzielenia się emocjami, współdzielonej pamięci czy nawet humoru.

Różnorodność społeczności DPS L1 i DPS CH2 przekłada się na różnorodność językową. Jednym z wyzwań w sferze językowej było zagwarantowanie pensjonariuszom pełnej możliwości wyrażania siebie i uczestnictwa w życiu placówki. Język komunikacji społeczności w domu pomocy społecznej odgrywał również rolę w kształtowaniu kultury organizacyjnej placówki. Wyraźnie było to widoczne w DPS L1, gdzie kultura języka stała na wyższym poziomie.

W rozmowach mieszkańców DPS CH2 dominował język wulgarny, który zawierał słownictwo i wyrażenia uważane za obraźliwe, niestosowne lub niemoralne. Ta forma rozmowy występowała w różnych okolicznościach, ale często spotykana była w sytuacjach

emocjonalnych, takich jak kłótnie i spory. W grupach panuje przekonanie, że jego stosowanie świadczy o męskości, sile lub wyższości nad innymi. Taki pogląd występuje nie tylko wśród męskiej części mieszkańców, ale również wśród kobiet.

Antonina Grybosiowa twierdzi, że używanie wulgaryzmów stanowi obecnie część kultury językowej, związanej z tendencjami współczesnymi. Polskie społeczeństwo wykazuje otwartość na nowe wzorce, co prowadzi do akceptacji wpływów pochodzących z kultur zachodnich. Mimo to pewne reakcje opozycyjne przeciwko temu zjawisku wyrażane są częściowo, zachowując równocześnie uwagę na zachowanie tożsamości kulturowej (Grybosiowa, 2003, s. 33).

Michał Feliksiak uważa, że osoby z podstawowym wykształceniem częściej nie zauważają przekleństw w przestrzeni publicznej, na przykład na ulicach, i rzadziej niż osoby lepiej wykształcone przyznają się do używania wulgaryzmów w towarzystwie rodziny lub znajomych. Natomiast w domu osoby o wyższym wykształceniu słyszą nieco rzadziej wulgarne słowa. Jednak trzeba uwzględnić status społeczny i jego potencjalny wpływ na wyznawane przekonania. Osobom o niższym statusie społecznym, które mają niższe wykształcenie, może być trudniej przyznać się do używania wulgaryzmów na spotkaniach z rodziną czy znajomymi. To może wynikać z obaw o potwierdzenie negatywnych stereotypów dotyczących języka osób słabiej wykształconych. W przypadku osób o wyższym statusie społecznym, takie zjawisko występuje znacznie rzadziej (Feliksiak, 2007, s. 4).

Język wulgarny w DPS CH2 był powszechnie używany wśród jego mieszkańców. Z kolei w DPS L1 stosowanie słów wulgarnych było wstydlive, a jeżeli były wypowiedane, to jedynie cicho. Prawdopodobnie niniejsze różnice powstały z powodu pochodzenia społecznego mieszkańców, u których kulturę osobistą wynosiło się z domu.

Język wulgarny jest zjawiskiem społecznym, które ma wpływ na relacje międzyludzkie i kulturę danej społeczności. Może prowadzić do eskalacji konfliktów i wzmocnienia podziałów, a także wpłynąć na poziom agresji i przemocy.

Wspierająca i życzliwa komunikacja może wpływać na atmosferę placówki, tworząc miejsce, w którym wszyscy czują się akceptowani i zrozumiani. Język to nie tylko narzędzie komunikacji, ale także element kształtujący relacje interpersonalne, kulturę organizacyjną i jakość życia w placówce. Dlatego ważne jest, aby personel i mieszkańcy wspólnie tworzyli otoczenie sprzyjające efektywnej, życzliwej i pełnej zrozumienia komunikacji.

6.8. Ukryta aktywność społeczności DPS w zaspokajaniu własnych potrzeb

Ukryta aktywność pensjonariuszy domów pomocy społecznej w zaspokajaniu własnych potrzeb życiowych często pozostaje poza spojrzeniem publicznym i oficjalnym funkcjonowaniem instytucji. Pomimo ograniczeń wynikających z wieku, stanu zdrowia czy innych czynników, pensjonariusze DPS często podejmują różnorodne działania mające na celu spełnienie swoich indywidualnych potrzeb. Ta ukryta aktywność może mieć charakter zarówno fizyczny, jak i psychiczny.

Jednym z przejawów ukrytej aktywności jest tworzenie relacji społecznych wewnątrz placówki. Pomimo zaawansowanego wieku i ewentualnych ograniczeń mobilności, pensjonariusze starają się nawiązywać kontakty z innymi mieszkańcami, które mogą obejmować rozmowy, wspólne spędzanie czasu, wymianę doświadczeń czy też wzajemne wsparcie emocjonalne. Tego rodzaju interakcje pozwalają na zaspokojenie potrzeby bliskości i przynależności do grupy społecznej, co jest istotne dla ogólnego samopoczucia i zdrowia psychicznego.

Kolejną kwestią ukrytej aktywności jest kontynuowanie pasji i zainteresowań. Mieszkańcy DPS często dążą do zachowania swoich zainteresowań, nawet jeśli nie są one już tak intensywne jak wcześniej. Mogą to być np. działania artystyczne, czytanie, wykonywanie rękodzieł czy ogrodnictwo. Wielu pensjonariuszy znajduje w tych aktywnościach źródło radości i satysfakcji.

Niektórzy pensjonariusze angażują się także w pomoc innym mieszkańcom, zwłaszcza jeśli ich zdrowie i umiejętności pozwalają na to. Mogą to być drobne codzienne gesty życzliwości, udzielanie rad czy wsparcie w codziennych czynnościach. Ta forma aktywności daje poczucie użyteczności i wpływa pozytywnie na samoocenę.

Warto również zwrócić uwagę na intelektualną aktywność pensjonariuszy, którzy mogą uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych czy poznawczych, rozwijając w ten sposób swoje umiejętności i wiedzę, co może być formą aktywnego spędzania czasu i angażowania się w wyzwania intelektualne.

Ukryta aktywność pensjonariuszy DPS w zaspokajaniu własnych potrzeb, w znaczeniu pozytywnym, stanowi cenny element ich życia, który może przyczynić się do poprawy jakości codziennego funkcjonowania, samopoczucia i utrzymania poczucia własnej wartości.

Podobnie jak każdy człowiek, pensjonariusz domu pomocy społecznej również posiada swoje indywidualne potrzeby, które pragnie zaspokoić. Jeśli istnieje ważny cel, ludzie gotowi są podjąć wiele wysiłku, aby go osiągnąć. Jednocześnie niektórzy mieszkańcy ochoczo

podejmują działania mające na celu wspieranie w zaspokajaniu tych potrzeb, spodziewając się w zamian pewnej formy wdzięczności.

W domach pomocy społecznej istnieją nieoficjalne punkty handlowe, w których dostępny jest różnorodny asortyment, często zaspokajający bieżące potrzeby pensjonariuszy.

W DPS L1 jeden z jego pensjonariuszy prowadził taki sklepik, w którym sprzedawano towary wyłącznie osobom zaufanym. Zaopatrzeniem punktu handlowego zajmowała się rodzina pensjonariusza. W sklepiku można było nabyć również alkohol sprzedawany z wysoką marżą, a mimo to istniało duże zapotrzebowanie wśród pensjonariuszy DPS L1.

Podobny sklepik, ale specjalizujący się w handlu alkoholem, znajdował się na terenie DPS CH2. Podobnie jak w poprzednim przypadku punkt handlowy prowadził pensjonariusz, który sam organizował cały asortyment. Dostęp do alkoholu wydawał się być swobodny, a zamówienia składane były przez osoby, które nie mogą lub nie chcą wychodzić z ośrodka.

Wśród niektórych mieszkańców DPS CH2 można było dostrzec występowanie odwróconego rytmu dnia, polegającego na czuwaniu w nocy i śnie w ciągu dnia. Podczas nocnego czuwania alkohol działał jako środek uspokajający i relaksował. Takie zachowanie może być związane z obecnością bólu, który uniemożliwiał sen w nocy. Mieszkańcy, którzy mieli taki odwrócony rytm, korzystali wówczas z alkoholu jako środka przeciwbólowego, ponieważ pomagał złagodzić dolegliwości bólowe. Takie działania prowadziły do jeszcze gorszych skutków dla zdrowia fizycznego i psychicznego tych mieszkańców, które objawiały się utratą kontroli nad spożyciem alkoholu, dezorientacją w czasie, trudnościami z utrzymaniem higieny osobistej, a nawet występowaniem niebezpiecznych sytuacji związanych z utratą równowagi czy upadkiem, zmoczeniem się na krześle czy w łóżku.

Zjawisko picia alkoholu w samotności i ciszy u starszych osób zamieszkujących domy pomocy społecznej z pewnością zasługuje na bliższą analizę naukową tego problemu. Na podstawie badań przeprowadzonych w tym obszarze podczas pobytu w DPS, osoby starsze często sięgały po alkohol, traktując go jako sposób na radzenie sobie ze stresem, depresją, samotnością, lękiem czy bólem fizycznym. Jednocześnie picie w samotności mogło być związane z poczuciem izolacji i braku wsparcia społecznego, a w przypadku osób z problemem alkoholowym prowadziło do pogłębiania uzależnienia i problemów zdrowotnych. Istotnym czynnikiem wpływającym na picie alkoholu w DPS była także dostępność alkoholu oraz brak kontroli i ograniczeń w jego spożywaniu. Picie alkoholu w starszym wieku może się wiązać z podniesieniem ryzyka powikłań zdrowotnych i interakcji z zażywanymi lekami, co może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych.

Wśród niektórych mieszkańców DPS CH2 widoczne były objawy zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu. Codzienne spożywanie alkoholu w samotności, niezdolność do oderwania się od telewizora i ograniczenie aktywności społecznej i fizycznej było naturalnym zachowaniem pensjonariuszy. Należy podkreślić, że te zachowania wpływały negatywnie na jakość życia mieszkańców, którzy byli narażeni na wpływ alkoholowego zachowania tych pierwszych i jednocześnie stawali się ofiarami tego rodzaju nadużyć.

Zjawisko wyłudzeń pieniędzy i używek oraz żebrania o pieniądze na alkohol wśród mieszkańców DPS CH2 było powszechne. Według obserwacji, osoby uzależnione od alkoholu często angażowały się w różnego rodzaju manipulacje i oszustwa w celu zdobycia pieniędzy na zakup używek. Zjawisko to było powszechne w przypadku osób starszych w DPS CH2, które często były łatwiejszymi ofiarami dla innych mieszkańców.

Innym zagadnieniem był związek pomiędzy spożyciem słodyczy a samopoczuciem starszych osób. Niektórzy z mieszkańców domów pomocy społecznej cenili sobie słodkie jako źródło przyjemności i relaksu. Bywało, że mieszkańcy jedli słodkie w samotności. Można to interpretować jako próbę znalezienia sobie miejsca, w którym można było się poczuć swobodnie i na chwilę oderwać się od codzienności.

Spożywanie dużej ilości słodyczy może prowadzić do problemów zdrowotnych, takich jak cukrzyca czy nadwaga, co może wpłynąć na samopoczucie i jakość życia mieszkańca.

Na podstawie obserwacji społeczności domów pomocy społecznej dotyczących jej zachowań można stwierdzić, że istnieje ukryta działalność w zaspokajaniu własnych potrzeb, która nie zawsze jest zgodna z regulaminem placówki i dobrymi obyczajami. Osoby starsze, borykające się z różnego rodzaju problemami fizycznymi i emocjonalnymi, często sięgają po alkohol, który może być dla nich jak środek przeciwbólowy lub pomoc w radzeniu sobie ze stresem. Wielu mieszkańców podejmuje działania mające na celu zdobycie alkoholu, np. z nielegalnego handlu, z wyłudzenia pieniędzy lub żebrania. Zdarzały się także przypadki picia w samotności i ciszy, jak również odwróconego rytmu dnia, kiedy to mieszkańcy w dzień spali, a w nocy pili alkohol i oglądali telewizję.

Ten niski poziom życia ograniczający się do spełnienia najważniejszych potrzeb doświadczyłem tylko w DPS CH2. Oglądanie telewizji, popijanie alkoholu, palenie papierosów, posiłki i sen były jedynymi czynnościami wykonywanymi przez znaczną część mieszkańców. Najprawdopodobniej za przyczynę tego stanu odpowiedzialni byli w dużej mierze pracownicy ośrodka, którzy byli bierni wobec wszelkiego rodzaju postaw mieszkańców. Przez okres pobytu nie zauważyłem żadnej propozycji, która mogłaby mnie zainteresować.

Według Wawrzyniak i Fabisia „starość jako faza życia nie jest wolna od patologii, a każda forma jej występowania wymaga podjęcia działań terapeutycznych i pomocowych, tym bardziej że senior – z racji wieku i pozycji społecznej – częściej jest ofiarą patologicznych zachowań niż ich sprawcą czy prowokatorem. Niemniej w przypadku pełnienia każdej z tych ról niezbędna jest pomoc, profilaktyka i edukacja w celu uniknięcia trudnych egzystencjonalnie oraz krzywdzących osobę starszą i jej środowisko sytuacji” (Wawrzyniak i Fabiś, 2017, s. 298). Oznacza to, że starość może wiązać się z patologiami, które wymagają terapii i wsparcia. Osoby starsze, ze względu na swój wiek i pozycję społeczną, częściej są ofiarami patologicznych zachowań niż ich sprawcami, co było widoczne szczególnie w DPS CH2. Bez względu na rolę, konieczna jest pomoc, profilaktyka i edukacja w celu zapobiegania trudnym sytuacjom i ochronie osób starszych i ich otoczenia.

Zdaniem Małgorzaty Suwały i Andrzeja Gerstenkorna, w starszym wieku można zidentyfikować dwie główne grupy osób uzależnionych. Pierwsza grupa to ci, którzy nadużywali alkoholu od młodości i mimo chorób i dolegliwości osiągają późną starość. Osoby te rzadziej osiągają wiek starczy w porównaniu z abstynentami lub umiarkowanymi pijącymi. Druga grupa, choć mniejsza, to osoby, które zaczynają mieć problemy z alkoholem w późniejszym dorosłym życiu (Suwała i Gerstenkorn, 2006, s. 173).

Pamiętać należy, że osoby starsze raczej są odporne na zmiany, niosąc ze sobą bagaż doświadczeń, własnych nawyków i przyzwyczajzeń. O wiele trudniej im zaadaptować się do nowych warunków aniżeli ludziom młodym.

Zbyrad uważa, że ludzie w instytucji totalnej tracą własną indywidualność. Chodzi tu o ograniczone możliwości „bycia sobą” w warunkach kontrolowanych, kiedy człowiek nie tylko egzystuje według ustalonych procedur, ale też bywa manipulowany przez innych. Zbyrad powołując się na słowa jednej ze studentek uniwersytetu trzeciego wieku, porusza problem izolacji człowieka starego w DPS: „człowiek za karę wymyślił dla drugiego więzienie. Jest tam co jeść, gdzie spać, najważniejszego brak – brak możliwości kontaktu z bliskimi, możliwości działania. A do czego można porównać umieszczenie człowieka starego w domu pomocy – no właśnie do dożywotniego więzienia. Brak bliskich osób, ulubionych sprzętów, zwierzęcia, powoduje całkowite załamanie [...]. Znamienne są widoki ludzi w tych domach: puste wejrzenie, twarz mimiczna, oszczędność ruchów, brak zainteresowania otoczeniem. U tych ludzi żyje tylko sfera biologiczna, natomiast zgasły potrzeby [...] uczuciowe” (Zbyrad, 2012, s. 64; cyt. za: Szarota, 1998, s. 6).

Biorąc pod uwagę sprawność mieszkańców zamieszkujących w obszarze DPS L1 w zakresie biopsychospołecznym, podjąłem próbę podzielenia ich na cztery następujące grupy:

1. Mieszkańcy z zespołem otępiennym, którzy w ogóle nie uczestniczą w życiu społecznym.
2. Samotnicy, którzy posiadają pewne deficyty, ale nie takie, które by uniemożliwiały funkcjonowanie w środowisku zaktywizowanym.
3. Wolni od ograniczeń lub mający ograniczenia ruchowe, ale chcący być aktywnymi w środowisku.
4. Dziękujący się nadwyżkami jedzenia z innymi mieszkańcami.

Konieczne jest wprowadzenie działań społecznych, takich jak np. organizowanie spotkań i innych aktywności, aby poprawić jakość życia mieszkańców. Wprowadzenie dodatkowych pracowników, którzy mogliby organizować te zajęcia, może być również skutecznym sposobem na poprawienie sytuacji.

Zagrożenie zakażeniem chorobą zakaźną COVID-19 w Polsce było nadal wysokie, tak samo wysokie, jak świadomość mieszkańców, która nadal wykazywała pewną ostrożność poprzez częste mycie rąk, korzystanie ze stacji dezynfekcji, które były rozmieszczone na korytarzach w odległościach 20-25 m.

Rozdział 7. Typologia osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej

7.1. Typologie postaci

Różnorodność mieszkańców DPS dostrzegana jest na wielu płaszczyznach, zarówno pod względem biologicznym, jak i społecznym. Zaliczyć można do niej następujące warunki: wiek, stan zdrowia, rodzina i relacje rodzinne, edukacja i zawód, zainteresowania, kultura osobista i pochodzenie społeczne, doświadczenia życiowe, zdolności i umiejętności. Niejednokrotnie ta różnorodność przyczynia się do bogactwa lub zubożenia poziomu życia społecznego w DPS i pozwala mieszkańcom wspólnie czerpać z różnych doświadczeń życiowych.

W dziedzinie gerontologii dokonano wielu prób stworzenia różnych typologii osób starszych, wykorzystując różnorodne kryteria. Niektóre z tych kryteriów opierały się na osobowości seniorów, podczas gdy inne uwzględniały sposób, w jaki osoby starsze przystosowują się do starości lub do okresu emerytury. Inne podejścia bazowały na tworzeniu typologii opartych na stylu życia seniorów lub na centralnych problemach, które stają się istotne w procesie starzenia się. Badacze próbowali również tworzyć typologie, opierając się na rekonstrukcji historii życia oraz na subiektywnej ocenie jakości życia. W istocie celem tworzenia tych typologii jest identyfikacja i przedstawienie pewnych wzorców zachowań i doświadczeń związanych ze starzeniem się (Halicki, 2010, s. 153).

W tej części niniejszej pracy przedstawię wybrane typologie osób starszych oraz przedstawię własną propozycję typologii osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej. Propozycja ta oparta jest na podstawie badań własnych na dwóch grupach osób. Pierwsza z nich składała się z 30 osób w wieku 60-96 lat, druga zaś liczyła 35 osób w wieku 60-80 lat.

W literaturze gerontologicznej, wśród wielu propozycji, znaleźć można typologię postaw wobec starości według Zycha, która może posłużyć za obraz sytuacji życiowej ludzi dostrzegających procesy starzenia się i ich skutki. Zaproponowane przez Zycha podejście nie wydaje się być ponadczasowe i obejmuje następujące ludzkie postawy:

- 1) Postawa lęku przed starością i buntu wobec starzenia się. Postawa ta łączy lęk i bunt, które można zaobserwować u ludzi starszych. Jest to postawa stanowiąca ważny wymiar psychologiczno-społeczny, który można przedstawić w następujący sposób:
 - Postawa lęku przed starością odnosi się do uczuć niepokoju, obaw i negatywnych emocji związanych z procesem starzenia się. Osoby starsze mogą obawiać się

utruty zdrowia, niezależności, bliskich relacji społecznych oraz ogólnego pogorszenia jakości życia.

Przyczyny postawy lęku mogą mieć różne źródła. Mogą wynikać z doświadczeń osób starszych, obserwacji innych ludzi w starszym wieku, stereotypów społecznych na temat starości, a także obaw związanych z utratą kontroli nad swoim życiem.

Skutki postawy lęku przed starością mogą prowadzić do izolacji społecznej, depresji, pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Mogą również wpłynąć na zmniejszenie aktywności życiowej i jakości życia.

- Postawa buntu wobec starzenia się związana jest z dążeniem do zachowania młodzięczego stylu życia, nieakceptowaniem ograniczeń wynikających z wieku i negowaniem konieczności dostosowania się do zmian związanych z procesem starzenia się.

Bunt ten może wynikać z chęci zachowania kontroli nad własnym życiem, pragnienia uniknięcia stereotypów związanych z osobami starszymi, a także strachu przed utratą tożsamości.

Postawa buntu wobec starzenia się może prowadzić do konfliktów z otoczeniem, przemęczenia i frustracji, zwłaszcza gdy osoba starsza nie jest w stanie utrzymać wcześniejszego stylu życia.

Zarówno lęk przed starością, jak i bunt wobec starzenia się to złożone postawy, które mogą wpłynąć na jakość życia osób starszych.

Strach ludzi starszych przed nieopisaną utratą czegoś, co musi nastąpić, a przede wszystkim świadomość, że na końcu starości czeka „koniec życia”, powoduje że „Starość jest tym, czego nie chcę doczekać”.

- 2) Postawa rezygnacji i/lub izolacji emocjonalnej i społecznej. Odczytanie tego rodzaju postawy u niektórych osób starszych może prowadzić do zidentyfikowania dwóch wzajemnie powiązanych postaw, które można wyjaśnić w sposób następujący:

- Postawa rezygnacji oznacza tendencję do wycofywania się osób starszych z aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i z interesujących działań. Osoby o takiej postawie często tracą motywację do podejmowania nowych wyzwań i działalności, co prowadzi do ograniczenia ich aktywności i zaangażowania.

Rezygnacja może być wynikiem doświadczania różnych trudności związanych ze starością, takich jak utrata zdrowia, utrata bliskich, ból przewlekły, czy też

trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Osoby starsze mogą czuć się przytłoczone tymi wyzwaniem i rezygnować z prób przeciwdziałania im.

Postawa rezygnacji może prowadzić do spadku jakości życia, braku satysfakcji i zwiększenia ryzyka depresji i innych problemów zdrowotnych. Osoby starsze z taką postawą często wycofują się z interakcji społecznych, co może prowadzić do izolacji.

- Izolacja emocjonalna i społeczna oznacza ograniczenie wyrażania emocji i uczuć, często z powodu strachu przed odrzuceniem lub niezrozumieniem. Izolacja społeczna natomiast polega na wycofywaniu się z kontaktów społecznych i unikaniu interakcji z innymi ludźmi.

Izolacja emocjonalna i społeczna może być wynikiem różnych czynników, takich jak trauma, utrata bliskich, lęk społeczny czy też utrata zdolności do komunikacji.

Często jest też związana z postawą rezygnacji.

Niniejsza izolacja może również prowadzić do poczucia samotności, depresji, obniżenia samooceny i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Osoby starsze, które się izolują, mogą mieć trudności w utrzymaniu relacji społecznych i wsparcia.

Postawa rezygnacji i/lub izolacja emocjonalna i społeczna są dwoma trudnymi doświadczeniami, które mogą wpłynąć na jakość życia osób starszych, wywołując smutek i refleksje, że ich czas już minął i należy ustąpić miejsca młodszym.

- 3) Postawa rozsądnej, poznawczej i emocjonalnej akceptacji starości. Postawa jest podejściem do procesu starzenia się i charakteryzuje się zdrowym rozsądkiem, aktywnością, pozytywnym myśleniem i emocjonalną stabilnością w obliczu zmian związanych z wiekiem, kondycją i stanem zdrowia, której głównymi elementami są:
 - rozumienie starości – osoby o tej postawie rozumieją, że starość jest naturalnym etapem życia, do którego człowiek, niezależnie od siebie, zmierza. Osoby te nie odczuwają strachu ani nie unikają myśli o starości. Zamiast tego akceptują ten etap życia jako nieodłączną część swojej „podróży życiowej”;
 - poznawcza akceptacja – element ten oznacza pozytywne podejście osób starszych do procesów poznawczych w starości. Osoby te wykazują gotowość do nauki i rozwoju umysłowego, niezależnie od wieku. Wiedzą, że starość nie musi oznaczać utraty zdolności intelektualnych;
 - emocjonalna stabilność – oznacza zdolność do radzenia sobie z emocjami związanymi ze starzeniem się. Osoby, u których występuje emocjonalna stabilność, nie ulegają chronicznym stanom smutku ani lękowi. Zamiast tego

potrafią cieszyć się życiem i utrzymywać emocjonalną równowagę, pomimo trudności;

- aktywność i zaangażowanie społeczne – osoby te pozostają aktywne fizycznie i społecznie. Angażują się w różnorodne zajęcia, społeczności i projekty, które dostarczają im satysfakcji i utrzymują ich pozytywne relacje z innymi ludźmi;
- zdrowy styl życia – osoby te stawiają na zdrowy styl życia, dbając o swoje zdrowie poprzez regularną aktywność fizyczną, zdrową dietę i regularne badania lekarskie. Rozumieją, że dbanie o zdrowie jest ważne dla zachowania niezależności w późniejszym wieku;
- dostosowanie i elastyczność – oznacza to, że osoby starsze charakteryzujące się tym parametrem, potrafią dostosować się do zmieniających się okoliczności i otwarcie przyjmują różne punkty starzenia się;
- akceptacja ograniczeń – charakteryzuje się tym, że osoby starsze zdają sobie sprawę, że starość niesie ze sobą pewne fizyczne i psychiczne ograniczenia. Jednak zamiast skupiać się na tych ograniczeniach, koncentrują się na tym, co wciąż są w stanie robić i osiągać;
- refleksja nad życiem – w starości ludzie zaczynają spoglądać wstecz na swoje osiągnięcia i doświadczenia z poczuciem dumy. Starają się przekazywać swoją mądrość i doświadczenie młodszemu pokoleniom;
- wartość relacji społecznych – dla osób starszych bardzo cenne są relacje z rodziną, przyjaciółmi i społecznością. Rozumieją, że wsparcie emocjonalne i społeczne odgrywa ważną rolę w jakości życia w starości;
- optymizm i pozytywne nastawienie – mimo ewentualnych trudności życia codziennego, osoby starsze zachowują optymizm i pozytywne podejście do przyszłości. Widzą w niej potencjał do czerpania radości i spełnienia.

Postawa rozsądnej, poznawczej i emocjonalnej akceptacji starości pomaga osobom w podeszłym wieku lepiej radzić sobie na tym etapie życia, zachowując wysoką jakość życia i poczucie satysfakcji i pozostać aktywnymi członkami społeczeństwa.

- 4) Postawa refleksji nad przebytych już odcinkiem drogi życiowej. Postawa ta jest wyjątkowym etapem rozwoju osobistego i psychospołecznego, charakteryzującym ludzi starszych. Jest to okres, który pozwala na głębsze zrozumienie i przemyślenie własnej historii życiowej oraz skonfrontowanie się z wyzwaniem i wyborami, jakie pojawiły się na przestrzeni całego życia. Niniejszą postawę można rozwinąć przy użyciu następujących elementów:

- integracja życiowych doświadczeń – oznacza to, że osoby w podeszłym wieku często dostrzegają, że zbliżenie się ku starości daje im możliwość spojrzenia na swoje życie jako na spójną całość. Poprzez refleksję nad przeżytymi doświadczeniami, zarówno pozytywnymi, jak i trudnymi, mogą dokonać ich integracji w jedną spójną narrację, co pomaga wewnątrznie uporządkować swoje życie;
- samoakceptacja – ten element można rozumieć jako Ericksonowskie dążenie do integracji, czyli próby pogodzenia się z własnym życiem, widocznej w postawie refleksji nad przeszłością. Osoby starsze często dojrzewają emocjonalnie i akceptują siebie takimi, jakimi są, z pełnym zrozumieniem swoich błędów i sukcesów;
- bilansowanie osiągnięć i strat – związane jest z refleksją nad życiem obejmującą ocenę zarówno osiągnięć, jak i strat. Jest to czas na podsumowanie, co udało się osiągnąć, i zrozumienie, co zostało utracone w miarę starzenia się. To ważny proces w kształtowaniu poczucia sensu życia;
- dystans do własnych wyborów – dotyczy starości, która daje perspektywę i dystans do decyzji podjętych w młodości i średnim wieku. Jest to okazja do zrozumienia, dlaczego pewne wybory były trafne, a inne mogłyby być inne. To także moment na naukę czerpaną z własnych doświadczeń i błędów;
- przemyślenie znaczenia relacji – można ten element rozumieć w taki sposób, że w trakcie refleksji nad życiem często przychodzi zrozumienie, jakie znaczenie miały relacje z innymi ludźmi. Osoby starsze doceniają rolę bliskich, przyjaciół i rodzin w swoim życiu, a także rozważają, jakie wartości przekazywali innym;
- spojrzenie na przyszłość – mimo że główny nacisk kładzie się na przeszłość, refleksja nad nią często prowadzi do lepszego zrozumienia teraźniejszości i przyszłości. Osoby starsze często stawiają sobie nowe cele i celebryją każdy dzień jako szansę na nowe doświadczenia;
- pozostałe dziedzictwo – w miarę jak osoby starsze analizują swoje życie, często czują potrzebę pozostawienia dziedzictwa, co może przybierać różne formy, od wspomnień przekazywanych rodzinie po działalność charytatywną czy artystyczną.

Postawa refleksji nad przeżytym już odcinkiem drogi życiowej jest ważnym elementem procesu starzenia się. Pomaga ona osobom starszym wewnątrznie pogodzić się ze swoją przeszłością i kształtować swoje dalsze życie w sposób bardziej świadomy i spełniony. To także

sposób na przekazywanie młodszym pokoleniom swojej mądrości życiowej i doświadczenia (Zych, 1995, s. 148-149).

7.2. Style życia

Literatura przedmiotu dostarcza wiele typologii związanych ze stylami życia w starości. Olga Czerniawska, obserwując najbliższe swoje otoczenie osób starszych, zaproponowała własną typologię stylów życia w starości, które przedstawiają się w następujący sposób:

- 1) Styl życia całkowicie bierny. Jest to styl w znaczeniu negatywnym społecznie, fizycznie i emocjonalnie. Styl życia całkowicie bierny może być spowodowany czynnikami takimi jak: izolacja społeczna, utrata bliskich osób, chroniczne problemy zdrowotne lub brak motywacji. Styl ten może prowadzić do osamotnienia, pogorszenia zdrowia psychicznego i fizycznego oraz ograniczenia jakości życia osoby starszej. Dlatego ważne jest, aby środowisko i rodzina starały się wspierać osoby starsze i zachęcać je do aktywności, zarówno społecznej, jak i fizycznej, oraz do poszukiwania nowych zainteresowań i doświadczeń. Styl życia całkowicie bierny charakteryzuje się „ucieczką” człowieka od innych ludzi.

Do głównych cech typu człowieka starszego o stylu życia całkowicie biernym można zaliczyć:

- brak aktywności społecznej – osoba starsza, która przyjmuje ten styl życia, unika aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Może unikać spotkań towarzyskich, wydarzeń rodzinnych czy udziału w organizacjach społecznych;
- brak aktywności fizycznej – styl ten często idzie w parze z brakiem aktywności fizycznej. Osoba starsza może prowadzić siedzący tryb życia i unika wszelkich form ćwiczeń czy spacerów;
- brak zainteresowań – osoba ta może również przestać interesować się nowymi rzeczami, przestaje się rozwijać intelektualnie i przestaje uczyć się nowych rzeczy;
- brak zaangażowania emocjonalnego – osoby wybierające ten styl życia mogą stawać się obojętne emocjonalnie. Wycofują się z relacji z innymi ludźmi, nie okazują emocji i mogą wydawać się apatyczne;
- brak nowych doświadczeń – osoba starsza o stylu życia całkowicie biernym unika wszelkich nowych doświadczeń. Może unikać podróży, eksploracji nowych miejsc czy próbowania nowych doświadczeń.

2) Styl życia rodzinny. Ten styl życia charakteryzuje się wyjątkową więzią z rodziną i jej wartościami. Osoby o tym stylu życia starzeją się w atmosferze silnej więzi rodzinnej, gdzie relacje z dziećmi, wnukami i innymi członkami rodziny odgrywają ważną rolę. Są to ludzie, którzy cenią sobie tradycję i kontynuację rodzinnego dziedzictwa. Osoby starsze o stylu życia rodzinnym mogą doświadczać satysfakcji i radości z bycia blisko swojej rodziny. Jednakże mogą także odczuwać smutek i uczucie straty, jeśli relacje rodzinne ulegną zakłóceniu z powodu przeprowadzki dzieci czy konfliktów w rodzinie. Dlatego utrzymanie równowagi między byciem częścią rodziny a zachowaniem własnej niezależności i zainteresowań jest ważne dla zachowania równowagi zdrowia psychicznego i emocjonalnego osób starszych o tym stylu życia. Główne cechy typu człowieka starszego o stylu życia rodzinnego:

- silna więź rodzinna – osoby te kładą ogromny nacisk na utrzymanie i wzmacnianie więzi z rodziną. Regularnie odwiedzają swoich bliskich, uczestniczą w rodzinnych spotkaniach i wydarzeniach o charakterze świątecznym;
- rola w rodzinie – osoby starsze często odgrywają rolę doradcy i opiekuna w rodzinie. Są gotowi służyć radą i wsparciem dla młodszych pokoleń;
- tradycja i wartości – szanują tradycje rodzinne i przekazują je dalej. Ważne są dla nich wartości, takie jak szacunek, lojalność, wzajemna pomoc i poszanowanie tradycji;
- poczucie spełnienia – głęboka więź rodzinna daje im poczucie spełnienia i szczęścia. Często uważają swoją rolę w rodzinie za najważniejszą i najwartościowszą w swoim życiu.

3) Styl życia ogrodnika-działkowca. Styl ten charakteryzuje się głęboką pasją do pracy na działce lub w ogrodzie. Dla tych osób pielęgnacja roślin, uprawa warzyw i kwiatów oraz dbanie o przestrzeń zieloną stanowią centralny punkt życia i źródło satysfakcji. Dla wielu osób starszych o stylu życia ogrodnika-działkowca praca w ogrodzie jest sposobem na zachowanie aktywności, utrzymanie zdrowia i czerpanie radości z życia. To również sposób na pozostanie w kontakcie z naturą i wspieranie swojego dobrostanu psychicznego. Jest to także możliwość kontaktu ze społecznością działkowców i wymiany doświadczeń z pracy w ogrodzie. Główne cechy typu człowieka starszego o stylu życia ogrodnika-działkowca:

- pasja ogrodnicza – to fascynacja ogrodnictwem. Praca na działce lub w ogrodzie to nie tylko obowiązek, ale przede wszystkim przyjemność i hobby;

- aktywność na świeżym powietrzu – spędzanie czasu poza domem, pielęgnacja roślin, prace porządkowe w ogrodzie to dla osób starszych forma aktywności fizycznej i rekreacji;
 - znajomość roślin – posiadanie rozległej wiedzy na temat różnych gatunków roślin, ich pielęgnacji i właściwości. Potrafią pielęgnować kwiaty, krzewy i drzewa, a także uprawiać warzywa i owoce;
 - sezonowa praca – życie osób starszych rytmizowane jest przez pory roku i sezonowe prace w ogrodzie. Wiosną i latem poświęcają wiele czasu na sadzenie, podlewanie i pielęgnację, podczas gdy jesienią zbierają plony i przygotowują ogród na zimę;
 - zrównoważony tryb życia – praca fizyczna na świeżym powietrzu przyczynia się do zachowania zdrowego stylu życia. Dla wielu osób starszych ogrodnictwo to sposób na utrzymanie sprawności fizycznej i psychicznej;
 - pasja do gotowania – osoby starsze czerpią radość z gotowania potraw z własnych warzyw i owoców. Przygotowywane potrawy z wykorzystaniem plonów z własnego ogrodu są wyjątkowo smaczne i zdrowe;
 - społeczność działkowa – wiele osób starszych należy do lokalnej społeczności działkowej. Dzięki temu mają okazję do dzielenia się doświadczeniami ogrodniczymi i spędzania czasu z osobami o podobnych zainteresowaniach;
 - kreatywność – praca w ogrodzie jest formą twórczości i wykazania się zdolnościami, być może wcześniej nieodkrytymi. Seniorzy projektują swoje ogrody, eksperymentują z nowymi roślinami i układami przestrzeni;
 - spokój i relaks – ogrodnicy-działkowcy niejednokrotnie traktują swoją pracę w ogrodzie jako relaksującą i terapeutyczną. To miejsce, gdzie mogą oderwać się od codziennego zgiełku i znaleźć spokój;
 - dbałość o środowisko – osoby starsze są świadome ekologicznych i ekonomicznych korzyści swojej działalności. Uprawiając własne warzywa i owoce, redukują ilość odpadów opakowaniowych i wspierają zrównoważoną produkcję żywności.
- 4) Styl życia wynikający z pracy w stowarzyszeniu społecznym. Typ ten charakteryzuje się zaangażowaniem w działalność społeczną i chęcią oddawania czegoś społeczności. Osoby te aktywnie uczestniczą w różnego rodzaju organizacjach pozarządowych, stowarzyszeniach lub inicjatywach społecznych. Ich życie w starszym wieku jest silnie związane z pracą na rzecz innych i poprawą jakości życia społeczności lokalnej. Oznacza to, że człowiek starszy o stylu życia wynikającym z pracy w stowarzyszeniu społecznym czerpie dużą satysfakcję z bycia

częścią społeczeństwa i wpływania na jego rozwój. Praca w organizacjach społecznych stanowi integralną część ich życia i jest źródłem pasji, a także spełnienia. Główne cechy tego typu stylu życia:

- zaangażowanie społeczne – osoby starsze poświęcają dużo czasu na pracę w organizacjach pozarządowych, stowarzyszeniach lub inicjatywach społecznych. Mogą być aktywne w różnych dziedzinach, takich jak pomoc potrzebującym, ochrona środowiska, kultura, edukacja czy zdrowie społeczności itp.
- praca wolontariacka – osoby starsze wykonują pracę w ramach wolontariatu, pomagając innym bez wynagrodzenia. Mogą prowadzić różnego rodzaju projekty społeczne, udzielać się w działaniach charytatywnych lub działać na rzecz konkretnej grupy społecznej, na przykład seniorów;
- wsparcie lokalnej społeczności – seniorzy realizują się w działaniach na rzecz poprawy warunków życia w swojej lokalnej społeczności. Mogą organizować wydarzenia kulturalne, akcje charytatywne, kampanie edukacyjne lub podejmować działania mające na celu rozwiązanie konkretnych problemów społecznych;
- bogate doświadczenia życiowe – osoby starsze niejednokrotnie wykorzystują swoje bogate doświadczenie życiowe i zawodowe w pracy społecznej. Mogą pełnić funkcje doradcze, organizacyjne lub edukacyjne;
- budowanie relacji społecznych – praca osób starszych w stowarzyszeniach i organizacjach społecznych umożliwia nawiązywanie nowych relacji społecznych. Osoby te często tworzą trwałe przyjaźnie i znajdują wsparcie w grupach wyznających podobne wartości i cele;
- rozwój osobisty – dla wielu seniorów zaangażowanie społeczne stanowi źródło rozwoju osobistego i intelektualnego. Uczestnictwo w projektach społecznych pozwala na zdobycie nowych umiejętności i wiedzy;
- aktywność aż do późnej starości – osoby będące w wieku emerytalnym często pozostają aktywne aż do późnej starości, dzięki czemu utrzymują się w dobrym zdrowiu fizycznym i psychicznym;
- satysfakcja z pomagania – dla osób starszych ważną motywacją jest satysfakcja z pracy na rzecz innych i przekonanie, że ich działania przynoszą pożytek społeczności.

5) Styl życia homocentryczny. Niniejszy styl charakteryzuje się skoncentrowaniem na relacjach z rodziną i bliskimi. Osoby te stawiają rodzinę w centrum swojego życia i poświęcają jej dużo uwagi. Osoby o stylu życia homocentrycznym znajdują

satysfakcję i spełnienie w budowaniu i utrzymywaniu silnych więzi rodzinnych. Dla nich relacje z bliskimi stanowią najważniejszy element życia, a życie w starszym wieku jest okazją do budowania wspomnień i czerpania radości z obecności rodziny.

Główne cechy tego typu stylu życia:

- rodzinne więzi – dla tych osób rodzina stanowi najważniejszą wartość w życiu. Są bardzo związane emocjonalnie z dziećmi, wnukami, rodzeństwem i innymi krewnymi;
- opieka nad potomstwem – osoby homocentryczne często pomagają w opiece nad wnukami lub nawet przechodzą na emeryturę, aby móc bardziej zaangażować się w życie rodziny. Opieka nad potomstwem stanowi dla nich źródło radości i spełnienia;
- wsparcie dla rodziny – chętnie udzielają wsparcia finansowego lub emocjonalnego swoim dzieciom i wnukom, jeśli tylko są w stanie. Mogą także pomagać w codziennych obowiązkach, takich jak opieka nad wnukami czy zakupy;
- budowanie tradycji rodzinnych – osoby te często organizują spotkania rodzinne, święta i inne wydarzenia, które pomagają w budowaniu i umacnianiu tradycji rodzinnych. Dla osób starszych to ważny sposób na integrowanie rodziny;
- dbanie o rodzinny dom – seniorzy często starają się utrzymać dom rodzinny jako miejsce spotkań i wspólnych wydarzeń. Inwestują czas i wysiłek w utrzymanie tego miejsca;
- wspólne cele i plany – często angażują się we wspólne cele i plany z rodziną, na przykład organizują podróże rodzinne, wspierają edukację wnuków czy uczestniczą w różnego rodzaju projektach rodzinnych.

6) Styl życia pobożny. Ten styl charakteryzuje się głęboką wiarą i aktywnością religijną. Religia odgrywa istotną rolę w ich życiu i wpływa na wiele zagadnień codziennego funkcjonowania. Osoby starsze o pobożnym stylu życia znajdują w wierzeniach i praktykach religijnych wsparcie duchowe, które pomaga im radzić sobie z wyzwaniami życiowymi. Dla nich religia jest nie tylko wiarą, ale także sposobem życia, który kształtuje ich wartości, postawy i działania. Główne cechy tego typu stylu życia:

- głęboka wiara – pobożni starsi ludzie mają głęboką wiarę i często przestrzegają zasad i wartości swojej religii. Dla nich wiara jest źródłem siły, pociechy i nadziei;
- aktywność religijna – biorą udział w praktykach religijnych, takich jak msze święte, modlitwy, nabożeństwa czy spotkania wspólnoty religijnej. To ważna

część ich życia społecznego. Niektórzy seniorzy pielgrzymują do miejsc świętych związanych z ich religią, aby pogłębić swoją wiarę i duchowe doświadczenia. Seniorzy mogą też być aktywni w organizacjach i grupach religijnych, angażując się w działalność społeczną i kulturalną związaną z wiarą;

- modlitwa – dla starszych ludzi codzienna modlitwa odgrywa ważną rolę. Modlą się o wsparcie, uzdrowienie i duchowe prowadzenie. Modlitwa często jest dla nich źródłem spokoju i refleksji;
- działalność charytatywna – seniorzy często angażują się w działalność charytatywną i pomoc społeczną, starając się realizować nauki swojej religii o miłości i pomocy bliźniemu;
- moralność – osoby starsze stawiają duży nacisk na zasady moralne wynikające z ich religii. Starają się żyć zgodnie z tymi wartościami, co wpływa na ich codzienne decyzje;
- wspólnota religijna – seniorzy tworzą i utrzymują relacje z innymi osobami wyznającymi tę samą religię. Często są częścią wspólnot religijnych, co umożliwia im dzielenie się wiarą i doświadczeniami duchowymi;
- wsparcie duchowe – w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak choroba czy utrata bliskich, starsze osoby często sięgają po wsparcie duchowe i radę duchownego.

Wszystkie te style życia odzwierciedlają różne priorytety, pasje i wartości osób starszych. Wybór konkretnego stylu życia może być wynikiem osobistych preferencji, przekonań religijnych, zdrowia czy dostępności określonych zajęć społecznych (Czerniawska, 1998).

Samotność jest częstym zjawiskiem wśród ludzi starszych. Katarzyna Wasilewska-Ostrowska, dostrzegając ten problem, podjęła próbę przedstawienia własnej propozycji typologii ludzi starych na podstawie analizy literatury i różnych zachowań tej grupy społecznej:

- aktywiści – osoby starsze, które rozpoczynają angażować się w sprawy społeczne, polityczne, uczestniczą w debatach publicznych;
- nianie – osoby, które zajmują się opieką nad małymi dziećmi, najczęściej nad własnymi wnukami, choć zdarza się też, że nad obcymi, by dorobić sobie do emerytury czy renty;
- pracusie – osoby, które mimo przejścia na emeryturę, nadal pracują zawodowo;
- działkowicze – osoby, które każdą wolną chwilę spędzają na własnej działce, w ogródku;
- religijni – dużo czasu poświęcają modlitwom, chodzeniu na nabożeństwa;

- podróżnicy – zwiedzają ciekawe miejsca, wyjeżdżają na wycieczki krajowe i zagraniczne;
- domownicy – najlepiej czują się we własnym domu, rzadko odwiedzają innych;
- naukowcy – zaczynają pogłębiać swoją wiedzę, dużo czytają, zapisują się na kursy, uczęszczają na Uniwersytety Trzeciego Wieku;
- rozrywkowi – lubią kontakty społeczne, często spotykają się z innymi, chodzą na spotkania dla samotnych czy na imprezy taneczne;
- chorowici – narzekają na swój stan zdrowia, często korzystają z porad lekarzy specjalistów, udają się do sanatorium;
- sportowcy – dużo czasu spędzają na ćwiczeniach fizycznych, dbają o swoją kondycję, biegają, chodzą na częste spacer;
- atrakcyjni – dbają o własny wygląd, często korzystają z usług kosmetyczki czy fryzjera, a nawet decydują się na operacje plastyczne;
- permanentnie samotni – osoby, które mieszkają samotnie lub też przebywają z innymi, ale mają duże poczucie osamotnienia (Wasilewska-Ostrowska, 2013, s. 240-241).

Oznacza to, że przedstawione różnorodne style życia odzwierciedlają bogactwo doświadczeń i indywidualne preferencje ludzi starszych.

7.3. Typologia człowieka starego w domu pomocy społecznej

Dom pomocy społecznej jest miejscem, gdzie mieszkają m.in. osoby starsze o różnej typologii, z różnymi potrzebami i charakterystykami. Typologia osób starszych w domach pomocy społecznej może być zróżnicowana, uwzględniając różne cechy, postawy i zachowania. Niemniej jednak można wskazać na pewne ogólne kategorie opisujące różne postawy i zachowania osób starszych żyjących w DPS.

Na podstawie moich obserwacji w domach pomocy społecznej, które są zamieszkiwane przez osoby starsze, pragnę przedstawić kilka potencjalnych typów pensjonariuszy, którzy trafiają do DPS ze względu na:

- 1) Sytuację życiową: stan zdrowia, samodzielność, niezależność. Podejmując próbę uzyskania informacji na temat sytuacji życiowej osób w podeszłym wieku, badając ich stan zdrowia, można posługując się skalą Likerta, zadać pytanie: Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia? Możliwe odpowiedzi to: doskonale, bardzo dobre, można z tym żyć, złe, bardzo złe. Na podstawie otrzymanej odpowiedzi można

wywnioskować, w jakiej kondycji zdrowotnej są pensjonariusze. Według danych GUS w 2022 r., po gwałtownych spadkach spowodowanych pandemią COVID-19, w Polsce kobieta żyła 81,1 lat, a mężczyzna 73,4 lat.

Józefina Hrynkiewicz zwraca uwagę na fakt, że niesamodzielność w starości jest zjawiskiem, które pojawia się naturalnie w miarę osiągania określonego wieku i może znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie osób starszych. Proces starzenia się jest nieuchronnym elementem życia, który wynika z długotrwałych zmian w strukturze demograficznej społeczeństwa. W miarę upływu lat, udział oraz liczba ludzi w zaawansowanym wieku znacznie wzrasta.

Należy podkreślić, że postęp w dziedzinie nauk medycznych i dostępność usług opieki zdrowotnej umożliwiły wydłużenie życia oraz skuteczne leczenie wielu chorób, które kiedyś były uważane za śmiertelne. Niemniej jednak leczenie tych chorób często nie przywraca pełnej sprawności i nie chroni przed utratą niezależności. Wydłużenie życia niekoniecznie idzie w parze z utrzymaniem zdolności umysłowych, fizycznych i psychicznych oraz samodzielności, co wpływa na komfort życia jednostki. W rzeczywistości, dłuższe życie może wiązać się z większą potrzebą wsparcia i opieki, szczególnie w podeszłym wieku. Tradycyjnie opiekę nad osobami starszymi zapewniała rodzina. Jednak ze względu na zmiany w strukturze społecznej i stylu życia, rola rodziny w opiece nad seniorami ulega zmianie. Coraz częściej konieczne jest poszukiwanie alternatywnych rozwiązań, takich jak domy opieki społecznej czy specjalistyczne placówki, aby zapewnić starzejącemu się społeczeństwu odpowiednią opiekę i wsparcie (Hrynkiewicz, 2022, s. 47-48).

Zarządzanie systemem opieki nad osobami niesamodzielnymi stanowi wyzwanie dla obecnej polityki społecznej państwa. Według Nowaka, w Polsce brakuje spójnego i kompleksowego systemowego podejścia do narastającego problemu społecznego, jakim jest opieka nad osobami starszymi i sędziwymi, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Zaplanowanie i zorganizowanie skutecznej opieki nad starszymi obywatelami na poziomie akceptowalnym społecznie wymaga wspólnego zaangażowania całego społeczeństwa i szerokiej debaty publicznej, prowadzącej do akceptacji i wdrożenia wspólnie wypracowanych rozwiązań. Stworzenie systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi stanowi wyzwanie dla polityki społecznej państwa. Problem ten nie może być rozwiązywany jedynie przez rząd lub pojedyncze instytucje. Wymaga to współpracy różnych sektorów społeczeństwa, w tym rządu,

organizacji pozarządowych, społeczności lokalnych i samych osób starszych. Istotne jest również, aby opracowane rozwiązania uwzględniały różnorodność potrzeb i sytuacji osób starszych, a także były dostosowane do zmieniającego się otoczenia społecznego i demograficznego. Wspólna debata i działania na rzecz systemowego rozwiązania problemu opieki nad osobami starszymi są istotne dla zapewnienia godnych warunków życia seniorom w społeczeństwie (S. [tefan] Nowak, 2011, s. 491). Prawo do samostanowienia jest niezbywalnym prawem każdego człowieka. Jak zauważają Anna Brzezińska i Julia Wilowska, osoba, która postrzega siebie jako pozbawioną wpływu i zdolności do podejmowania decyzji i kształtowania otaczającej rzeczywistości, może łatwo stracić motywację do działania. W jej perspektywie życie staje się pozbawione sensu. To zjawisko jest szczególnie istotne w okresie późnej dorosłości. Warto więc kształtować poczucie autonomii, zachęcać do podejmowania inicjatywy oraz ponoszenia odpowiedzialności za siebie i swoje życie. Autonomia oznacza możliwość samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących własnego życia, realizacji potrzeb i myślenia niezależnie od wpływów, a także nacisków z zewnątrz. Autonomia psychiczna, czyli samodzielne podejmowanie decyzji i autonomiczne myślenie, jest ważną kwestią tego zagadnienia. Warto również podkreślić, że autonomia nie ogranicza się jedynie do elementów psychicznych. Samodzielność fizyczna, czyli zdolność do wykonywania codziennych czynności, może również wpływać na autonomię. Jednak nawet osoby, które nie są samodzielne pod względem fizycznym, mają pełne prawo do podejmowania decyzji dotyczących swojego życia, zaspokajania swoich potrzeb i zachowywania swojej godności (Brzezińska i Wilowska, 2010, s. 45-55).

Zdaniem Anny Gronkiewicz i Agnieszki Ziółkowskiej, w Polsce brak jest odpowiednich placówek medycznych i specjalistycznej opieki zdrowotnej, co jest jednym z głównych czynników, które przyczyniają się do niesamodzielności seniorów poprzez brak właściwego leczenia oraz opóźnienie diagnozy chorób. To prowadzi do szeregu problemów, w tym niesamodzielności, które generują dalsze trudności. Te kwestie dotyczą także problemów prawnych, takich jak ubezwłasnowolnienie, alimentacja czy przemoc wobec osób starszych. Jednym z istotnych problemów jest nadużywanie instytucji ubezwłasnowolnienia, szczególnie przez dorosłe dzieci wobec swoich rodziców. Często wnioski o ubezwłasnowolnienie nie wynikają z troski o seniora, ale z motywacji majątkowych, co może prowadzić do pozbawienia seniora kontroli nad swoim

życiem i mieniem. To nie tylko etycznie niewłaściwe, ale także narusza prawa seniora (Ziółkowska i Gronkiewicz, 2014, s. 17).

- 2) Sprawność/niepełnosprawność – stan sprawności tych osób mierzony jest czynnościami życia codziennego. Przykładowym testem, który pomaga ocenić stopień zdolności osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania, jest Skala Katza. Według Wirginii Cytowicz-Karpiłowskiej, Barbary Kazimierskiej i Agnieszki Cytowicz test ten pozwala ocenić kilka ważnych parametrów, takich jak zdolność do dbania o higienę osobistą, umiejętność samodzielnego ubierania się, mobilności (szczególnie w zakresie podstawowym), a także kontrolowania podstawowych czynności fizjologicznych. W przypadku udanej samodzielności w danej dziedzinie, badana osoba otrzymuje 1 punkt, a w przypadku braku samodzielności 0 punktów. Wyższa punktacja końcowa wskazuje na większą ogólną sprawność czynnościową. Ten test jest prosty w zastosowaniu, umożliwia szybką ocenę poziomu funkcjonalności i zależności od pomocy innych osób (Cytowicz-Karpiłowska, Kazimierska i Cytowicz, 2009, s. 80).

Innym przykładem narzędzia służącego do oceny samodzielności osób starszych jest Wskaźnik Funkcjonalny RETPY. Składający się z 15 punktów test ocenia różne elementy funkcjonalności, takie jak sprawność układu moczowo-płciowego, samoobsługa, zdolność do poruszania się, mobilność oraz komunikacja słowna (Cytowicz-Karpiłowska, Kazimierska i Cytowicz, 2009, s. 89-90).

Według Renaty Bogusz i in. badaczy młodsza część populacji zazwyczaj cieszy się lepszym stanem zdrowia i wykazuje wyższą sprawność fizyczną w porównaniu do osób starszych. Jednak charakterystyczną cechą starzejącej się populacji jest występowanie wielu chorób przewlekłych, co jest określane jako polipatologia. Oznacza to, że osoby w wieku 70 lat i starsze często cierpią jednocześnie na trzy lub więcej przewlekłych schorzeń. Ten stan, połączony z naturalnym procesem starzenia organizmu, może znacząco ograniczać zdolność do wykonywania codziennych czynności życiowych i prowadzić do utraty niezależności funkcjonalnej. W wielu przypadkach osoby starsze potrzebują wsparcia ze strony rodziny lub profesjonalnych opiekunów, a nawet mogą być zmuszone do zamieszkania w placówkach opieki długoterminowej (Bogusz i in., 2013, s. 518).

- 3) Retrospektywny przegląd życia/bilans życiowy – zdaniem Piotra Olesia, bilans życia „to całościowe podsumowanie, w jakim stopniu życie było udane, sensowne i szczęśliwe” (Oleś, 2007, s. 119-127). Oznacza to, że bilans życia to subiektywna ocena

i podsumowanie swojego życia przez jednostkę w określonym momencie, zwykle w późniejszych etapach życia, takich jak starość lub schyłek życia. Jest to próba zrozumienia, co osoba osiągnęła, jakie doświadczenia przeszła i jakie wnioski wyciągnęła z przeżytych lat.

Bilans życia może obejmować różne dziedziny życia, w tym karierę zawodową, życie rodzinne, edukację, osobiste pasje i zainteresowania, zdrowie i kondycję fizyczną, relacje społeczne, osiągnięcia osobiste, duchowość i sens życia, osiągnięcia materialne, a także zdolność do życia w zgodzie ze swoimi wartościami.

Bilans życia pomaga jednostce zrozumieć, co uważa za najważniejsze w życiu, co jest źródłem satysfakcji, a co może wymagać zmian lub bardziej skoncentrowanego wysiłku. To także okazja do refleksji nad przeszłością, do dzielenia się mądrością nabytą na przestrzeni lat i do rozważania, jak spędzić pozostały czas życia w sposób satysfakcjonujący i pełen sensu.

Bilans życiowy, znany również jako retrospektywny przegląd życia, Zych wyjaśnia jako proces analizy i samooceny własnej przeszłości dokonywanej przez jednostkę. Jest to sposób, w jaki jednostka układa i interpretuje swoje doświadczenia w kontekście swojego życia (Zych, 2017b, s. 149).

Stanisława Steuden uważa, że bilans życia, czy to z pozytywnym, czy to z negatywnym rezultatem, będzie miał znaczny wpływ na poziom poczucia godności jednostki. Poczucie godności odnosi się do szacunku i szanowania samego siebie, zaufania do swoich umiejętności oraz pełnej akceptacji samego siebie (Steuden, 2014, s. 111-113). Bilans życiowy, jak tłumaczy Szmigielska, to postawa jednostki wobec własnego życia, często określana przez poczucie jakości życia. Poza tym jest to zjawisko nasilające się zazwyczaj w późnej dorosłości. Osoby starsze dokonują oceny swojego dotychczasowego życia, a ogólna ocena własnego życia zależy od osiągnięcia ważnych celów, poziomu dojrzałości społeczno-emocjonalnej oraz obecnej sytuacji życiowej (Szmigielska, 2009, s. 44).

Paweł Izdebski i Anna Polak twierdzą, że pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia, a także między różnymi rodzajami wykonywanej pracy istnieją istotne statystycznie różnice w poziomie bilansu życiowego. Osoby z wykształceniem średnim i wyższym wykazują tendencję do bardziej pozytywnego bilansu życiowego w porównaniu do osób o wykształceniu podstawowym i zawodowym. Ponadto stwierdzono, że rodzaj wykonywanej pracy ma wpływ na poziom bilansu życiowego,

gdzie bardziej pozytywny bilans życiowy występuje u osób, które w przeszłości wykonywały prace o charakterze umysłowym (Izdebski i Polak, 2005, s. 190).

Podczas badań własnych w DPS L1 i DPS CH2 poznałem tylko jedną osobę, która podsumowała swoje życie jako udane, chociaż często było skomplikowane i trudne, ponieważ przypadało na okres zaraz po II wojnie światowej. Jednak ta mieszkanka podkreślała swoje zaangażowanie w pracę zawodową, poświęcenie się rodzinie, opowiadała o własnych osiągnięciach, takich jak nagrody ufundowane przez ministra edukacji, czy udanym związku małżeńskim. Z szacunkiem wypowiadała się także o swoich rodzicach i innych etapach swojego życia. Pozostali mieszkańcy, w przeważającej większości przypadków, niechętnie opowiadali o swojej przeszłości. Jeśli opowiadali, to były to historie niegodne do naśladowania. Wielu z nich nie posiadało żadnego majątku ani wyjątkowych osiągnięć w swoim życiu. Przeważnie żyli chwilą i akceptowali życie takim, jakie ono było. Ta grupa głównie składała się z osób o niskim wykształceniu i często wykazywała roszczeniowe postawy.

- 4) Godność człowieka – Koziński uważa, że źródłem, z którego współczesny człowiek coraz częściej czerpie poczucie godności, jest twórczość. Żyjemy w epoce, w której działalność twórcza uległa znacznej demokratyzacji. Oryginalne pomysły i dzieła mogą rodzić się nie tylko w literaturze czy nauce, ale także w wychowaniu, administracji czy sporcie. Dla osiągnięcia i umocnienia swojej godności jednostka musi zaakceptować określony styl życia. Jest to styl człowieka aktywnego, który potrafi skutecznie dążyć do swoich celów, rozwiązywać konflikty moralne i sprzyja postawie twórczej. Walka o ludzką godność toczy się na wielu frontach. Jednym z nich jest nasze staranne dążenie do rozwijania humanistycznych wartości w zakresie szerokiej sieci instytucjonalnej (Koziński, 1977, s. 7-56).

W trakcie prowadzonych badań naukowych w DPS L1 i DPS CH2 miałem okazję poznać kilka osób, które w swoim postępowaniu i zachowaniu wykazywały cechy zgodne z opisem Kozińskiego. Warto przyrzeć się bliżej tym osobom i ich historiom, aby lepiej zrozumieć, w jaki sposób poczucie godności i aktywność twórcza kształtują życie seniorów w placówkach opiekuńczych.

Jedną z tych osób to Pani Maria, która w wieku 75 lat nadal angażowała się w organizację różnych wydarzeń kulturalnych dla mieszkańców DPS L1. Pomimo ograniczeń zdrowotnych, Pani Maria nieustannie dążyła do tworzenia atmosfery pozytywnej i aktywnej. Organizowała wieczory poezji, wystawy prac plastycznych

i zajęcia z muzykoterapii. Dla niej twórczość stała się sposobem wyrażania siebie i tworzenia wartościowych chwil dla innych mieszkańców.

Innym przykładem jest Pan Waldemar, emerytowany nauczyciel, który prowadził lekcje historii i literatury dla zainteresowanych mieszkańców. Dzięki swojej wiedzy i pasji, Pan Waldemar stwarzał możliwość nauki i rozwijania zainteresowań innym mieszkańcom, co wpływało pozytywnie na ich poczucie własnej wartości.

Te przykłady pokazują, że w placówkach opiekuńczych istnieje grupa mieszkańców, którzy nie tylko zachowują poczucie godności, ale także aktywnie przyczyniają się do tworzenia inspirującej i kreatywnej atmosfery. Ich zaangażowanie w działalność twórczą jest nie tylko źródłem satysfakcji dla nich samych, ale również inspiracją dla innych mieszkańców. W ten sposób godność i aktywność twórcza stają się integralną częścią życia osób starszych żyjących w placówkach opiekuńczych.

Ireneusz Świtała uważa, że godność człowieka jest fundamentem dla humanistycznych rozważań nad etycznym zachowaniem człowieka – podstawą etyki normatywnej. Godność człowieka reprezentuje najwyższą wartość, pełniąc funkcję obiektywnej normy moralnej i jest elementem moralnym osobowości, który umożliwia kształtowanie tożsamości i jej rozwijanie się (Świtała, 2017, s. 7).

Według Janusza Mariańskiego godność każdego człowieka i traktowanie go jako cel, a nie środek – to fundamentalny aksjomat moralny płynący z etyki humanistycznej (Mariański, 2000, s. 166).

Zdaniem Alicji Żywczok, w dziedzinie nauk pedagogicznych „godność” jest pojęciem obejmującym zarówno poczucie własnej wartości, jak i szacunek dla godności drugiego człowieka. To podstawowa zasada etyczna, ideał moralny, a także cel wychowania jednostek. Stanowi również postawę wychowawczą, będącą nośnikiem innych powszechnych wartości, takich jak tolerancja, sprawiedliwość, wierność sobie, akceptacja oraz znaczenie samego człowieczeństwa (Żywczok, 2006, s. 70-80).

- 5) Samotność i osamotnienie oraz relacje z bliskimi – według Świtały poza stanem zdrowia i indywidualnym doświadczeniem starzenia się, istnieje jeszcze jeden ważny element wpływający na jakość przeżywanego starości – stopień izolacji społecznej i uczucie samotności (Świtała, 2017, s. 16). W procesie starzenia wiele osób doświadcza narastającej samotności, która może znacząco wpłynąć na ich ogólne poczucie godności i satysfakcji z życia. Samotność w starości może wynikać z wielu czynników. W miarę jak bliscy, przyjaciele i rodzina odchodzą lub sami przechodzą

proces starzenia się, osoba starsza może zacząć odczuwać utratę ważnych relacji społecznych. Dodatkowo ograniczenia zdrowotne i mobilności mogą utrudniać nawiązywanie nowych kontaktów i uczestniczenie w społeczeństwie. Uczucie samotności nie zawsze zależy od ilości obecnych ludzi w życiu osoby starszej. To bardziej kwestia jakości relacji i głębokości interakcji z innymi. Dla wielu seniorów jakość relacji społecznych jest istotnym czynnikiem wpływającym na ich poczucie godności. Dobre relacje, zrozumienie i wsparcie ze strony innych mogą pomóc złagodzić uczucie samotności i stworzyć warunki do bardziej godnego przeżycia starości. Wynika to z tego, że wspieranie osób starszych w utrzymaniu aktywności społecznej, nawiązywaniu nowych relacji i uczestnictwie w społeczności może być istotnym elementem dbania o ich godność w procesie starzenia się. Pomoc w zwalczaniu samotności, zarówno przez bliskich, jak i przez instytucje społeczne, może znacząco wpłynąć na jakość życia seniorów i umożliwić im godne przeżycie starości.

Przedstawiona problematyka dotycząca stopnia samotności i osamotnienia na przeżywanie starości z godnością była powszechnie widoczna i istotna we wszystkich badanych ośrodkach. Analiza zbieranych danych oraz obserwacje przeprowadzone w DPS L1 i DPS CH2 wyraźnie ujawniły, że te elementy miały zdecydowany wpływ na jakość życia mieszkańców.

Wielu mieszkańców wyczekiwało swoich najbliższych, siedząc na ławce przed ośrodkiem, a gdy przybyli spędzali ze sobą kilka godzin w różnych miejscach. W DPS L1 była możliwość spacerowania po terenie, np. po alejkach, w rejon oczka wodnego, ale także można było skorzystać z miejsc specjalnie przygotowanych dla rodzinnych spotkań. W DPS CH2 takie sytuacje zdarzały się bardzo rzadko.

Agata Picheń uważa, że osoby starsze w dzisiejszym świecie często doświadczają silnego poczucia samotności. To zjawisko wynika często z utraty swojego miejsca w rodzinnych domach, braku zrozumienia, odrzucenia i izolacji. Starzy ludzie stopniowo tracą kontakt z otaczającym ich światem, zamykając się wewnątrz własnego świata wspomnień (Picheń, 2015, s. 164).

Stan zdrowia stanowił jedno z najważniejszych wyzwań, z którymi muszą zmierzyć się osoby starsze w badanych instytucjach. Przewlekłe choroby, ograniczenia fizyczne i związane z nimi trudności w codziennym funkcjonowaniu wpływały na poczucie godności i samodzielności pensjonariuszy. Osoby o lepszym zdrowiu wykazywały większą aktywność i zadowolenie z życia, co wpływało na ich dobrostan. Sposób, w jaki osoby starsze doświadczały procesu starzenia się, również

miał istotne znaczenie. Aktywne podejście do starości, dążenie do rozwoju osobistego, podtrzymywanie relacji społecznych i okazywanie zrozumienia innym mieszkańcom przyczyniały się do budowania pozytywnego poczucia własnej wartości i godności. Jednym z najbardziej widocznych czynników była kwestia samotności i osamotnienia. Starzenie się często wiązało się z utratą bliskich i ograniczeniem relacji społecznych. To z kolei prowadziło do uczucia samotności, które negatywnie wpływało na ogólną jakość życia pensjonariuszy. Często byli to ludzie o niskim wykształceniu, którzy wykazywali roszczeniowe podejście do swojej sytuacji i pili dużo alkoholu.

Osoby starsze z problemem nadużywania alkoholu wykazywały wyraźny brak cierpliwości i nie oczekiwały na nikogo, skupiając się na swoim alkoholowym nałogu. Osoby te spędzały większość czasu w swoim zamkniętym gronie, sporadycznie wychodząc do innych mieszkańców placówki. Niemniej jednak otoczenie często wykazywało pełne zrozumienie i akceptację dla nich. Ich głównym celem i zmartwieniem było oczekiwanie na kolejną dostawę alkoholu, co sprawiało, że inne sfery życia wydawały się tracić na znaczeniu i były pomijane.

W procesie starzenia się warto zwracać uwagę na te czynniki, które wpływają na zachowanie poczucia godności u osób starszych. Należy podejmować starania, aby wspierać ich zdrowie, aktywność i relacje społeczne, tworząc tym samym warunki do jak najbardziej godnego przeżycia starości.

- 6) Wielkanocne babki, świąteczni dziadkowie – Picheń przytoczyła wypowiedź jednej z pielęgniarek sprawującej opiekę nad osobami starszymi w szpitalu, opowiadała ona o ludziach, którzy chcieli wyjechać na urlop i dopuścili się zaniedbań wobec osoby będącej pod ich opieką. Dobrze znanym problemem jest „podrzucanie rodziców” do szpitali, aby odpocząć i wyjechać na urlop. Takie działanie stanowi chwilową ulgę dla rodziny. „Nie dają pić. Dochodzi do zaburzeń elektrolitowych. Wzywają pogotowie. Wiadomo, że trzeba takiego starszego, odwodnionego człowieka zabrać do szpitala i podać mu kroplówkę” (Picheń, 2015). Oznacza to, że działanie opiekunów osób starszych jest celowe, aby pozbyć się podopiecznego i bezpiecznie, bez obciążeń finansowych wyjechać na urlop.

Zaniedbania w podawaniu płynów seniorom prowadzą do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Odwodnienie jest częstym problemem wśród starszych osób. Kiedy nie dostają odpowiedniej ilości płynów, może dojść do zaburzeń elektrolitowych, które zagrażają zdrowiu i życiu. W takich sytuacjach często konieczne jest wezwanie

pogotowia. Lekarze wiedzą, że w przypadku odwodnienia konieczne jest natychmiastowe podanie płynów, często za pomocą kroplówki, aby przywrócić odpowiednie nawodnienie i uniknąć poważnych powikłań. Dlatego też nieodpowiednie traktowanie starszych osób i zaniedbanie w kwestii podawania im płynów jest wyjątkowo niebezpieczne i wymaga natychmiastowej interwencji medycznej.

Człowiek stary i z ograniczeniami ruchowymi wymaga troski ze strony najbliższych. Jednocześnie może stać się ciężarem, którego najbliżsi chętnie się pozbywają, szczególnie wtedy, gdy człowiek stary stoi na przeszkodzie realizacji planów np. urlopowych. W DPS L1 mieszkało kilka osób, których pozbyto się z domu, bo przeszkadzali, a mogłyby funkcjonować w naturalnym środowisku pod „okiem” rodziny. W DPS CH2 nie było takiego przypadku, ponieważ większość mieszkańców to były osoby osamotnione ze względu na chorobą alkoholową.

Zdaniem Halickiego, teoria modernizacji skupia się na makrostrukturalnych uwarunkowaniach starzenia się ludzi w różnych społeczeństwach. Jest to perspektywa funkcjonalistyczna, która sugeruje, że status osób starszych zależy od ich roli w rozwiniętych systemach społecznych. Zmiany w tych rolach związane są z poziomem industrializacji i modernizacji społeczeństwa.

Niniejsza teoria wyraża przekonanie, że status osób starszych jest odwrotnie proporcjonalny do stopnia zaawansowania technologicznego i społecznego danego społeczeństwa. W tradycyjnych, nieindustrialnych społeczeństwach osoby starsze często zajmują pozycje szanowane ze względu na swoją kontrolę nad zasobami oraz tradycyjną wiedzę. Jednak w społeczeństwach przemysłowych ich status może być niższy. Teoria modernizacji uwzględnia cztery ważne elementy modernizacji: technologię zdrowotną, technologię ekonomiczną, urbanizację oraz masową edukację. W wyniku tych zmian, status osób starszych w społeczeństwach rozwiniętych może ulec obniżeniu (Halicki, 2006, s. 259). Oznacza to, że osoby starsze mogą być pomijane i marginalizowane.

Pilch pojęcie marginalizacji utożsamia „z wykluczeniem i ekskluzją społeczną” (Pilch, 2004, s. 61). Oznacza to, że jest to proces, w którym jednostka lub grupa społeczna jest odrzucana, pomijana lub wyłączana z głównego nurtu społecznego życia. Marginalizacja może być wynikiem różnych czynników, takich jak niski status ekonomiczny, brak wykształcenia, niepełnosprawność, wiek, pochodzenie etniczne czy wiele innych.

Marginalizacja oznacza, że jednostka lub grupa traci dostęp do podstawowych korzyści społecznych, takich jak praca, edukacja, opieka zdrowotna czy aktywność społeczna. Stanowi to naruszenie podstawowych praw i może prowadzić do izolacji społecznej, ubóstwa i bezradności. Dla osób starszych marginalizacja może oznaczać wykluczenie ze społeczeństwa na skutek starzenia się, ograniczeń zdrowotnych i społecznych. To powoduje, że osoby starsze często doświadczają braku szans na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, co wpływa na ich poczucie godności i samowartości. Marginalizacja to złożony proces, który wymaga analizy i działań mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz przywrócenie jednostkom i grupom społecznym pełni uczestnictwa w życiu społecznym.

Zdaniem Trafiałek, marginalizacja stanowi proces, w wyniku którego jednostka zostaje wyłączona na margines życia społecznego, co skutkuje pozbawieniem jej szansy na uczestnictwo w różnych grupach, społecznościach, korzystanie z dostępnych instytucji, a także uczestniczenie w różnorodnych interakcjach społecznych sprzyjających jej rozwojowi. Ekskluzja natomiast definiowana jest jako odmowa przyznania określonych praw społecznych lub możliwości ich wykorzystania przez konkretne osoby lub grupy, takie jak bezrobotni, bezdomni, osoby żyjące w ubóstwie, osoby z niepełnosprawnościami, byli więźniowie, osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale także osoby o słabym wykształceniu, bezradne, osoby starsze w złym zdrowiu, a także te, które stygmatyzowane są jako aspołeczne (Trafiałek, 2003c, s. 24). Szatur-Jaworska bada korzenie społecznej marginalizacji ludzi starszych i wyodrębnia następujące czynniki i procesy wpływające na ten stan:

- redukcja niezależności w codziennym życiu, co często wynika z przewlekłych chorób i ograniczeń zdrowotnych występujących u znacznej części seniorów;
- niskie wykształcenie, co często prowadzi do ograniczonej wiedzy na temat dostępnych instytucji wsparcia i praw;
- odmienna ocena dorobku życiowego starszych pokoleń w wyniku transformacji ustrojowej, co skłania wiele osób do wycofania się z aktywnego życia społecznego;
- warunki na rynku pracy, które często zmuszają osoby starsze do ustępowania miejsca młodszym pracownikom;
- komercjalizacja kultury masowej i komunikacji społecznej, która marginalizuje starość jako temat mało atrakcyjny i nieprzynoszący zysków;

- kultura młodości dominująca w kulturze współczesnej, co prowadzi do wykluczenia obrazu starości i śmierci zarówno z twórczości, jak i świadomości młodszych pokoleń (Szatur-Jaworska, 2004, s. 70-71).

Grażyna Orzechowska zauważa, że trudna sytuacja polskich seniorów jest jednym z głównych czynników utrudniających dostęp do wielu dziedzin życia. Dodatkowo, ze wzrostem wieku, zmniejsza się zdolność adaptacyjna, co może skutkować obawami przed kontaktem z coraz mniej zrozumiałym otoczeniem. Orzechowska podkreśla, że to często prowadzi do dobrowolnej izolacji społecznej, ale również może skutkować odrzuceniem tej grupy przez innych ludzi (Orzechowska, 2007, s. 16).

Zespół słabości, znany także jako zespół kruchości lub zespół wyczerpania rezerw, jest wynikiem złożonych oddziaływań zachodzących w procesie starzenia się organizmu. Przejawia się on wyczerpywaniem się fizjologicznych zapasów (reakcja na stres), co skutkuje zaburzeniem równowagi organizmu, zakłóceniami w funkcjonowaniu wielu narządów, wzrostem zachorowalności oraz śmiertelności wśród osób starszych (Clegg i in., 2013; Morley i in., 2013; Xue, 2011).

Szacuje się, że w grupie podatnej na ten zespół może znaleźć się aż połowa osób powyżej 85. r.ż. (Clegg i in., 2013).

- 7) Choroba, ból i cierpienie – w podeszłym wieku, po osiągnięciu 80. r.ż., zwykle towarzyszy wielochorobowość. Często występują choroby reumatyczne, zespół otępienny, obniżona odporność organizmu, a także ryzyko wystąpienia nowotworów, czemu nierzadko towarzyszą ból i cierpienie. Warto zdać sobie sprawę, że starość w zaawansowanym wieku często jest związana z koniecznością radzenia sobie z różnymi schorzeniami, co może znacząco wpłynąć na jakość życia. Dom pomocy społecznej to instytucja pomocowa, która działa na podstawie odpowiednich aktów prawnych. Do głównych dokumentów regulujących jej działalność należą Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Te akty precyzyjnie określają zakres działania i wymagania, jakie musi spełniać placówka działająca jako dom pomocy społecznej. To oznacza, że w przypadku niespełnienia jakiegokolwiek warunku określonego w Ustawie o pomocy społecznej, placówka nie mogłaby zostać wpisana do rejestru domów pomocy społecznej przez odpowiedniego wojewodę (Miaskowska-Daszkiewicz, 2014, s. 21).

Każdą instytucję tworzą ludzie, zarówno ci, którzy w niej pracują, jak i ci, którzy korzystają z jej usług. W każdym kraju opieka instytucjonalna nad osobami starszymi może mieć inny charakter. W Polsce istnieją placówki, w których mieszkańcy mają tylko jednoosobowe pokoje, ale są również takie placówki, w których kilka osób dzieli wspólną przestrzeń. Zapewnienie pensjonariuszom pewnej prywatności może wpływać na ich komfort życia.

Wiesława Walkowska przywołuje standardy domów opieki w Finlandii, które według niej są bardzo wysokie. Twierdzi, że każdy starszy człowiek zamieszkujący dom opieki ma zagwarantowany osobny pokój z łazienką przystosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ten pokój to swoiste schronienie, miejsce, gdzie można przechowywać swoje osobiste rzeczy, obrazy rodzinne, książki oraz inne ważne pamiątki. Pokoje wychodzą na przestronne korytarze, które wyposażone są w miejsca do towarzyskich spotkań, wyposażone w sofy, fotele i telewizory. Wzdłuż korytarzy znajdują się niewielkie kuchenne aneksy z podstawowym wyposażeniem do przygotowywania napojów lub przyjmowania gości. Wszystko jest dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, umożliwiając swobodne poruszanie się na wózkach inwalidzkich. W ośrodku dostępne są specjalne pomieszczenia do terapii, ćwiczeń i aktywności rekreacyjnych, pozwalające starszym osobom utrzymać dobrą kondycję zarówno fizyczną, jak i psychiczną. Na parterze znajdują się werandy wyposażone w stoły, ławki i atrakcyjne ogrody do spacerów i relaksu (Walkowska, 2015, s. 134). Oznacza to, że standardy opieki w fińskim systemie opieki ukierunkowano na komfort życia w instytucji totalnej, w której mieszkańcy spędzają czas.

Zdaniem Marty Rajczykowskiej, istnieje wiele czynników wpływających na odpowiednie otoczenie dla osób starszych, a istotnym jest wybór lokalizacji. Ośrodek usytuowany w spokojnej okolicy, blisko osiedla mieszkaniowego, oferuje poczucie bezpieczeństwa i umożliwia zachowanie niezależności poprzez dostęp do podstawowych usług i sklepów. Ważną kwestią jest otoczenie, ale również bliskość kościoła, ponieważ, według danych Głównego Urzędu Statystycznego (2013), ponad 87% populacji w Polsce zadeklarowało przynależność do Kościoła katolickiego obrządku łacińskiego, a w przypadku osób starszych ten odsetek jest jeszcze wyższy (Rajczykowska, 2015, s. 176).

Domy pomocy społecznej w Polsce często opierają się na przekształconych budynkach, takich jak pałace po zlikwidowanych państwowych gospodarstwach rolnych (PGR), szkoły, jednostki wojskowe, internaty, ośrodki służby zdrowia itp.

Wielokrotnie te obiekty nie spełniają współczesnych standardów czy też potrzeb i wymagają znaczącej przebudowy. Charakteryzują się ciasnymi korytarzami, ograniczoną ilością łazienek i toalet, a także wieloosobowymi salami, które nie zawsze zapewniały odpowiednie warunki. Jednak wraz z rozwojem społecznym i gospodarczym Polski, Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej zostały wprowadzone nowe standardy.

Obecnie projektuje się nowoczesne placówki opiekuńcze w niskiej zabudowie, które skupiają się na zapewnieniu pensjonariuszom komfortu życia i bezpieczeństwa. To miejsca, gdzie tworzona jest specjalna strefa prywatna, półprywatna oraz ogólnodostępna. Te nowe inwestycje są zaprojektowane z myślą o zaspokojeniu współczesnych potrzeb osób starszych, co jest znacznym krokiem naprzód w porównaniu z przestarzałymi budynkami z przeszłości.

Rajczykowska za przykład takiego ośrodka podaje DPS w Gliwicach, którego obiekt jest dostosowany do wielu grup użytkowników, w tym mieszkańców, personelu, odwiedzających i seniorów spoza placówki. Poszczególne przestrzenie i usługi są także otwarte dla osób spoza placówki. Oferuje on obszar ogólnodostępny, obejmujący strefę wejściową z bufetem, poczekalnią i toaletami, a także strefę rehabilitacyjną z gabinetami lekarskimi i salami zabiegowymi. To podejście umożliwi placówce funkcjonowanie jako specjalistyczne centrum medyczne dla osób starszych. Kolejną ważną kwestią jest podział na przestrzenie półprywatne, służące potrzebom mieszkańców i personelu, a jednocześnie z ograniczonym w pewnym stopniu dostępem dla osób z zewnątrz. Ta strefa obejmuje przestrzeń dzienną, miejsce odwiedzin, a także różne udogodnienia, takie jak kaplica, biblioteka, sala terapii zajęciowej itp. Strefa prywatna to przede wszystkim obszar zamieszkania dla pensjonariuszy, dostępny wyłącznie dla wybranego personelu opiekuńczego i zaproszonych gości. Składa się głównie z jednoosobowych i dwuosobowych pokoi, łazienek oraz wspólnych stref rekreacyjnych. Pokoje mieszkańców są zaprojektowane z myślą o wschodzącym i zachodzącym słońcu, co pozwala na optymalne oświetlenie pomieszczeń. Zwraca się uwagę na dostęp do zieleni, stąd większość pokoi posiada balkony, a cała przestrzeń prywatna jest bezpośrednio połączona z ogrodem wewnętrznym. Wystrój pokoi jest pomyślany tak, aby mieszkańcy mogli personalizować swoje przestrzenie i nadać im przytulny, domowy charakter zgodnie ze swoimi upodobaniami (Rajczykowska, 2015, s. 179).

Dłuższe trwanie życia człowieka często prowadzi do zwiększenia zakresu doświadczanych cierpień i ograniczeń, zwykle na skutek przewlekłych schorzeń i patologicznych zmian w organizmie, które wywołują ból, a czasem prowadzą do utraty pamięci i obniżenia zdolności intelektualnych (Ostrzeżek i Kocur, 2001, s. 32). Istnienie wielu chorób i ich przewlekły charakter, wraz z tendencją do występowania dodatkowych problemów zdrowotnych i powikłań, generuje potrzebę zwiększonej opieki medycznej o specjalnym charakterze skierowanej do osób starszych (Chabior, 2000, s. 29).

W domach pomocy społecznej choroby, ból i cierpienie mogą stanowić znaczne wyzwania. Pensjonariusze w takich placówkach często zmagać się muszą z różnymi schorzeniami, bólem wynikającym z chorób przewlekłych albo związanych z procesem starzenia się. Wielu z nich potrzebuje stałej opieki medycznej i pielęgniarstwa. Choroba i ból często wpływają na komfort życia mieszkańców DPS. Dla niektórych może to oznaczać ograniczenie samodzielności, utratę mobilności, a nawet konieczność hospitalizacji. Regularna opieka medyczna, stosowanie odpowiednich leków oraz terapie rehabilitacyjne pomagają w łagodzeniu bólu i minimalizowaniu negatywnych skutków chorób. Cierpienie związane z chorobami czy utratą zdolności może być trudne zarówno dla samych pensjonariuszy, jak i ich rodzin. Warto dążyć do zapewnienia im wsparcia psychicznego i emocjonalnego. Dobre relacje z personelem, aktywności rekreacyjne, terapie zajęciowe i społeczność mieszkańców mogą pomóc w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z chorobami i bólem. DPS stara się dostosować opiekę do indywidualnych potrzeb swoich mieszkańców, co obejmuje łagodzenie bólu i cierpienia, zapewniając jednocześnie jak najwyższą jakość życia w takim środowisku.

Doświadczenia, które wyniosłem z pobytu w DPS L1, DPS CH2 i innych ośrodkach opiekuńczych dostarczyły mi wielu cennych nauk i wniosków, które poszerzyły moją wiedzę oraz pomogły w zrozumieniu sytuacji, w jakiej znaleźli się mieszkańcy DPS. Opieka medyczna w DPS jest prowadzona systematycznie i skupia się na wszystkich mieszkańcach, zwłaszcza tych, którzy zmagają się z chorobami terminalnymi lub nowotworowymi. Specjalna uwaga jest poświęcana pacjentom cierpiącym. W przypadku pacjentów bólowych, stosowane są leki przeciwbólowe, włączając leki o działaniu opioidowym, zgodnie z zaleceniami wydanymi przez lekarza. Leki te są podawane z należytą ostrożnością i z poszanowaniem przepisów regulujących ich stosowanie.

Dodatkowo w placówce dba się o zapewnienie odpowiedniego wsparcia i opieki pielęgniarskiej, aby zapewnić mieszkańcom jak najlepszą jakość życia, zwłaszcza w obliczu chorób przewlekłych i terminalnych. To obejmuje monitorowanie stanu zdrowia, stosowanie odpowiednich terapii i rehabilitacji oraz zapewnienie komfortu pacjentom, włączając odpowiednie warunki higieniczne i komfort psychiczny. Całość opieki medycznej w DPS jest dostosowana do indywidualnych potrzeb i stanów zdrowia mieszkańców, zapewniając im godne i jak najbardziej komfortowe życie w tej placówce.

Pacjent, u którego istnieje podejrzenie lub diagnoza poważnej choroby, jest niezwłocznie poddawany odpowiednim procedurom medycznym i opiekuńczym w DPS. Proces ten obejmuje wiele postaci, w tym:

- szybkie diagnozowanie – gdy pojawi się podejrzenie poważnej choroby, takiej jak nowotwór lub inna groźna jednostka chorobowa, personel medyczny przeprowadza niezbędne badania i testy diagnostyczne. Celem jest jak najszybsze ustalenie diagnozy;
- konsultacja specjalistyczna – jeśli diagnoza lub podejrzenie choroby jest potwierdzone, pacjent jest kierowany na konsultację do odpowiedniego specjalisty. To lekarz specjalista jest w stanie udzielić fachowej oceny i zaleceń dotyczących dalszego leczenia i opieki;
- leczenie – w zależności od diagnozy i zaleceń lekarza specjalisty, podejmuje się stosowne środki lecznicze. Mogą to być terapie farmakologiczne, terapie chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia lub inne metody leczenia, dostosowane do potrzeb pacjenta;
- monitorowanie i opieka pielęgniarska – w trakcie leczenia pacjent jest stale monitorowany przez personel medyczny. To obejmuje zarówno kontrolę postępu leczenia, jak i zarządzanie ewentualnymi skutkami ubocznymi. Pielęgniarki i personel opiekuńczy biorą na siebie zapewnienie, że pacjent otrzymuje odpowiednią pielęgnację;
- hospitalizacja w razie potrzeby – w przypadku gdy stan pacjenta wymaga specjalistycznej opieki i procedur dostępnych tylko w szpitalu, pacjent jest kierowany na hospitalizację. W szpitalu może otrzymać bardziej intensywne leczenie i monitorowanie;
- wsparcie emocjonalne – w trudnych sytuacjach zdrowotnych, pacjenci potrzebują nie tylko opieki medycznej, ale również wsparcia emocjonalnego. Personel

medyczny i psychologowie w DPS zapewniają pacjentom wsparcie w radzeniu sobie z emocjami i stresującymi sytuacjami związanymi z chorobą.

Wszystkie te kroki mają na celu zagwarantowanie jak najlepszej opieki medycznej i wsparcia pacjentowi w obliczu poważnej choroby. Współpraca z lekarzami specjalistami i dostęp do kompleksowych procedur diagnostycznych i leczniczych są ważne w tym procesie.

Opieka nad mieszkańcami będącymi w stanach agonalnych odzwierciedla poszanowanie dla praw pacjentów i ludzkie podejście w placówkach opiekuńczych.

W takich przypadkach istotne jest zapewnienie pacjentowi jak największej kontroli nad swoją sytuacją i umożliwienie mu godnego przejścia przez ten trudny okres.

Do niniejszego wsparcia można zaliczyć następujące elementy:

- opieka paliatywna – w przypadku pacjentów w stanach agonalnych istotne jest, aby zapewnić odpowiednią opiekę paliatywną, czyli opiekę skupiającą się na złagodzeniu dolegliwości, utrzymaniu komfortu i wsparciu emocjonalnym. Opieka paliatywna może być dostarczana w miejscu zamieszkania pacjenta, co pozwala mu na spędzenie czasu w znanym jemu środowisku;
 - wsparcie rodziny – w takich sytuacjach ważne jest również zaangażowanie rodziny lub bliskich pacjenta. Pozwala to na stworzenie atmosfery wsparcia i życzliwości wokół pacjenta w jego ostatnich chwilach;
 - zapewnienie komfortu – personel medyczny w ośrodkach paliatywnych dobrze rozumie potrzebę zapewnienia pacjentom jak największego komfortu. Obejmuje to zarówno kontrolę bólu, jak i zapewnienie spokoju i atmosfery;
 - etyka opieki paliatywnej – zakłada, że pacjent ma prawo do wyboru, jak i gdzie chce spędzić swoje ostatnie chwile. Personel jest przeszkolony, aby szanować te wybory i dostosować opiekę do preferencji pacjenta;
 - monitorowanie stanu pacjenta – pomimo dążenia do zapewnienia komfortu i umożliwienia pacjentowi umierania w otoczeniu swojego wyboru, personel medyczny stale monitoruje stan pacjenta, aby w razie potrzeby dostosować opiekę.
- Należy podkreślić istotę humanitarnego podejścia do opieki nad osobami w terminalnym stadium choroby. Szanowanie ich wyborów i godności jest priorytetem w opiece paliatywnej.

Zapewnienie opieki stomatologicznej w DPS jest ważnym elementem opieki nad osobami starszymi. Opieka stomatologiczna może dotyczyć obszarów higieny jamy ustnej, takich jak:

- regularne wizyty stomatologiczne – zapewnienie systematycznych wizyt u lokalnego stomatologa jest istotne dla utrzymania zdrowia jamy ustnej pensjonariuszy. Wizyty te zazwyczaj obejmują nie tylko leczenie istniejących problemów stomatologicznych, ale także profilaktykę i edukację zdrowotną w zakresie higieny jamy ustnej;
- opieka stomatologiczna – osoby starsze często potrzebują opieki stomatologicznej specjalistycznej. Mogą mieć zaawansowane problemy stomatologiczne, takie jak protezy czy implanty, które wymagają stałego nadzoru i konserwacji. Organizowanie wizyt w klinikach specjalistycznych jest istotne w takich przypadkach;
- profilaktyka zdrowotna – edukacja w zakresie profilaktyki stomatologicznej jest niezwykle istotna. Pracownicy i personel medyczny w DPS podejmują działania na rzecz promocji prawidłowej higieny jamy ustnej, w tym regularnego mycia zębów, stosowania nici dentystycznej i płynów do płukania jamy ustnej;
- znaczenie zdrowia jamy ustnej – dobrze utrzymane zdrowie jamy ustnej ma wpływ na ogólny stan zdrowia. Przykładowo, infekcje w jamie ustnej mogą prowadzić do stanów zapalnych i wpływać na choroby układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego. Dlatego regularna opieka stomatologiczna jest ważna dla ogólnego dobrostanu seniorów;
- udogodnienia i dostępność – ośrodki opieki społecznej zapewniają dostępność do gabinetów stomatologicznych w pobliżu DPS, aby ułatwić pensjonariuszom dostęp do opieki.

Zadbanie o zdrowie jamy ustnej ma ogromne znaczenie dla jakości życia osób starszych, a systematyczna opieka stomatologiczna jest istotnym elementem opieki medycznej w ośrodkach opieki społecznej.

Mieszkańcy domu pomocy społecznej cieszą się pewnym stopniem autonomii i indywidualności, co jest ważne dla zapewnienia im jakości życia w takim środowisku.

Dla przykładu można podać kilka zagadnień dotyczących niniejszego tematu:

- ograniczenia i indywidualność – niemniej jednak przy zachowaniu indywidualności i samodzielności, konieczne jest określenie pewnych ograniczeń, zwłaszcza jeśli chodzi o zachowania, które mogą stanowić ryzyko dla zdrowia i życia innych mieszkańców. To jest wyważony proces, w którym zapewnienie mieszkańcom autonomii musi być zgodne z bezpieczeństwem ogólnym;

- konsumpcja alkoholu – wprowadzenie regulacji dotyczących konsumpcji alkoholu jest ważne. Picie alkoholu w umiarkowanych ilościach w prywatnych pokojach jest prywatną sprawą mieszkańców, ale istotne jest monitorowanie tego zjawiska, aby nie przekształciło się w nadużycie;
- palenie tytoniu – dla osób palących istotne jest, aby w ośrodku opieki społecznej istniały wyznaczone miejsca do palenia. Jednakże ze względu na negatywny wpływ palenia tytoniu na zdrowie, ośrodki opieki społecznej powinny również podejmować działania w celu zaprzestania palenia, jeśli osoby palące wyrażają taką chęć;
- bezpieczeństwo ogólne – należy podkreślić, że zachowania mieszkańców nie stanowią zagrożenia dla ogólnego bezpieczeństwa w ośrodku. Przede wszystkim jest to istotne w przypadku konsumpcji alkoholu, która może wpłynąć na zachowanie i interakcje z innymi mieszkańcami i personelem;
- wsparcie i edukacja – działania edukacyjne i wsparcie w zakresie zdrowego stylu życia oraz ograniczania nadużywania alkoholu i palenia tytoniu powinny być integralną częścią opieki w DPS. Pomoc w rozwoju nawyków i zachowań sprzyjających zdrowiu może znacząco wpłynąć na jakość życia seniorów.

Poza zapewnieniem mieszkańcom domów pomocy społecznej pewnego stopnia autonomii i indywidualności jest ważne dla ich samopoczucia, równie ważne jest ustalenie wyważonych zasad, które gwarantują bezpieczeństwo ogólne i dobrostan wszystkich mieszkańców.

- 8) Przemijanie i umieranie – Jan Paweł II nawiązując do życia ludzkiego, uważał, że „życie człowieka na ziemi [...] składa się z różnych etapów: człowiek rodzi się, rośnie, dochodzi do pełni, starzeje się i umiera. Trzeba nauczyć się przechodzić od jednego do drugiego etapu łagodnie, bez wstrząsów i znajdować sens każdego z nich, akceptując nieunikniony fakt stopniowej utraty sił fizycznych i psychicznych. Człowiek poddany jest czasowi, rodzi się i przemija w czasie. Dzień narodzin staje się pierwszą datą jego życia, a dzień śmierci ostatnią: alfa i omega, początek i koniec jego ziemskiego bytowania” (Jan Paweł II, 1999, s. 2). Powyższe stwierdzenie odnosi się do kwestii nietrwałości życia i potrzeby wykorzystywania go w pełni. Życie ludzkie jest kruche i krótkie. Mimo że jego dokładna długość jest nieznaną, każdy z nas wie, że kiedyś musi się zakończyć. To nieunikniona część ludzkiego bytu. Jesteśmy gośćmi na ziemi, a nasze życie jest krótkim przystankiem w wieczności. Ta chwila, która trwa przez kilka dziesięcioleci, jest naszą szansą na: doświadczanie,

rozwijanie się, miłość, naukę i tworzenie. Dlatego ważne jest, abyśmy mieli pełną świadomość nietrwałości życia i postanowili wykorzystać ten czas w sposób znaczący i wartościowy. Oznacza to dawanie wszystkiego, co mamy najlepszego. Wartości takie jak miłość, współczucie, dobroć, pracowitość i wiedza powinny być kierunkiem naszego działania. W ten sposób, gdy nadejdzie moment odejścia, będziemy mogli to zrobić w spokoju, wiedząc, że pozostawiliśmy po sobie ślad dobroci i pozytywnego wpływu na innych. Idea ta podkreśla znaczenie życia w zgodzie z własnymi wartościami i szanowanie czasu, jaki mamy. Życie jest darem, a naszym obowiązkiem jest czerpać z niego pełnię i tworzyć pozytywny wpływ na otaczający nas świat.

Zbigniew Waleszczuk uważa, że tylko człowiek, w przeciwieństwie do innych istot żywych na ziemi, wykazuje zdolność do refleksji, jest świadomy swojego bytu, zastanawia się nad problemami cierpienia, przemijania, kieruje pytania dotyczące swojego losu i poszukuje sensu swojego istnienia. W ten sposób wychodzi poza granice zwykłego bytowania, w których inne organizmy pozostają (Waleszczuk, 2014, s. 39).

Elżbieta Dubas twierdzi, że temat śmierci pozostaje nadal trudny do otwartej rozmowy, ponieważ brakuje akceptowanych sposobów na łagodzenie lęku przed nią. Proces instytucjonalizacji śmierci, widoczny w domach pomocy społecznej i szpitalach, wydaje się próbą wyeliminowania śmierci z prywatnej sfery, gdzie jej doświadczanie jest najbardziej osobiste i emocjonalne (Dubas, 2013, s. 147).

- 9) Czas pandemii – ten okres stanowił wyzwanie dla domu pomocy społecznej. Mieszkańcy placówki byli odizolowani od swoich najbliższych i żyli w obawie przed nową, nieznaną wcześniej chorobą zakaźną. Nowoczesne technologie i narzędzia do komunikacji internetowej przyniosły ulgę w tej sytuacji. Dzięki nim pensjonariusze mogli utrzymywać kontakt z rodzinami i być na bieżąco z wydarzeniami na zewnątrz. Czasem mieli okazję zobaczyć swoich bliskich przez szybę, chociaż nie byli w stanie z nimi rozmawiać. Niemniej jednak, wiele rodzin nie było w stanie znieść przymusowej izolacji i podejmowało decyzję o przeprowadzce swoich krewnych z powrotem do ich domu.

W trudnym okresie pandemii personel domu pomocy społecznej nie pozostawił mieszkańców samych sobie. Nadal towarzyszył im każdego dnia i kontynuował opiekę, tak jak to miało miejsce przed epidemią. Personel miał pełną świadomość, że jest niezastąpiony w trosce o pensjonariuszy, a brak tej opieki miałby poważne

konsekwencje. W wielu przypadkach poświęcenie personelu przekraczało granice zdrowego rozsądku. W praktyce oznaczało to, że gdy sami opiekunowie chorowali i nie chcieli narażać innych na ryzyko, często decydowali się na dobrowolne zamknięcie się w „strefie zamkniętej” razem z chorymi mieszkańcami, aby nadal zapewniać im opiekę. To był dowód na ogromne zaangażowanie personelu w dobro pensjonariuszy i gotowość do poświęceń w trudnych chwilach.

Grzebyk uważa, że radzenie sobie w trudnych sytuacjach, zwłaszcza tych, w których pojawia się realne zagrożenie dla życia lub zdrowia, to umiejętność niezwykle istotna, która nie jest powszechna. Kiedy sytuacja wymaga pilnej interwencji, aktywowany zostaje zespół interdyscyplinarny, który podejmuje działania ratunkowe (Grzebyk, 2021, s. 6).

Zdaniem Kubackiej-Jasieckiej celem interwencji jest zapewnienie ochrony życia i zdrowia. Dlatego szczególnego znaczenia nabierają osoby, które mogą udzielić pomocy i przyczynić się do przywrócenia stabilności w istotnych obszarach życia. Brak pomocy może skutkować najpierw zagrożeniem w sferze społecznej, a potem także biologicznej. To oznacza, że osoby gotowe do niesienia pomocy innym zajmują wyjątkową pozycję w kontekście społecznym. Ich działania przyczyniają się do zapewnienia bezpieczeństwa innych ludzi (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 152).

- 10) Godność – w zakresie poszanowania godności wobec mieszkańców Zuzanna Grabusińska uważa, że od kierownictwa DPS wymaga się znacznej zdolności do efektywnego zarządzania, a także umiejętności zrównoważonego zarządzania, uwzględniając rozmaite potrzeby i oczekiwania, czasem diametralnie różne, zarówno ze strony mieszkańców, jak i personelu. Wymaga to zdolności do harmonizowania różnych interesów i rozwiązywania trudnych sytuacji, co wymaga jednocześnie wyjątkowej wrażliwości na potrzeby innych ludzi, przejawiania empatii oraz codziennej troski o mieszkańców. Nie można również zapominać o personelu, który w bezpośrednim kontakcie z mieszkańcami stanowi ważne ogniwo zapewniające jakość opieki w ramach DPS (Grabusińska, 2013, s. 5).

Ines Bogdańska podkreśla istnienie problemu związanego z brakiem szacunku w sposobie zwracania się do mieszkańców domu opieki społecznej. Okazuje się, że sposób, w jaki personel odnosi się do seniorów, jest często pozbawiony właściwego szacunku. Nie jest to jedynie kwestia wykorzystania formy „ty”, która sugeruje brak osobistej troski, ale również wykorzystywania nieodpowiednich zdrobnień do imion, co może wprowadzać niepotrzebne infantylizowanie. Co istotne, jedynie pracownicy

mają przywilej zwracania się do mieszkańców po imieniu, bez względu na ich wiek, podczas gdy odwrotna sytuacja, gdzie mieszkańcy byliby uprawnieni do nazywania pracowników po imieniu, nie występuje. To prowadzi do sytuacji, które znacząco odbiegają od norm obowiązujących w innych miejscach (Bogdańska, 2019, s. 36).

W domu pomocy społecznej zabiegi pielęgnacyjne są wykonywane z najwyższą starannością i poszanowaniem pełnej intymności mieszkańca. To oznacza, że personel zapewnia profesjonalną opiekę, jednocześnie respektując prywatność i godność każdego mieszkańca. W trakcie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych stosuje się odpowiednie procedury, aby zadbać o higienę i zdrowie mieszkańców, minimalizując jednocześnie dyskomfort i zachowując pełen szacunek.

Każdy mieszkaniec ma prawo do godności i intymności, dlatego podczas zabiegów pielęgnacyjnych starannie dobiera się odpowiednią przestrzeń i dostosowuje procedury, tak aby nie naruszać tych praw. Personel jest przeszkolony, aby wykonywać te czynności z empatią i wrażliwością na potrzeby i preferencje każdej osoby, co sprawia, że proces pielęgnacyjny jest bardziej komfortowy i godny.

Oprócz samej higieny, zabiegi pielęgnacyjne obejmują również zmianę opatrunków, kontrolę parametrów zdrowotnych, podawanie leków, dbanie o wygodę seniorów, a także wszelkie inne czynności, które zapewniają pełen zakres opieki zdrowotnej i codziennego funkcjonowania. Wszystko to odbywa się w sposób staranny, profesjonalny i z pełnym poszanowaniem mieszkańców, ich potrzeb i życiowej prywatności.

- 11) Przestrzeń życiowa osób starszych – w rozumieniu psychologicznym termin „przestrzeń życiowa” został wprowadzona przez Kurta Lewina (1890–1947) na oznaczenie „pola psychicznego”, w którego skład wchodzi jednostka (jej cele, aspiracje, dążenia, zachowania) oraz jej otoczenie, czyli wszystkie stany rzeczy i inne osoby. W tej przestrzeni sytuują się zmienne współzależności, które w określonym momencie mogą istotnie zdeterminować zachowanie jednostki. Ograniczając badanie podmiotu jedynie do jego przestrzeni życiowej, Lewin zadowalał się wyjaśnieniem konkretnej sytuacji psychicznej. Uważał bowiem, że zbyt daleko wybiegające w przyszłość przewidywanie zachowań jest bezużyteczne, gdyż w każdej chwili jednostka może ulec wpływowi nieprzewidywalnych zdarzeń zewnętrznych. W potocznym rozumieniu przestrzeń życiowa to minimum obszaru potrzebnego człowiekowi do życia bądź przestrzeń, w której przebiega jego codzienne życie. W znaczeniu gospodarczym przestrzeń życiowa określana jest jako terytorium

uznawane za niezbędne dla istnienia albo samowystarczalności gospodarczej państwa (Zych, 2017b, s. 141).

Należy zaznaczyć, że typologia osób starszych w domach pomocy społecznej może być różnorodna, a każda osoba ma indywidualne potrzeby i historię życia. W zależności od konkretnej placówki, domy opieki społecznej mogą specjalizować się w obsłudze określonych grup lub oferować wszechstronne wsparcie dla różnych typów mieszkańców. Termin „przestrzeń życiowa” dotyczący domu pomocy społecznej jest używany do opisanego otoczenia wewnętrznego DPS, które jest zamieszkiwane przez konkretne środowisko ludzi. To otoczenie skupia się na mieszkańcach DPS i tworzy specyficzną grupę kulturową, na którą oddziałują różne jednostki w DPS. W skrócie, „przestrzeń życiowa” w placówce opiekuńczej odnosi się do życia codziennego, relacji międzyludzkich i kultury tworzonej przez mieszkańców DPS i personel. To jest wewnętrzna przestrzeń, w której te relacje i interakcje zachodzą, a która wpływa na życie i doświadczenia mieszkańców DPS.

Według Grabusińskiej, przestrzeń życia codziennego w domach pomocy społecznej można opisać jako koncentryczne kręgi, zaczynając od przestrzeni łóżka, przechodząc przez najbliższą przestrzeń życiową, taką jak pokoje mieszkalne, łazienki i pokoje dziennego pobytu, aż po bardziej odległe obszary wewnątrz i na zewnątrz budynku DPS. Rozmiar dostępnej przestrzeni życiowej zależy od stanu zdrowia i stopnia niepełnosprawności mieszkańca. Osoby, które z powodu swojego stanu zdrowia często leżą, ograniczone są do niewielkiej przestrzeni wokół łóżka. Przeważnie wszystkie codzienne czynności wykonywane są w łóżku albo w jego pobliżu. Zmiana pozycji zwykle zależy od potrzeb fizjologicznych, higieny lub opieki zdrowotnej, a jest to zawsze decyzja i działanie osób trzecich, takich jak personel lub rodzina (Grabusińska, 2013).

Danuta Parlak zauważa, że choć termin „przestrzeń życiowa” nie jest bezpośrednio zdefiniowany w polskim prawie, wiele kwestii związanych z tym pojęciem jest uwzględnianych w regulacjach prawnych. To dotyczy zwłaszcza warunków życia osób starszych w domach pomocy społecznej, gdzie wielu seniorów spędza znaczącą część swojego życia, często wieloletniego. Środowisko instytucji, w tym zarówno elementy społeczne, jak i materialne, a także sposób jej funkcjonowania mają wpływ na codzienne życie mieszkańców i jakość świadczonej opieki w warunkach instytucjonalnych (Parlak, 2000, s. 172).

Zdaniem Dubas, życie człowieka rozwija się w dwóch podstawowych sferach życiowych: zewnętrznej i wewnętrznej. Przestrzeń zewnętrzna, o charakterze materialnym, określa fizyczne terytorium, w jakim jednostka doświadcza swojego życia. Obejmuje ona wszystkie miejsca, czasy, sytuacje, fakty, przedmioty i osoby, z którymi jednostka ma styczność. Przestrzeń ta jest zmysłowa i da się potwierdzić jej fizyczne istnienie. Z kolei przestrzeń wewnętrzna to obszar, w którym zawarta jest cała biografia jednostki, jej przeżycia i zapamiętane wydarzenia. Tworzy ona tożsamość jednostki, podkreślając jej unikalność i odrębność względem innych ludzi, co buduje poczucie wartości, indywidualności, a także wolności osobistej. Bogata przestrzeń wewnętrzna chroni przed nudą, stagnacją, depresją, apatią, melancholią i izolacją. Sprzyja ogólnemu samopoczuciu i poprawia jakość życia. Brak wewnętrznej sfery może prowadzić do poczucia zagubienia, osamotnienia, obcości i pozbawienia sensu życia. Brak kontaktu ze swoim wnętrzem skutkuje uczuciem pustki, brakiem emocjonalnych więzi z innymi ludźmi i z samym sobą, a także utratą duchowych więzi z Bogiem (Dubas, 2000b, s. 122).

Według Bańki, gdy próbujemy opisać przestrzeń życiową mieszkańca DPS, zwykle uwzględniamy konkretny standard materialny placówki, co stanowi wyposażenie mieszkań, urządzenia zapewniające bezpieczeństwo i komfort życia. Oczywiście warunki materialne związane z przestrzenią są ważne, ponieważ spełniają podstawowe potrzeby i tworzą warunki do codziennego funkcjonowania mieszkańców. Jednakże przestrzeń życiowa składa się nie tylko z tych materialnych elementów. Często pomija się społeczne i kulturowe kwestie tej przestrzeni. Warto zrozumieć, że środowisko fizyczne to nie tylko pasywna przestrzeń, z której korzystają mieszkańcy, ale aktywny system wzajemnie oddziałujących elementów. Obejmuje zarówno elementy materialne, takie jak przedmioty, obiekty, jak i ludzi, którzy współtworzą tę przestrzeń poprzez swoje wzajemne interakcje i relacje (Bańka, 1985, s. 57).

Zdaniem Mielczarka, w ostatnim czasie obserwujemy poprawę sytuacji związanej z przestrzenią życiową osób starszych zamieszkujących DPS. Zauważa on, że coraz częściej mamy do czynienia z nowoczesnym budowaniem domów pomocy społecznej, które spełniają określone standardy, zapewniając mieszkańcom wygodę, bezpieczeństwo i estetyczne wnętrza, a także dbają o zachowanie intymności i dostosowanie do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych. Te placówki oferują także różne formy aktywizacji i podmiotowości mieszkańców, respektując ich prawa

do wolności i godziwego traktowania, zapewniając wsparcie w trudnych sytuacjach, a także troszcząc się o rozwój tych osób (Mielczarek, 2010, s. 147).

7.4. Typologia mieszkańców DPS z zajmowaną przestrzenią życiową

Typologię mieszkańców domów pomocy społecznej można w dużej mierze określić na podstawie przestrzeni życiowej, którą zajmują. W zależności od ich potrzeb, zdolności do samodzielności, zdrowia, a także stopnia zależności od pomocy innych, możemy wyróżnić kilka typów mieszkańców DPS:

- 1) Aktywni społecznie – osoby te angażują się w różne aktywności społeczne, takie jak zajęcia kulturalne, spotkania czy warsztaty. Czerpią radość ze wspólnych działań i relacji z innymi mieszkańcami. Są otwarci na nawiązywanie nowych znajomości i współpracę.

Przestrzeń życiowa osób starszych aktywnych społecznie obejmuje miejsca i środowisko, w których te osoby uczestniczą w różnorodnych aktywnościach społecznych. To otoczenie, w którym mają miejsce interakcje społeczne, rozwijają się pasje, realizowane są działania wolontariackie, a także integrowane są relacje interpersonalne. Przestrzeń ta może obejmować klub seniora, centra kulturalne, parki, place zabaw, organizacje społeczne, czy też miejsca spotkań, które sprzyjają aktywności fizycznej, intelektualnej i społecznej osób starszych. Wartościowe przestrzenie życiowe dla seniorów sprzyjają utrzymaniu ich zaangażowania społecznego, zdrowia psychicznego i ogólnego dobrostanu.

- 2) Samotnicy z akceptacją – o osoby, które ze względu na okoliczności znalazły się w DPS, ale akceptują swoją sytuację. Spędzają czas samotnie, ale nie odczuwają silnej potrzeby aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności. Czerpią satysfakcję z prostych przyjemności i spokoju.

Przestrzeń życiowa osób starszych, które decydują się na życie jako samotnicy z akceptacją, obejmuje zarówno fizyczne miejsce zamieszkania, jak i otaczające je warunki społeczne. To środowisko, w którym seniorzy akceptują i świadomie wybierają samotność jako swój sposób życia.

Fizyczny wymiar przestrzeni życiowej obejmuje miejsce zamieszkania, np. samodzielne mieszkanie, dom opieki społecznej lub inną formę zakwaterowania dostosowaną do indywidualnych potrzeb i preferencji. Ważne jest, aby te przestrzenie były funkcjonalne, bezpieczne i dostosowane do ewentualnych potrzeb

zdrowotnych osób starszych. Społeczny punkt widzenia przestrzeni życiowej obejmuje relacje między samotnymi seniorami a otaczającym ich społeczeństwem. Ważnym elementem jest akceptacja samotności jako świadomego wyboru życiowego, co oznacza, że seniorzy czują się zrozumiani i respektowani w swojej decyzji. To może obejmować wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, sąsiadów oraz tworzenie społeczności, w której osoby starsze dzielą podobne wartości i zainteresowania. Przestrzeń życiowa osób starszych jako samotników z akceptacją powinna być także dostosowana do ich potrzeb emocjonalnych i psychospołecznych. To miejsce, w którym seniorzy czują się swobodnie, a jednocześnie mają dostęp do interakcji społecznych, które są dla nich ważne i satysfakcjonujące. Wprowadzenie takich elementów może przyczynić się do tworzenia pełniejszego i satysfakcjonującego życia dla samotnych osób starszych.

- 3) Byli liderzy – niektórzy mieszkańcy DPS to osoby, które w przeszłości zajmowały ważne pozycje w społeczeństwie lub w swoich rodzinach. Nadal mogą wykazywać tendencje przywódcze, angażując się w organizację działań czy udzielając rad i wsparcia innym mieszkańcom.

Fizyczny wymiar przestrzeni życiowej obejmuje miejsce zamieszkania dostosowane do potrzeb seniorów, uwzględniające ewentualne ograniczenia zdrowotne. Może to być samodzielne mieszkanie, dom seniora, a także specjalistyczne placówki, które oferują wsparcie w przypadku potrzeby.

Społeczny wymiar przestrzeni życiowej obejmuje także relacje z otoczeniem oraz możliwość pozostawania w aktywnym kontakcie z innymi ludźmi. Byli liderzy mogą dążyć do tworzenia społeczności opartej na wspólnych doświadczeniach, wymianie wiedzy i mentorstwie dla młodszych pokoleń.

Emocjonalny wymiar przestrzeni życiowej obejmuje kwestie psychospołeczne, takie jak akceptacja zmiany roli i dostosowanie się do nowych warunków życia. W tym znaczeniu ważne jest rozwijanie poczucia satysfakcji i spełnienia poprzez realizację nowych pasji, zainteresowań i udział w projektach społecznych czy wolontariacie.

- 4) Poszukiwacze bliskości – osoby te aktywnie starają się nawiązać relacje i znajomości. Czują potrzebę bliskości i emocjonalnego wsparcia. Mogą być bardziej otwarte na nowych ludzi i starać się aktywnie włączać w życie społeczności.

Przestrzeń życiowa powinna być dostosowana do potrzeb seniorów, umożliwiając im komfortowe i bezpieczne życie. Samodzielne mieszkania, domy opieki społecznej

lub inne formy zakwaterowania powinny uwzględniać potrzebę bliskości społecznej i łatwy dostęp do miejsc spotkań.

Istotnym elementem jest obecność społeczności, w której seniorzy mogą aktywnie uczestniczyć. Miejsca publiczne, kawiarnie, kluby seniora czy parki stanowią ważne obszary, gdzie poszukiwacze bliskości mogą nawiązywać kontakty, wymieniać się doświadczeniami i budować relacje.

Przestrzeń życiowa powinna promować różnorodne formy aktywności społecznej, takie jak warsztaty, spotkania kulturalne czy wolontariat. To umożliwi poszukiwaczom bliskości uczestnictwo we wspólnych projektach i rozwijanie relacji z innymi.

Ważnym elementem przestrzeni życiowej jest dostępność wsparcia rodzinnej bliskości. Domy pomocy społecznej czy specjalistyczne mieszkania senioralne mogą oferować warunki do utrzymania kontaktu z rodziną, przy jednoczesnym zachowaniu indywidualnej prywatności.

Przestrzeń życiowa powinna zawierać programy aktywizacyjne, które stymulują interakcje społeczne. Mogą to być zajęcia artystyczne, edukacyjne, rekreacyjne czy terapeutyczne, które sprzyjają nawiązywaniu nowych znajomości i budowaniu relacji. Otoczenie naturalne, parki i ogrody również odgrywają ważną rolę jako przestrzeń życiowa. Dają możliwość relaksu, spacerów oraz spotkań z gronem przyjaciół i znajomych na świeżym powietrzu, co sprzyja wzmocnieniu relacji międzyludzkich. Przestrzeń życiowa osób starszych jako poszukiwaczy bliskości powinna więc sprzyjać tworzeniu relacji społecznych, integrować seniorów z lokalną społecznością i dostarczać różnorodnych możliwości wspólnego spędzania czasu.

- 5) Niechętni nowości – ten typ obejmuje osoby, które nie są zbyt zainteresowane nowymi aktywnościami czy relacjami. Mogą być przywiązane do swoich nawyków i rytuałów, co może ich utrzymywać w pewnym dystansie od nowości.

Przestrzeń życiowa osób starszych, które są niechętne nowościom, wymaga szczególnego podejścia, uwzględniającego ich preferencje i wygodę.

Osoby niechętne nowościom często cenią tradycję. W przestrzeni życiowej warto uwzględnić elementy nawiązujące do przeszłości, takie jak retro meble, ozdoby czy elementy wyposażenia, które przywołają pozytywne wspomnienia. Unikanie drastycznych zmian może obejmować korzystanie z tradycyjnych i dobrze znanych rozwiązań w aranżacji przestrzeni, takich jak klasyczne meble czy tradycyjne wzornictwo.

Minimalizowanie skomplikowanych i nowatorskich technologii na rzecz prostych i intuicyjnych rozwiązań ułatwia korzystanie z przestrzeni i zmniejsza opór wobec zmian. Oferowanie stabilnych i solidnych mebli oraz infrastruktury podnosi poczucie bezpieczeństwa u osób niechętnych nowościom. Dbłość o stabilność krzeseł, łóżek i innych elementów jest kluczowa.

Stosowanie spokojnych i stonowanych kolorów może stworzyć przyjemną atmosferę, sprzyjającą relaksowi i akceptacji przestrzeni. Odcienie, które kojarzą się z tradycją i sprawdzonymi wartościami, mogą być szczególnie atrakcyjne.

Tworzenie przestrzeni dla osób niechętnych nowościom to wyważenie między zrozumieniem ich upodobań a dostosowaniem do współczesnych standardów bezpieczeństwa i wygody. Działania te mają na celu stworzenie harmonijnej, akceptowalnej i funkcjonalnej przestrzeni życiowej.

- 6) Osoby znudzone – niektóre osoby mogą odczuwać znudzenie swoją sytuacją w DPS. Niekoniecznie są negatywne w swoim podejściu, ale mogą potrzebować dodatkowej motywacji lub nowych bodźców, aby aktywnie uczestniczyć w życiu społeczności. Przestrzeń życiowa osób starszych jako osób znudzonych to obszar, w którym seniorzy doświadczają uczucia monotonii, braku aktywności i pozbawienia wyzwań. Dla tej grupy istotne jest wprowadzenie różnorodnych elementów stymulujących i dostarczających rozrywki, aby zniwelować uczucie znudzenia.
- Tworzenie różnorodnych programów rekreacyjnych, takich jak zajęcia sportowe, kulturalne czy artystyczne, może przeciwdziałać uczuciu monotonii i nudzenia się. Aktywności dostosowane do zainteresowań seniorów mogą sprawić, że życie stanie się bardziej interesujące i satysfakcjonujące.
- Zapewnienie możliwości nauki nowych umiejętności czy uczestnictwa w kursach i warsztatach może być formą aktywności, która niweluje nudę. Dla osób starszych istotne jest uczucie ciągłego rozwoju i możliwości poszerzania horyzontów.
- Organizacja spotkań towarzyskich, klubów dyskusyjnych czy grup hobbystycznych może sprzyjać integracji społecznej. Nawiązywanie nowych znajomości i dzielenie się pasjami może być skutecznym środkiem przeciwko monotonii.
- Dostęp do nowoczesnych technologii i mediów umożliwia seniorom korzystanie z różnorodnych źródeł rozrywki, takich jak filmy, muzyka czy gry komputerowe. Współczesne technologie mogą stanowić ciekawą alternatywę, przeciwdziałającą uczuciu znudzenia.

Oferowanie zmienności w otoczeniu, na przykład poprzez organizację wycieczek, wizyt w miejscach kulturalnych czy nawet zmianę aranżacji wnętrza, może przyczynić się do złagodzenia monotoniczności codziennego życia.

Zachęcanie seniorów do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, na przykład poprzez udział w wydarzeniach społecznych, festiwalach czy projektach społecznych, może sprawić, że życie stanie się bardziej interesujące i pełne wyzwań. Przestrzeń życiowa osób starszych jako osób znudzonych powinna stawiać na różnorodność, angażując seniorów w aktywności dostosowane do ich zainteresowań i potrzeb, a jednocześnie tworząc warunki do nawiązywania nowych doświadczeń.

- 7) Osoby z problematycznymi zachowaniami – w DPS można spotkać osoby z trudnymi zachowaniami, które mogą wpływać na atmosferę i harmonię w placówce. Mogą to być osoby z problemem alkoholowym lub/i z zachowaniami agresywnymi.

Przestrzeń życiowa osób starszych z problematycznymi zachowaniami to obszar, który wymaga szczególnego podejścia i dostosowania do indywidualnych potrzeb oraz specyfiki tej grupy seniorów. Zachowania problematyczne mogą obejmować szeroki zakres wyzwań, takich jak agresja, dezorientacja, zaburzenia psychiczne czy niezdolność do samodzielnej opieki.

Ważnym wymiarem w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej jest zapewnienie dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, przy jednoczesnym opracowaniu spersonalizowanego planu opieki dla każdego mieszkańca z problematycznymi zachowaniami.

Przestrzeń życiowa powinna być zaprojektowana tak, aby zminimalizować ryzyko dla mieszkańców i personelu. To obejmuje dostosowanie wnętrza do potrzeb osób z problematycznymi zachowaniami, eliminację potencjalnych zagrożeń oraz zapewnienie stałego nadzoru w niektórych obszarach.

Każda osoba ze specyficznymi zachowaniami wymaga indywidualnego podejścia. Personel powinien być przeszkolony w obszarze radzenia sobie z trudnościami behawioralnymi oraz elastycznie dostosowywać strategie interwencji do zmieniających się potrzeb mieszkańców.

Opracowanie zindywidualizowanych planów zajęć i aktywności, uwzględniających zainteresowania i umiejętności osób z problematycznymi zachowaniami, może pomóc w kierowaniu ich energii w pozytywny sposób.

Zapewnienie dostępu do terapii zajęciowej, fizjoterapii czy terapii psychologicznej może pomóc w złagodzeniu trudnych zachowań. Regularne sesje terapeutyczne

mogą stanowić okazję do wyrażania emocji i potrzeb. Stworzenie warunków do integracji społecznej, nawet jeśli wymaga to szczególnego nadzoru, może przyczynić się do poprawy samopoczucia mieszkańców z problematycznymi zachowaniami. Organizacja spotkań towarzyskich, grup wsparcia czy terapii grupowej mogą być skutecznymi środkami integracji.

Przestrzeń życiowa dla osób starszych z problematycznymi zachowaniami powinna kierować się zasadą poszanowania godności i indywidualnych potrzeb każdego mieszkańca, jednocześnie tworząc bezpieczne środowisko zarówno dla nich, jak i personelu.

- 8) Indywidualiści – osoby te preferują spędzanie czasu samotnie, niekoniecznie z powodu samotności, ale ze względu na swoją naturę. Lubią czerpać radość z osobistych zainteresowań i pasji. Dążą do rozwijania swoich umiejętności lub zainteresowań. Mogą uczestniczyć w warsztatach, kursach czy zajęciach artystycznych, aby stale się rozwijać. Przestrzeń życiowa osób starszych jako indywidualistów wymaga szczególnego podejścia, które uwzględni unikalne preferencje, potrzeby i styl życia każdej osoby. Warto pozwolić mieszkańcom na personalizację swojego otoczenia. Indywidualne fotografie, pamiątki rodzinne, ulubione przedmioty czy sztuka mogą nadać przestrzeni charakteru i sprawić, że osoby starsze poczują się bardziej komfortowo. Meble i elementy wyposażenia powinny być dostosowane do ewentualnych problemów zdrowotnych i umożliwiać łatwe przystosowanie przestrzeni do indywidualnych wymagań.

Strefy funkcjonalne, takie jak przestrzeń relaksacyjna, miejsce do czytania, przestrzeń do aktywności fizycznej czy kącik społecznościowy – różnorodność stref pozwoli mieszkańcom wybierać aktywności zgodnie z ich zainteresowaniami. Bardzo ważnym elementem jest bezpieczeństwo, ale jednocześnie warto zachować komfort w przestrzeni. Bezpieczne oświetlenie, antypoślizgowe podłogi i stabilne meble powinny współgrać z estetyką, tworząc przyjemne otoczenie. Do procesu projektowania warto włączyć mieszkańców, aby skonsultować z nimi sprawy upodobań i oczekiwań. Indywidualne rozmowy pomogą zrozumieć, jakie elementy są dla nich istotne w codziennym życiu i w jaki sposób chcieliby spersonalizować swoją przestrzeń.

Kreowanie przestrzeni życiowej jako indywidualiści opiera się na szacunku dla każdej osoby oraz umożliwianiu im wyrażania swojej tożsamości poprzez otoczenie,

w którym przebywają. To podejście sprzyja poczuciu autonomii, co wpływa korzystnie na jakość życia osób starszych.

- 9) Osoby z problemami zdrowotnymi – w DPS często mieszkają osoby z różnymi problemami zdrowotnymi, które mogą wymagać opieki medycznej. Ich codzienne życie może być ograniczone, a duży nacisk kładziony jest na zapewnienie im opieki i wsparcia.

Przestrzeń życiowa osób starszych z problemami zdrowotnymi wymaga szczególnego podejścia, które uwzględni ich specyficzne potrzeby i poprawi jakość codziennego funkcjonowania.

Projektując przestrzeń dla osób z problemami zdrowotnymi należy zwrócić szczególną uwagę na bezpieczeństwo. Eliminuj potencjalne zagrożenia, takie jak ostre narożniki mebli, niewłaściwe oświetlenie czy przeszkody na ścieżkach poruszania się.

Dostosowanie infrastrukturalne, takie jak poręcze, uchwyty, dźwigi schodowe, a także drzwi przesuwne czy szerokie wejścia, ułatwi poruszanie się osobom z ograniczeniami ruchowymi. Meble powinny być ergonomiczne i dostosowane do potrzeb osób z problemami zdrowotnymi. Na przykład łóżka z regulacją wysokości czy krzesła z uchwytami ułatwią codzienne czynności. Oświetlenie dostosowane do potrzeb wzrokowych osób starszych eliminuje zbędne cienie i zapewnia równomierne oświetlenie w różnych częściach mieszkania. Łazienka powinna być dostosowana do osób z problemami zdrowotnymi, z uchwytem w prysznicu, antypoślizgową podłogą, a także odpowiednią przestrzenią do manewrowania, szczególnie dla osób korzystających z wózków inwalidzkich. Ogród powinien być dostosowany do potrzeb osób starszych, może on stanowić korzystne otoczenie terapeutyczne. Przestrzeń z zielenią, ławkami, ścieżkami do spacerowania i łatwo dostępnymi obszarami rekreacyjnymi może wpływać pozytywnie na zdrowie psychiczne i fizyczne. Przestrzeń powinna oferować obszary do prowadzenia codziennych ćwiczeń rehabilitacyjnych i aktywności fizycznych, zachęcając do utrzymania sprawności. Projektowanie przestrzeni życiowej dla osób starszych z problemami zdrowotnymi powinno uwzględniać holistyczne podejście, które integruje sfery fizyczne, psychiczne i społeczne, aby stworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu i dobrej jakości życia.

10) Wspominający – są to osoby, które spędzają dużo czasu na wspominaniu przeszłości. Opowiadają historie ze swojego życia, dzielą się wspomnieniami z młodości i innych ważnych wydarzeń. To może być dla nich źródłem satysfakcji i kontaktu ze światem. Przestrzeń życiowa osób starszych, które chcą wspominać, może obejmować różnorodne elementy, które zachęcają do refleksji i dzielenia się wspomnieniami. Strefa relaksu, wyposażona w wygodne fotele, miękkie poduszki i delikatne oświetlenie, które sprzyjają spokojnym rozmowom i przemyśleniom. Meble z miejscami do przechowywania, gdzie można umieścić fotografie, pamiętniki, listy czy inne przedmioty związane z ważnymi momentami życia. Ważne jest zorganizowanie miejsca na umieszczenie albumów ze zdjęciami, a także na specjalne książki pamiątkowe, w których mieszkańcy mogą zapisywać swoje wspomnienia. Dla wywołania sentymentów i rozmowy na temat dawnych lat, warto stosować dekoracje, które nawiązują do przeszłości, takie jak reprodukcje, stare plakaty czy wspomniane wcześniej meble retro. Strefy tematyczne również mogą odnosić się do określonych okresów życia, z różnymi przedmiotami i dekoracjami charakterystycznymi dla danej epoki. W ramach organizowanych wydarzeń kulturalnych warto wziąć pod uwagę: seanse filmowe z klasycznymi filmami, prezentacje tematyczne czy wystawy pamiątek, aby mieszkańcy mogli podzielić się swoimi doświadczeniami, wyświetlanie archiwalnych zdjęć, filmów lub prezentacji, które mogą stymulować wspomnienia i inicjować rozmowy. Warto zwrócić uwagę na organizację ogrodu, w którym można by było znaleźć rośliny, zapachy i dźwięki związane z określonymi okresami życia, aby u mieszkańca pobudzić zmysły i wywoływać wspomnienia.

Przestrzeń życiowa osób starszych, które pragną wspominać, powinna być zaprojektowana w sposób, który sprzyja tworzeniu atmosfery pełnej empatii, akceptacji i otwartości na dzielenie się historiami z życia.

11) Osoby z dezorientacją – w DPS znajdują się również osoby z problemami związanych z dezorientacją czasową i przestrzenną, np. z chorobą Alzheimera. Wymagają one specjalnej opieki i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Istotnym elementem codzienności życia osób z dezorientacją będzie zastosowanie wyraźnych oznaczeń i wskaźników, takich jak duże i czytelne znaki, kierunkowskazy czy numery pokoi, aby ułatwić orientację i nawigację w przestrzeni. Poza tym zastosowanie kontrastowych kolorów i jasnych oznaczeń na ścianach, drzwiach czy korytarzach, co pomaga w łatwiejszym rozpoznawaniu miejsc. Ważne jest też

zapewnienie odpowiedniego oświetlenia, szczególnie w ciemniejszych miejscach czy zakamarkach, aby zmniejszyć dezorientację związaną z niewłaściwym oświetleniem. Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb konkretnych osób, zapewniając identyfikację ich osobistych przestrzeni, np. za pomocą zdjęć rodzinnych i przedmiotów osobistych. Zachowanie spójności w aranżacji wnętrza i korzystanie z powtarzających się wzorców lub elementów, co ułatwia orientację. Eliminowanie przeszkód, ostrych krawędzi czy niebezpiecznych elementów, które mogą powodować zagrożenie lub dezorientację.

Wszelkie zmiany w przestrzeni życiowej osób starszych z dezorientacją powinny być podejmowane z uwzględnieniem potrzeb i indywidualnych preferencji mieszkańców DPS, zapewniając im poczucie komfortu i bezpieczeństwa.

Każda osoba starsza jest unikalna, a te typologie mogą nakładać się i zmieniać w zależności od różnych czynników, takich jak zdrowie, osobowość czy historia życiowa.

Rozdział 8. Pandemia COVID-19 w domu pomocy społecznej – badania własne

W niniejszym rozdziale przedstawiłem własne doświadczenia zebrane jako osoba funkcyjna w domu pomocy społecznej podczas przeciwdziałania rozwojowi choroby zakaźnej COVID-19 i realnego zagrożenia życia mieszkańców. Poza tym wykorzystałem własne artykuły oparte na podstawie wspomnianych doświadczeń, a także skorzystałem z tekstów naukowych dotyczących poruszanej problematyki.

8.1. Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce podczas pandemii COVID-19

Sytuacja pandemiczna spowodowana COVID-19 SARS-CoV-2 od samego początku odzwierciedla stan apokaliptycznej zagłady ludzkości. Choroba szeroko rozprzestrzeniła się na całym świecie, a nazwa „koronawirus” wzbudzała strach i przerażenie. W pierwszych miesiącach pandemii lekarze borykali się z brakiem skutecznego leczenia, a perspektywy opracowania szczepionki czy leku były mało optymistyczne. Wirusolodzy prognozowali, że na skuteczną szczepionkę trzeba będzie czekać około roku. Jednak doniesienia profesorów Konrada Rejdaka i Pawła Grieba na temat badanego preparatu „amantadyny”, używanej w leczeniu choroby Parkinsona i SM, wzbudziły nadzieję na skuteczniejsze leczenie zarażonych COVID-19 (por. Jastrzębski, 2020).

W reakcji na zagrożenie życia Polaków, w Polsce ustanowiono sieć monitorowania i kontroli chorób zakaźnych. Jej zadaniem było nadzorowanie sytuacji epidemiologicznej i zapewnienie efektywnego systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniach epidemicznych. Sieć zasięgiem obejmowała organy i instytucje odpowiedzialne za spełnianie określonych obowiązków zdefiniowanych w przepisach ustawy dotyczącej chorób zakaźnych i zakażeń (Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach, 2001).

Najważniejszą instytucją odpowiedzialną za nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi u ludzi w Polsce jest Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS). Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustawy (Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, 2006)), PIS pełni funkcję nadzoru sanitarnego, zarówno w obszarze prewencji, jak i bieżącego monitorowania. Prowadzi również działania prewencyjne i przeciwepidemiczne w odniesieniu do chorób zakaźnych i innych chorób związanych z warunkami środowiska.

Sean Wei Xiang Ong i in. twierdzą, że wirus SARS-CoV-2 przenosi się głównie drogą kropelkową, przenosząc się na osoby, które utrzymują bliski kontakt z osobami zakażonymi. Może także być transmitowany poprzez kontakt z zanieczyszczonymi przedmiotami i powierzchniami, szczególnie w przypadku, gdy nie przestrzega się odpowiednich zasad

higieny, takich jak mycie rąk, przed dotknięciem twarzy w okolicach ust, nosa i oczu lub przed spożyciem jedzenia (Ong i in., 2020).

Według informacji udostępnionych przez Światową Organizację Zdrowia, okres inkubacji koronawirusa zazwyczaj wynosi od 5 do 14 dni. Niemniej jednak odnotowano przypadki, w których objawy pojawiły się szybciej tj. w ciągu 2-4 dni, jak i również przypadki, gdzie inkubacja trwała dłużej, sięgając nawet 21 dni od momentu zakażenia (Gorbalenya i in., 2020).

Zdaniem Beaty Świątkowskiej, badania pacjentów podejrzewanych o zakażenie SARS-CoV-2 w Polsce rozpoczęły się 28 stycznia 2020 r. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH). Pierwszy przypadek potwierdzenia zakażenia nastąpił 4 marca u pacjenta, który został hospitalizowany w Zielonej Górze. Pacjentem zero okazał się 67-letni mieszkaniec Cybinki w województwie lubuskim. WHO sklasyfikowała sytuację epidemiologiczną w Polsce 29 kwietnia jako osiagającą najwyższy poziom w 4-stopniowej skali transmisji społecznościowej (Świątkowska i in., 2021).

Świątkowska zwraca uwagę, że wysoka zakaźność w początkowej fazie zakażenia, często bezobjawowo lub z niewielkimi objawami, stanowiła dodatkowe zagrożenie epidemiczne. Osoba zakażona mogła być nieświadoma swojego stanu i przenosić wirusa na inne osoby, co utrudniało kontrolę epidemii. Brak pełnej wiedzy o zakażeniu sprzyjał nierozpoznawalności wielu przypadków, co przyczyniało się do dalszego rozprzestrzeniania się choroby.

Epidemiolodzy identyfikowali różnorodne objawy COVID-19, takie jak: gorączka, kaszel, duszność, osłabienie, bóle mięśniowo-stawowe, katar, bóle głowy, bóle gardła, zaburzenia zmysłu węchu i smaku, a także objawy związane z układem pokarmowym, np. nudności, wymioty i biegunka. Zróznicowanie objawów wynikało z faktu, że wirus SARS-CoV-2 atakuje różne komórki organizmu.

W Polsce do potwierdzenia infekcji COVID-19 konieczna była identyfikacja co najmniej dwóch genów SARS-CoV-2. Wykrycie jednego genu wymagało dodatkowej weryfikacji diagnostycznej, co obejmowało przeprowadzenie testu dwugenowego (Świątkowska i in., 2021).

W marcu 2021 r. odnotowano najwyższą dobową liczbę nowych potwierdzonych zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Tysiące jednostek borykało się z ciężkimi skutkami tej choroby. Specjaliści epidemiolodzy analizowali, w jaki sposób odporność, zarówno po przebyciu infekcji, jak i po zaszczepieniu, wpływa na rozprzestrzenianie się choroby oraz na ryzyko pojawienia się nowych mutacji.

Z biegiem czasu sytuacja epidemiologiczna w Polsce zmieniała się dynamicznie, charakteryzując się okresami wzrostu i spadku liczby przypadków zachorowania na COVID-19. Regularnie wychodziły wytyczne i rekomendacje, dostosowując się do aktualnej sytuacji

epidemiologicznej. Obejmowały one m.in. ograniczenia w przemieszczaniu się, liczby osób w sklepach, działalności gastronomicznej i kulturalnej. W zakresie nasilającej się pandemii ważne było monitorowanie istotnych wskaźników epidemiologicznych, takich jak liczba nowych przypadków, wskaźnik pozytywnych testów, liczba hospitalizacji i pacjentów na oddziałach intensywnej terapii.

Jak podkreśla Henryk Skłodowski, trudna sytuacja społeczna, spowodowana pandemią i izolacją, wpisała się w charakterystykę sytuacji kryzysowej. Dlatego też przed wieloma zawodami społecznymi pojawiła się konieczność nie tylko wykonywania bieżących zadań w warunkach specjalnych, ale także podejmowania ról interwencyjnych i bezpośrednich ról interwentów socjalnych. Każdy kryzys jest unikalny, a każda sytuacja ma własne cechy. Kryzys i jego doświadczanie to dynamiczne zjawisko. Kryzys to stopniowo narastająca sytuacja zagrożenia, wynikająca z nowych lub zaskakujących okoliczności. Przeżywanie go związane jest z rzeczywistą lub odczuwalną utratą kontroli nad rozwijającą się sytuacją, co generuje silne uczucie stresu (Skłodowski, 2010, s. 9).

Do sytuacji kryzysowej, którą niewątpliwie była pandemia COVID-19, wpisuje się hipoteza „czarnego łabędzia” autorstwa Nassima Nicholas Taleba, która odnosi się do zdarzeń rzadkich, trudnych do przewidzenia i o dużym wpływie na systemy społeczne, ekonomiczne czy finansowe. W tym znaczeniu „czarny łabędź” to metafora dla wyjątkowego, nieprzewidywalnego i znaczącego wydarzenia. Nazwa hipotezy nawiązuje do idei, że podobnie jak większość łabędzi jest biała, a odkrycie czarnego łabędzia byłoby niespodzianką, tak samo nieprzewidziane zdarzenia mogą dramatycznie wpłynąć na rzeczywistość.

Centralnym punktem hipotezy Taleba było przekonanie, że tradycyjne modele ekonometryczne i prognozowanie nie uwzględniają wystarczająco rzadkich i ekstremalnych zdarzeń. Taleb argumentował, że takie zdarzenia mają zdecydowanie większy wpływ, niż mogłoby się to wydawać na podstawie standardowych analiz.

Hipoteza „czarnego łabędzia” ma istotne znaczenie dla zarządzania nim, a także w analizie systemów, gdzie pojedyncze zdarzenia mogą mieć daleko idące konsekwencje. Ostrzega ona przed nadmiernym zaufaniem do statystycznych prognoz, zachęcając do większej elastyczności i gotowości do radzenia sobie z nieoczekiwanymi sytuacjami.

Według Taleba „czarny łabędź” to nieprzewidywalne i nieregularne zdarzenia o ogromnej skali i potężnych konsekwencjach, które są nieoczekiwane dla każdego obserwatora. Z kolei określenie „indyk” używane jest zwykle, gdy wydarzenia nie tylko zaskakują obserwatora, ale także mu szkodzą. Taleb uważał, że to historie kształtują się przede wszystkim w wyniku nieprzewidywalnych zdarzeń o charakterze „czarnych łabędzi”. Jednocześnie nasze starania

koncentrują się na jak najdokładniejszym zrozumieniu tego, co powszechne. Dlatego nasze modele, teorie i interpretacje często nie są w stanie uchwycić ani zmierzyć możliwości wystąpienia tego rodzaju przełomowych zdarzeń (Taleb, 2013, s. 25).

Katarzyna Włodarczyk wyjaśnia, że epidemia COVID-19, która pojawiła się na początku 2020 r., skutecznie przekształciła różne dziedziny życia, włączając w to wzorce zachowań społecznych. Nowoczesne technologie zyskały na znaczeniu, a równocześnie zaobserwowano ewolucję w mentalności i stylu życia współczesnego społeczeństwa. Seniorzy, podobnie jak inne grupy wiekowe, odzwierciedlali te zmiany poprzez swoje postępowanie. W trakcie pandemii stały się bardziej widoczne działania, które wcześniej były już obecne, ale nabrały dodatkowego znaczenia. Przykładem jest korzystanie z nowoczesnych technologii do wizualizacji produktów, preferowanie zakupów online czy nawiązywanie relacji i kontaktów za pomocą nowoczesnych urządzeń informatycznych. Również rozważa konsumentów i wzrost świadomości ekologicznej, dążenie do ochrony środowiska poprzez indywidualne działania i troska o lepszą przyszłość dla siebie i kolejnych pokoleń, co można postrzegać jako kontynuację zachowań sprzed pandemii (Włodarczyk, 2022, s. 12).

Pandemia COVID-19 była ogromnym zaskoczeniem. To był niezwykle trudny okres dla wszystkich, ponieważ nikt nie był wcześniej przygotowany na taką bezprecedensową sytuację. Zarówno społeczność, władze, jak i instytucje pomocowe były zaskoczone i nie dysponowały wcześniej opracowanymi programami pomocowymi przewidzianymi na tak ekstremalne i nieoczekiwane sytuacje. W obliczu tego globalnego kryzysu konieczne było podejmowanie szybkich działań i dostosowywanie się do dynamicznie zmieniającej się sytuacji w walce z pandemią.

8.2. Regulacje prawne dotyczące COVID-19 wprowadzone w domach pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej, będące państwowymi instytucjami pomocowymi, funkcjonują zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi, które podlegają okresowym modyfikacjom. W okresie pandemii COVID-19 przepisy prawne ulegały dynamicznym zmianom, czasami nawet kilkakrotnie w ciągu jednego dnia. W odpowiedzi na trudną sytuację epidemiologiczną i szybkie rozprzestrzenianie się choroby zakaźnej COVID-19, wywołanej wirusem SARS-CoV-2, Sejm uchwalił ustawy dotyczące szczególnych instrumentów wsparcia w związku z pandemią. Odpowiedni ministrowie wydali stosowne rozporządzenia, zarządzenia, rekomendacje, zalecenia i inne dokumenty regulujące stan sanitarny na terenie kraju. Te regulacje miały na celu dostosowanie się do szybko ewoluującej sytuacji.

Do najważniejszych aktów prawnych związanych z przeciwdziałaniem rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2 należą:

- Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2;
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Domy pomocy społecznej utrzymywały stały kontakt z organami sanitarno-epidemiologicznymi, skupiając się na monitorowaniu liczby zachorowań, dostępu do środków ochrony indywidualnej oraz dostosowywaniu procedur i praktyk do najnowszych wytycznych. Celem tych działań było zapewnienie maksymalnej ochrony mieszkańców i personelu przed ryzykiem zakażenia COVID-19. Domy pomocy społecznej aktywnie opracowywały własne procedury awaryjne, mające zastosowanie w sytuacjach kryzysowych, co było szczególnie widoczne w przypadku Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile.

W ramach tych działań, domy pomocy społecznej współpracowały z innymi instytucjami, co pozwalało na skuteczne zaspokajanie bieżących potrzeb związanych z indywidualnymi środkami ochrony. Współpraca ta obejmowała wymianę informacji, środków ochrony i wsparcie logistyczne, mające na celu skoordynowane działania na rzecz zapobiegania i kontrolowania zakażeń COVID-19 w ośrodkach pomocy społecznej.

Opracowywanie własnych procedur kryzysowych było istotne, ponieważ pozwalało dostosować działania do specyfiki danego domu pomocy społecznej, uwzględniając jego strukturę, liczbę mieszkańców oraz inne czynniki wpływające na ryzyko zakażeń. To podejście pozwalało na elastyczną reakcję na zmieniające się okoliczności, zwiększając skuteczność środków prewencyjnych i zaradczych w ochronie zdrowia mieszkańców oraz pracowników domów pomocy społecznej przed COVID-19.

Regulacje prawne dotyczące COVID-19 wdrożone w domach pomocy społecznej miały na celu dostosowanie się do wyjątkowej sytuacji pandemicznej oraz minimalizację ryzyka związanego z rozprzestrzenianiem się wirusa wśród mieszkańców i personelu ośrodków. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, wprowadzono szereg zarządzeń, rozporządzeń i wytycznych mających regulować funkcjonowanie domów pomocy społecznej w okresie pandemii.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) przekazało do DPS pismo dotyczące funkcjonowania tych ośrodków. W ramach działań opracowano „Instrukcję postępowania w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej COVID-19 w Domu

Pomocy Społecznej”. Jedną z pierwszych decyzji wojewody wielkopolskiego, wynikającą z przysługujących mu uprawnień, było:

- wprowadzenie czasowego ograniczenia działalności DPS, poprzez zakaz opuszczania ośrodka przez mieszkańców, z wyjątkiem sytuacji zdrowotnych;
- zakaz odwiedzin w domach pomocy społecznej;
- zakaz urlopowania mieszkańców.

Powyższe działania miały na celu ograniczenie ryzyka zakażeń i stanowiły ważny element strategii prewencyjnej w walce z pandemią w instytucji pomocy społecznej. Wprowadzenie tych regulacji było niezbędne dla ochrony zdrowia i życia mieszkańców, a także personelu domów pomocy społecznej w obliczu pandemii COVID-19.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) rozesłało rekomendacje do jednostek samorządu terytorialnego (JST) dotyczące domów pomocy społecznej i działań mających przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2. W dokumencie znajdowały się m.in. następujące zalecenia:

- zobowiązanie JST do skierowania kadry z placówek, w których zawieszono działalność, do domów pomocy społecznej, gdzie występowały problemy kadrowe w opiece nad mieszkańcami;
- zaangażowanie wolontariuszy i studentów w pomoc DPS w zakresie opieki nad mieszkańcami;
- zapewnienie ciągłości opieki medycznej i pielęgniarskiej w DPS (Małąg, 2020b).

W miarę upływu czasu problem zachorowań narastał, a osoby, które mogłyby wesprzeć DPS w tym trudnym okresie, zaczęły same chorować. Pojawiały się także wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa wpuszczania osób trzecich na teren DPS w celu wspierania opieki nad mieszkańcami. Obawy te wynikały z realnego zagrożenia przeniesienia wirusa na teren placówki. Z drugiej strony, każdy pracownik mógł być potencjalnym źródłem zakażenia dla mieszkańców DPS.

Dyrektorzy DPS, dbając o dobro mieszkańców, podjęli drastyczne środki, m.in. pozostawienie chorej kadry w DPS w tzw. „czerwonej strefie” dobrowolnie lub na polecenie.

Zgodnie z zaleceniami organów sanitarnych i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, instytucje prowadzące domy pomocy społecznej zostały zobligowane do ograniczenia dostępu na teren obiektów osób, których obecność nie jest niezbędna do zapewnienia ciągłości działalności. Ta decyzja doprowadziła do izolacji wielu mieszkańców DPS od kontaktów z osobami pochodzącymi z zewnątrz (Małąg, 2020a).

Wprowadzone restrykcje miały na celu zminimalizowanie ryzyka zakażeń i ochronę zdrowia osób starszych, będących często podwyższoną grupą ryzyka w zakresie COVID-19. Niemniej jednak skutkiem ubocznym było utrudnienie dla mieszkańców DPS utrzymywania dotychczasowych relacji społecznych i kontaktów z rodziną. Ograniczenia te wpłynęły na stan psychiczny mieszkańców, zwiększając uczucie izolacji, samotności oraz negatywnie wpływając na ich ogólną kondycję psychiczną. Istotne stało się poszukiwanie rozwiązań mających na celu łagodzenie skutków społecznej izolacji mieszkańców DPS. To obejmowało organizowanie środków takich jak zdalne spotkania rodzinne czy wsparcie psychologiczne, mające pomóc w utrzymaniu zdrowych relacji społecznych i minimalizowaniu negatywnych skutków emocjonalnych wynikających z wprowadzonych ograniczeń.

Pandemia COVID-19 niespodziewanie zaatakowała ludzkość, przynosząc ze sobą poważne konsekwencje. Ważne jest zaznaczenie, że nie istniały gotowe scenariusze dla tego rodzaju kryzysu. Jednak ocena, czy dyrektorzy domów pomocy społecznej złamali prawo w tej sytuacji, jest wyjątkowo trudna.

Z jednej strony decyzja o zatrzymaniu pracownika w zakładzie pracy po powzięciu informacji o jego stanie zdrowia mogła przyczynić się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Być może dyrektor podejmując tę decyzję ochronił rodzinę pracownika i osoby przypadkowo spotkane poza miejscem pracy.

Z drugiej strony, gdy pracownik, mimo przebywania w „czerwonej strefie” z chorymi mieszkańcami, był w stanie wykonywać obowiązki służbowe, można było tymczasowo poświęcić się dla dobra ogółu i ratować innych, co mogło być ważniejsze niż przestrzeganie Kodeksu pracy (Ustawa – Kodeks pracy, 2023). Niemniej jednak ocena moralna i etyczna takich decyzji zawsze pozostaje subiektywna i zależy od konkretnej sytuacji oraz wartości jednostki.

Innym dokumentem, który napłynął z MRPiPS, było zalecenie dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w placówce. Ministerstwo rekomendowało podjęcie następujących działań (Małąg, 2020c):

- izolacja mieszkańców z objawami zakażenia w ich pokojach;
- w przypadku wystąpienia objawów wśród personelu placówki – izolacja pracownika w specjalnie wyznaczonym pomieszczeniu;
- natychmiastowy kontakt telefoniczny z powiatową/wojewódzką stacją sanitarno-epidemiologiczną w celu uzyskania decyzji co do dalszego postępowania zgodnie z ogólnymi procedurami. Ponadto ministerstwo określiło zalecenia dotyczące postępowania w przypadku potwierdzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u mieszkańców lub personelu DPS, których stan nie wymaga hospitalizacji.

Dodatkowo w piśmie zwrócono uwagę na promowanie przestrzegania zasad higieny w całej społeczności DPS.

W ramach przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, MRPiPS wydało rekomendacje w zakresie opracowania instrukcji dla DPS dotyczące postępowania w zakresie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Niniejsze rekomendacje obejmowały następujące zagadnienia (MRPiPS, 2020):

- opuszczanie DPS poza teren budynku przez mieszkańców i odwiedzin osób z zewnątrz;
- funkcjonowanie DPS;
- kadry DPS (dotyczące zapewnienia ciągłości opieki);
- postępowanie w przypadku podejrzenia wystąpienia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u mieszkańca lub personelu ośrodka;
- postępowanie w przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u mieszkańca lub personelu DPS;
- postępowanie w przypadku przyjmowania nowego mieszkańca DPS i mieszkańca powracającego do DPS z urlopu lub po pobycie w szpitalu.

W celu przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2 podjęto szereg działań, które polegały na:

- wprowadzeniu szczegółowych przepisów dotyczących środków ochrony osobistej, takich jak maseczki, przyłbice, rękawiczki, a także zasad ich stosowania przez personel i mieszkańców;
- przestrzeganiu wymogów dotyczących zachowania higieny;
- określeniu zaleceń dotyczących pracy personelu, w tym ograniczenia w przemieszczaniu się między różnymi sekcjami domu pomocy społecznej, a także stosowanie reżimu sanitarnego także poza miejscem pracy;
- systematycznym monitorowaniu stanu zdrowia mieszkańców i personelu, w tym regularnych pomiarów temperatury i ewentualnych objawów zakażenia w przypadku stwierdzenia symptomów, wprowadzania procedury izolacji i testowania;
- określeniu zasad ograniczenia kontaktów mieszkańców z osobami spoza ośrodka oraz restrykcje dotyczące wizyt;
- wprowadzeniu procedur kontroli sanitarno-epidemiologicznej dla osób wchodzących na teren domu pomocy społecznej;

- przeprowadzaniu regularnych szkoleń dotyczących zasad ochrony przed COVID-19, higieny osobistej i właściwego postępowania w przypadku wystąpienia objawów zakażenia;
- dostarczeniu personelowi i mieszkańcom wystarczającej ilości środków ochrony osobistej, tak aby każdy mógł przestrzegać zaleceń sanitarno-epidemiologicznych;
- określeniu procedury postępowania w sytuacji potwierdzenia zakażenia COVID-19 u jednego z mieszkańców lub pracowników, w tym izolację, kwarantannę i ewentualne testowanie pozostałych osób w ośrodku.

Niniejsze działania miały na celu nie tylko zabezpieczenie zdrowia mieszkańców DPS, ale także zapewnienie bezpieczeństwa personelu i ograniczenie ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa wśród jego społeczności. W miarę ewolucji sytuacji epidemicznej, regulacje te były dostosowywane do aktualnych potrzeb i wytycznych sanitarno-epidemiologicznych.

8.3. Środowisko domu pomocy społecznej podczas pandemii COVID-19

Zwiększająca się długość życia sprawia, że coraz większa liczba osób w podeszłym wieku staje się beneficjentami domów pomocy społecznej. Zjawisko to jest rezultatem długotrwałego procesu demograficznego, który wpływa na strukturę społeczeństwa, nakładając jednocześnie wyzwania związane z zapewnieniem odpowiedniej opieki i wsparcia dla osób starszych. Pandemia dodatkowo podkreśla istotę odpowiedniej opieki nad seniorami, zwłaszcza w DPS. W obliczu COVID-19, starsze osoby stały się szczególnie podatne na poważne konsekwencje zdrowotne związane z wirusem. Dom pomocy społecznej jako miejsce, gdzie często zamieszkują osoby chore, w podeszłym wieku, osoby z niepełnosprawnością, musi podjąć dodatkowe środki bezpieczeństwa, aby chronić swoich mieszkańców. Konieczność utrzymania dystansu społecznego, zaostrzenie standardów higieny, częste testowanie personelu i mieszkańców – to wszystko stanowiło dodatkowe wyzwania dla placówek opiekuńczych. Z tej perspektywy właściwe zarządzanie sytuacją pandemiczną w DPS staje się bardzo istotne. To nie tylko kwestia bezpieczeństwa fizycznego, ale także troski o dobrostan psychiczny mieszkańców. Człowiek przebywający w domu pomocy społecznej w czasie pandemii znalazł się w szklanej pułapce. Narastająca bezradność, bezsilność i niemoc wobec szalejącego wirusa spowodowały szybko narastające uczucie lęku i strachu o życie i zdrowie wielu ludzi w jednym miejscu. Nie było możliwości cofnięcia się do przeszłości, teraźniejszość była pełna niebezpieczeństw, a przyszłość stała się niepewna i trudna do przewidzenia.

Jak twierdzi Małgorzata Liszewska, przebywanie w tego rodzaju placówce stanowi jedno z najbardziej wymagających doświadczeń życiowych, często niosące ze sobą wymiar traumatyczny. Związane jest to z całkowitą transformacją warunków bytowania, środowiska oraz relacji międzyludzkich (Liszewska, 1997, s. 34).

Podobne stanowisko zajmuje w tej sprawie Mielczarek. Uważa on, że osoby zamieszkujące to nowe środowisko życia napotykały trudności w procesie adaptacji, co przejawia się uczuciem lęku, niepokoju, wzmożonej czujności, drażliwości, a także agresji. Pojawiają się problemy z koncentracją uwagi, zaburzeniami pamięci, nastrojem, nerwicowymi zaburzeniami, a także ogólną drażliwością (Mielczarek, 2021, s. 92).

Pandemia COVID-19 stała się dodatkowym czynnikiem pogarszającym już trudną sytuację osób przebywających w placówkach opieki. W obliczu pandemii, mieszkańcy tych miejsc doświadczali dodatkowego poziomu stresu i niepewności, co wpłynęło na ich ogólny stan emocjonalny i psychiczny. Ograniczenia związane z pandemią, takie jak izolacja społeczna, ograniczenia w kontaktach z bliskimi, czy obawy związane z ryzykiem zakażenia, dodawały kolejne wyzwania w procesie adaptacji do życia w instytucji opieki. Te wszystkie czynniki sprawiały, że osoby starsze, które już wcześniej mogły borykać się z trudnościami adaptacyjnymi związanymi z nowym środowiskiem, teraz muszą radzić sobie również z dodatkowym stresem związanym z pandemią COVID-19. To mogło prowadzić do nasilenia objawów, takich jak lęk, drażliwość, a nawet depresja. Ograniczenia w kontaktach społecznych mogły dodatkowo zaostrzyć uczucie izolacji i samotności, co miało negatywny wpływ na ogólny stan psychiczny mieszkańców.

Pandemia COVID-19, która pojawiła się nagle i niespodziewanie, nie pozostawiła obojętnie żadnej dziedziny życia społecznego, a jednym z miejsc, które musiało zmierzyć się z nową, nietypową sytuacją były domy pomocy społecznej.

Zdaniem Marzeny Sochy, pandemia COVID-19 wpłynęła na zawieszenie lub modyfikację trybu życia społecznego, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i w reorganizacji działania instytucji (Socha, 2022, s. 213).

Natasza Doiczman-Łoboda i in. uważają, że pandemia COVID-19 przyniosła zwiększony poziom stresu zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym. Możemy przyjąć, że wprowadzone przez koronawirus zmiany w codziennych doświadczeniach pracowników domów pomocy społecznej skutkowały pojawieniem się nowych czynników stresogennych, które wcześniej nie występowały lub nie miały tak znaczącego wpływu (Doiczman-Łoboda i in., 2021, s. 30).

Wydarzenia związane z pandemią COVID-19 rzuciły światło na stopień niepewności, z jaką musiały zmagać się osoby zamieszkujące domy pomocy społecznej. Niedbalski podkreśla, że pandemia uwydatniła liczne niedoskonałości systemowe, które w normalnych warunkach nie powinny mieć miejsca. Odsłoniła ona trudności, z jakimi muszą się borykać DPS oraz osoby w nich przebywające, podkreślając potrzebę reformy i podniesienia standardów opieki nad najbardziej wrażliwymi grupami społecznymi (Niedbalski, 2022, s. 132).

DPS był idealnym przykładem instytucji pomocowej, która nie była przygotowana na wystąpienie pandemii i borykanie się z trudnościami na wszystkich płaszczyznach tej instytucji. Sprostanie wyzwaniom w trudnych sytuacjach, zwłaszcza w kryzysowych, które niosą ze sobą ryzyko dla życia i zdrowia, to umiejętność, którą nie każdy posiada. Kiedy sytuacja wymaga natychmiastowej interwencji kryzysowej, aktywuje się zespół interdyscyplinarny, który przystępuje do podejmowania niezbędnych działań ratunkowych, których następstwem jest zapewnienie bezpieczeństwa innym osobom (Grzebyk, 2021, s. 6).

W 2021 r. w domach pomocy społecznej przebywało ponad 79,9 tys. mieszkańców, z przewagą osób starszych (GUS, 2022, s. 1).

Zdaniem Iwony Sierpowskiej, wszelkie działania instytucji, jaką jest DPS, uzależnione są od władzy państwowej. Oczywiście rola i znaczenie pomocy społecznej w kraju znacznie zależy od sposobu, w jaki jest zorganizowane państwo, obowiązującej ideologii, polityki i warunków społeczno-ekonomicznych (Sierpowska, 2008). Jednakże rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 spowodowało, że DPS stały się miejscem szczególnie narażonym na ryzyko zakażenia. Funkcjonowanie tych placówek stało się kwestią o istotnym znaczeniu, a środowisko tych domów było poddane licznym zmianom i środkom ostrożności, które miały na celu ochronę przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 ich mieszkańców oraz personelu. Warto przyjrzeć się szczegółom dotyczącym tego, jak pandemia wpłynęła na codzienne życie w DPS i jakie środki zostały podjęte, aby zminimalizować ryzyko zakażenia. Warto także zrozumieć, w jaki sposób te placówki dostosowały się do nowej rzeczywistości pandemicznej i jakie wyzwania oraz sukcesy z tym związane się pojawiły. W wielu placówkach kierownictwo musiało podjąć natychmiastowe działania dostosowane do nowej sytuacji. Zaczęto opracowywać koncepcję zabezpieczenia ośrodków na wypadek wystąpienia choroby COVID-19 wśród mieszkańców. Doskonałym przykładem takich działań może być DPS z Wielkopolski, w którym wdrożono wariantowość polegającą na wyodrębnieniu strefy czerwonej, żółtej i zielonej. Ta placówka brała udział w projekcie *Domy Pomocy Społecznej bezpieczne w Wielkopolsce*. W ramach działań pozyskano znaczne ilości środków ochrony osobistej, jak rękawice, maseczki, fartuchy, a także specjalistyczny sprzęt w postaci łóżek rehabilitacyjnych,

koncentratorów tlenowych, kamer termowizyjnych i itp. Pozyskane środki projektowe pozwoliły zabezpieczyć mieszkańców placówki przed ewentualnym zagrożeniem epidemiologicznym. Zostały one w pełni wykorzystane, gdyż nawet tak zabezpieczona placówka nie uniknęła zachorowań. Podjęto jeszcze działania dotyczące dróg ewakuacyjnych, zaplanowania procesu żywienia mieszkańców i stacjonarnego personelu opiekuńczego oraz bezpiecznego usuwania odpadów medycznych podczas czynności higienicznych wykonywanych przez opiekunów zatrudnionych w tej placówce (Grzebyk, 2021, s. 9).

Według Beaty Mańkowskiej, stawienie czoła pandemii COVID-19 stanowiło ogromne wyzwanie, któremu musieli sprostać zarówno pracownicy z tzw. pierwszej linii, tacy jak pracownicy socjalni, asystenci rodzin czy opiekunowie domów pomocy społecznej, jak i ich przełożeni – czyli przedstawiciele kierownictwa placówek pomocy społecznej. Wartościowe postawy oraz odpowiednie zachowania ze strony zarówno pracowników, jak i kadry zarządzającej miały decydujący wpływ na utrzymanie porządku w miejscu pracy, atmosfery współpracy oraz klarownych zasad postępowania (Mańkowska, 2020, s. 77).

Pandemia COVID-19 była nieznanym, trudnym do pokonania zagrożeniem, które spowodowało wiele niepewności w społeczeństwie. Lekarze zmagali się z brakiem skutecznych metod leczenia. Podejmowane próby leczenia były niejednokrotnie eksperymentalne i nieskuteczne. Pojawiały się różne teorie, o rzekomo skutecznych metodach leczenia i unikania zakażenia, ale codziennie COVID-19 przybierał na sile. Społeczeństwo ogarnięte było przerażeniem, co skutkowało gwałtownym zniknięciem środków do dezynfekcji i higieny, a nawet podstawowych artykułów, takich jak papier toaletowy, wata, ręczniki papierowe itp. Ceny artykułów ochrony indywidualnej wzrosły do niespotykanego poziomu, np. cena jednorazowej maseczki przed pandemią wynosiła 3 gr, a w trakcie pandemii 10 zł i więcej, paczka 100 rękawiczek nitrylowych przed pandemią kosztowała 9 zł, a w trakcie pandemii za tę samą paczkę trzeba było zapłacić 120 zł. Przykładów niesamowitej progresji można by przytoczyć wiele. Braki dotknęły również produktów spożywczych o dłuższym terminie przydatności do spożycia, takich jak: kasza, makaron, cukier, mąka, konserwy itp. Strach przed całkowitą izolacją narastał każdego dnia, co było widoczne w reakcjach społecznych.

W służbach społecznych praca odbywała się bez zakłóceń do momentu, gdy pracownicy sami musieli stawić czoła problemowi, zajmując się chorymi. Wówczas pojawiało się przerażenie i obawa o życie własne i najbliższych. Po kilku tygodniach walki z nieznanym ludzie poczuli się zmęczeni. Pojawiła się frustracja na niewydolny system i brak racjonalnych rozwiązań.

Według Sławomira Wilka i Moniki Szpoczek ok. 50% pracowników skorzystało z opcji zasiłku opiekuńczego, co postawiło dyrektorów w obliczu poważnych wyzwań kadrowych.

Niedobór pracowników wpłynął na dodatkowe obciążenie zadaniami pozostałych pracowników, przy czym warto zaznaczyć, że nie otrzymali oni dodatkowego wynagrodzenia za poniesiony dodatkowy wysiłek. W rezultacie pojawiło się niezadowolenie i rosnące poczucie bezsilności wśród pracowników, którzy pozostali na swoich stanowiskach pracy. Sytuacja ta stworzyła trudne warunki pracy dla zespołów, które musiały radzić sobie z nadmiernym obciążeniem oraz brakiem wsparcia finansowego za dodatkowe wysiłki (Wilk i Szpoczek, 2020, s. 91).

W miarę trwania pandemii, zespoły instytucji pomocowych coraz bardziej odczuwały przemęczenie i irytację. Napięta sytuacja kadrowa, spowodowana częstym korzystaniem pracowników z zasiłków opiekuńczych, wywoływała frustrację wśród tych, którzy pozostali na stanowiskach pracy. Sytuacja ta miała wpływ nie tylko na efektywność pracy, lecz także na atmosferę w zespołach, co stwarzało dodatkowe wyzwania dla dyrektorów i kierownictwa placówek pomocowych.

Przykładami mogą być wypowiedzi przytoczone przez Wilka i Szpoczek: „Dlaczego my mamy pracować i narażać nasze rodziny, a inni mają w nosie nas i klientów, myślą tylko o osobie”. Z kolei ktoś inny powiedział: „Jak tylko u nas w mieście wykryją koronawirusa, to ja od razu idę na L4, nie będę się narażał za taką kiepską kasę” ((Wilk i Szpoczek, 2020).

Zgodnie z Kodeksem pracy, jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy jest zapewnienie pracownikom odpowiedniej odzieży roboczej i środków ochrony osobistej. W czasie pandemii zauważalne były trudności w zapewnieniu wystarczającej ilości tych środków. Hurtownie, które wcześniej dostarczały niezbędne artykuły do domów pomocy społecznej, zaczęły borykać się z brakami w tym asortymencie. Otrzymywane z Wojewódzkiego Sztabu Kryzysowego dostawy środków ochrony były niewystarczające, co stwarzało poważne wyzwania dla pracodawców w utrzymaniu odpowiednich standardów bezpieczeństwa. Oto kilka wypowiedzi pracowników w tej sprawie: „U nas nie ma praktycznie żadnych środków ochrony. 2 maseczki, 0 rękawiczek i brak płynu do dezynfekcji rąk i sprzętu biurowego. Nie jesteśmy gotowi na udzielanie pomocy potrzebującym w tej konkretnej sytuacji. Gmina też nie ma za wiele”, „Mamy robić wszystko a zarabiać grosze... No i jedna butelka środka dezynfekującego na cały ośrodek, po prostu brak słów”, „U nas nie ma żadnego środka. Taka profilaktyka!”, „jedna i to przyniesiona z domu przez koleżankę” (wypowiedzi pochodzą z Facebooka, Profil Federacji z 11 marca 2020 r., Wilk i Szpoczek, 2020, s. 91-92).

Polacy, znani z przedsiębiorczości, również w obliczu trudności i niedostatków postanowili wziąć sprawy w swoje ręce. Podobna determinacja pojawiła się także wśród pracowników domów pomocy społecznej. W obliczu braków w środki ochrony osobistej,

pracownicy zdecydowali się na własną inicjatywę i rozpoczęli produkcję maseczek, fartuchów i kombinezonów. Ta samoorganizacja była wyrazem społecznej solidarności i zaangażowania, które umożliwiły pracownikom sprostanie wyzwaniom związanym z pandemią i brakami na rynku. W rezultacie powstała lokalna produkcja środków ochrony, dostosowana do bieżących potrzeb i warunków panujących w DPS.

Poświęcenie pracowników domów pomocy społecznej jest nieocenione. Na uwagę zasługuje głos pracowników z domu pomocy społecznej z województwa kujawsko-pomorskiego, którego fragmenty warto w tym miejscu przytoczyć: „do domu pomocy społecznej może trafić każdy z nas. W życiu nie ma nic pewnego. Do placówki opieki długoterminowej może trafić matka lub ojciec sprzątaczkę, nauczyciela, lekarza, ale i prezydenta czy burmistrza miasta. To żaden wstyd. Takie jest nasze zdanie. Jeśli placówka zapewnia opiekę na najwyższym poziomie, spełnia nasze oczekiwania, nie jest wstydem powierzyć jej pracownikom opieki nad własną matką czy ojcem [...]. Pracownicy mający własne rodziny obawiają się sytuacji, kiedy będą zmuszeni zostać w kwarantannie z daleka od swoich bliskich. Często z daleka od małych dzieci i schorowanych rodziców [...]. Pracownicy domów pomocy społecznej muszą pracować, zachować ciągłość pracy, czyli opieki nad mieszkańcami. Co najważniejsze być gotowymi odizolować się od rodziny, pozostać w odosobnieniu, aby zapewnić bezpieczeństwo mieszkańcom. Jesteśmy jak najbardziej za tymi rozwiązaniami. Dla pracowników domów pomocy społecznej, osób predysponowanych do pracy z ludźmi starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi to sprawa oczywista. Wiadomo, że ich obowiązkiem jest zapewnienie opieki mieszkańcom. Nie odejdą od łóżek. Będą wykonywać swoją misję do końca” (Pracownicy DPS, 2020).

Pandemia COVID-19 wprowadziła do naszego życia znaczny niepokój i zmiany, zwłaszcza jeśli chodzi o opiekę nad mieszkańcami DPS. W pierwszych tygodniach pandemii, opieka nad mieszkańcami DPS musiała dostosować się do zaostrzonego reżimu sanitarnego, co wiązało się z wieloma wyzwaniami. Personel DPS, działając w warunkach dużego stresu, musiał być szczególnie czujny i odpowiedzialny. Ponadto konieczność utrzymania wysokich standardów opieki przy jednoczesnym przestrzeganiu środków bezpieczeństwa stawiała przed pracownikami dodatkowe wyzwania. W tym okresie ważną rolę odegrała współpraca z organami zdrowia publicznego oraz lokalnymi władzami. Regularna komunikacja, dostosowywanie się do zmieniających się wytycznych oraz szybkie reagowanie na nowe wyzwania były istotne dla skutecznej opieki nad mieszkańcami DPS.

Zych zwraca uwagę na konsekwencje pandemii COVID-19, która istotnie zmieniła sytuację społeczną osób starszych, zarówno globalnie, jak i na trudnym współczesnym rynku

pracy. W warunkach tego kryzysu, spojrzenie na proces starzenia się, współczesną starość i rolę osób starszych ulega rewizji. Pandemia stawia społeczeństwo przed dylematem solidarności międzygeneracyjnej i wzrostem napięć międzypokoleniowych. Mimo przejawów solidarności, kryzys mógł pogłębić podziały między młodymi a starszymi, zwiększając ryzyko dyskryminacji z powodu wieku (ageizmu), stygmatyzacji oraz społecznego wykluczania osób starszych, także z rynku pracy, na rzecz młodszych pokoleń, często dotkniętych bezrobociem i zadłużeniem (Zych, 2020a, s. 31).

Wprowadzone ograniczenia spowodowały u mieszkańców pewne zjawiska, które można było zaobserwować w bezpośrednim kontakcie z pensjonariuszami. Te zjawiska mogły mieć potencjalny wpływ na ich codzienne funkcjonowanie. Aby je zrozumieć, przeprowadziłem badania, wykorzystując metody obserwacji etnograficznej. W badaniach uczestniczyli pracownicy DPS X, którzy na co dzień potrafili dostrzec pojawiające się różnice w sferze psychofizycznej mieszkańców domu pomocy społecznej w pierwszych tygodniach pandemii. Dzięki ich relacjom, możliwe było przeprowadzenie analizy i sporządzenie trafnych wniosków dotyczących przyszłych działań.

Badania przeprowadzono w DPS X zlokalizowanym na terenie województwa wielkopolskiego. Głównym celem pracy było zobrazowanie stanu psychofizycznego mieszkańców DPS X w początkowym okresie obowiązywania ograniczeń związanych z COVID-19, czyli od 12 marca do 31 maja 2020 r.

W badaniu wzięło udział 21 pracowników (n=21), którzy oparli swoje spostrzeżenia na osobistych obserwacjach w określonym czasie. W analizowanej placówce mieszkało 70 pensjonariuszy o zróżnicowanym wieku i stanie zdrowia. Instytucja ta jest przeznaczona głównie dla osób przewlekle somatycznie chorych, co oznacza, że skupia nie tylko seniorów, ale także osoby, które ze względu na swoje zdrowie nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w tradycyjnym otoczeniu. Ponad 60% mieszkańców wymaga opieki w pozycji leżącej, a około 50% posiada status osoby ubezwłasnowolnionej.

Badania zostały podzielone na dwie fazy. Pierwsza obejmowała okres od ogłoszenia stanu pandemii, czyli od 12 do 31 marca, natomiast druga trwała od 1 kwietnia do 31 maja.

Izolacja społeczna mieszkańców od środowiska zewnętrznego i wewnętrznego została wprowadzona od pierwszego dnia obowiązywania obostrzeń. Posiłki dostarczano bezpośrednio do pokoi pensjonariuszy. Zajęcia terapeutyczne, ograniczone do minimum, skupiały się głównie na osobach z głębokim stopniem upośledzenia, których personel nie był w stanie zatrzymać w ich pokojach. Proces rehabilitacji dla pozostałych mieszkańców został zawieszony. Stworzono izolatkę dla osób powracających ze szpitala oraz podejrzanych

o zakażenie koronawirusem. Personel opiekuńczy i obsługi został zorganizowany w stałe zespoły, co w pewnym stopniu ograniczało ryzyko rozprzestrzeniania się choroby wśród pracowników. W zakresie zaopatrzenia zwiększono ilości zamawianego towaru i ograniczono kontakty z kontrahentami. Podjęte działania miały na celu minimalizację zagrożenia, jednocześnie zapewniając mieszkańcom poczucie komfortu i utrzymanie ciągłej opieki. Sytuacja, w której wszyscy się znaleźliśmy, wymagała przekształcenia codziennego życia i dostosowania się do nowej rzeczywistości.

W badaniu wzięło udział 21 uczestników (n=21), z których 67% to kobiety, a 33% to mężczyźni. W tej grupie dominowali głównie opiekunowie zawodowi (64,8%), zdolni do zauważenia nawet najmniejszych różnic w zachowaniu mieszkańców. Pozostałe osoby miały wykształcenie techniczne (4,4%), administracyjne (4,4%), ekonomiczne (8,8%), gastronomiczne (4,4%) i inne (13,2%). Mimo zróżnicowanego wykształcenia, większość uczestników badania (85%) pracowała na stanowisku opiekuna.

W pierwszym okresie nie zaobserwowano u mieszkańców znacznych różnic w sferze fizycznej, poza spadkiem aktywności w ciągu dnia na poczet aktywności w nocy. Ponadto zaobserwowano następujące tendencje: wzrost spożycia płynów i słodczy, ograniczenie interakcji z innymi mieszkańcami i nocne spacery po budynku. W sferze psychicznej zaobserwowano: brak akceptacji, podenerwowanie, skłonność do konfliktów, zniecierpliwienie, niepokój, a także smutek, przygnębienie, stany depresyjne i tęsknotę za rodziną.

W drugim okresie obserwacji zauważono, że z powodu mniejszej aktywności w ciągu dnia, wynikającej z długich drzemek, coraz więcej mieszkańców było aktywnych w porze nocnej, co łączyło się z bezsennością. Niektórzy pensjonariusze próbowali zasnąć przy otwartym kranie z wodą. Sfera psychiczna również uległa zmianie. W porównaniu z pierwszym okresem, mieszkańcy stali się bardziej agresywni, nerwowi i kłótlivi. Dodatkowo pojawiły się częstsze przypadki depresji, rezygnacji, bezsilności i samotności wśród mieszkańców. Najważniejszymi trudnościami dla mieszkańców były: utrata kontaktu z najbliższymi, brak możliwości opuszczenia placówki, niemożność skorzystania z usług fryzjera, uczucie samotności podczas posiłków i ograniczenie kontaktów z innymi mieszkańcami, zakaz przemieszczania się po ośrodku, a także brak dostępu do rehabilitacji.

Według obserwatorów, w okresie obowiązywania obostrzeń, czyli od 12 marca do 31 maja 2020 r., mieszkańcy najczęściej wyrażali chęć opuszczenia placówki, np. na spacer lub zakupy. Następnie, w drugiej kolejności, wyrażali pragnienie organizacji spotkań z rodziną. Z uwagi na reżim sanitarny mieszkańcy głównie zajmowali się aktywnościami takimi jak oglądanie telewizji, słuchanie muzyki, rozmowy z personelem czy rozwiązywanie krzyżówek.

Respondenci zauważyli też, że mieszkańcy podejmowali starania w celu utrzymania kontaktów z innymi pensjonariuszami, szczególnie z tymi mieszkającymi blisko siebie.

Sale terapii zajęciowej i palarnia były bardzo popularnymi miejscami do spotkań i rozmów. W cieplejsze dni pensjonariusze mieli możliwość widywania się w kawiarence, na tarasie, w ogrodzie sensorycznym czy na korytarzowych fotelach. Jednak nie wszyscy pensjonariusze pragnęli towarzystwa drugiej osoby; byli też tacy, którzy chętnie spędzali czas w samotności i spokoju, a obostrzenia temu sprzyjały.

Opiekunowie zauważyli wydłużony czas, jaki pensjonariusze spędzali w łóżku, co miało negatywny wpływ na ogólną kondycję seniorów. Ich zdaniem, sprawność ruchowa osób starszych zmniejszyła się, a kondycja psychofizyczna znacząco się pogorszyła. Ponadto zaobserwowano liczne zaczerwienienia skóry i przykurcze kończyn dolnych. Mieszkańcy coraz częściej skarżyli się na bóle stawów i nóg, wzrost masy ciała, utratę jędrności mięśni oraz sztywność stawów. Pojawiły się również skargi dotyczące odleżyn, bladości i utraty apetytu. Pewna grupa uczestników badania zwróciła uwagę na lekceważenie przez pensjonariuszy ustalonych zakazów związanych z COVID-19.

W zakresie ogólnych zmian stanu zdrowia pensjonariuszy, opiekunowie zauważyli znaczne pogorszenie kondycji fizycznej, objawiające się przykurczami, bólami kręgosłupa, odleżynami, zmianami skórnymi i zależeniami. Kondycja psychiczna również uległa pogorszeniu, co charakteryzowało się agresją, wulgarnością, nerwowością, afazją, niepokojem, milczeniem, stanem depresyjnym, rezygnacją, a także zaburzeniami snu i pogorszeniem ogólnego samopoczucia.

W związku z trudną sytuacją epidemiczną związaną z rozprzestrzenianiem się COVID-19, personel został zobligowany do podjęcia działań mających na celu ochronę środowiska mieszkańców. Wdrożone w DPS środki zapobiegawcze spotkały się z szeroką akceptacją wśród uczestników badania. Na pytanie o to, co powinno ulec zmianie w celu poprawy bezpieczeństwa mieszkańców i personelu w sytuacji zagrożenia epidemicznego, większość respondentów uznała, że obecne środki są właściwe i nie wymagają poprawy. Niektórzy zwrócili uwagę na brak wsparcia psychologicznego, który był istotny w okresie zmieniającej się sytuacji pandemicznej w kraju.

Wśród mieszkańców powszechnie uznawanych za osoby nadużywające alkoholu zauważono, że od czasu ogłoszenia pandemii nie było od nich wyczuwalnego zapachu alkoholu. W międzyczasie kilku pracowników zostało poproszonych o dostarczenie piwa i/lub wódki na teren placówki.

Według respondentów najważniejsze problemy mieszkańców związane z wprowadzonymi obostrzeniami przeciwko rozprzestrzenianiu się COVID-19 to:

- 1) brak kontaktu z rodzinami, ograniczenia w swobodnym opuszczaniu DPS, obniżenie kondycji psychicznej;
- 2) izolacja mieszkańców w pokojach, zawieszenie prowadzenia zajęć fizjoterapeutycznych.

Mieszkańcy DPS najbardziej doceniali możliwość utrzymywania kontaktu z rodziną oraz swobodne opuszczanie ośrodka, np. na spacer czy zakupy. Uważali, że ta swoboda została im niesłusznie odebrana, co stanowiło dla nich główne źródło niezadowolenia (Grzebyk, 2020).

Według Norberta G. Pikuły świadomość wystąpienia wielu wręcz niemożliwych do pokonania barier wywołuje apatię, uwięzienie we własnym życiu, zamknięcie w odizolowanym świecie. W konsekwencji może to prowadzić do rozwoju i/lub pogłębienia schorzeń somatycznych i psychicznych (Pikuła i in., 2020, s. 142). Obecna sytuacja pandemiczna jest tym, co może do takich konsekwencji doprowadzić. Oznacza to, że wyniki przeprowadzonych badań wydają się potwierdzać opinię Pikuły.

Ze względu na dynamiczny wzrost zachorowań na COVID-19 w Polsce i na świecie, pracownicy DPS od pewnego czasu rozpoczęli przygotowania na taki rozwój sytuacji. Przeprowadzono szkolenia z korzystania z indywidualnych środków ochrony. Dodatkowo wyznaczono obszary dla „strefy czerwonej”, przygotowano zestawy indywidualne i logistyczne dla zespołów opiekuńczych oraz opracowano systemy żywienia, utrzymania czystości i obsługi bieżącej dla wspomnianej strefy. Zasada ta podkreśla, że im więcej potu podczas ćwiczeń, tym łatwiejsze staje się radzenie sobie w rzeczywistych sytuacjach zagrożenia.

Badania dostarczyły przykładów dla usprawnienia organizacji opieki nad osobami starszymi. Niewątpliwie wydarzenia i sytuacja pandemiczna skutkowały działaniami, które nie zawsze były akceptowane przez wszystkich. W otwartej przestrzeni społecznej często doświadczano braku odpowiedzialności jednostek wobec innych. Można to określić jako próbę manifestacji, arogancję wobec wszystkiego, co kształtuje naszą codzienność itp. Nie zawsze musimy zgadzać się z prawem, ale zawsze powinniśmy je przestrzegać. Trudno stwierdzić, czy to, co nas otacza, jest remedium na wszystkie niedogodności. Prawdopodobnie za jakiś czas będziemy mogli ocenić, czy zastosowane procedury i podjęte działania były trafnymi rozwiązaniami. Doświadczenie wskazuje, że prawdopodobnie tak się nie stanie. Niemniej jednak skala światowego kryzysu dostarczy kolejnej wiedzy na temat postępowania w sytuacjach globalnej pandemii. Uczestnicy badań dostarczyli informacji na temat zachowań osób starszych korzystających z instytucji pomocowej. Wprowadzone w początkowym okresie pandemii

zakazy dla mieszkańców ośrodka, wyniki badań i wydarzenia, potwierdzają, że najważniejszym problemem dla podopiecznych był brak możliwości spotkania się z rodziną, zwłaszcza z wnukami. Kolejnym ważnym problemem był brak możliwości opuszczenia placówki w dowolnym celu. Bezpieczeństwo zdrowia publicznego stanowi najważniejsze zadanie przedstawicieli władzy publicznej wobec obywateli. Dokąd więc warto zmierzać? To pytanie, na które trudno udzielić odpowiedzi (Grzebyk, 2020).

W zakresie sytuacji kryzysowej związanej z obecnością pandemii COVID-19, nie należy potwierdzać teorii Goffmana, który wprowadził pojęcie instytucji totalnej, charakteryzując ją jako „[...] ich ograniczający lub totalny charakter symbolizują często fizyczne bariery uniemożliwiające kontakt ze światem zewnętrznym: zamknięte drzwi, wysokie mury, zasieki z drutu kolczastego, strome brzegi lub woda, otwarta przestrzeń” (Goffman, 2006, s. 316). Oznacza to, że istnieją przeszkody uniemożliwiające swobodny dostęp do otoczenia z zewnątrz. Przykłady takich przeszkód to zamknięte drzwi, wysokie mury, zasieki z drutu kolczastego, strome brzegi lub woda oraz otwarta przestrzeń. Te fizyczne elementy są metaforą dla ograniczeń w komunikacji, mobilności lub dostępie do zewnętrznego świata. Mimo że teoria Goffmana była ważnym wkładem w zrozumienie funkcjonowania instytucji, nie można jej traktować jednoznacznie jako uniwersalnej zasady opisującej każdy rodzaj instytucji totalnej. Istnieją różnice między różnymi typami instytucji, a także zmiany w systemach opieki zdrowotnej i więziennictwa od czasu, kiedy Goffman wprowadził swoje koncepcje.

Najprawdopodobniej propozycje wcześniej wspomnianych postulatów stanowią alternatywę. Takie podejście z pewnością zostanie zauważone i docenione przez mieszkańców, co w rezultacie stworzy fundament do lepszej współpracy w przyszłości. Ponadto będzie to sygnał dla seniorów, że ich prawa są przestrzegane, szanowane, a ich opinie są słyszalne. Dodatkowo, w oczach pensjonariuszy, pracownicy pełniący rolę organizatorów i realizatorów opieki zostaną uznani za profesjonalistów o wysokim poziomie etyki i empatii, zdolnych do poświęceń i gotowych spełnić ich oczekiwania.

8.4. Działania kryzysowe personelu domu pomocy społecznej w trakcie wykrycia transmisji COVID-19 wśród mieszkańców na przykładzie DPS w Pile

Pozostając w tematyce funkcjonowania domów pomocy społecznej w okresie pandemii COVID-19, chciałbym przywołać własne rozwiązania dotyczące sytuacji kryzysowych, które jako kierownik Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile opracowałem i wprowadziłem

jeszcze przed wystąpieniem pierwszych przypadków choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

Koncepcja zabezpieczenia ośrodka na wypadek wystąpienia COVID-19 zakładała wariantowość opartą na wydzieleniu „stref czerwonych” i „żółtych”, a także sprawnie funkcjonującej „strefy zielonej”.

W okresie od września do grudnia 2020 r. Dom Pomocy Społecznej w Pile uczestniczył w projekcie *Domy Pomocy Społecznej bezpieczne w Wielkopolsce*, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Dzięki temu projektowi udało się pozyskać środki ochrony indywidualnej, takie jak rękawiczki nitrylowe, maseczki chirurgiczne, kombinezony, fartuchy, a także specjalistyczny sprzęt, w tym defibrylator zewnętrzny (AED), koncentrator tlenu, łóżka rehabilitacyjne, kamera termowizyjna, oczyszczacz powietrza, ssak medyczny, termometry bezdotykowe itp. Udział w tym projekcie był ważny dla zabezpieczenia działań opiekuńczych w przypadku sytuacji kryzysowej.

Instytucja pomocowa, jaką jest dom pomocy społecznej, nie dysponuje specjalistycznym zespołem do działań specjalnych w ramach własnych zasobów. W sytuacji kryzysowej konieczne jest skorzystanie z usług wyspecjalizowanych podmiotów zewnętrznych lub utworzenie we własnym zakresie nietatowej grupy reagowania kryzysowego, w skład której wchodziłoby pracownicy placówki.

Przygotowania do działań kryzysowych wymagają zaangażowania całej załogi. W odpowiedzi na oczekiwania, personel placówki podjął działania przygotowawcze, obejmujące ewentualną ewakuację, kwaterunek oraz opiekę nad mieszkańcami w „strefie czerwonej”. Te czynności były ściśle związane z:

- 1) zapewnieniem komunikacji poziomej w „strefie czerwonej” z możliwością rozwinięcia korytarza ewakuacyjnego i synchronizacją z komunikacją pionową (winda transportowa), która jest fundamentalnym środkiem transportowym podczas działań ratowniczych i ewakuacyjnych w przypadku ciężko chorych i zagrożenia życia, z wyłączeniem działań pożarniczych;
- 2) zorganizowaniem pomieszczenia socjalnego dla personelu opiekuńczego w „strefie czerwonej”;
- 3) planowaniem procesu żywienia mieszkańców i stacjonarnego personelu opiekuńczego;
- 4) bezpiecznym usuwaniem odpadów medycznych powstających w trakcie działań opiekuńczych.

Przygotowano także cztery różne zestawy alarmowe dla personelu pracującego w „czerwonej strefie”.

Zestaw nr 1 – został stworzony w celu zabezpieczenia indywidualnego wyposażenia pracownika na okres 12 godzin pracy w warunkach ciągłego zagrożenia. Dostępny w trzech rozmiarach (dużym, średnim i małym), zawierał 3 kombinezony, 12 ochraniaczy na nogi (zapewniających wytrzymałość kombinezonów i ograniczających transmisję wirusa w obiekcie), 3 pary gogli, przyłbicę oraz 6 masek ochronnych typu FFP-3. Karta kontrolna dołączona do każdego zestawu pełniła rolę potwierdzenia kompletności.

Zestaw nr 2 – pełnił funkcję zestawu logistycznego i zawierał po 3 paczki (po 100 sztuk każda) rękawiczek nitrylowych w rozmiarach S, M i L. Dodatkowo w zestawie znalazły się: 6 szt. papierowej taśmy klejącej, sznurek, arkusz 25 m² grubej folii malarskiej, 30 masek ochronnych typu FFP-3, 150 trójwarstwowych masek chirurgicznych, 50 kompletów jednorazowej bielizny pościelowej dla mieszkańców i personelu. Zestaw ten również posiadał kartę kontrolną.

Zestaw nr 3 – zawierał wodę mineralną i był wydawany jako zestaw pierwszorzutowy w ilości 5 zgrzewek (każda po 6 butelek).

Zestaw nr 4 – zawierał sprzęt do kwaterunku, w skład którego wchodziły: 4 łóżka polowe, 4 kołdry, 4 poduszki, maty dekontaminacyjne, czajnik elektryczny, opryskiwacz i płyn do dezynfekcji.

Gdy w dniu 22 października 2020 r. stwierdzono podwyższoną temperaturę u kilku mieszkańców, zdecydowano się na przeprowadzenie testów w kierunku COVID-19, które dały wynik pozytywny u 10 osób zamieszkujących DPS. W związku z zaistniałą sytuacją nadzwyczajną, pilnie zastosowano izolację mieszkańców z pozytywnymi wynikami od pozostałych. Kilka minut po otrzymaniu tej informacji zwołano sztab kryzysowy, który poinformowano o sytuacji i w obliczu tego zagrożenia podjęto decyzję o uruchomieniu działań ratunkowych. Wykorzystano wcześniej przygotowane scenariusze, zakładające ewakuację osób zarażonych SARS-Cov-2 do „strefy czerwonej”, a mieszkańców, u których testy były negatywne, do „strefy żółtej”. Ponadto aktywowano wcześniej przygotowane systemy zabezpieczeń obiektu przed rozprzestrzenianiem się COVID-19. Zgodnie z opracowanym planem, wykonano następujące czynności:

- ograniczono „strefę czerwoną” do najwyższego piętra ośrodka, a „strefę żółtą” utrzymano na pozostałych kondygnacjach zajmowanych przez pensjonariuszy;
- pracownikom dostarczono indywidualną odzież ochronną;

- uruchomiono system śluz sanitarnych dla personelu, wydzielając i wyposażając pomieszczenia do odpoczynku i socjalne;
- wdrożono system komunikacji poziomej i zgrano go z komunikacją pionową, umożliwiając poszerzenie „strefy czerwonej” w razie nagłej potrzeby;
- przy użyciu systemu komunikacji uruchomiono plan ewakuacji chorych ze „strefy czerwonej” i „żółtej” do szpitala;
- przygotowano zestawy alarmowe i dostarczono szczegółowe instrukcje dotyczące bezpieczeństwa dla opiekunów, którzy podjęli się dziesięciodniowej izolacji w „strefie czerwonej” w celu opieki nad chorymi.

Wydawanie zestawów przebiegało bez zakłóceń, zgodnie z listą alarmową, której celem było monitorowanie zużycia materiałów i środków ochrony osobistej. W celu zabezpieczenia pierwszej doby pracy zespołu, każda osoba otrzymała zestaw nr I, a dodatkowo dla każdej osoby przygotowano po jednym zestawie nr II i III. Następnie kontynuowano działania związane z zabezpieczeniem personelu pracującego w „strefie czerwonej”, polegające na bieżącym uzupełnianiu używanego wyposażenia według potrzeb. Zestaw nr IV został rozmieszczony przez personel obsługi przed przybyciem grupy pracowników „ochotników”, którzy mieli pracować w „strefie czerwonej”. W tej strefie znajdowały się pokoje dla chorych, korytarze ze śluzami, bezpieczny pokój socjalny z wyposażeniem i miejsce do odpoczynku. Taka konfiguracja miała na celu zapewnić utrzymanie kondycji fizycznej i komfort psychiczny poprzez stały kontakt z pozostałym personelem ośrodka za pomocą słuzy (Grzebyk, 2021, s. 8-10).

W trakcie działań kryzysowych w „strefie czerwonej” działania opiekuńcze realizowało 4 opiekunów. Jednakże dla wsparcia tego zespołu pracowało dwudziestu innych pracowników, którzy zajmowali się zapewnieniem środków ochrony osobistej, środków higieny, procesu leczenia, żywienia mieszkańców itp.

Działania w czasie pandemii COVID-19 było areną intensywnych wyzwań, zarówno dla personelu, jak i mieszkańców tych placówek. Pandemia wpłynęła na każdy element funkcjonowania DPS, tworząc specyficzne warunki, które wymagały szybkiej adaptacji, zorganizowanego podejścia do bezpieczeństwa i dostosowania do nowej rzeczywistości. Poniżej wyodrębniłem zagadnienia dotyczące środowiska DPS w Pile w zakresie pandemii COVID-19:

- 1) Bezpieczeństwo mieszkańców i personelu – w środowisku DPS priorytetem stało się zabezpieczenie zdrowia i życia mieszkańców oraz personelu. Wprowadzenie środków ochrony osobistej, reżimu sanitarnego, częstego testowania oraz izolacji w przypadku podejrzenia zakażenia stały się codzienną praktyką.

- 2) Zmiany w funkcjonowaniu placówki – pandemia wymusiła zmiany w organizacji życia codziennego mieszkańców DPS. Ograniczenia w kontakcie społecznym, zmiany w organizacji posiłków, dodatkowe procedury higieniczne, a także konieczność dostosowania aktywności rekreacyjnych i terapeutycznych – to tylko niektóre elementy wprowadzonych modyfikacji.
- 3) Wyzwania kadrowe – dom pomocy społecznej musiały stawić czoła problemom kadrowym, takim jak absencje z powodu choroby czy konieczność zastąpienia personelu w sytuacjach kryzysowych. Zwiększone obciążenie pracowników, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, stało się powszechne.
- 4) Współpraca z instytucjami zewnętrznymi – placówka DPS zacieśniła współpracę z instytucjami zdrowia publicznego, sanepidem czy ośrodkami pomocy społecznej na poziomie lokalnym i krajowym. Współpraca ta była ważna dla efektywnego zarządzania sytuacją kryzysową.
- 5) Wsparcie psychologiczne – znaczący wpływ na środowisko DPS miały także kwestie psychologiczne. Mieszkańcy i personel doświadczyli zwiększonego stresu, lęku i izolacji społecznej. W związku z tym placówki rozwijały programy wsparcia psychologicznego zarówno dla mieszkańców, jak i pracowników.
- 6) Adaptacja do zmieniających się przepisów – dynamiczne zmiany w przepisach sanitarnych i procedurach związanych z COVID-19 wymagały stałej adaptacji i monitorowania ze strony personelu DPS. Stały kontakt z władzami zdrowia i dostosowywanie się do nowych wytycznych stały się nieodłączną częścią codziennej pracy.

W rezultacie DPS w Pile w czasie pandemii stał się obszarem intensywnych działań, wymagających zaangażowania, elastyczności i solidarności ze strony personelu i mieszkańców. Adaptacja do nowej rzeczywistości epidemiologicznej wpłynęła na wiele dziedzin życia w DPS, kształtując nowe standardy jego funkcjonowania.

Ważnym czynnikiem wpływającym na działanie domów pomocy społecznej w okresie pandemii było zapewnienie bezpieczeństwa opiekunom oraz innym osobom bezpośrednio związanym z mieszkańcami. Przygotowanie środowiska pracy w sytuacji ryzyka zachorowania na chorobę zakaźną COVID-19 oraz przestrzeganie ustalonych zasad bezpieczeństwa i higieny pracy były trudnym zadaniem dla kierownictwa placówki. Pandemia była okresem, który niekorzystnie wpływał na kondycję psychofizyczną pracownika DPS, gdyż wiązało się to jednocześnie z przekazem medialnym, a także z obserwowaną sytuacją w macierzystym zakładzie pracy. Zadaniem kadry kierowniczej było stworzenie takich warunków, aby każdy

pracownik mógł czuć się bezpiecznie i komfortowo. Odpowiednie zorganizowanie wypoczynku w tym okresie zapewniało opiekunom możliwość zregenerowania sił po pracy w specjalnych kombinezonach, które były nieodzownym elementem wyposażenia, zorganizowanie punktu dezynfekcyjnego było koniecznością zachowania reżimu sanitarnego. Tak zorganizowana praca dawała poczucie bezpieczeństwa, które gwarantowało efektywność i wydajność opiekuna.

Pandemia COVID-19 była bezprecedensowym wyzwaniem nie tylko dla społeczeństwa, ale dla pracowników i mieszkańców DPS i nadal ma wpływ na nasze życie. Walka z nią wymagała współpracy na szczeblu globalnym, a nauka i systemy opieki zdrowotnej musiały dostosować się do nowej rzeczywistości. Działania te miały na celu ochronę zdrowia i życia ludzi oraz minimalizowanie skutków pandemii.

Dziś choroba COVID-19 została opanowana przez naukowców i ponownie ludzkości się udało, a nauka zwyciężyła. COVID-19 na zawsze już z nami zostanie, lecz nie będzie już taki straszny. Jednakże skutki pandemii COVID-19 będziemy odczuwać jeszcze przez wiele lat.

Trzeba przyznać, że wraz z pojawieniem się SARS-CoV-2, świat nabrał innego wymiaru, a ludzkość będzie musiała włożyć dużo wysiłku, aby normalność do niej powróciła na stałe, ale w innym wymiarze i nie można lekceważyć zagrożeń, które występują w każdej dziedzinie znanej ludzkości, które mogą zaszkodzić w każdej chwili. Wszystko ma swoje miejsce i granice, których nie powinno się przekraczać, jak również nie można podejmować niebezpiecznych eksperymentów, które mogą wymknąć się spod kontroli.

Zakończenie – wnioski i wskazania pedagogiczne

Mieszkanie w domu pomocy społecznej jest decyzją, która może wynikać z różnych uwarunkowań życiowych, zdrowotnych lub społecznych. Dla wielu osób starszych, które wybierają DPS jako miejsce zamieszkania, jest to wybór podyktowany potrzebą wsparcia, opieki i bezpieczeństwa. Osoby starsze często decydują się na DPS ze względu na zagwarantowaną opiekę i poczucie bezpieczeństwa. Personel DPS świadczy codzienną opiekę, monitoruje stan zdrowia mieszkańców i reaguje na niepokojące sytuacje. W przypadku osób wymagających opieki medycznej, DPS zapewnia dostęp do personelu pielęgniarskiego lub terapeutycznego. Regularne kontrole lekarskie, podawanie leków oraz rehabilitacja są często dostępne na miejscu.

Dom pomocy społecznej tworzą ludzie, jego społeczność, w której mieszkańcy mają szansę nawiązywać nowe przyjaźnie i uczestniczyć w różnorodnych aktywnościach społecznych. To może pomóc w przeciwdziałaniu uczuciu samotności.

W DPS organizowane są różnorodne zajęcia i aktywności, takie jak warsztaty, zajęcia artystyczne czy spotkania tematyczne. To pomaga mieszkańcom spędzić czas aktywnie i rozwijać swoje zainteresowania.

Pomieszczenia w DPS są zazwyczaj dostosowane do potrzeb osób starszych. To obejmuje windy, uchwyty i inne udogodnienia, które ułatwiają codzienne funkcjonowanie.

W DPS organizowane jest pełne żywienie, co eliminuje konieczność samodzielnego gotowania. Ponadto usługi sprzątające i pralnia są dostępne każdego dnia, co ułatwia życie codzienne.

Mieszkanie w DPS może także oznaczać odciążenie dla rodziny opiekującej się starszym jej członkiem. Dom pomocy społecznej zajmuje się codziennymi potrzebami, co pozwala rodzinie skupić się tylko na relacjach z seniorami.

Zamieszkanie w DPS to decyzja, która wymaga uwzględnienia indywidualnych potrzeb i preferencji danej osoby. Dla wielu seniorów oznacza to możliwość cieszenia się godnym starzeniem się w środowisku, które dostosowane jest do ich wymagań i zapewnia wsparcie, gdy jest to potrzebne.

Głównym problemem badawczym mojej pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy, a jeżeli tak, to jakie należy podjąć działania, aby poprawić jakość życia osób starszych zamieszkujących w domu pomocy społecznej?

Standardy DPS w myśl Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej są wszędzie takie same. Różnice, które są charakterystyczne dla każdego ośrodka mogą dotyczyć: wyglądu

obiektu, miejsca dyslokacji, przeznaczenia, ilości mieszkańców, liczby zatrudnionego personelu czy wielkości placówki.

W placówkach opiekuńczych możemy zaobserwować znaczące różnice pod względem jakości i komfortu życia, jakie oferują mieszkańcom. W jednym ośrodku panuje harmonia, zapewniając seniorom optymalne warunki bytowe i psychospołeczne. Natomiast w innym miejscu doświadczenia mieszkańców mogą być znacznie mniej satysfakcjonujące, stwarzając atmosferę bardziej przypominającą męczarnię niż dostatnie miejsce do późniejszego etapu życia. Czynniki decydujące o jakości życia w domach pomocy społecznej są różnorodne.

W ośrodkach, gdzie panuje harmonia można spotkać się z:

- wysoko wykwalifikowanym personelem, który zapewnia kompleksową opiekę medyczną, psychologiczną i socjalną, dostosowaną do indywidualnych potrzeb mieszkańców;
- organizowaniem licznych zajęć, kulturalnych wydarzeń i spotkań, które sprzyjają integracji i budowaniu silnej społeczności wśród mieszkańców;
- bezpiecznymi warunkami, a także zminimalizowaniem barier utrudniających codzienne funkcjonowanie mieszkańców;
- autonomią mieszkańców, zachęcającą ich do podejmowania decyzji dotyczących własnego życia i codziennych aktywności.

Natomiast w przypadku ośrodków, które mogą być postrzegane jako męczarnia można spotkać się z:

- brakiem odpowiedniego wsparcia medycznego, psychologicznego czy społecznego, prowadzące do złego stanu psychicznego i fizycznego mieszkańców;
- brakiem aktywności społecznej, co może negatywnie wpływać na ogólne samopoczucie seniorów;
- zaniedbanym otoczeniem, brakiem dostosowania do potrzeb osób starszych i nieodpowiednich warunków mieszkaniowych tworzących atmosferę niekomfortowego bytowania;
- ignorowaniem prywatności i godności mieszkańców powodującym uczucie dyskomfortu i niezadowolenia.

W rezultacie, jakość życia w domu pomocy społecznej jest ściśle związana z polityką instytucji, poziomem profesjonalizmu personelu i podejściem do indywidualnych potrzeb seniorów. Dążenie do stworzenia harmonijnego środowiska wymaga systematycznej troski o dobrostan mieszkańców i podejmowania działań usprawniających funkcjonowanie placówki.

W DPS mogą mieszkać osoby starsze z przeszłością kryminalną, z problemami alkoholowymi, wokół których personel niejednokrotnie pełni funkcję osobistej służby, często wykorzystywanej do dostarczania alkoholu, pod groźbą pobicia lub innego czynu powszechnie uznawanego za przestępczy. Oznacza to, że z zebranego materiału badawczego wynika, że aby zapewnić mieszkańcom domów pomocy społecznej każdego dnia komfort życia, polityka państwa powinna się rozwijać w kierunku poszerzenia typów domów pomocy społecznej, aby przydzielenie miejsca w DPS dla osób potrzebujących odbywało się na zasadach charakterologicznego dobierania osoby do danego typu ośrodka, a nie wypełnienia wolnych miejsc w tych ośrodkach.

W domach pomocy społecznej znaleźć można osoby starsze z różnymi historiami życiowymi, w tym przeszłością kryminalną czy problemami związanych z alkoholem. Personel tych placówek często pełni nie tylko funkcję opiekuńczą, ale także staje w obliczu wyzwań związanych z dostarczaniem alkoholu pod groźbą przemocy fizycznej lub innych działań uznawanych za nielegalne. Analiza zebranego materiału badawczego sugeruje, że rozwój polityki państwa w zakresie domów pomocy społecznej powinien skierować się w stronę różnorodności typów placówek. Przydzielanie miejsca w DPS dla osób potrzebujących powinno opierać się na charakterologicznym dopasowaniu osoby do konkretnego rodzaju ośrodka, zamiast opierać się na zapelnieniu dostępnych miejsc w danym miejscu. W ten sposób można by skuteczniej zapewnić mieszkańcom codzienny komfort życia. Elementem, który mógłby poprawić komfort mieszkańców, jest zintegrowana współpraca z policją i służbą zdrowia.

Analizując przyjęte problemy szczegółowe przedstawione w rozdziale 4. uzyskałem następujące odpowiedzi:

- (1) Polskie społeczeństwo starzeje się w zastraszającym tempie. Według danych statystycznych w 2050 r. ponad 50% Europejczyków będą to osoby starsze, czyli takie, które ukończyły 60. r.ż. lub więcej. Poza tym średnia długość trwania życia będzie się wydłużać. Według danych GUS statystycznie kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, są lepiej wykształcone i można się spodziewać, że potrzeby dotyczące osób samotnych będą wzrastać z koniecznością zabezpieczenia potrzeb dla kobiet. Oznacza to, że należy już dziś zadbać o infrastrukturę przyszłości seniorów, którzy z różnych powodów będą zmuszeni do skorzystania z oferty jednostki pomocowej.
- (2) Termin „instytucja totalna” jest pojęciem z zakresu socjologii, które zostało wprowadzone przez Goffmana. Instytucje totalne to placówki zamknięte, które kontrolują najważniejsze dziedziny życia swoich pensjonariuszy. Główne

cechy instytucji totalnej to: wysokie ogrodzenie, mury, zasieki z drutu kolczastego, strome brzegi lub woda, otwarta przestrzeń, zamknięte drzwi, odcięcie od świata zewnętrznego (Goffman, 1975, s. 150). Poza tym pełna kontrola nad życiem mieszkańców, ograniczenie swobody, hierarchiczna struktura, specyficzne reguły i procedury, długotrwały pobyt, zamknięta przestrzeń itp. to typowy obraz instytucji totalnej.

W przypadku domów pomocy społecznej w Polsce, termin „instytucja totalna” nie zawsze jest zastosowany w ścisłym sensie, ponieważ DPS są miejscami opieki m.in. dla osób starszych, często z różnymi poziomami autonomii i zdolnościami. Niemniej jednak niektóre wymiary życia w DPS, zwłaszcza dla osób wymagających stałej opieki, mogą wykazywać pewne cechy instytucji totalnej, takie jak ograniczenia przestrzenne, reżimy codzienne i kontrola nad życiem codziennym.

Warto podkreślić, że termin „instytucja totalna” może być w obecnych czasach kontrowersyjny i nie zawsze odzwierciedla pełen zakres funkcji i misji domów pomocy społecznej. Jest to bardziej używane przy określeniu placówek, gdzie kontrola i zamknięcie są bardziej restrykcyjne niż w przypadku standardowych DPS.

- (3) Osoby starsze zamieszkujące dom pomocy społecznej są zazwyczaj w większym lub mniejszym stopniu zależne od personelu placówki w zakresie zaspokajania swoich potrzeb biopsychospołecznych. Jednakże istnieją sytuacje, w których osoby te mogą próbować zapewnić sobie niektóre potrzeby, zwłaszcza gdy personel nie jest obecny. Oznacza to, że mieszkańcy mogą korzystać z dostępnych w DPS sprzętów i urządzeń pomocniczych, które ułatwiają im codzienne funkcjonowanie, nawet gdy personel nie jest obecny. W zależności od stopnia samodzielności, niektóre osoby starsze mogą starać się samodzielnie wykonywać proste czynności, takie jak ubieranie się, mycie się czy korzystanie z toalety. Osoby starsze mogą również wspólnie spędzać czas, rozmawiać, grać w gry planszowe czy uczestniczyć w innych aktywnościach społecznych, a współczesne technologie umożliwiają kontakt z rodziną za pośrednictwem telefonów, komunikatorów internetowych czy wideokonferencji, co może być źródłem wsparcia emocjonalnego. Jednakże wśród licznej społeczności mieszkańców występują osoby, które nie respektują prawa do odpoczynku

innych współlokatorów, organizując głośne libacje alkoholowe i zakłócając spokój pozostałym mieszkańcom.

Warto jednak podkreślić, że zdolność do samodzielnego zaspokajania potrzeb biopsychospołecznych zależy od indywidualnych możliwości i stanu zdrowia każdej osoby starszej. Personel placówki zazwyczaj jest obecny, aby oferować wsparcie i pomoc, zwłaszcza tam, gdzie jest to konieczne. Natomiast wszelkie zakłócenia najczęściej pojawiają się w godzinach wieczornych, gdy personelu jest mało i nie ma pełnej kontroli nad pozostałymi mieszkańcami. W takim przypadku najwięcej problemów sprawiają osoby o przeszłości kryminalnej i/lub osoby z problemami alkoholowymi.

- (4) Domy pomocy społecznej w Polsce pełnią funkcję pomocową wobec swoich pensjonariuszy i pensjonariuszek. Są to placówki, które zapewniają opiekę, wsparcie i odpowiednie warunki życia dla osób starszych, często wymagających pomocy w codziennych czynnościach. Domy pomocy społecznej mają na celu zapewnienie godnych warunków bytowych, opieki zdrowotnej i integracji społecznej dla osób starszych, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym. Jednakże w Polsce istnieją placówki, które cierpią na braki inwestycyjne, a zatrudniony personel może być niedostatecznie przeszkolony w zakresie przestrzegania norm sanitarnych wobec mieszkańców. Niemniej jednak warto zaznaczyć, że sytuacja ta nie wynika z celowego zaniedbania personelu.
- (5) Domy pomocy społecznej w Polsce mają na celu przede wszystkim zapewnienie opieki, wsparcia i odpowiednich warunków życia dla osób starszych, niepełnosprawnych lub potrzebujących pomocy. Głównym celem instytucji tego typu nie jest pełnienie funkcji kontrolnej nad mieszkańcami, ale raczej zapewnienie im opieki, komfortu i godnego życia. Jednakże w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa i dobrostanu mieszkańców, personel może podejmować pewne działania kontrolne, na przykład w zakresie przestrzegania norm bezpieczeństwa czy dostosowywania się do określonych zasad funkcjonowania placówki. W każdym razie taki nadzór ma na celu raczej ochronę i troskę o dobro mieszkańców niż pełnienie funkcji kontroli w tradycyjnym sensie tego słowa.
- (6) Oczekiwania osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej w zakresie świadczonych usług opiekuńczych obejmują dostęp do wysokiej

jakości opieki zdrowotnej, w tym regularnych kontroli lekarskich, dostęp do leków i specjalistycznych usług medycznych. W zależności od indywidualnych potrzeb, starsze osoby mogą oczekiwać wsparcia pielęgniarstwa w codziennych czynnościach, takich jak podawanie leków, opatrywanie ran czy monitorowanie parametrów zdrowotnych. Oczekiwania mogą również obejmować organizację różnorodnych aktywności i zajęć, które stymulują umysł, wspierają kondycję fizyczną i pozwalają na społeczne interakcje. Mieszkańcy DPS mogą oczekiwać odpowiednich warunków zakwaterowania, zapewnienia czystości i porządku, a także bezpieczeństwa w otoczeniu. Oczekiwania dotyczące posiłków obejmują nie tylko ich smak i jakość, ale także uwzględnienie indywidualnych preferencji żywieniowych i ewentualnych ograniczeń zdrowotnych. Osoby starsze mogą liczyć na wsparcie psychospołeczne, w tym rozmowy z personelem, dostęp do terapii, a także możliwości utrzymywania kontaktu z rodziną i bliskimi.

Warto zaznaczyć, że oczekiwania te są bardzo indywidualne i zależą od potrzeb, preferencji oraz stanu zdrowia konkretnych mieszkańców DPS. W związku z tym, istotne jest, aby personel placówki był elastyczny i dostosowywał świadczone usługi do indywidualnych potrzeb każdej osoby starszej.

- (7) Codziennosc osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej może różnić się w zależności od standardów placówki, polityki prowadzenia DPS, a także indywidualnych potrzeb i preferencji mieszkańców. W DPS ustalany jest harmonogram dnia, który obejmuje posiłki, zajęcia terapeutyczne, spacer, czas wolny, a także czas na odpoczynek. Zapewnienie ustalonej struktury dnia może być istotne dla osób starszych. W codzienności osób starszych w DPS znaczącą rolę odgrywa opieka zdrowotna. W ramach tej opieki zapewniane są regularne wizyty lekarskie, dostęp do pielęgniarek oraz przyjmowanie leków według zaleceń medycznych. W DPS organizuje się różnorodne zajęcia i aktywności, takie jak: terapia zajęciowa, warsztaty, czytanie, zajęcia sportowe czy spotkania kulturalne. Działania te mają na celu utrzymanie sprawności umysłowej i fizycznej mieszkańców. Codziennie seniorzy otrzymują trzy posiłki dostosowane do ich potrzeb żywieniowych. Ważne jest, aby żywność była nie tylko smaczna, ale także zgodna z indywidualnymi preferencjami i ewentualnymi ograniczeniami zdrowotnymi, lecz nie w każdym DPS można tego doświadczyć. Codziennosc

obejmuje także kontakt z personelem, innymi mieszkańcami, a także rodziną i bliskimi. Dla wielu osób starszych utrzymanie relacji społecznych ma duże znaczenie dla jakości życia. Personel DPS zapewnia pomoc w codziennych czynnościach, takich jak ubieranie, mycie czy korzystanie z toalety. Ta forma wsparcia jest niezwykle istotna dla osób, które z różnych powodów nie są w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności. W miarę możliwości seniorzy biorą udział w spacerach i innych aktywnościach na świeżym powietrzu, co wpływa korzystnie na ich kondycję fizyczną i psychiczną.

Warto podkreślić, że codzienność w DPS może być zróżnicowana, a jakość życia seniorów w dużej mierze zależy od podejścia personelu, dostosowania usług do indywidualnych potrzeb i atmosfery panującej w placówce.

- (8) Relacje interpersonalne pomiędzy osobami starszymi zamieszkującymi domy pomocy społecznej mogą być zróżnicowane. W wielu DPS tworzą się relacje oparte na wzajemnej współzależności i wsparciu. Mieszkańcy często postrzegają siebie nawzajem jako jedną „rodzinę” i pomagają sobie nawzajem w codziennych czynnościach. Osoby starsze często mają wspólne doświadczenia z przeszłości, takie jak różne okresy historyczne, zmiany społeczne czy zbliżony wiek. Te wspólne doświadczenia mogą stanowić punkt wyjścia do budowania więzi. Organizowane zajęcia grupowe, takie jak terapia zajęciowa, warsztaty czy spotkania tematyczne, sprzyjają budowaniu relacji. Seniorzy mają okazję spędzać czas razem, dzielić zainteresowania i rozwijać nowe umiejętności. Relacje interpersonalne oparte są na wzajemnym szacunku, zgodzie i empatii. W miarę możliwości mieszkańcy starają się zrozumieć sytuacje życiowe innych i wspierać ich emocjonalnie. Pomimo że w wielu DPS panuje atmosfera przyjazna, niekiedy mogą występować konflikty pomiędzy mieszkańcami. Personel DPS często podejmuje działania mające na celu integrację mieszkańców, wspierając tworzenie społeczności. Na integrację społeczną wpływa udział w organizowanych wydarzeniach, spotkaniach czy wspólnych wyjściach. Komunikacja pełni ważną rolę w relacjach interpersonalnych. Zarówno werbalna, jak i niewerbalna komunikacja pomagają w nawiązywaniu kontaktów, dzieleniu się myślami i budowaniu więzi.

Warto podkreślić, że każdy DPS jest unikalny, a relacje interpersonalne zależą od wielu czynników, takich jak kultura placówki, podejście personelu, a także

indywidualne cechy mieszkańców. Optymalne relacje sprzyjają poprawie jakości życia osób starszych w placówkach opiekuńczych.

- (9) Relacje interpersonalne pomiędzy osobami starszymi zamieszkującymi DPS a personelem mają swoje charakterystyczne cechy, które wynikają z roli i funkcji pełnionej przez personel opiekuńczy. Osoby starsze często zależą od personelu DPS w kwestiach opieki, zdrowia i bezpieczeństwa. Stąd relacje oparte są na wzajemnym zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa, zwłaszcza jeśli seniorzy czują, że są odpowiednio pielęgnowani i chronieni. Personel DPS, mając doświadczenie w pracy z osobami starszymi, stara się być empatyczny i zrozumieć indywidualne potrzeby mieszkańców. Zrozumienie sytuacji życiowej seniorów pozwala na bardziej efektywną opiekę. Relacje pomiędzy personelem a osobami starszymi często koncentrują się na pomocy w codziennych czynnościach, takich jak wspomniane wcześniej kąpanie, ubieranie, jedzenie i inne kwestie opieki osobistej. Personel odpowiada za organizację działań w DPS, takich jak terapia zajęciowa, zajęcia rekreacyjne czy spotkania. Dobre relacje interpersonalne oparte są na indywidualnym podejściu personelu do każdej osoby starszej. Zrozumienie unikalnych potrzeb i preferencji każdego mieszkańca sprzyja budowaniu pozytywnych relacji. W relacjach zdarzają się sytuacje konfliktowe. Personel stara się aktywnie rozwiązywać ewentualne problemy i konflikty, aby utrzymać harmonię w relacjach.

Warto podkreślić, że skuteczne relacje interpersonalne między personelem a osobami starszymi wpływają pozytywnie na atmosferę w DPS i przyczyniają się do polepszenia jakości opieki i życia mieszkańców.

- (10) Występowanie i zażywanie środków psychoaktywnych wśród mieszkańców DPS może być związane z różnymi czynnikami, a ich charakterystyka może być złożona. Osoby starsze mogą mieć zróżnicowane historie życiowe, w tym doświadczenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych jeszcze przed pobyciem w placówce opiekuńczej. Niektóre środki psychoaktywne mogą być przepisywane seniorom w związku z problemami zdrowotnymi, np. ból przewlekły czy zaburzenia psychiczne. W takich przypadkach zażywanie może być kontrolowane i monitorowane przez personel medyczny. Osoby starsze, szczególnie w instytucjach opiekuńczych, mogą zmagać się z depresją i uczuciem samotności. Niektórzy z mieszkańców mogą próbować samoleczenia, sięgając po środki psychoaktywne w celu złagodzenia

psychicznego dyskomfortu. W niektórych przypadkach mieszkańcy DPS mogą nadużywać substancji psychoaktywnych, zwłaszcza jeśli wcześniej mieli z tym doświadczenie. To może być związane z trudnościami adaptacyjnymi do nowego środowiska. W zależności od polityki i nadzoru personelu, dostępność środków psychoaktywnych w DPS może wpływać na to, czy mieszkańcy sięgają po tego rodzaju substancje.

Ważne jest, aby podejście do tego zjawiska uwzględniało indywidualne potrzeby i historie życiowe mieszkańców i by było zintegrowane z szeroko zakrojoną opieką zdrowotną i psychospołeczną w instytucji opiekuńczej.

- (11) Stan bezpieczeństwa infrastrukturalnego w DPS może różnić się w zależności od konkretnych placówek. Jednak istnieją ogólne kategorie, które są ważne w ocenie bezpieczeństwa w takich miejscach. Należy sobie zdać sprawę z tego, że budynek DPS powinien być odpowiednio utrzymany i spełniać wymagania bezpieczeństwa. Obejmuje to sprawdzenie stanu technicznego budynku, instalacji elektrycznej, zapewnienie bezpiecznych wyjść ewakuacyjnych oraz dostępu do gaśnic i urządzeń przeciwpożarowych, ocenę systemów przeciwpożarowych, alarmów, procedur ewakuacyjnych i zapewnienie dostępu do podręcznych środków gaśniczych. Regularne przeglądy i ćwiczenia ewakuacyjne są istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańców. Zapewnienie odpowiednich warunków sanitarnych, dostęp do czystej wody, sprzątanie i utrzymanie czystości w pomieszczeniach wspólnych i prywatnych, jak również dostęp do toalet i łazienek. Stan bezpieczeństwa infrastrukturalnego obejmuje także ochronę przed przemocą, nadużyciami, kradzieżą i kontrolę dostępu do obiektu. W niektórych placówkach mogą być stosowane systemy monitoringu, które wspierają zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego. Dodatkowo zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, dostępu do leków i ich prawidłowe przechowywanie, a także reagowanie na nagłe przypadki medyczne lub pilne sytuacje zdrowotne.

Wiele domów pomocy społecznej stara się spełnić te standardy, jednak zróżnicowanie może być duże. Dla oceny stanu bezpieczeństwa infrastrukturalnego w konkretnych DPS istotne jest przeprowadzenie szczegółowej oceny i regularnych inspekcji, a także utrzymanie odpowiednich standardów przez personel i zarządców placówki.

- (12) Osoby zamieszkujące DPS mogą mieć różne potrzeby i podejścia do kwestii religijności i duchowości. Niektórzy mogą praktykować swoją religię, uczestniczyć w nabożeństwach lub modlitwach organizowanych w placówce, podczas gdy inni mogą preferować indywidualne praktyki duchowe. Personel i władze DPS często starają się zapewnić możliwość praktyk religijnych w zgodzie z potrzebami mieszkańców. Mogą zapraszać duszpasterzy różnych wyznań, organizować nabożeństwa lub modlitwy, udostępniać przestrzenie do indywidualnych praktyk religijnych. Jednakże nie wszyscy mieszkańcy korzystają z tych możliwości. Niektórzy mogą mieć różne potrzeby religijne lub być mniej zainteresowani praktykami duchowymi. Dlatego istotne jest zapewnienie różnorodnych opcji i poszanowanie indywidualnych potrzeb i preferencji w tym zakresie.
- (13) Pandemia COVID-19 znacząco wpłynęła na kondycję biopsychospołeczną osób starszych w DPS. Placówki te były szczególnie narażone na ryzyko związane z pandemią ze względu na zbiorową przestrzeń i podatność osób starszych na infekcje. Wprowadzone działania w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, takie jak izolacja, ograniczenie kontaktów społecznych czy zastosowanie środków sanitarnych, miały ogromny wpływ na codzienność mieszkańców tych placówek. Osoby starsze w domach pomocy społecznej doświadczyły większej izolacji społecznej, ograniczenia kontaktów z rodziną i bliskimi, a także często nie miały możliwości korzystania z zajęć terapeutycznych czy rekreacyjnych, co mogło prowadzić do spadku samopoczucia, uczucia samotności, czy nawet depresji. Dodatkowo wprowadzone procedury mające na celu ochronę przed wirusem mogły zmienić codzienne rutyny, zwiększyć lęki związane z zagrożeniem zdrowia i spowodować utratę poczucia bezpieczeństwa wśród mieszkańców. Zarządzanie sytuacją pandemiczną w DPS wymagało dostosowania się do nowych wyzwań, takich jak zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, ograniczenie ryzyka zakażenia, a także równoczesne dbanie o ich stan psychiczny i emocjonalny.
- (14) Aktywność w obszarze realizacji pasji wśród osób starszych w DPS może być zróżnicowana, uzależniona od wielu czynników, takich jak ich stan zdrowia, dostępność zajęć czy indywidualne zainteresowania. Niektórzy mieszkańcy aktywnie angażują się w zajęcia kulturalne, rękodzielnicze, plastyczne czy

muzyczne organizowane przez personel DPS. Mogą to być warsztaty malarskie, czytanie książek, zajęcia terapeutyczne czy muzykoterapia. Dla innych realizacja pasji może ograniczać się do indywidualnych zainteresowań, takich jak czytanie, pisanie, kolekcjonowanie czy oglądanie filmów. Jednakże trzeba uwzględnić, że zróżnicowanie zainteresowań i możliwości aktywności wśród osób starszych w DPS może być ograniczone przez stan zdrowia, mobilność czy dostępność odpowiednich zajęć. Ważne jest, aby personel placówki zapewniał różnorodność aktywności, uwzględniając indywidualne preferencje mieszkańców i starał się dostosować ofertę do ich potrzeb i możliwości.

- (15) Osoby starsze zamieszkujące DPS często uczestniczą w różnego rodzaju zajęciach o charakterze społeczno-kulturalno-edukacyjno-sportowym organizowanych przez personel placówki. Te aktywności mogą obejmować: ćwiczenia fizyczne, gimnastykę, spacer, wykłady, pogadanki, czytanie książek, zajęcia z historii, naukę języków obcych, warsztaty z rękodzieła, pisanie, czytanie, organizowanie wyjazdów do teatru, muzeów, galerii sztuki czy seansów filmowych, spotkania integracyjne, wspólne rozmowy, dyskusje, organizowanie wydarzeń okolicznościowych czy spotkań towarzyskich.

Personel DPS stara się zapewnić różnorodność w ofercie zajęć, uwzględniając potrzeby i zainteresowania mieszkańców. To nie tylko pozwala na spędzenie czasu w sposób aktywny i kreatywny, ale także sprzyja integracji społecznej, poprawie nastroju i samopoczucia osób starszych.

- (16) Kontakty społeczności zamieszkującej DPS z rodzinami są zróżnicowane i często zależą od indywidualnych sytuacji życiowych danego mieszkańca. Niektórzy pensjonariusze utrzymują regularny kontakt z rodzinami, odwiedzając je lub przyjmując wizyty w placówce. Inni mogą mieć ograniczone możliwości spotkań ze względu na odległość, stan zdrowia czy brak możliwości wyjazdów. Dla niektórych mieszkańców DPS kontakt z rodziną może być ważny dla ich dobrej kondycji psychicznej i emocjonalnej. Personel stara się wspierać te relacje, umożliwiając spotkania z bliskimi zgodnie z możliwościami placówki i obowiązującymi przepisami.

Przy analizie codziennego funkcjonowania personelu DPS, z całą pewnością mogę wyrazić pozytywną opinię na temat tego zespołu. To grupa pracowników, którzy nie tylko

poświęcają swój czas, ale także wkładają serce w swoją pracę, dążąc do zapewnienia szczęścia mieszkańcom placówki.

W tym miejscu warto przywołać słowa filozofa Władysława Tatarkiewicza (1886–1980): „Czy człowiek jest szczęśliwy, to zależy nie tylko od tego, co go w życiu spotyka, ale i od tego, jak reaguje na to, co go spotyka. Aby być zadowolonym, nie dość jest mieć majątek czy urodę, lecz trzeba ponadto w nich znajdować upodobanie, a przy pewnym usposobieniu nawet choroba, ubóstwo i brzydota nie odbierają zadowolenia z życia” (Tatarkiewicz, 1970, s. 318).

Personel DPS zdaje się być oddany swojej roli, podejmując wysiłki w kierunku zaspokajania potrzeb i zapewnienia komfortu pensjonariuszom. W trakcie wielu rozmów z podopiecznymi zauważam, że wypowiadają się oni z uznaniem i wdzięcznością wobec opiekunów. Ciepłe słowa, które słyszę od mieszkańców, świadczą o głębokim szacunku i zaufaniu do personelu DPS.

Warto podkreślić, że te pozytywne opinie nie są pustymi słowami, lecz są także odzwierciedleniem prawdziwych uczuć i relacji budowanych między personelem a mieszkańcami. Wspomniane ciepłe słowa kierowane przez podopiecznych świadczą o autentyczności i zaangażowaniu pracowników, co wpływa pozytywnie na atmosferę w placówce.

Jednakże aby utrzymać ten wysoki standard opieki, istotne jest ciągłe monitorowanie i doskonalenie działań personelu. W dalszych badaniach warto zwrócić uwagę na konkretne warunki codziennej pracy, aby lepiej zrozumieć, jakie czynniki przyczyniają się do sukcesu DPS i jakie obszary można jeszcze usprawnić, aby zapewnić jak najwyższą jakość życia mieszkańcom.

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że jest to obszar, który wymaga kompleksowego spojrzenia z uwzględnieniem różnorodnych czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i instytucjonalnych. Osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej doświadczają specyficznych warunków życia, które mają wpływ na ich codzienność i jakość życia.

Ważnym zagadnieniem jest analiza struktury i funkcji samej instytucji DPS. W niektórych przypadkach, mimo założenia opiekuńczego charakteru placówki, mogą występować problemy związane z infrastrukturą, bezpieczeństwem czy standardem świadczonych usług. Należy również zauważyć, że nie wszystkie domy pomocy społecznej spełniają oczekiwania i normy, co ma wpływ na komfort życia mieszkańców.

Kwestie relacji interpersonalnych, zarówno pomiędzy mieszkańcami, jak i z personelem, mają istotne znaczenie dla samopoczucia pensjonariuszy. Działania podejmowane przez

personel, organizacja zajęć i wspieranie kontaktów z rodziną mają istotne znaczenie dla jakości życia osób starszych w DPS.

W zakresie pandemii COVID-19, wyzwania związane z utrzymaniem bezpieczeństwa, dostępu do opieki zdrowotnej czy utrzymaniem kontaktów społecznych nabrały dodatkowego znaczenia. Placówki musiały dostosować swoje funkcjonowanie do rygorów sanitarnych, co wpłynęło na codzienność mieszkańców.

Wartościowe badania nad życiem osób starszych w DPS dostarczają istotnych informacji dla poprawy funkcjonowania tych instytucji oraz podniesienia standardu opieki nad seniorami. Dalsze badania i analizy są niezbędne, aby bardziej kompleksowo zrozumieć potrzeby tej grupy społecznej i skuteczniej jej służyć. Wskazania pedagogiczne dotyczące osób starszych zamieszkujących domy pomocy społecznej:

- 1) Opracowanie indywidualnych planów działań edukacyjnych dla mieszkańców, uwzględniających ich indywidualne potrzeby, umiejętności i zainteresowania. Działania edukacyjne mogą obejmować warsztaty, prelekcje czy zajęcia kulturalne dostosowane do możliwości i preferencji osób starszych. Przeprowadzenie szczegółowej analizy potrzeb każdego mieszkańca, obejmującej wymiar fizyczny, psychiczny i społeczny. Wnikliwe zrozumienie specyfiki sytuacji każdej osoby pozwoli na lepsze dostosowanie działań edukacyjnych. Regularne monitorowanie postępów w zakresie edukacji i dostosowywanie planów indywidualnych w miarę potrzeb. Elastyczność w podejściu do konkretnych sytuacji pozwoli na skuteczniejsze osiągnięcie celów edukacyjnych.
- 2) Wspieranie mieszkańców w utrzymaniu relacji społecznych poprzez planowanie i organizację grupowych zajęć społeczno-kulturalnych. Zachęcanie do udziału w spotkaniach, dyskusjach czy wspólnych wydarzeniach, które sprzyjają budowaniu relacji opartych na wzajemnej współzależności i wsparciu.
- 3) Edukacja na temat bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia. Przeprowadzanie edukacyjnych sesji na temat bezpieczeństwa, zdrowego stylu życia i skutków zażywania środków psychoaktywnych. Działania te mogą zmniejszyć ryzyko negatywnych zachowań i poprawić świadomość mieszkańców.
- 4) Integracja religijna i duszpasterska w zakresie zapewnienia wsparcia dla różnorodnych potrzeb religijnych i duchowych mieszkańców poprzez organizację nabożeństw, modlitw czy indywidualnych praktyk duchowych.
- 5) Adaptacja programów aktywności do stanu zdrowia dotycząca dostosowania programów aktywności do zróżnicowanych stanów zdrowia mieszkańców.

Opracowywanie różnorodnych zajęć, dostępnych dla każdego, niezależnie od jego kondycji fizycznej czy psychicznej.

- 6) Kreatywne wykorzystanie technologii poprzez wprowadzenie kreatywnych rozwiązań technologicznych, które umożliwiają mieszkańcom uczestnictwo w wydarzeniach online, kontakt z rodziną oraz dostęp do edukacyjnych zasobów internetowych.
- 7) Wspieranie rodzin i komunikacja dwukierunkowa polegające na zachęcaniu do aktywnego uczestnictwa rodzin w życiu mieszkańców poprzez organizację spotkań, wydarzeń czy platform komunikacyjnych. Stworzenie przestrzeni do dwukierunkowej komunikacji między rodziną a placówką.
- 8) Przygotowanie na sytuacje kryzysowe polegające na edukacji mieszkańców na temat postępowania w sytuacjach kryzysowych, takich jak pandemia. Organizacja symulacji, szkoleń czy dostarczanie informacji na bieżąco mogą pomóc w utrzymaniu spokoju i bezpieczeństwa w trudnych okolicznościach.

Wdrożenie powyższych wskazań pedagogicznych może przyczynić się do stworzenia bardziej zindywidualizowanego wsparcia oferowanego mieszkańcom domów pomocy społecznej, podnosząc tym samym ich jakość życia oraz dostosowując placówki do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa w Polsce.

Zaproponowane wskazania pedagogiczne są skoncentrowane na tworzeniu holistycznych strategii wsparcia dla mieszkańców domów pomocy społecznej, uwzględniając ich indywidualne potrzeby i sytuacje życiowe. Indywidualne planowanie działań edukacyjnych stanowi fundament, umożliwiając dostosowanie programów edukacyjnych do unikalnych cech każdej osoby.

Wsparcie w utrzymaniu relacji społecznych podkreśla znaczenie społecznego wymiaru życia mieszkańców, co może przyczynić się do budowania silnych więzi międzyludzkich. Edukacja na temat bezpieczeństwa, zdrowego stylu życia i skutków zażywania substancji psychoaktywnych ma na celu zwiększenie świadomości i promocję zachowań prozdrowotnych.

Integracja religijna i duszpasterska odzwierciedla poszanowanie dla różnorodności wyznań oraz dbałość o kwestie duchowe mieszkańców. Adaptacja programów aktywności do stanu zdrowia oraz kreatywne wykorzystanie technologii mają na celu stworzenie możliwości uczestnictwa we wszelkich działaniach, niezależnie od kondycji fizycznej czy psychicznej.

Wsparcie rodzin i dwukierunkowa komunikacja podkreślają rolę bliskich w życiu mieszkańców, promując współpracę i zrozumienie między rodziną a placówką. Przygotowanie na sytuacje kryzysowe zdeterminowane jest dążeniem do zapewnienia bezpieczeństwa i spokoju mieszkańcom w trudnych okolicznościach, takich jak pandemia.

Wszystkie te elementy składają się na kompleksową strategię pedagogiczną, której celem jest nie tylko zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych mieszkańców, ale także tworzenie atmosfery opartej na wzajemnej trosce, szacunku i zrozumieniu. Przyjęcie tych wskazań pedagogicznych może skutkować bardziej zindywidualizowaną, elastyczną i kompleksową opieką, dostosowaną do różnorodnych potrzeb społeczności starzejącego się społeczeństwa w Polsce.

Bibliografia

- Abrams, W. B. i in. (red.). (1999). *MSD podręcznik geriatryi*. Urban & Partner.
- Andersen, J. i in. (2021). How can urban design and architecture support spatial inclusion for nursing home residents? W: K. Walsh, T. Scharf, S. Van Regenmortel, A. Wanka (red.), *Social exclusion in later life: interdisciplinary and policy perspectives*, s. 397-408. Springer International Publishing.
- Andreoli, V. (2009). *Zrozumieć cierpienie. Aby ból ustąpił radości*. Wydawnictwo Homini.
- Angrosino, M. (2020). *Badania etnograficzne i obserwacyjne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Argyle, M. (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich* (2. wyd.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Babiarczyk, B., Schlegel-Zawadzka, M., Turbiarz, A. (2013). Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(4), s. 453-457.
- Babbie, E. (2009). *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bać, Z. (2013). W poszukiwaniu habitatów przyszłości. *Housing Environment*, 11, s. 7-12.
- Bakalarczyk, R. (2012). Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – Przykład Szwecji. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 18, s. 107-118.
- Bakalarczyk, R. (2021). *Starość po polsku Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*. Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej.
- Bańka, A. (1985). *Psychologiczna struktura projektowa środowiska*. Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej.
- Bańka, A. (2005). *Psychologia jakości życia*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Bartoszek, A. i in. (2012). Warunki zamieszkania seniorów – Główne ustalenia badawcze. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, s. 511-530. Wydawnictwo Medyczne Termedia.
- Baumann, K. (2006a). Jakość życia w okresie późnej dorosłości – Dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 14(4), s.165-171.
- Baumann, K. (2006b). Osoby w okresie późnej dorosłości jako ofiary nadużyć. *Gerontologia Polska*, 14(3), s. 119-124.
- Benek, I. (2014). Potrzeby pacjenta starszego i ich wpływ na projektowanie szpitali. *Gerontologia Polska*, 4, s. 91-158.
- Benek, I. (2016). *Jak budować dla seniorów? Lokalna senioralna strategia mieszkaniowa. Formy zamieszkania dla seniorów*. www.samorzadoweforum.pl, dostęp 15.09.2023 r.

- Benek, I. (2016a). *Poprawa jakości życia osób starszych w środowisku ich zamieszkania na przykładzie Domów Seniora*. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć*. s. 341-356. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Benek, I., Szewczenko, A. (2015). Ergonomia w projektowaniu obiektów z funkcją opieki dla osób starszych. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie*, 27(2-3), s. 79-95.
- Binnebesel, J., Formella, Z. (2017). Opieka nad umierającym. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 373-374). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Błędowski, P. (2002). *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej.
- Błędowski, P. i in. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Błędowski, P. i in. (2017). Modele wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania. W: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Propozycja modelu oraz wyniki badania antydyskryminacyjnego*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Błędowski, P. (2020). *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*.
- Boczoń, J., Zielińska, A., Toczyński, W. (1995). Ubóstwo jako zjawisko społeczne oraz przedmiot pracy socjalnej. W: *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Wydawnictwo „Żak”
- Bogdańska, I. (2019). Relacje interpersonalne w odświeżeniu życia codziennego społeczności domu pomocy społecznej. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 35, s. 24-40.
- Bogusz, R. i in. (2013). Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(4), s. 517-522.
- Borowski, A. (2013). Social welfare houses as a total institution. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 4, s. 70-74.
- Boruta, M. (2022). Komercyjne domy seniora w Polsce a gerontechnologia – wyniki badań. W P. Bartkowiak (red.), *Tendencje rozwoju współczesnego rynku nieruchomości mieszkaniowych* (s. 96-108). Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. <https://doi.org/10.18559/978-83-8211-124-8/6>, dostęp 15.09.2023 r.
- Bowling, A. i in. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), s. 269-306.

- Brola, W., Bielecka, E. (2021). Vaccination in multiple sclerosis patients during the COVID-19 pandemic. *Aktualności Neurologiczne*, 21(3), s. 137-142.
- Brzeski, W., Kirejczyk, K., Kozłowski, E. (2014). *Perspektywy rozwoju budownictwa senioralnego w Polsce Obecne i przyszłe problemy związane z zapewnieniem lepszych mieszkań dla polskich seniorów*. Wydawnictwo REAS.
- Brzezińska, A. I., Hejmanowski, S. (2021). Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 623-664). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzezińska, A. I., Wilowska, J. A. (2010). Starość w kontekście psychologii pozytywnej. W: K. Wieczorowska-Tobis D. Talarska (red.), *Pomyślna starość* (s. 45-55). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Bugajska, B., Iwański, R. (2018). Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych niesamodzielnych osób starszych – W poszukiwaniu optymalnych rozwiązań. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 1-2(15), s. 12-25.
- Bulska, J. (2018). Przyjaźń jako wartość w relacjach społecznych i kształtowaniu samopoczucia człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 127, s. 51-59.
- Červinková, H. (2012). *Badania w działaniu i zaangażowana antropologia edukacyjna. Terazniejszość – Człowiek - Edukacja*, 57(1), s. 7-18.
- Chabior, A. (2000). *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*. Instytut Technologii Eksploatacji.
- Chabior, A. (2014). Aktywność i aktywizacja osób starszych. W: *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej* (s. 80-84). Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Chabior, A., Wawrzyniak, J. K. (2017). Marginalizacja i dyskryminacja osób starszych w okresie późnej dorosłości. W: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość*. (3. wyd. s. 241–244). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Christians, C. (2009). Etyka i polityka w badaniach jakościowych W: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych* (s. 207-243). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ciałkowska-Rysz, A. (2020). An appraisal of the situation of palliative care in Poland in 2018. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 11(4), s. 163-169.
- Cieśla, A., Cieśla, J. P. (2018). Wzorcowe Mieszkanie Seniora, czyli jak Polacy mogą mieszkać na starość – analiza kosztów. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 1–2(15), s. 43-57.
- Clegg, A. i in. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), s. 752-762.
- Comfort, A. (1968). *Dlaczego się starzejemy?* Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Creswell, J. W. (2013). *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cudak, S. (2017). Aktywność ludzi starszych w domu opieki społecznej. *Pedagogika Rodziny*, 7(3), s. 41-50.
- Cytowicz-Karpiłowska, W., Kazimierska, B., Cytowicz, A. (2009). *Postępowanie usprawniające w geriatricii. Podstawy, wskazania i przeciwwskazania*. AlmaMer Wyższa Szkoła Ekonomiczna.
- Czerniawska, O. (1998). Style życia w starości. W: O. Czerniawska (red.), *Style życia w starości* (s. 17-26). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Czym jest mieszkanie chronione i kto może się o nie ubiegać? (2023). Seniore.pl. <https://seniore.pl/prawo/czym-jest-mieszkanie-chronione-i-kto-moze-sie-o-nie-starac/>, dostęp 01.10.2023 r.
- Ćwiklińska-Surdyk, D., Surdyk, A. (2012). Człowiek jako aktor na scenie życia. Teorie G.H. Meada i E. Goffmana a narracyjne gry fabularne. *Homo Ludens*, 1(4), s. 45-62.
- Beauvoir de, S. (2011). *Starość*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2014). Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych. W: *Metody badań jakościowych* (t. 1, s. 19-62). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Deręgowska, J. (2008). Współczesny człowiek wobec starości i nieuchronności przemijania. W: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości: Wybrane konteksty, problemy, uwarunkowania* (s. 23-34). Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
- Doiczman-Łoboda, N. i in. (2021). *Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w czasie pandemii*. Uniwersytet Adama Mickiewicza, ROPS, Obserwatorium Integracji Społecznej. https://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/Funkcjonowanie_dom%C3%B3w_pomocy_spo%C5%82ecznej_w_czasie_pandemii_raport_z_badania.pdf, dostęp 15.09.2023 r.
- Drugie Światowe Zgromadzenie na temat starzenia się*. (2002). <https://www.unic.un.org.pl/ageing/plan.php>, dostęp 15.09.2023 r.
- Dubas, E. (2000a). *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dubas, E. (2000b). Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka. W: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Akademickie Towarzystwo Andragogiczne.
- Dubas, E. (2013). Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością. *Rocznik Andragogiczny*, 20, s. 155-152.

- Duda, K. (2012). Proces starzenia się. W: A. Marchewka, Z. Dąbrowski (red.), *Fizjologia starzenia się: Profilaktyka i rehabilitacja* (s. 1-32). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dyczewski, L. (1994). Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze. Wydawnictwo KUL.
- Dyduch, E. (2014). Czas wolny jako wyznacznik jakości życia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: D. Wolska (red.). *Osoby niepełnosprawne w drodze ku dorosłości* (s. 184-193). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Dymek-Balcerek, K. (2000). *Patologie zachowań społecznych: Rzeczywistość przełomu wieków XX i XXI: narkomania, alkoholizm, samobójstwa, grupy subkulturowe, sekty* (3. wyd.). Politechnika Radomska im. Kazimierza Pułaskiego.
- Dziewięcka-Bokun, L. (2015). Starość w polityce społecznej z perspektywy rodziny. W: L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się* (s. 81-92). Wydawnictwo Marszałek.
- Dzięgielewska, M. (2006). Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości. W: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*. Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr.
- Eller, J. D. (2012). *Antropologia Kulturowa Globalne siły, lokalne światy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fabiś A. (2015), Rozwój duchowy jako atrybut dojrzałości w starości. W: A. Fabiś, A. Błachnio (red.), *Duchowość jako kategoria egzystencji i transcendencji w starości* (s. 11-18). „Biblioteka Gerontologii Społecznej”, 1, (9), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie
- Fabiś, A. (2017). Partnerstwo i seksualność seniorów. W: Wawrzyniak, J., K., Chabior, A., Fabiś, A., *Ludzka starość* (s. 148-159). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Fabiś, A. (2017a). *Troski i niepokoje egzystencjonalne ludzi dojrzałych*. W: Wawrzyniak, J., K., Chabior, A., Fabiś, A., *Ludzka starość* (s. 279-297). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Fabiś, A. (2017b). Życie duchowe i świat wartości seniorów. W: Wawrzyniak, J., K., Chabior, A., Fabiś, A., *Ludzka starość* (s. 103-114). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Fal, A. M. (red.). (2016). *Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce*. Spartańska Fundacja na rzecz rozwoju Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.
- Feliksiak, M. (2007). *Wulgaryzmy w życiu codziennym*. (BS/90/2007), s. 1-17. Centrum Badań Opinii Społecznej.

- Gałaszka, M. (2006). Jakość życia seniora. Przegląd wybranych koncepcji i metod badania. W: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczanie jednostek i zbiorowości ludzkich* (s. 111-118). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Giddens, A. (2006). *Socjologia* (2. wyd.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman, E. (1975). Charakterystyka instytucji totalnych. W: W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych* (s. 150-177). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman, E. (2006). Charakterystyka instytucji totalnych. W: A. Jasińska-Kania, L. M. Nijakowski, M. Ziółkowski, J. Szacki (red.) *Współczesne teorie socjologiczne* (t. 1, s. 316-335). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Goffman, E. (2008). *Zachowanie w miejscach publicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman, E. (2011). *Instytucje totalne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goffman, E. (2011a). *Relacje w przestrzeni publicznej*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman, E. (2020). *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Wydawnictwo Aletheia.
- Gorbalenya, A. E. i in. (2020). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. *Microbiology*. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>, dostęp 15.09.2023 r.
- Grabusińska, Z. (2013). *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Grudziński, A. (2014). *Ludzie starzy w obliczu współczesnych przemian*. W: J. Stala (red.), *Człowiek chory i umierający: Możliwości wsparcia i formy pomocy* (s. 61-69). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. <https://doi.org/10.15633/9788374384117.05>, dostęp 15.09.2023 r.
- Grybosiowa, A. (2003). *Język wtopiony w rzeczywistość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Grzebyk, J. (2020). Funkcjonowanie mieszkańców wybranego domu pomocy społecznej w pierwszym okresie pandemii COVID-19. *Niepelnosprawność i rehabilitacja*, 2, s. 12-22.
- Grzebyk, J. (2021). Koncepcja przygotowań domu pomocy społecznej do sprawowania opieki w warunkach pandemii na przykładzie placówki w Pile. *Praca Socjalna*, 3(36), s. 5-15.
- Grzebyk, J., Zapalska, I. (2017). Znaczenie Stowarzyszenia Pomocy Osobom Przewlekłe Chorym IGNIS w organizowaniu środowiska społecznego, poprawy komfortu i jakości życia poprzez wieloprofilowe działania w koncepcji sprawowania opieki nad osobami starszymi w aspekcie korzyści psychofizycznych i finansowych. W: A. Olejniczuk-Merta (red.), *Innowacje – Pomiar potencjału nakładów i efektów* (s. 105-115). Instytut Badań Rynku Konsumpcji i Koniunktur.

- GUS. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.* Urząd Statystyczny w Białymstoku.
- GUS. (2022). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2021 r. Informacje sygnalne.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spooleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoolecznej-w-2021-roku,18,6.html>, dostęp 05.02.2023 r.
- Halicka, M., Pędich, W. (2002). Satysfakcja życiowa ludzi starych. W: B. Synak (red.), *Polska starość* (s. 346). GWP.
- Halicki, J. (2006). Społeczne teorie starzenia się. W: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi* (s. 255-276). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Halicki, J. (2010). *Obrazy starości: Rysowane przeżyciami seniorów.* Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Hanć, T., Komorowska, M., Ziółkowska, K. (2007). Soma a psyche, czyli interakcje starzejącego się ciała z psychiką. W: A.I. Brzezińska (red.), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości.* Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Hassler, A. (1954). *Diary of a self-made convict.* H. Regnery. <http://archive.org/details/diaryofselfmadec00hass>, dostęp 15.09.2023 r.
- Hebda, J., Biela, A. (2015). Znaczenie stereotypów i teorii starzenia się w postrzeganiu społecznym osób starszych. *Edukacja Etyczna*, 9, s. 49-62.
- Hryniewicz, J. (2022). Niesamodzielna starość jako nowe ryzyko socjalne. W: M. Halicka, J. Hryniewicz (red.), *Niesamodzielna starość* (t. 2, s. 46-76). Rządowa Rada Ludnościowa.
- Idem, R. (2016). *Cohousing. Współzamywanie procesu projektowania architektonicznego w praktyce.* Wystawa fotografii w Instytucie Wzornictwa Politechniki Koszalińskiej.
- Iwański, R. (2016). *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi.* Wydawnictwo CeDeWu.
- Izdebski, P., Polak, A. (2005). Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej. *Gerontologia Polska*, 13(3), s. 188-194.
- Jäger, W. (2012). *Życie nigdy się nie kończy. O życiu, starości i śmierci.* Wydawnictwo Czarna Owca
- Jagiełło-Kowalczyk, M., Ptaszkiewicz, M. (2017). Cohousing – idea współzamieszkania. *Środowisko Mieszkaniowe*, 21, s. 17-24.
- Jan Paweł II. (1999). *List Ojca Świętego Jana Pawła II do osób w podeszłym wieku.* Pallottinum.
- Jancz, A. (2016). Potrzeby mieszkaniowe osób starszych i ich opinie na temat budownictwa senioralnego. *Studia i Prace WNEiZ US*, 45(1), s. 305-316.

- Janiak, A. (2021). *Współczesna schola mortis. Perspektywa kulturowa, komunikacyjna i pedagogiczna*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Janiszewska, A. (2018). Zróżnicowanie przestrzenne starzenia się ludności na świecie. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica*, 5(331), s. 91-113.
- Janiszewska-Rain, J. (2021). Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym? W: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 591-622). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jarosz, M., Rychlik, E. (2008). Przyczyny niedoboru makro i mikroskładników u osób w wieku osób starszych. W: M. Jarosz (red.), *Żywnienie osób w wieku starszym* (s. 40-51). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jastrzębski, A. (2020). *Koronawirus i amantadyna. Prof. Rejdak ma pieniądze na badania*. wiadomosci.wp.pl. <https://wiadomosci.wp.pl/koronawirus-i-amantadyna-prof-rejdak-ma-pieniadze-na-badania-6587663019064128a>, dostęp 15.09.2023 r.
- Jones, S. H. (2014). Autoetnografia. Polityka tego, co osobiste. *Metody badań jakościowych* (t. 2, s. 175-218). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jong Gierveld de, J. (1998). *A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences*. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), s. 73-80.
- Jong Gierveld de, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), s. 119-128.
- Kacperczyk, A. (2014). Autoetnografia – technika, metoda, nowy paradygmat? O metodologicznym statusie autoetnografii. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 10(3), s. 32-74.
- Kaleta-Witusiak, M. (2012). Choroba przewlekła i terminalna w wieku senioralnym człowieka - Niektóre problemy psychologiczne. W: A.A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość* (s. 281-296). Wydawnictwo – Druk – Reklama Progres.
- Kalinowska, K. (2017). O autoetnografii dotknięć, zranień i odkształceń. *Kultura i Społeczeństwo*, 61, s. 9-31.
- Kamińska-Reyman, J. (2013). Jakość życia osób dorosłych autystycznych – teoria i praktyka. *Nauczyciel i Szkoła*, 2(54), s. 199-211.
- Kędra, E. (2011). Starość nie jest przestępstwem. *Pielęgniarstwo i zdrowie Publiczne* 1(3), s. 209-215.
- Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna* (2. wyd.). Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. (1997).

- Korycki, A. M. (2020). *Aktywizacja społeczna i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów z niepełnosprawnościami: Wyzwania dla współczesnej polityki społecznej*. Wydawnictwo Difin.
- Korzeniowska-Bihun, A. (2018). Starość i wykluczenie w spektaklu Saszka Bramy Jesień na Plutonie. *Perspektywy Ponowoczesności*, 6, s. 257-271.
- Kostka, J., Kostka, T. (2016). Rehabilitacja osób w podeszłym wieku. W: M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak (red.), *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego* (s. 133-148). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kotlarska-Michalska, A. (2017). Wzmacnianie systemu rodzinnej opieki jako ważne zadanie nowoczesnej pracy socjalnej. W: E. Bojanowska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności* (t. 3, s. 11-32). Wydawnictwo Kontrast.
- Kowalski, W. (2021). Dodawanie życia do lat 4. W: J. Łukasiewicz, W. Kowalski, *Postawy społeczne wobec osób starszych. Teoria i badania* (t. 4, s. 55-79). Innovatio Press.
- Kozaczuk, L. (1999). *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Poradnik metodyczny*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Kozielecki, J. (1977). *O godności człowieka*. Wydawnictwo Czytelnik.
- Koziół, W. (2001). Stacjonarne formy opieki nad ludźmi wymagającymi pomocy socjalnej w perspektywie historycznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, XXVI(12), s. 153-171.
- Krzemień, R. (2022). Między wolnością wyboru a przymusem ekonomicznym – system emerytalny wobec wyzwań narastającego obciążenia demograficznego. *Civitas Hominibus. Rocznik Filozoficzno-Społeczny*, 16(1), s. 7-18.
- Krzyszowski, J. (2018). Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 3, s. 7-18.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kuhn, T. S. (1968). *Struktura rewolucji naukowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Leszczyńska-Rejchert, A. (2006). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – W stronę pedagogiki starości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Leszczyńska-Rejchert, A. (2016). *Praca socjalna z seniorami w perspektywie geragogiki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Leś, E. (2001). *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*. Wydawnictwo Prószyński i S-ka.

- Lewin, K. (2010). Badania w działaniu a problemy mniejszości. W: H Červinková, B. D. Gołębnik (red.). *Badania w działaniu. Pedagogika i antropologia zaangażowane* (s. 5-18). Dolnośląska Szkoła Wyższa.
- Liszewska, M. (1997). Rodzina starego człowieka. *Wspólne Tematy*, s. 11-12.
- Liszewska, M. (2009). Życie uczuciowe i intymne seniorów. Stary – Nowy problem w domach pomocy społecznej? *Wspólne Tematy*, s. 38-50.
- Łyś, G. (2003). Obywatele bez barier: Niepełnosprawni. *Rzeczpospolita 10, dod. Nasza Europa 19*, s. 6-7.
- Małąg, M. (2020a). *Rekomendacje Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dotyczące funkcjonowania DPS*. Sygn. MRPiPS (DPS-V.070.226.2020.MZ).
- Małąg, M. (2020b). *Rekomendacje Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przeciwdziałania rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2*. Sygn. MRPiPS (DPS-V.053.10.2020.KK).
- Małąg, M. (2020c). *Rekomendacje Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wystąpienia podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2*. Sygn. MRPiPS (DPS-V.070.143.2020.DS).
- Malewski, M. (1998). *Teorie andragogiczne. Metodologia teoretyczności dyscypliny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Mańkowska, B. (2020). Pomoc społeczna w czasie pandemii COVID-19 – pierwsze komentarze z frontu praktyk. *Praca Socjalna*, 35(2), s. 72-83.
- Mariański, J. (2000). Kondycja moralna społeczeństwa polskiego: Hipotezy wstępne. *Społeczeństwo*, 1(37), s. 163-185.
- Mazur-Pączka, A., Podolak-Machowska, A., Kostecka, J. (2016). Dydaktyka filozofii przyrody - Cohousing. *Polish Journal for Sustainable Development*, 20, s. 137-144.
- Meltzer, G. (2005). *Sustainable community: Learning from the cohousing model*. Trafford.
- Mędrzycki, R. (2017). Funkcje gminnych rad seniorów. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 79(3), s. 119-131.
- Miaskowska-Daszkiewicz, K. (2014). Tworzenie i rejestracja DPS. W: A. Jacek, E. Sarnacka, K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Domy pomocy społecznej. Organizacja i funkcjonowanie* (s. 15-26). Wydawnictwo Difin.
- Mielczarek, A. (1999). Aktywizacja mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób starszych na przykładzie DPS „Na Skarpie” we Włocławku. *Praca Socjalna*, 4, s. 125-147.
- Mielczarek, A. (2006). Adaptacja człowieka starszego do życia w domu pomocy społecznej. *Starość, Roczniki Naukowe Caritas*, 10, s. 75-90.

- Mielczarek, A. (2007). Alkoholizm ludzi starszych w stacjonarnych placówkach opiekuńczych. *Praca Socjalna*, 4, s. 56-74.
- Mielczarek, A. (2009). *Człowiek starszy w rodzinie i placówce opiekuńczej*. Medi Forum Opieki Długoterminowe, 1(39), s. 21-25.
- Mielczarek, A. (2010). *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*. Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Mielczarek, A. (2021). Poczucie samotności mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. *Fides, Ratio et Patria. Studia Toruńskie*, 14, s. 86-96.
- Milanowska, K., Baranowski, P. (1982). *Techniki pracy w terapii zajęciowej* (2. wyd.). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Morley, J. E. i in. (2013). Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), s. 392-397.
- Mosiółek, A., Gierus, J. (2016). Funkcje poznawcze a radzenie sobie z problemami życia codziennego w schizofrenii. *Psychiatria*. (t. 13 nr 2. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/47514/36540>, dostęp 15.09.2023 r.
- MRPiPS. (2020). *Zaktualizowane rekomendacje i instrukcje dla domów pomocy społecznej dotyczące postępowania związanego z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2*.
- Niedbalski, J. (2013). Między kontrolą a autonomią – instytucjonalne uwarunkowania życia niepełnosprawnych intelektualnie mieszkańców domu pomocy społecznej. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 9(4), s. 47-64.
- Niedbalski, J. (2022). Kilka uwag o relacjach społecznych panujących w domach pomocy społecznej – z raportu dotyczącego badań kultury organizacyjnej. W: G. Mikołajczyk-Lerman, J. Sztobryn-Giercuszkiewicz (red.), *Życie z niepełnosprawnością w świecie VUCA*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Niemiec, M. (2015). Patologie w siłach zbrojnych – stan i perspektywy badań w świetle literatury przedmiotu. *Pedagogika Rodziny*, 5/3, s. 69-80.
- Niezabitowski, M. (2018). Kilka uwag o problemach środowiska zamieszkania. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 1-2(15), s. 26-42.
- NIK. (2021). *Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej* [Informacja]. Najwyższa Izba Kontroli. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25632,vp,28405.pdf>, dostęp 15.09.2023 r.
- Nikitorowicz, J. (2017). *Etnopedagogika w kontekście wielokulturowości i ustawicznie kształtującej się tożsamości*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Niezabitowska, E., Benek, I., Szewczenko, A. (2017). *Potrzeby osób starszych w obiektach z funkcją opieki. Wytyczne do projektowania*. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej.

- Nowak, A., Wysocka, E. (2001). *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminalnej*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Nowak, S. [tefan] (1985). *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowak, S.[tefan] (2011). *Metodologia badań społecznych*. (2. wyd.) Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowak, S. [Sylwia] (2017). Czynniki kształtujące warunki życia w Piotrkowie Trybunalskim po transformacji ustrojowej. *Konwersatorium Wiedzy o Mieście*, 30(2), s. 59-66. <https://czasopisma.uni.lodz.pl/konwersatorium/article/view/2896>, dostęp 15.09.2023 r.
- Okoń, W. (2004). *Nowy słownik pedagogiczny* (4. wyd.). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Olczyk, A. (2011). Patriotyzm jako cnota moralna. *Częstochowskie Studia Teologiczne*, 39, s. 183-190.
- Oleś, P. (2007). Poczucie godności – Teoria i badania. W: A. Królikowska, Z. Marek (red.), *Refleksje nad godnością człowieka* (s. 119-127). Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”.
- Ong, S. W. X. (2020). Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a symptomatic patient. *JAMA*, 323(16), s. 1610-1612.
- Orkus, A., Gorla, B. (2016). *Ocena sposobu żywienia mieszkańców domu pomocy społecznej z terenu województwa dolnośląskiego*. *Engineering Sciences & Technologies / Nauki Inżynierskie i Technologie*, 3(22), s. 51-62.
- Orzechowska, G. (1999). *Aktualne problemy gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Olsztynie.
- Orzechowska, G. (2007). Przeciw wykluczaniu społecznemu osób starszych. W: A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów. Rozwiązania polskie i zagraniczne* (s. 13-20). Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku Białej.
- Ostrzeżek, A., Kocur, J. (2001). *Aktualne spojrzenie na ocenę jakości życia pacjentów w podeszłym wieku*, W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *IV Konferencja Opieki Długoterminowej. Materiały konferencyjne* (s. 32-36).
- Ożóg, K. (2014). Współczesna polska grzeczność językowa a postmodernizm. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis*, 9, s. 49-60.
- Pabiś, M., Babik, A. (2007). Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych”. *Medycyna Rodzinna*, 10(3), s. 62-65.
- Pakuła, M. (2010). *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne* (2. wyd.). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Parlak, D. (2000). Przestrzeń życiowa ludzi starszych w domach pomocy społecznej. W: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Akademickie Towarzystwo Andragogiczne.
- Pasek, T., Pasek, J., Witiuk-Misztalska, A., Sieroń, A. (2011). Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 19(2). s. 68-76.
- Pawęska, A. (2020). *Koncepcja Instytucji totalnej Ervinga Goffmana*. <http://fundacjalaba.pl/koncepcja-instytucji-totalnej-ervinga-goffmana/>, dostęp 15.09.2023 r.
- Peret-Drażewska, P., Peret, J. (2016). Czas codzienny i czas odświętny – ich przenikanie w stylach życia współczesnej młodzieży. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 2(10), s. 249-258.
- Picheń, A. (2015). Miejsce starca w mieście. *Miasto i Miejsce*, 24, s. 162-169.
- Pikuła, N. i in. (2020). *Wyzwania dla polityki społecznej w kontekście pandemii koronawirusa*. Wydawnictwo „Scriptum” Tomasz Sekunda.
- Pilch, T. (2004). *Marginalizacja społeczna a edukacja*. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (t. 3, h. V-Ż). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pilch, T., Bauman, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Piotrowski, J. (1973). *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- PolSenior2 (2016). <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>, dostęp 15.09.2023 r.
- Porzak, R. (2012). *Osobowość a zachowanie w instytucji totalnej*. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.
- List pracowników domu pomocy społecznej z województwa kujawsko-pomorskiego. (2020). *Praca Socjalna*, 35(2), s. 32-36.
- Radwan-Pragłowski, J., Frysztacki, K. (1996). *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi od filantropii greckiej do pracy socjalnej*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Rajczykowska, M. (2015). Środowisko terapeutyczne nowe podejście do projektowania domu seniora. *Społeczeństwo i Edukacja*, 17(2), s. 173-180.
- Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rijnaard, M. (2016). *The factors influencing the sense of home in nursing homes: A systematic review from the perspective of residents*. *Journal of Aging Research*, 2016, 6143645.
- Rozporządzenie 2016/679 (RODO) i akty towarzyszące – UODO. (2016). <https://www.uodo.gov.pl/pl/404/224>, dostęp 15.09.2023 r.

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, 734, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 10 (2018). <https://dziennikustaw.gov.pl/D2018000073401.pdf>, dostęp 15.09.2023 r.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów, (2010). Dz.U. 2010 nr 109 poz. 719, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20101090719/O/D20100719.pdf>, dostęp 15.09.2023.
- Rozporządzenie Rady Ministrów. (2018). *Monitor Polski*, poz. 1169. Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność <https://monitorpolski.gov.pl/M2018000116901.pdf>, dostęp 15.09.2023 r.
- Rubacha, K. (2006). Metody zbierania danych w badaniach pedagogicznych. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.) *Pedagogika* (t. 1, s. 34-58). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rychlik, E., Jarosz, M. (2020). *Rola i znaczenie norm żywienia*. W: M. Jarosza (red.), *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie* (s. 13-15). PZH Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.
- Schumacher, A., Cichorek, M., Piśkuła, M. (2018). Komórki macierzyste tkanki tłuszczowej w inżynierii tkankowej i terapii trudno gojących się ran. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 72, s. 806-821.
- Sęk, H. (red.). (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej* (t. 5). Wydawnictwo Naukowe „Scholar”
- Sierpowska, I. (2008). Państwo wobec pomocy społecznej. *Studia Erasmiana Wratislaviensia*, 3, s. 139-154.
- Simonienko, K., Wygnał, N., Waszkiewicz, N. (2016). Najczęstsze zaburzenia psychiczne występujące u seniorów. W: M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak (red.), *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego* (s. 71-92). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Silverman, D. (2011). *Prowadzenie badań jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skłodowski, H. (2010). Psychologiczne wyzwania kryzysu. W: H. Skłodowski (red.), *Człowiek w kryzysie. Psychospołeczne aspekty kryzysu* (s. 9-22). Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania.
- Skorny, Z. (1984). *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki: Przewodnik metodyczny dla studiujących nauczycieli*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

- Socha, M. (2022). Praca Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dębicy w czasie pandemii COVID-19. W: J. Młyński, E. Zdebska, B. Ziębińska (red.), *Praca socjalna i pomoc społeczna w obliczu pandemii COVID-19 i innych współczesnych wyzwań* (s. 213-221). Wydawnictwo Scriptum.
- Stake, R. (2014). Jakościowe studium przypadku. *Metody badań jakościowych* (t. 1, s. 623-654). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Studen, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stępień, B. (2004). *Potrzeby człowieka starego w środowisku*. W: J. Krzyszkowski, R. Majer (red.), *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*. Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV.
- Strauss, Y. (2017). Życ, przeżyć lub dożyć w zakładzie opieki geriatrycznej. Postacie bytowania u kresu życia. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 5, s. 11-15). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Strojny, R. (2022). Architektura domów opieki w wybranych krajach Europy. *Teka Komisji Architektury, Urbanistyki i Studiów Krajobrazowych*, 18(1), s. 7-17.
- Suliga, E. (2010). *Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych*. *Hygeia Public Health*, 45(1), s. 44-48.
- Surdykowski, J. (2007). *Starość*. Znak. <https://www.miesiecznik.znak.com.pl/6222007jerzy-surdykowski-starosc/>, dostęp 15.09.2023 r.
- Suszyńska, K., Boruta, M. (2017). *Comprehensive housing solutions for seniors – A response to demographic challenges of the future*. *Świat Nieruchomości*, 2(100), s. 45-50.
- Suwała, M., Gerstenkorn, A. (2006). Rozpoznawanie problemów alkoholowych u osób powyżej 65 lat. *Gerontologia Polska* 14(4), s. 172-178.
- Suwiński, S. (2020). Osoby starsze i rodzina w systemie społecznym – z perspektywy Domu Pomocy Społecznej w Browinie. *Teologia i Człowiek*, 49(1), s. 109-126.
- Sytuacja seniorów w Polsce i na świecie - Raport SeniorApp, <https://seniorapp.pl/sytuacja-seniorow-w-polsce-i-na-swiecie-raport-seniorapp/>, 2022, dostęp 01.06.2023 r.
- Szacki, J. (2020). Słowo wstępne. W: E. Goffman. *Człowiek w teatrze życia codziennego*, s. 7-33. Wydawnictwo Aletheia.
- Szafranek, A. (2017). Opieka instytucjonalna. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 369). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Szarota, Z. (1998). *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Krakowie.

- Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Szarota, Z. (red.). (2011). *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna: Perspektywa gerontologii społecznej* (t. 3). Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM.
- Szarota, Z. (2017). Dom opieki. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 1, s. 360-361). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Oficyna Wydawnicza Aspra.
- Szatur-Jaworska, B. (2004). Uwagi o ekskluzji i inkluzji na przykładzie polityki społecznej wobec ludzi starych. W: K. Faliszek, J. Rotowska-Leder (red.), *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – Uwarunkowania – Kierunki działań*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dzięgielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szczepański, J. (1970). *Elementarne pojęcia socjologii* (2. wyd.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szczepański, J. (1988). *Sprawy ludzkie* (4. wyd.). Wydawnictwo Czytelnik.
- Szekspir, W. (1958). *Jak wam się podoba*. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Szmigielska, B. (2009). Bilans życia. W: J. Siuta (red.), *Słownik psychologii*. Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Szmigielska, B., Bąk, A., Hołda, M. (2012). *Seniorzy jako użytkownicy Internetu*. Wydawnictwo Nauka.
- Sztumski, J. (2005). *Wstęp do metod i technik badań społecznych* (6. wyd.). Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Sztumski, J. (2020). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Szukalski, P. (2019). *Polska – kraj starych ludzi! 1/4 Polaków ma przynajmniej 60 lat*. Demografia i Gerontologia Społeczna - Biuletyn Informacyjny 3.
- Szumlicz, J. (1989). *Instytucjonalne formy pomocy społecznej*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2008). Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski: Między demografią a gerontologią społeczną* (s. 125-152). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Szymańczak, J. (2012). Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne. *Studia BAS*, 2(30), s. 9-28.
- Szyska, M. (2015). Doradztwo, poradnictwo i wsparcie jako role i zadania terapeuty zajęciowego. Terapia zorientowana na poszerzanie obszarów partycypacji i współpracę w środowisku klienta. W: B. Płonka-Syroka, M. Dąsal, W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie* (s. 353-374). Wydawnictwo DiG.
- Szyszkowska, M. (1992). *Zagubieni w codzienności*. Fundacja Sztuki na Rzecz Integracji Anagram.
- Świątkowska, B. i in. (2021). Ochrona zdrowia pracujących zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19 – Aktualny stan wiedzy i zalecenia. *Medycyna Pracy*, 72(1), s. 69-87.
- Światała, I. M. (2017). *Godność osoby starszej w nowej rzeczywistości społecznej*. Roczniki Teologiczne, 64(10), s. 5-21. <http://dx.doi.org/10.18290/rt.2017.64.10-1>, dostęp 15.09.2023 r.
- Taleb, N. (2013). *Antykruchłość: O rzeczach, którym służą wstrząsy*. Kurhaus Publishing Kurhaus Media.
- Tarkowska, E. (1997). Ludzie w instytucji totalnej. Przypadek domów pomocy społecznej w Polsce. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle* (s. 121-138). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Tarkowska, E. i in. (1994). *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*. Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.
- Tarkowski, Z. (1998). *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej: Teoria, badania, praktyka, ćwiczenia*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tatarkiewicz, W. (1970). *O szczęściu* (5. wyd.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine* (1982), 41(10), s. 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k), dostęp 15.09.2023 r.
- Tokarska-Bakir, J. (2007). Wstęp do wydania polskiego. W: E. Goffman, *Piętno* (2. wyd., s. 7-26). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tomczyk, N. (2022). Między sceną a kulisami. Sytuacje społeczne w perspektywie nauczycieli przedszkoli niepublicznych w ujęciu teorii Ervinga Goffmana. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. 35, 2, s. 139-154.
- Trafiałek, E. (2003a). Człowiek stary. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku* (t. 1, A-F, s. 580-585). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

- Trafiałek, E. (2003b). *Polska starość w dobie przemian*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Trafiałek, E. (2003c). Uniwersytet trzeciego wieku wobec ekskluzji społecznej ludzi starych - Stan i perspektywy w ujęciu porównawczym. *Edukacja dorosłych*, 3(40), s. 34-30.
- Trafiałek, E. (2006). *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska.
- Trafiałek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku – Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Trafiałek, E. (2021). Interdyscyplinarna starość. W poszukiwaniu spójnego systemu bezpieczeństwa. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 21(2), s. 9-21. <https://doi.org/10.24917/27199045.202.1>, dostęp 15.09.2023 r.
- Trzebiatowski, J. (2011). *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*. Hygeia Public Health.
- Tummers, L. (2016). *The re-emergence of self-managed co-housing in Europe: A critical review of co-housing research*. *Urban Studies (Sage Publications, Ltd.)*, 53(10), s. 2023-2040.
- Uchwała nr XXIV/228/V/2007 Rady Miasta Poznania z dnia 25 października 2007 r. w sprawie powołania Miejskiej Rady Seniorów.
- Urbaniak, A. (red.). (2018). *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*. Regionalne Centrum Polityki Społecznej. Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny Dz.U. z 2023 r. poz. 1610. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19640160093/U/D19640093Lj.pdf>.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy Dz.U. z 2023 r. poz. 1465. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19740240141/U/D19740141Lj.pdf>.
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 2023 r. poz. 338 z późn. zm. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230000338/U/D20230338Lj.pdf>.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (1990). Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19900160095/U/D19900095Lj.pdf>.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz.U. poz. 1705. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001705>.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2023 poz. 901 z późn. zm. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf>.

- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Dz.U. z 2022 r. poz. 2240 z późn. zm. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001696/U/D20191696Lj.pdf>
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz.U. nr 126, poz. 1384 z późn. zm. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20011261384/U/D20011384Lj.pdf>
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych Dz.U. z 2023 r. poz. 1327. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230001327/U/D20231327Lj.pdf>.
- Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2, Dz.U. z 2023 r. poz. 201. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230000201/U/D20230201Lj.pdf>.
- Vestbro, D. U. (red.). (2010). *Living together – Cohousing ideas and realities around the world – kollektivhus NU*. Royal Institute of Technology & Kollektivhus NU.
- Waleszczuk, Z. (2014). *Ars Moriendi dzisiaj jako problem tożsamości*. W: J. Stala (red.), *Człowiek chory i umierający: Możliwości wsparcia i formy pomocy* (s. 35-48). Wydawnictwo Naukowe. Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie.
- Walkowska, W. (2015). Opieka instytucjonalna nad seniorami – Na przykładzie Finlandii. W: E. Górnikowska-Zwolak (red.), *Dzieło Lucyny Frąckiewicz inspiracją dla współczesnej polityki społecznej* (s. 131-140). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wasilewska-Ostrowska, K. (2013). Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych. *Kultura i Edukacja*, 4(97), s. 234-244.
- Wawrzyniak, J. K. (2017a). Codziennosc życia w starości. W: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość* (s. 115-170). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wawrzyniak, J. K. (2017b). Jakość życia i satysfakcja życiowa w starości. W: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość* (3, wyd., s. 115-123). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wawrzyniak, J. K. (2017c). *Starość człowieka – Szanse i zagrożenia. Implikacje pedagogiczne*. Wydawnictwo CeDeWu.
- Wawrzyniak, J. K. (2017d). Starzenie się i jego charakterystyka. W: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość* (3. wyd., s. 42-77). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wawrzyniak, J. K. (2017e). Uzależnienia osób starszych. W: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość* (3. wyd., s. 298-303). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Wawrzyniak, J. K. (2017f). Wykluczenie cyfrowe seniorów. W: A. Chabior, J. K. Wawrzyniak, A. Fabiś, *Ludzka starość* (3. wyd., s. 252-257). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wawrzyniak, J. K., Fabiś, A. (2017). Zachowania patologiczne w starości i wobec osób starszych. W: A. Chabior, J. K. Wawrzyniak, A. Fabiś, *Ludzka starość* (3. wyd., s. 298-330) Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- WHO, Centre for Health Development. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. World Health Organization.
- WHO Centre for Health Development Kobe. (1995). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Position Paper from the World Health Organization*.
- Wiktorska-Święcka, A. i in. (2020). *Współtworzenie usług w obszarze mieszkalnictwa senioralnego w Polsce: ProPoLab: od marzeń do rzeczywistości*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wilk, S., Szpoczek, M. (2020). Pracownicy socjalni w sytuacji epidemii koronawirusa SARS-CoV-2. Pierwsze polskie doświadczenia. *Praca Socjalna*, 2(55), s. 84-105.
- Włodarczyk, K. (2022). Zmiany w zachowaniach konsumenckich osób starszych w trakcie pandemii COVID-19 w świetle analizy trendów konsumenckich. *Marketing i Rynek Journal of Marketing and Market Studies*, 29(9), s. 3-14.
- Wnuk, M., Marcinkowski, J. (2012). *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym*. Quality of life as a pluralistic and multidisciplinary construct. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(1), s. 21-26.
- Worach-Kardas, H. (2015). *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Wrocławskie Centrum Seniora. <http://seniorzy.wroclaw.pl/opis-kart>, dostęp 04.11.2023 r.
- Wróblewska, I., Steciwko, A. (2012). Różnice i podobieństwa w sprawowanej opiece nad osobami starszymi przebywającymi w ośrodkach opieki w Polsce i we Francji. *Gerontologia Polska*, 20(1), s. 22-27.
- Wyszkowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.* Urząd Statystyczny w Białymstoku. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf, dostęp 15.08.2023 r.
- Główny Inspektorat Sanitarny *Wymagania higieniczne – system HACCP - Główny Inspektorat Sanitarny - Portal Gov.pl*. (2022). <https://www.gov.pl/web/gis/wymagania-higieniczne--system-haccp>, dostęp 15.09.2023 r.

- Xue, Q.-L. (2011). The frailty syndrome: definition and natural history. *Clinics in geriatric medicine*, 27(1), s. 1-15.
- Zaczyński, W. (1995). *Praca badawcza nauczyciela*. <https://integro.bs.katowice.pl/32101939866/zaczynski-wladyslaw-piotr/praca-badawcza-nauczyciela>, dostęp 15.09.2023 r.
- Zając-Lamparska, L. (2015). Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 419-431). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zalewska, J. (2009). *Stary człowiek w kulturze młodości. Doświadczenie starości wśród warszawskich seniorów*. Szkoła Nauk Społecznych Instytut Filozofii i Socjologii Polska Akademia Nauk. <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/6291/zalewska%20doktorat.pdf?sequence=1>, dostęp 15.09.2023 r.
- Zalewski, D. (2005). *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Zbyrad, T. (2010). Dom pomocy społecznej - wolny wybór czy konieczność? *Praca Socjalna*, 6, s. 42-56.
- Zbyrad, T. (2012). Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy. Na przykładzie domów pomocy społecznej. *Roczniki Nauk Społecznych*, 4(40)(2), s. 51-69.
- Zbyrad, T. (2013). O nieplanowanej przez seniorów przyszłości w zaplanowanych przez państwo instytucjach, jakimi są domy pomocy społecznej. W: K. Walotek-Ściańska (red.), *Starzenie się i starość* (s. 99-110). Oficyna Wydawnicza Humanitas.
- Zięba, R. (2006), Teoria ogólna bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych. *Stosunki międzynarodowe w XXI wieku. Księga jubileuszowa z okazji 30-lecia Instytutu Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego* (s. 985-1004). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Ziębińska, B. (2017a). Dom pomocy społecznej. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 1, s. 361). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Ziębińska, B. (2017b). Wydatki na opiekę długoterminową. W: A. A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 2, s. 363). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Ziębińska, B. (2022). Pomoc społeczna w starzejącym się społeczeństwie. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 65(4). <https://doi.org/10.31743/zukul.14453>, dostęp 15.09.2023 r.

- Ziółkowska, A. (red.), Gronkiewicz, A. (2014). Administracyjnoprawny status osób starszych – uwagi ogólne. *Administracyjnoprawny status osób starszych* (s. 12-22). Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego.
- Znanięcki, F. (1973). *Socjologia wychowania* (2. wyd., t. 1). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zrałek, M. (2012). Kreowanie dobrych warunków mieszkaniowych i przyjaznego środowiska zamieszkania ludzi starszych. W: M. Zrałek (red.), *Przestrzenie starości* (s. 87-105). Oficyna Wydawnicza Humanitas.
- Zych, A. A. (1995). *Człowiek wobec starości*. Wydawnictwo InterArt.
- Zych, A. A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Zych, A. A. (2013). *Przekraczając „smugę cienia”*. Szkice z gerontologii i tanatologii (2. wyd.). Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Zych, A. A. (red.). (2017a). *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności* (t. 3). Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Zych, A. A. (2017b). *Leksykon gerontologii* (3. wyd.). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Zych, A. A. (2019). Współczesna polska polityka senioralna: deklaracje i działania. *Praca Socjalna nr 5(34)*, s. 103-125.
- Zych, A. A. (2020). *Młodość utracona, odkrywana starość*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Zych, A. A. (2020a) Aktywność zawodowa osób starszych na rynku pracy w cieniu pandemii koronawirusa. *Praca Socjalna 6(35)*, s. 21-33.
- Żywczok, A. (2006). Poszanowanie godności człowieka – „klucz” pedagogicznego autorytetu W: D. Ekiert-Oldroyd (red.). *Współczesny nauczyciel w koncepcjach pedeutologicznych i praktyce edukacyjnej*, 1(26), „Chowanna” Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. s. 70-84.

Spis rysunków, tabel i fotografii

Rysunek 1.	Ludność według płci i wieku. Stan na 31 grudnia 2021 r. i prognozy 2030-2050	18
Rysunek. 2.	Udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski	51
Rysunek. 3.	Zrównoważony rozwój a współmieszkalnictwo	77
Tabela 1.	Zestawienie wybranych domów opieki w krajach europejskich	71
Tabela 2.	Podział ze względu na płeć i poziom wykształcenia w DPS CH2	203
Fotografia 1.	Przed rozpoczęciem przygotowań do badań – wrzesień 2019 r.	163
Fotografia 2.	Pierwsze charakteryzacje – styczeń 2020 r.	163
Fotografia 3.	Drugi miesiąc przygotowań – luty 2020 r.	163
Fotografia 4.	Czwarty miesiąc przygotowań – kwiecień 2020 r.	163
Fotografia 5.	Po sześciu miesiącach przygotowywań – czerwiec 2020 r.	163
Fotografia 6.	Po roku przygotowań – styczeń 2021 r.	163
Fotografia 7.	Po półtora roku przygotowań – przełom czerwca i lipca 2021 r.	165
Fotografia 8.	Przed wyjazdem autora pracy – lipiec 2021 r.	166
Fotografia 9.	Autor pracy w DPS CH2– sierpień 2021 r.	166
Fotografia 10.	Autor badania w trakcie golenia brody po zakończeniu badań – wrzesień 2021 r.	166
Fotografia 11.	Autor badania po ścięciu brody – wrzesień 2021 r.	166
Fotografia 12.	Hall główny z recepcją DPS L1 w tle	169
Fotografia 13	Zajęcia terapeutyczne w DPS L1	190

Aneks