



Agnieszka Salon

Społeczne wykluczenie seniorów na przykłądzie życia w instytucjach opiekuńczych

Słowa kluczowe: starość, rodzina, potrzeby, wykluczenie

Keywords: old age, care, needs, exclusion

A CASE STUDY OF SOCIAL EXCLUSION OF OLDER PEOPLE LIVING IN CARE INSTITUTIONS

Abstract: The paper discusses the situation of elderly people who for personal, health related and financial reasons live in nursing homes or receive daytime institutional care. It describes how they perceive their present situation, how they spend their time, what they think about the place they live in, what emotions and feelings they experience in daily lives. Subjects often claim to feel lonely, isolated and disappointed in other people's behaviour towards them. They experience social exclusion and lack of understanding and patience on the part of others. The paper also aims to depict some of the differences between living in a nursing home and living in one's home environment while receiving only daytime care.

Wprowadzenie

Nasilający się proces starzenia ludności na świecie, w tym również w Polsce, zmusza do refleksji nad konsekwencjami tego zjawiska. Obecnie nie tylko coraz większa część społeczeństwa przekracza umowny próg starości (ONZ podaje 65 lat), ale również czas życia po przekroczeniu tego progu znacznie się wydłuża. W amerykańskiej literaturze gerontologicznej stosowany jest podział populacji seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (65–74 lat), „starych starych” (75–84 lat), „najstarszych starych” (85 lat i więcej) (Szukalski, 2009, s. 13).

W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z września 2014 roku czytamy, że w latach 2000–2050 na świecie dwukrotnie zwiększy się liczba osób 60+; powiększy się również odsetek osób w wieku 80 lat i więcej. Na jakość naszego starzenia się wpływają właściwa dieta, aktywność fizyczna, unikanie czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów czy nadużywanie alkoholu. Niestety, wydłużanie czasu życia związane jest ze wzrostem zachorowalności na choroby układu krążenia, cukrzycę, nowotwory oraz z występowaniem zaburzeń poznawczych i zespołów otępiennych, w tym choroby Alzheimera¹.

Według prognozy demograficznej GUS z 2014 r. w latach 2014–2050 w naszym kraju znacznie zmniejszy się liczba dzieci i osób dorosłych młodszych niż 65 lat. W tym samym czasie populacja 65+ zwiększy się o 5,4 mln, a widoczne powiększenie się grupy osób starszych nastąpi już w 2015 r. Wydłuży się także czas dalszego trwania życia².

Przyrost ludności w wieku poprodukcyjnym spowodowany jest czynnikami demograficznymi i społecznymi, poprawą jakości życia, większą świadomością w kwestii zdrowego odżywiania się i dbania o siebie, dostępem do szerszego zakresu usług zdrowotnych (Hryniewicz, 2012, s. 8). Według opracowań Global AgeWatch Index 2013 obecni sześćdziesięciolatekowie w Polsce będą żyli jeszcze 21 lat, z czego w dobrym zdrowiu około 16 lat. Konsekwencje tego już są i nadal będą odczuwalne w różnych aspektach życia społeczeństwa i jednostek – gospodarczym, zdrowotnym, rodzinnym, społecznym³.

Piotr Błędowski (2002, s. 231) uważa, że w polityce społecznej wobec osób starszych chodzi nie tylko o organizowanie pomocy dla tej grupy, ale przede wszystkim o zorganizowanie im życia. Zapewnienie właściwej opieki ludziom w podeszłym wieku będzie istotnym problemem naszego społeczeństwa. W Polsce zgodnie z tradycją opieka nad człowiekiem starszym, i często niepełnosprawnym, należy do zadań rodziny. Rodzina jest najważniejszą instytucją, która zaspokaja potrzeby, daje poczucie bezpieczeństwa i wsparcia (Synak, 2000, s. 14). Badania Elżbiety Bojanowskiej pokazały, że większość Polaków uważa, że opieka nad rodzicami w starszym wieku należy zdecydowanie do obowiązków dzieci, a w następnej kolejności dalszej rodziny. Opiekę instytucjonalną (w omawianym przypadku dom pomocy społecznej) uznaje się za ostateczność, rozwiązanie akceptowalne tylko w sytuacji przymusowej (Bojanowska, 2009, s. 213). Również badania Zofii Szaroty wskazują, że właśnie rodzina stanowi środowisko optymalne dla rozwoju starzejącej się osoby (Szarota, 2004, s. 95).

Jednocześnie na skutek przemian społecznych, ekonomicznych i kulturowych starsze osoby często są pozbawione opieki i wsparcia ze strony bliskich. Przyczyniają się do tego migracje, zmiany funkcji i struktury rodziny, osłabienie więzi i szereg innych zjawisk, które skutkują zanikaniem rodzin wielopokoleniowych i spadkiem intensywności

¹ www.who.int/ageing/about/facts/en, stan z dnia 11.01.2016.

² http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf, stan z dnia 11.01.2016.

³ www.globalagewatch.org, stan z dnia 11.01.2016.

kontaktów rodzinnych (Hrynkiewicz, 2012, s. 10). Dodatkowo niski poziom urodzeń, który w konsekwencji prowadzi do braku zastępowalności pokoleń, zmniejsza potencjał opiekuńczy rodziny (Hrynkiewicz, 2012, s. 13). Ważnym czynnikiem jest sytuacja materialna – opieka nad starszymi członkami rodziny staje się wyzwaniem w obliczu niewielkiego wsparcia tej formy opieki ze strony państwa.

Jak pisze Elżbieta Trafiałek (w kontekście ustawy o świadczeniach rodzinnych): „Są uwzględnione dodatki – świadczenia za opiekę nad dzieckiem, nad dzieckiem niepełnosprawnym, ale ustawodawca nie pomyślał o ekwiwalentach pieniężnych dla opiekunów osób starszych, wymagających stałej opieki domowej (np. chorzy na Alzheimera, cierpiący na demencję, niesprawni ruchowo). Wiele osób rezygnuje z pracy zawodowej, aby opiekować się starymi, chorymi rodzicami. Nie przysługuje im żadna rekompensata, choć z punktu widzenia interesów społecznych, budżetu i samego chorego – jest to rozwiązanie o wiele korzystniejsze od pobytu w zamkniętej placówce opiekuńczej, pielęgnacyjnej czy hospicyjnej”. W konsekwencji osoby w podeszłym wieku coraz częściej decydują się na spędzenie ostatniego etapu życia w przeznaczonych do tego instytucjach i na razie nie ma powodów, by sądzić, że ta tendencja się odwróci (Trafiałek, 2008).

Zofia Szarota pytała klientów pomocy środowiskowej o główne powody ubiegania się o miejsce w domu pomocy społecznej. Wymieniali m.in.: samotność, brak rodziny, konflikty rodzinne, złe warunki mieszkaniowe, złą sytuację materialną, obawę przed samotną starością, stan zdrowia, niepełnosprawność, brak możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Oto jak niektórzy z jej respondentów uzasadniali swoją decyzję: „Powody zdrowotne, no i brak rodziny, która by się mną zaopiekowała”, „Decyzję podjęłam ze strachu. Tam, gdzie mieszkalam, było straszne chuligaństwo. Poza tym jestem samotna (...)”, „Choroba Parkinsona, nie chciałam moim pogarszającym się stanem zdrowia obarczać mojej córki i jej rodziny (...)”. Opieka instytucjonalna była dla tych ludzi koniecznością, na którą zdecydowali się w wyniku niesprzyjających okoliczności, nie zaś czymś, czego oczekiwali (Szarota, 2011, s. 35). Przewlekła choroba, własna decyzja, samotność – to odpowiedzi udzielone przez mieszkańców domów pomocy społecznej w innym badaniu przeprowadzonym przez Zofię Szarotę. Trzeba jednak zaznaczyć, że odpowiedzi te nie potwierdzały informacji otrzymanych od pracowników tych placówek. Twierdzili oni, że główną przyczyną zamieszkania badanych są konflikty i nieporozumienia rodzinne (Szarota, 2000, s. 160). Elżbieta Chechelska badała hierarchie potrzeb mieszkańców domu pomocy społecznej. Respondenci za najważniejsze uznali potrzeby związane z mieszkaniem („dach nad głową”), poczucie bezpieczeństwa i zapewnienie wyżywienia. Najmniej ważne były: potrzeba bycia potrzebnym, ważnym i użytecznym dla innych oraz potrzeba uczestnictwa w życiu kulturalnym. Uzyskane wyniki można uznać za pesymistyczne z punktu widzenia jakości życia badanych osób: dominujące okazały się potrzeby najbardziej elementarne. Autor-

ka interpretuje je, odwołując się m.in. do teorii hierarchii potrzeb Masłowa: wyższe potrzeby nie ujawniają się wobec silnej deprywacji w zakresie zaspokojenia potrzeb pierwotnych (Chechelska, 2011, s. 101). U osób starszych występują przecież wszystkie wymienione przez Masłowa potrzeby, jednak na skutek zmiany sytuacji życiowej, pozycji społecznej, stanu zdrowia, sytuacji materialnej zmieniają się ich ważność i intensywność (Szkolak, 2011, s. 111).

Wykluczenie społeczne

Poprawa jakości życia osób starszych stała się jednym z głównych wyzwań starzejącego się społeczeństwa, a zapobieganie zjawisku wykluczenia społecznego może być istotnym elementem tego działania. Życie społeczne ma charakter wieloaspektowy. Większość definicji określa wykluczenie społeczne jako niemożność czy też niezdolność do uczestniczenia w uznawanych za ważne aspektach życia społecznego-gospodarczego, politycznego, kulturowego.

Anthony Giddens wyróżnia trzy wymiary wykluczenia: polityczny, społeczny i ekonomiczny. Wykluczenie ekonomiczne dotyczy sfer produkcji i konsumpcji. W sferze produkcji związane jest z utrudnionym dostępem do rynku pracy, brakiem ofert, zatrudnieniem na niekorzystnych warunkach. Przejawami wykluczenia w sferze konsumpcji są ubóstwo, brak mieszkania lub bardzo niski jego standard. Wykluczenie polityczne związane jest z utrudnieniami w uczestnictwie w życiu politycznym, spowodowanymi brakiem dostępu do informacji, brakiem kompetencji umożliwiających zrozumienie procesów politycznych. Trzeci, społeczny wymiar wykluczenia, wokół którego koncentruje się temat tego artykułu, Giddens definiuje jako słabą aktywność jednostek w relacjach pozarodzinnych, słabo rozwiniętą sieć takich relacji, izolację społeczną i ograniczenie kontaktów (Giddens, 2005, s. 738).

Do tych trzech wymiarów wykluczenia Barbara Szatur-Jaworska dodaje jeszcze świadomościowy wymiar wykluczenia. W tym ujęciu oznacza on nieobecność lub niewystarczającą obecność pewnych kategorii ludzi w kulturze masowej i społecznej komunikacji. Wykluczenie to może również oznaczać nieuwzględnianie potrzeb pewnych kategorii ludzi w tworzeniu publicznej przestrzeni, co spowodowane jest świadomością osób za to odpowiedzialnych (Szatur-Jaworska, 2005, s. 68).

W Polsce osoby starzejące się doświadczają wykluczenia w wielu dziedzinach życia: dostępie do usług, edukacji, służby zdrowia. Ogranicza się ich udział w rynku pracy, w kulturze masowej, komunikacji społecznej, życiu politycznym (Gierek, 2013, s. 188).

Jak czytamy w książce Zofii Szaroty, obszary potencjalnego wykluczenia społeczne osób starszych są wyznaczane przez kwestie dotyczące izolacji społecznej, niepełnosprawności, poczucia osamotnienia, niezadowolenia z jakości życia, niskiego poziomu usług i świadczeń zdrowotnych, niskich kompetencji cyfrowych i technologicznych, słabych zdolności przystosowawczych (Szarota, 2011).

W ujęciu przeglądowym Ryszarda Szarfenberga definicja wykluczenia społecznego obejmuje następujące konteksty⁴:

1. uczestnictwa w życiu społecznym lub zbiorowym,
2. dostępu do zasobów, dóbr, instytucji i systemów społecznych,
3. ubóstwa i deprywacji potrzeb,
4. praw społecznych i ich realizacji.

Przedmiotem badań i tematem niniejszego artykułu jest płaszczyzna społecznego wykluczenia osób starych, skorelowana z pozostałymi obszarami ekskluzji. Poszukiwane są odpowiedzi na następujące pytania:

- jak szeroki jest zakres społecznego wykluczenia osób starych?
- w jakich kontekstach wykluczenie jest najsilniej odczuwalne?
- w jakich obszarach deprywacja potrzeb jest największa?

W celu ustalenia zakresu wykluczenia społecznego osób starych postanowiłam porozmawiać z mieszkańcami zakładu opiekuńczo-leczniczego i beneficjentami dziennego domu pobytu, którzy na co dzień mieszkają we własnym środowisku.

Charakterystyka miejsca i osób badanych

Zakład opiekuńczo-leczniczy zapewnia długoterminową opiekę całodobową dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle chorych, wymagających stałej pomocy medycznej, pielęgniarskiej, wsparcia opiekuńczego i rehabilitacji. W przypadku osób ubezpieczonych w NFZ opłata za pobyt w ZOL-u wynosi do 70% ich renty lub emerytury. Większość mieszkańców-pacjentów cierpi na przewlekle choroby układu sercowo-naczyniowego oraz schorzenia neurologiczne, szczególnie stany po udarze mózgu – afazję, niedowłady i porażenia kończyn, jak również otępienie naczyniopochodne. W przeważającej większości są to osoby w podeszłym wieku i w mniejszym lub większym stopniu niepełnosprawne. Niewielu mieszkańców samodzielnie chodzi, mniejszość stanowią też osoby samodzielnie poruszające się na wózkach inwalidzkich. Pozostali przemieszczają się wyłącznie z pomocą drugiej osoby. U części mieszkańców można zaobserwować pogorszenie sprawności przebiegu procesów poznawczych, które odpowiada lekkiemu, średniemu lub głębokiemu otępieniu.

W zakładzie opiekuńczo-leczniczym mieszkańcy przebywają w pokojach dwu- lub trzyosobowych. Wyjątkiem są pacjenci w najgorszym stanie zdrowia, wymagający stałego nadzoru, którzy zajmują dwie czterolóżkowe sale znajdujące się najbliżej dyżurki pielęgniarskiej. Mieszkańcy mają dostęp do ogrodu z altaną; spędzają też czas w sali terapii zajęciowej, gdzie dostępne są telewizor, kolorowa prasa i zakładowa biblioteka. Od poniedziałku do piątku mogą uczestniczyć w rehabilitacji z fizjoterapeutą, a także w terapii zajęciowej, w ramach której m.in. wykonują prace plastyczne, oglądają filmy, słucha-

⁴ www.ekonomiaspoleczna.pl/Biblioteka, stan z dnia 11.01.2016.

ją muzyki i wspólnie śpiewają (szczególną popularnością cieszą się pieśni patriotyczne i religijne). W drugim skrzydle znajduje się kaplica, w której w każdą niedzielę odbywa się msza prowadzona przez katolickiego księdza. Mieszkańcom przysługują 12-godzinne przepustki, wykorzystywane rzadko i głównie w okresie świąt. W dniu wyborów lokalny wyborczy jest organizowany na miejscu. Mieszkańcy mają stworzone warunki do aktywnego życia poprzez zajęcia ruchowe, organizacje imprez okolicznościowych, spotkania towarzyskie, realizowane są potrzeby kulturalne, społeczne i duchowe.

Beneficjenci dziennego domu pobytu to osoby, które potrzebują pomocy w codziennych czynnościach, ale są na tyle samodzielne, że mieszkają same. W ośrodku spędzają do ośmiu godzin dziennie, dochodząc lub dojeżdżając z miejsca swojego zamieszkania. Uczestniczą w terapii zajęciowej, terapii ruchowej, spotkaniach z oferty kulturalno-oświatowej, korzystają z posiłków, opieki medycznej i pielęgniarstwa, niekiedy też z poradnictwa specjalistycznego. Regularnie odbywają się spotkania w ośrodkowej kawiarni oraz organizowane są kilkudniowe wycieczki.

W badaniu posłużono się wywiadem swobodnym przeprowadzonym z mieszkańcami ZOL-u i beneficjentami dziennego domu pobytu. Przeprowadzono również wywiady narracyjne z kierownikami i osobami pracującymi w tych placówkach. Osoby badane (wyłączając pracowników) to kobiety i mężczyźni w wieku powyżej 75 lat. Każda ma rodzinę, dzieci i wnuki, z którymi utrzymuje kontakty. Współmałżonkowie lub partnerzy życiowi zdecydowanej większości respondentów zmarli co najmniej kilka lat temu. Badani to osoby ze średnim wykształceniem, jedna ukończyła studia wyższe, a jedna szkołę podstawową. Problemy zdrowotne, które im dokuczają, związane są z wiekiem, obniżeniem sprawności fizycznej i psychicznej. Wszyscy mają problemy ze słuchem, wzrokiem, pamięcią, koordynacją ruchową. Część z nich jest po poważnych operacjach, urazach czy zawałach serca lub mózgu. Przeważają osoby samodzielnie się poruszające, kilkoro z badanych jeździ na wózku inwalidzkim. Przebadana grupa to 15 osób.

Wywiady z mieszkańcami zakładu opiekuńczo-leczniczego i osobami korzystającymi z usług dziennego domu pobytu

Rozpoczynając rozmowy z respondentami, chciałam dowiedzieć się, jakie okoliczności sprawiły, że znaleźli się w tym miejscu. Wszyscy rozmówcy podkreślali, że była to ich własna, przemyślana decyzja. Są z niej zadowoleni i nie chcieliby jej zmieniać. Sytuacją przełomową dla mieszkańców ZOL-u był pobyt w szpitalu, uświadomienie sobie zależności od opieki ze strony innych, zakresu niepełnosprawności. Wśród czynników, które wpłynęły na ich decyzję, wymieniali przewlekłą chorobę, niewystarczające możliwości finansowe, niedostateczne warunki mieszkaniowe. Beneficjenci dziennych domów pobytu wśród powodów wymieniali śmierć małżonka, samotność, niewystarczającą sprawność i samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności domowych.

Każdy z respondentów wyrażał zadowolenie w związku z miejscem, w którym się znajduje. Podkreślał, że czuje się dobrze i bezpiecznie. Bezpieczeństwo daje mu zapewnioną opiekę, regularne posiłki, pomoc rehabilitacyjną, stały rozkład zajęć. Na dobre samopoczucie wpływa również stały kontakt z pozostałymi mieszkańcami czy regularnie odwiedzającymi ośrodek osobami. Nie czują się osamotnieni ani samotni, ciągle są wśród nich ludzie, którzy im pomagają, rozmawiają z nimi i współpracują. Realizowane są ich podstawowe potrzeby – fizjologiczne i bezpieczeństwa. O kontaktach z dziećmi i wnukami z reguły wypowiadają się lakonicznie, równocześnie podkreślając dobre relacje z nimi i stały kontakt. Rozumieją, że dzieci i wnuki mają swoje życie i obowiązki, i nie zawsze są w stanie zaopiekować się czy pomóc. Większość respondentów jest samodzielną finansowo, nie potrzebuje wsparcia finansowego ze strony dzieci, wystarcza im pieniędzy na życie i leki. Beneficjenci ZOL przywiązują duże znaczenie do bezpieczeństwa związanego ze stałą opieką pielęgniarzką i rehabilitacyjną oraz stałym rozkładem zajęć. W zakresie potrzeb społecznych istotne są kontakty interpersonalne z innymi osobami w podobnym wieku, z podobnymi problemami; wśród innych mieszkańców wyróżniają osoby im bliższe, z którymi są w częstszym kontakcie. Niektórzy unikają jednak wchodzenia w relacje z innymi osobami. Pani J. (89 lat) narzeka, że po prostu nie ma z kim porozmawiać, bo jej sąsiedzi nie są dobrymi partnerami do rozmowy. Woli czytać książki – głównie jej ulubione: historyczne i biografie znanych postaci – nie wychodzi z pokoju, nie uczestniczy we wspólnych aktywnościach. „Tryb łóżkowy mi odpowiada. Książki to mój świat, nie trzeba mi nic więcej” – mówi. Inne podejście prezentuje pani Z. (87 lat): „Być w domu samemu jest jeszcze gorzej, więc lepiej w miejscu, gdzie do kogoś się można odezwać i ktoś ci pomoże w razie czego”.

Część badanych po zamieszkaniu w ZOL-u postanowiła nie opuszczać już tego miejsca. Nie korzystają z przepustek, nie wracają do domów na święta. Ograniczyli relacje z rzeczywistością, w której do tej pory funkcjonowali, a niekiedy zupełnie z nich zrezygnowali. „Zapraszają, mogę wyjść do miasta, ale ja nie chcę wracać do przeszłości. Zamknęłam to za sobą, teraz mam inny etap życia, ten ostatni. Po przekroczeniu bram zakładu zamknęłam za sobą przeszłość” – mówi pani Z. Na święta też nie chce wychodzić, argumentując, że powrót z takiej przepustki jest emocjonalnie kosztowny i bolesny. Pani T. (76 lat) stwierdziła natomiast, że miałyby możliwość zamieszkania z synem i synową, ale nie chce się na to decydować, bo wtedy „za bardzo wtrącałaby się w ich życie”. O powrocie do domu nie chce rozmawiać 75-letni pan T.: „Żona może mnie zabrać do domu, ale na razie ciągle są przeszkody i żonie jest dobrze w takim układzie, nie musi się ze mną zmagać na co dzień”. Pan T. jest jednak wyjątkiem – odwiedza dom rodzinny co dwa tygodnie w ramach 12-godzinnych przepustek.

Kolejnym wątkiem moich rozmów z mieszkańcami była hierarchia potrzeb i poziom ich zaspokojenia. Najważniejsza dla badanych okazała się realizacja potrzeb fizjologicznych – regularne posiłki, dostępność pomocy w korzystaniu z toalety, a także potrzeba bezpieczeństwa, która – o czym była już mowa – jest możliwa dzięki obecności

lekarza oraz personelu pielęgniarstwa i opiekuńczego. Nie sposób nie zauważyć, że są to potrzeby najbardziej podstawowe.

W następnej kolejności mieszkańcy oczekują respektowania prawa do własnej przestrzeni i poszanowania ich prywatności. Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wiąże się z dzieleniem przestrzeni z innymi, obcymi osobami; konieczność pomocy w realizacji potrzeb fizjologicznych także wiąże się ze zmianą przyzwyczajeń związanych z intymną sferą życia. Szereg codziennych aktywności jest podporządkowanych sposobowi funkcjonowania placówki. W tych okolicznościach ujawnia się potrzeba utrzymania poczucia własnej podmiotowości. Najbardziej bezpośrednio wyraziła to pani T.: „Chcę mieć możliwość decydowania o sobie, być traktowana jak osoba”. Beneficjenci ZOL-u nie narzekają na opiekę personelu opiekuńczego, choć zwracają uwagę na charakterystyczny sposób komunikacji używany wobec nich, tzw. *baby talk*. Wyróżnia się on m.in. prostą formą, częstym stosowaniem zdrobnień, dużą liczbą pytań i zdań rozkazujących („Pani Aniu, czego chcesz?”, „Panie Janie, za chwilę, kochaneczku” etc.).

Mniej ważne okazały się potrzeby kulturowe. Osoby, dla których mają one duże znaczenie, starają się realizować je we własnym zakresie, przede wszystkim dużo czytają, raz w tygodniu oglądają wybrane wcześniej filmy. Rzadko są natomiast zainteresowane kontaktem z kulturą w ramach terapii zajęciowej, gdyż uważają to za nudne, niewystarczająco stymulujące intelektualnie (terapia zajęciowa jest dostosowana do potrzeb innych uczestników, różniących się poziomem funkcjonowania w zakresie funkcji poznawczych).

Istotną kwestią poruszaną w rozmowach z mieszkańcami były ich aktualne relacje z najbliższą rodziną. Wszyscy respondenci są przez swoich krewnych odwiedzani, aczkolwiek nieregularnie. Bliskość relacji mieszkańców z dziećmi waha się pomiędzy poprawnymi, lecz chłodnymi stosunkami a dużą zażyłością, która znajduje wyraz w częstych wizytach, zaproszeniach na uroczystości rodzinne czy organizowanej opiece. Wpływ na jakość tych relacji bardzo często mają kwestie finansowe, mieszkaniowe, nierozwiązane konflikty rodzinne. Pani T. brakuje informacji o tym, jak rodzina dysponuje pieniędzmi z przysługujących jej świadczeń, czuje się oszukiwana. W początkowym okresie jej pobytu relacje były trudniejsze ze względu na wyrzuty sumienia ze strony dzieci. Pani J. również ma słabe relacje z dzieckiem, jest rzadko odwiedzana: „Córka pracuje, zięć sponsoruje wszystko”. Badani często skarżyli się na protekcyjny sposób traktowania ich przez odwiedzające dzieci – z wyższością i „pobłażliwą uprzejmością”. Częściej mają serdeczne kontakty z wnukami, mimo że rzadko się pojawiają. Respondentów boli brak cierpliwości ze strony bliskich. Chcieliby poszanowania ich starości i jednocześnie nieodbierania im możliwości decydowania o sobie (w zakresie większym niż „co babci kupić?”). Nie czują się potrzebni, „nikt niczego od nich nie oczekuje”, ale też nie pyta o zdanie, nie wysłuchuje tego, co mają do powiedzenia. Potrzeba szacunku i uznania nie jest zaspokajana.

Większość beneficjentów dziennego domu pobytu mieszka sama albo w bliskim sąsiedztwie z dziećmi. Często ich mieszkanie znajduje się w bardzo małej odległości od

ośrodka. Mają świadomość, że zawsze w nagłych przypadkach mogą skorzystać z pomocy bliskich lub pracowników ośrodka. To zapewnia im duże poczucie bezpieczeństwa. Większość z nich decyzję o przychodzeniu do ośrodka podjęła w momencie, gdy umarł małżonek i zostali sami, bo dzieci miały już ułożone własne życie rodzinne. Tutaj zapewniony jest kontakt z innymi ludźmi, jest towarzystwo, miła atmosfera i opieka pracowników ośrodka. Beneficjenci biorą udział we wspólnych zajęciach, a także wyjazdach, jeśli tylko stan zdrowia na to pozwala. Zaspokajane są ich podstawowe potrzeby, są zainteresowani własnym rozwojem, samorealizacją. Pani W. (82 lata) pisze wiersze, które drukowane są w lokalnej gazecie, oraz bierze udział w teatrze seniorów. Pisanie i teatr zawsze były jej pasją, ale ze względu na obowiązki rodzinne i zawodowe zaczęła je realizować na emeryturze, po śmierci męża. Pani E. (85 lat) w młodości śpiewała w chórze, potem musiała to przerwać. Od koleżanki dowiedziała się, że jest taki ośrodek, w którym organizowane są również zajęcia chóru. Codziennie dojeżdża z podkrakowskiej wsi, aby wziąć w nich udział, porozmawiać z innymi osobami, wspólnie zjeść obiad. Wszyscy moi respondenci są sprawni ruchowo, co pozwala im korzystać z oferty dziennego domu pobytu i uczestniczyć w zajęciach i spotkaniach. Część z nich regularnie odwiedza znajomych. Większość swoje relacje z rodziną ocenia bardzo dobrze; otrzymują pomoc w zakresie niezbędnych zakupów, sprzątanía mieszkania, podwiezienia do lekarza. Zapraszani są również na rodzinne imprezy okolicznościowe. Nie czują się protekcyjnie traktowani ani przez rodzinę, ani przez pracowników ośrodka. Pomimo wieku czują się niezależni i samodzielni. Znajdują też sposoby na radzenie sobie z narastającą niesprawnością i deficytami. Pani M. (83 lata) zawsze czytała bardzo dużo książek, ale obecnie nie pozwala jej na to pogarszający się wzrok, więc kupuje audiobooki i z nich korzysta. Wśród badanych jedna osoba nie bierze żadnego udziału w życiu społeczności ośrodka. Jest sprawna ruchowo i mimo wieku (90 lat) nie ma poważnych problemów zdrowotnych. Mieszka w tym samym budynku, w którym mieści się ośrodek, ale na obiady nie przychodzi – przynoszą je pracownicy, a wynajęta opiekunka przygotowuje pozostałe posiłki, robi zakupy i zajmuje się opieką nad panią A., która nie ma żadnej rodziny, dzieci. Na pytanie, dlaczego chce być sama pomimo możliwości kontaktów towarzyskich, odpowiada, że nie jest zainteresowana przebywaniem z innymi osobami, męczyłaby ją taka sytuacja.

Podsumowanie

Mieszkańcy ZOL-u podkreślają, że ich obecność w tym miejscu jest wynikiem własnej, przemyślanej decyzji. Deklarują w ten sposób akceptację dla swojej aktualnej sytuacji życiowej oraz zaznaczają niezależność i samodzielność. Przyznają jednak, że do takiego wyboru zmusiły ich z jednej strony zły stan zdrowia, a z drugiej trudna sytuacja materialna. Postępująca niepełnosprawność ruchowa i umysłowa w coraz większym stopniu ograniczała i ogranicza ich samodzielność. Dodatkowo brakowało im wsparcia i opieki ze strony bliskich osób, doznawały rosnącego poczucia osamotnienia, wyobcowania,

braku zrozumienia i cierpliwości. Nerozwiazane kwestie mieszkaniowe, narastajace trudności finansowe, „zobowiązania” wobec wnuków uzupełniają informacje o sytuacji moich badanych, beneficjentów ZOL.

Integracja tych osób z resztą społeczeństwa jest coraz słabsza, wiele z nich „zamknęło za sobą drzwi”, zrezygnowało z utrzymywania dawnych relacji towarzyskich. W niektórych przypadkach nastąpiło całkowite odizolowanie od rzeczywistości, w której do tej pory funkcjonowali. Nie opuszczają w ogóle zakładu, nie korzystają z przepustek ani zaproszeń ze strony rodziny czy znajomych. Przyczynia się do tego wiele czynników, z których niektóre mogą zdumiewać. Jednym z nich jest – jak określiła to jedna z respondentek – „problem techniczny”. Chodzi o bariery architektoniczne, które stały się tak trudne do pokonania, że przyczyniły się do wycofania z aktywności. Pokonanie tych barier wiąże się również z odpowiednią logistyką i organizacją, za którą z reguły odpowiedzialni są bliscy. A im brakuje cierpliwości. Osoba stara, nie w pełni lub niesprawna ruchowo, jest zależna od pomocy innych, co obniża jej poczucie podmiotowości, możliwości decydowania o sobie. Pogarszający się stan zdrowia, brak wsparcia ze strony bliskich, utrata niezależności, poczucie, że nie jest się już potrzebnym, przyczyniają się do zjawiska automarginalizacji, które można dostrzec u moich respondentów. Skupienie się na najbardziej elementarnych potrzebach także wydaje się symptomatyczne dla sytuacji wykluczenia lub zagrożenia wykluczeniem społecznym; może być skutkiem deprywacji, do której udało się przyzwyczaić – obiektywnego lub subiektywnego braku możliwości realizowania potrzeb wyższych.

Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku beneficjentów dziennego domu pomocy. Postępująca niesprawność ruchowa i poznawcza nie zniechęca i nie wyklucza z udziału w codziennych zajęciach. Oczywiście należy tu zwrócić uwagę na fakt, że niektóre z badanych osób są w lepszej kondycji fizycznej i, co za tym idzie, psychicznej niż respondenci ZOL-u. Mieszkają też bardzo blisko ośrodka. Stały kontakt z innymi osobami, spotkania towarzyskie, zróżnicowane formy aktywności powodują, że nie czują się wyobcowani i niepotrzebni. Zorganizowany plan dnia, aktywność ruchowa i umysłowa, samorealizacja w zakresie zainteresowań i pasji – wszystko to pozytywnie wpływa na ich stosunek do własnej starości, a w dalszej kolejności na ich relacje z rodziną i otoczeniem. Stałe, regularne kontakty z innymi beneficjentami ośrodka stymulują do wspólnego działania i niepoddawania się starości. Bardzo istotne w życiu respondentów jest to, że pozostali we własnym środowisku zamieszkania. Jak to wyraziła jedna z badanych osób, „nie przesadza się starych drzew”. Przeżywanie starości cały czas w swoim własnym miejscu, poczucie niezależności i samodzielności, bycie potrzebnym i rozumianym przez innych to czynniki, które mogą sprawiać, że starość jest lepsza, a wykluczenie udaje się ograniczyć.

Do napisania tego artykułu skłoniło mnie przekonanie, że polskie społeczeństwo – zarówno władze publiczne, jak i zwykli obywatele – w niedostatecznym stopniu uświadamiają sobie problemy ludzi starych, chorych, niepełnosprawnych. Oprócz zapewnienia

im właściwej opieki medycznej, należy pochylić się nad kwestią jakości życia i integracji tych osób. Istnieje potrzeba prowadzenia szczegółowych badań, zlokalizowania sfer, w których ludzie starzy są najbardziej zagrożeni wykluczeniem, a także edukowania i przeciwdziałania stereotypom na temat starości.

Te negatywne stereotypy – podzielane także przez osoby w podeszłym wieku – zgodnie z zasadą samospełniającego się proroctwa prowadzą do pogorszenia funkcjonowania, zarówno fizycznego, jak i poznawczego, wycofania z aktywności, spadku chęci życia (np. Levy, Ashman i Dror, 2000; Levy, 2009). Ich wyeliminowanie wymaga zarówno porzucenia przekonań stygmatyzujących starych ludzi, jak i odrzucenia pokusy uniknięcia konfrontacji ze starością – upiększania jej, milczenia na temat związanych z nią problemów. Psycholog Douwe Draaisma (2010) ironicznie opisał dwuznaczny stosunek do starości, który łatwo zauważyć przeglądając dostępne na holenderskim rynku czasopisma dla seniorów, polegający na unikaniu prezentowania obrazu widocznej starości. „Na stronie redakcyjnej widać seniorów baraszkujących w falach przyboju, a podarunek powitalny dla nowych abonentów to aparat do mierzenia ciśnienia. (...) W ogłoszeniach znajdują się zdjęcia ludzi za młodych z pewnością o całe pokolenie, jak na dolegliwości, których dotyczy ogłoszenie”. Na marginesie: ile czasopism dla seniorów istnieje na polskim rynku? Większość reklam kierowanych do tej grupy zachęca do kupowania leków, ubezpieczeń na wypadek zgonu i zaciągania parabankowych pożyczek. Starsze osoby stanowią pokazną część społeczeństwa, ale najwyraźniej dla rynku nie są atrakcyjnymi konsumentami. Są traktowane jak homogeniczna grupa, w której brak różnorodności i indywidualnych cech.

Musimy dążyć do poprawy jakości życia osób starych i niepełnosprawnych, do zapewnienia im godnego miejsca w społeczeństwie. Istnieje pilna potrzeba kształcenia lekarzy geriatrów, rozważenia wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, ale czeka nas także wiele zmian w gospodarce, kulturze, edukacji; potrzebne są szerokie i systematyczne badania starości. Ten ostatni etap życia – jeśli wierzyć statystykom – może się okazać najdłuższy dla naszych dziadków, rodziców i dla nas samych.

Bibliografia

- Bień B., 2012, *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski* [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Błędowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.
- Bojanowska E., 2009, *Opieka nad ludźmi starszymi* [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Chechelska E., 2011, *Potrzeby ludzi starszych na podstawie badań przeprowadzonych wśród mieszkańców domu pomocy społecznej* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc*

- społeczna. *Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Czapiński J., Panek T., (red.), 2013, *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*.
- Draaisma D., 2010, *Fabryka nostalgii. O fenomenie pamięci wieku podeszłego*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.
- Giddens A., 2005, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gierek P., 2013, *Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu seniorów na przykładzie miasta Chorzów* [w:] A. Zawada, Ł. Tomczyk (red.), *Seniorzy w środowisku lokalnym (badania empiryczne i przykłady dobrych praktyk)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Hryniewicz J., 2012, *Los starca zależy od kontekstu społecznego* [w:] J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Levy B., Ashman O., Dror I., 2000, *To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live*, Omega, 40.
- Levy B., 2009, *Stereotype embodiment. A psychosocial approach to aging*. Current Directions in Psychological Science, 18.
- Synak B., 2000, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- Szarota Z., 2000, *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku* [w:] M. Dziegielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź.
- Szarota Z., 2004, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków.
- Szarota Z., 2011, *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Szarota Z., 2011, *Senior w wielkim mieście na przykładzie projektu „Krakowski pakt dla seniora”* [w:] Z. Szarota (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Szatur-Jaworska B., 2005, *Uwagi o ekskluzji i inkluzji na przykładzie polityki społecznej wobec ludzi starych* [w:] J. Grotowska-Leder, K. Faliszek (red.), *Ekskluzja i inkluzja społeczna. Diagnoza – uwarunkowania – kierunki działań*, Akapit-Press, Toruń.
- Szkolak D., 2011, *Komunikacja z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych zdaniem mieszkańców i pracowników Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Kraków.
- Szukalski P., 2009, *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku* [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Trafialek E., 2008, *Rodzina i środowisko zamieszkania jako obszary ryzyka wykluczenia społecznego osób starszych* [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.

Netografia

- Global AgeWatch Index 2013*, raport opracowany na zlecenie ONZ, <http://www.globalagewatch.org>, stan z dnia 11.01.2016.
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*.
http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- Szarfenberg R., *Marginalizacja i wykluczenie społeczne*, Wykłady, <http://www.ekonomiaspoleczna.pl/Biblioteka>, stan z dnia 11.01.2016.
- World Health Organization, *Fact About Aging*, <http://www.who.int/ageing/about/facts/en>, stan z dnia 11.01.2016.