
MIĘDZY TEORIA A PRAKTYKĄ

DOI: 10.5604/01.3001.0013.7258

SABINA PAWLAS-CZYŻ

ORCID <http://orcid.org/0000-0002-0047-5378>

PRACA SOCJALNA NA RZECZ OSÓB STARSZYCH. METODA CASE WORK WE WSPARCIU SENIORÓW CHORUJĄCYCH ONKOLOGICZNIE

ABSTRAKT

Profesjonalne wsparcie adresowane do osób w okresie senioralnym wymaga przygotowania do świadczenia pomocy w obliczu utraty zdrowia, w tym na skutek zachorowania na choroby onkologiczne, których ryzyko wzrasta szczególnie właśnie na tym etapie rozwoju. Postawienie przed pracownikiem socjalnym zadania udzielenia pomocy osobie, która zmagą się z chorobą onkologiczną wymaga od niego dużej dawki wiedzy psychologicznej, socjologicznej i pedagogicznej.

Pracując z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku swoje działania pomocowe pracownik socjalny opiera na bezpośrednim oddziaływaniu na osobę i jej społeczne otoczenie. Celem stosowania metody *case work* jest, najogólniej rzecz ujmując, wzmocnienie jednostki, mobilizacja jej sił, wewnętrznych zdolności poprzez świadomie kierowany proces indywidualnej pracy z osobą, oraz (jeśli tego wymaga sytuacja) rozszerzenie wsparcia o organizację dodatkowej pomocy ze strony wyspecjalizowanych ku temu instytucji, właściwych dla rozwiązania danego problemu.

Zapleczem teoretycznym dla skutecznego prowadzenia metody *case work* na etapie diagnozowania, następnie przygotowywania planu pomocy oraz wdrażania zaplanowanych działań interwencyjnych w obszarze pomocy chorującym onkologicznie seniorom może być koncepcja Masłowa. Okazuje się, że jest to propozycja teoretyczna o wielokrotnie weryfikowanej praktyką przydatności w procesach rozpoznawania potrzeb seniorów i planowania interwencji przez pracowników socjalnych w obszarze niezwykle trudnego doświadczenia choroby onkologicznej w okresie późnej dorosłości. Walorem omawianego teoretycznego zaplecza jest to, że umożliwia wskazanie szczegółowych obszarów funkcjonowania biopsychospołecznego, wymagających szczególnej koncentracji i wrażliwości diagnostycznej pracowników socjalnych w kontakcie

z osobą w wieku senioralnym, które wykraczają poza standardową ocenę potrzeb klienta. Celem artykułu uczyniono przybliżenie teoretycznych podstaw działań diagnostyczno-interwencyjnych, jakie może podejmować pracownik socjalny udzielający wsparcia seniorom leczonym onkologicznie.

Słowa kluczowe: praca socjalna, choroba onkologiczna, *case work*, wiek senioralny, piramida potrzeb Abrahama Masłowa

WPROWADZENIE

Wysoka jakość opieki świadczonej osobie w wieku senioralnym powinna zasadzać się na profesjonalnym przygotowaniu kadr do pracy z osobami konfrontowanymi z diagnozą choroby onkologicznej. Konieczność ta jest podyktowana tendencjami demograficznymi w obszarze zachorowań na nowotwory. Większość z nich dotyczy bowiem osób po 60. roku życia. Wśród zachorowań na choroby onkologiczne 70% w grupie mężczyzn i 60% zachorowań w grupie kobiet obserwuje się w naszym kraju właśnie w przedziale wiekowym po 60. roku życia.

Rezultaty badań dowodzą, że jakość życia osób w wieku senioralnym w przypadku zachorowania na nowotwory może być znacząco wyższa, jeśli uzyskują wsparcie o charakterze kompleksowym. Chodzi tutaj nie tylko o pomoc o charakterze medycznym, farmakologicznym, ale działanie zintegrowane, obejmujące wsparcie psychospołeczne (Mantovani i in., 1996, s. 127–135). Interwencje bazujące na udzielaniu wsparcia społecznego wraz ze wsparciem psychologicznym, świadczone obok oddziaływań farmakologicznych mogą redukować, opóźnić oraz zapobiegać poważnym symptomom związanym z przeżywaniem stresu choroby nowotworowej, do których należą depresja oraz zaburzenia lękowe (Wortman, 1984; Holland, 1991; Forester, 1993).

Pracownik socjalny, pracując z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku, swoje działania pomocowe opiera na bezpośrednim oddziaływaniu na osobę i jej społeczne otoczenie. Celem stosowania metody *case work* jest, najogólniej rzecz ujmując, wzmocnienie jednostki, mobilizacja jej sił, wewnętrznych zdolności poprzez świadomie kierowany proces indywidualnej pracy z osobą, oraz (jeśli tego wymaga sytuacja) rozszerzenie wsparcia o organizację dodatkowej pomocy ze strony wyspecjalizowanych ku temu instytucji, właściwych dla rozwiązania danego problemu.

Postawienie przed pracownikiem socjalnym zadania udzielenia profesjonalnej pomocy osobie w wieku senioralnym, która zmaga się z chorobą onkologiczną, wymaga od niego dużej dawki wiedzy psychologicznej, socjologicznej i pedagogicznej. Wiedza teoretyczna z zakresu psychologicznych prawidłowości funkcjonowania człowieka jest bazowa dla prowadzenia efektywnej pracy, w której istotnym elementem jest wzbudzenie w osobie motywacji do aktywności, działań na rzecz wychodzenia z trudności (Kamiński, 1980, s. 261). Doświadczenie zawodowe pracownika, dobra znajomość infrastruktury pomocowej, zdolności organizacyjne stanowią drugi filar istoty *case work* w pracy socjalnej realizowanej poprzez ułatwianie dostępu do odpowiednich zasobów.

Postępowanie w prowadzeniu indywidualnego przypadku pracownik socjalny rozpoczyna etapem rozpoznawania, diagnozowania trudności osoby, uwzględniającego jej własną perspektywę. Wnikliwe, pełne poznanie obecnej sytuacji życiowej klienta, oczekiwań wobec pracownika socjalnego i przyczyn poszukiwania pomocy powinno być poszerzone o analizę historii życia, psychologiczną sylwetkę osoby oraz społeczno-kulturalną specyfikę środowiska, w którym żyje (Wódz, 1996, s. 132–143). Podejmowanie samych czynności diagnostycznych stanowi wyzwanie dla wiedzy i kompetencji pracownika socjalnego. Mamy tu bowiem do czynienia z koniecznością łączenia wielu aspektów diagnozy, która w swojej złożoności każdorazowo świadczy o zupełnie nowym, odmiennym obrazie jednostkowego doświadczenia życiowego problemu.

W interesującej nas sytuacji udzielania wsparcia osobie, która w wieku senioralnym jest konfrontowana z obciążającym leczeniem choroby onkologicznej, diagnozą powinny zostać objęte (oprócz elementów stałych) również te wymiary, które są specyficzne dla rozpoznawania konkretnej, omawianej tutaj trudnej sytuacji.

Zapleczem teoretycznym dla skutecznego prowadzenia metody *case work* na etapie diagnozowania, następnie przygotowywania planu pomocy oraz wdrażania zaplanowanych działań interwencyjnych w obszarze pomocy chorującym onkologicznie seniorom może być koncepcja Abrahama Maslowa. Odnalezienie w literaturze z zakresu teorii i metodologii pracy socjalnej podstaw teoretycznych inspirujących do pracy z chorują-

cymi onkologicznie seniorami nie jest zadaniem najłatwiejszym. Podkreśla się, że *evidence-based knowledge* w obszarze psychospołecznych interwencji podejmowanych wobec seniorów chorych onkologicznie jest nadal w fazie rozwoju (Schampire, Faul, 2015, s. 527–533). Przy analizie zawartości treściowej dostępnych źródeł z tego zakresu okazuje się, że jednym z częściej przywoływanych ujęć teoretycznych z aplikacją do obszaru praktyki okazuje się piramida potrzeb Masłowa. Wiedza ta może wzbudzać sceptyczne nastawienie osób, które znają polemiczno-krytyczne uwagi dotyczące samej koncepcji. Jednakże odślonięcie wymiaru praktycznego jej zastosowania w pomocy seniorom może otworzyć pole do nowych refleksji. Okazuje się, że jest to propozycja teoretyczna o wielokrotnie weryfikowanej praktyką przydatności w procesach rozpoznawania potrzeb seniorów i planowania interwencji przez pracowników socjalnych w obszarze niezwykle trudnego doświadczenia choroby onkologicznej w okresie późnej dorosłości (tamże, s. 527). Walorem omawianego teoretycznego zaplecza jest to, że wskazuje szczegółowe sfery funkcjonowania biopsychospołecznego, wymagające szczególnej koncentracji i wrażliwości diagnostycznej pracowników socjalnych w kontakcie z osobą w wieku senioralnym, które wykraczają poza standardową ocenę potrzeb.

Celem prezentowanego artykułu jest przybliżenie teoretycznych podstaw działań diagnostyczno-interwencyjnych, jakie może podejmować profesjonalista wsparcia wobec seniorów leczonych onkologicznie. Rozważania tu zawarte wpisują się w zasadnicze założenia onkologicznej pracy socjalnej, by indywidualne rozpoznawanie wpływu choroby nowotworowej na funkcjonowanie jednostki w różnych sferach jej życia zawsze było osadzone w kontekście rozwojowym.

WSPARCIE OSÓB CHORUJĄCYCH ONKOLOGICZNIE W RAMACH PRACY SOCJALNEJ

Opieka skoncentrowana na osobie chorej – zasadniczy cel opieki onkologicznej – stanowi również fundamentalną zasadę organizującą praktykę pracy socjalnej w tym obszarze. Implikacja podejścia zorientowanego na osobę chorą jako ramy teoretycznej onkologicznej pracy socjalnej oznacza,

że w centrum uwagi znajduje się nie tylko trajektoria choroby wraz z procesem leczenia, lecz także szerokie spektrum złożonych konsekwencji choroby obejmujące sfery psychospołeczną, duchową, kulturową. Opieka skoncentrowana na osobie chorej zasadza się na założeniu, że priorytetem efektywnej pomocy jest rozpoznanie, jak choroba wpływa na relacje interpersonalne jednostki, zmiany w obrębie jej tożsamości, jaki jest jej wpływ na członków rodziny, funkcjonowanie w obszarze aktywności zawodowej, edukacyjnej. Oceną powinny zostać objęte problemy związane z sytuacją ekonomiczną, złożonymi trudnościami okresu u schyłku życia oraz doświadczenia przeżywania straty i żałoby (Zebrack, Jones, Smolinski, 2015, s. 35).

Aktywność pomocowa pracowników socjalnych obejmuje całe kontinuum choroby, a jej celem nadrzędnym jest troska o dobrostan jednostek, rodzin, opiekunów osób chorych i całych społeczności. Pracownicy socjalni profesjonalnie udzielający wsparcia w obszarze chorób onkologicznych, by dostarczać odpowiednich usług w całej trajektorii choroby stają przed wymogiem stałego, wnikliwego monitorowania sposobu, w jaki choroba wywiera wpływ na poszczególne wymiary ludzkiego funkcjonowania (tamże, s. 35). W ślad za tym podejmowane jest szerokie spektrum przedsięwzięć. Obejmują one poza diagnozą psychospołeczną, interwencje ukierunkowane na zagadnienia kryzysu, działania związane z przystosowaniem do zmian powodowanych chorobą, wsparcie w sytuacjach doświadczania straty oraz radzenie sobie z procesem żałoby. Pracownik socjalny może także koordynować działanie naturalnych sieci wsparcia, pomoc ze strony społeczności lokalnej oraz ułatwiać dostęp do potrzebnych usług (Pawlas-Czyż, 2018).

Doświadczenia osób konfrontowanych z chorobą są różnicowane nie tylko w związku z etapem trajektorii chorowania. Determinowane są także wieloma innymi czynnikami, jak wiek osoby chorej w okresie okołodiagnostycznym, pochodzenie kulturowe, sytuacja socjoekonomiczna, jakość relacji interpersonalnych i sieć wsparcia. Podkreśla się kluczowe znaczenie umiejętności praktycznych, jakimi odznaczają się pracownicy socjalni w obszarze rozpoznawania tych czynników, które mogą wpływać na jakość życia osoby oraz które mogą istotnie kształtować podejmowanie decyzji w obszarze zdrowia (Otis-Green i in., 2015, s. 503–513).

Reasumując, bezpośrednie zadania pracowników socjalnych w niesieniu wsparcia osobom chorującym onkologicznie obejmują: a) ocenę i monitoring psychospołecznego funkcjonowania chorych i ich bliskich; b) pomoc w przystosowaniu do choroby; c) emocjonalne wsparcie i poradnictwo; d) planowanie usług; e) rzecznictwo interesów (Zebrack, Jones, Smolinski, 2015, s. 38). Podkreślenia wymaga również, że redukcja barier w dostępie do źródeł pomocy, w czym czynnie mogą uczestniczyć pracownicy socjalni, ma szczególne znaczenie w odniesieniu do osób dotkniętych różnymi formami wykluczenia (Otis-Green i in., 2015, s. 503–513).

W ogólnym zarysie działań dotyczących sprawowania opieki nad osobami chorymi, jaki jest rekomendowany w zadaniach onkologicznych pracowników socjalnych, znajdują się:

- 1) towarzyszenie jednostkom oraz rodzinom w obliczu choroby onkologicznej w odzyskiwaniu, przywracaniu możliwości jak najbardziej satysfakcjonującego funkcjonowania w rolach społecznych: małżeńskich/partnerskich, rodzicielskich, w rolach zawodowych;
- 2) podejmowanie skutecznych interwencji umożliwiających uporanie się z konsekwencjami kryzysu wywołanego chorobą i wzmacnianie zasobów tkwiących w relacjach interpersonalnych i w środowisku osoby chorej (Zebrack, Jones, Smolinski, 2015, s. 36).

Onkologiczna praca socjalna bazuje na konwergencji dwóch odrębnych obszarów wiedzy. Są nimi: teoria i praktyka pracy socjalnej oraz wiedza o biopsychospołecznych aspektach chorób nowotworowych i procesu ich leczenia. W swojej pracy onkologiczni pracownicy socjalni odwołują się do wiedzy, metodologii i doświadczeń z obszaru pracy socjalnej oraz z zakresu wiedzy na temat chorób nowotworowych i procesu ich leczenia. Realizacja celów onkologicznej pracy socjalnej może odbywać się za pośrednictwem wykorzystywania w praktyce metod pracy socjalnej z osobą chorą i jej rodziną (*case work*) oraz za pośrednictwem metody pracy z grupą (*group work*). Zasadnicza różnica między obiema metodami leży w „szczególnej konstelacji wiedzy i procedur oraz sposobów, w jaki niektóre koncepcje naukowe są stosowane” (Northem, 1976, s. 149–150). W obu przypadkach równie niezbędna jest wiedza na temat ludzkiego funkcjonowania czy teoria systemów. W pracy z indywidualnym przypadkiem wiedza ta będzie

aplikowana w celu zrozumienia jednostki w jej sytuacji, natomiast w pracy z grupą służy zrozumieniu jednostki oraz struktury grupy i grupowego procesu, by bezpośrednio na ten proces oddziaływać (Pawlas-Czyż, 2019a).

PODSTAWY TEORETYCZNE DZIAŁAŃ DIAGNOSTYCZNO- -INTERWENCYJNYCH W PODNOSZENIU JAKOŚCI WSPARCIA CHOROJĄCYCH ONKOLOGICZNIE SENIORÓW

W praktyce bezpośredniej pracownik socjalny może czerpać inspiracje z wielu perspektyw teoretycznych, stosując w pracy z klientem różne podejścia. Wśród modeli interwencji sięgających swymi teoretycznymi korzeniami przede wszystkim do koncepcji psychologicznych i socjologicznych, czasem także do teorii filozoficznych i antropologicznych, można wymienić te, które w pracy socjalnej są stosowane najczęściej. Są to podejście psychospołeczne, podejście problemowe, podejście skoncentrowane na zadaniu, podejście strukturalne i podejście systemowe (Wódz, 1996, s. 138–144).

Wielość i różnorodność perspektyw teoretycznych stosowanych w celu wyjaśnienia źródeł trudności doświadczanych przez jednostki oraz poszukiwania sposobów pomocy jest ogromna. Niektóre szacunki mówią, że liczba teorii na rzecz praktyki bezpośredniej oscyluje między 200 a 400 (Lambert, 2013, za: Coady, Lehmann, 2016). Może to być jednym z powodów, dla których niektórzy praktycy opowiadają się za wyborem wąskiej orientacji teoretycznej. Bazowanie na jednej z teoretycznych propozycji w klinicznej pracy socjalnej z pewnością zapobiega poczuciu przeładowania teoretycznego, poczuciu zagubienia w gąszczu teoretycznych wyjaśnień. Wybór jednej spośród wielu koncepcji: psychodynamicznych, poznawczo-behawioralnych, humanistycznych, koncepcji postmodernistycznych, krytycznych może podnosić poczucie komfortu, klarowności i pewności w codziennej praktyce pomocowej. Z kolei zwolennicy podejść eklektycznych, podkreślając większą otwartość teoretyczną, wskazują ogromne korzyści, jakie płyną z umiejętności refleksyjnego, pogłębionego spojrzenia na unikatową sytuację klienta, by dokonać wyboru tego podejścia teoretycznego, które w analizowanym przypadku będzie trafniejsze w dokonywaniu oceny i doborze celów oraz metod oddziaływania.

Cechy charakterystyczne dla *case work* jako metody pracy socjalnej obejmują przede wszystkim włączanie klienta w proces podejmowania decyzji związanych z ustalaniem celów pracy oraz sposobów ich osiągnięcia. W centrum uwagi pracownika socjalnego znajdują się wszelkie działania mające na celu rozwinięcie relacji z klientem tak, aby był aktywnym uczestnikiem współdecydowania co do form, metod podnoszenia jakości swego życia. Gdy tego ukierunkowania brakuje mamy do czynienia raczej z formułą dostarczania usług (Vickery, 1977, s. 116–134). Choć może być ona pewnym etapem w procesie stosowania *case work*, bazowa dla tej metody pozostaje relacja z klientem, pozwalająca na pełne zaangażowanie, współuczestnictwo, otwartą wymianę poglądów. Ta szczególna relacja staje się instrumentem terapeutycznym, decydującym o indywidualnym progresie klienta. Istotą kształtowanej relacji z klientem jest umiejętność świadomego jej użycia, by poprzez spersonalizowany, dostosowany do konkretnej osoby charakter odpowiadać na indywidualne potrzeby. Troska i życzliwość w budowaniu relacji są ważne, jednak rozstrzygająca staje się umiejętność aplikacji wiedzy z zakresu relacji interpersonalnych, stanów intrapsychicznych, dynamiki procesów psychicznych (tamże, s. 116–134).

Pracownik socjalny może opierać się zatem w swoim działaniu na podejściu eklektycznym. Nick Coady i Peter Lehmann (2016) przyjmują, że podejście eklektyczne łączy w sobie pięć zasadniczych elementów. Są to: uwzględnianie perspektywy osoby w środowisku, wywodzące się z teorii ekosystemowych; budowanie dobrej relacji z jednostką, która ułatwiałaby osiągnięcie celu, jakim jest empowerment; wykorzystywanie w praktyce procesu rozwiązywania problemu w celu zapewnienia struktury i wskazówek do pracy z klientem. Kolejne dwa elementy to przeprowadzanie holistycznej, wielopłaszczyznowej oceny oraz elastyczne wykorzystywanie teorii i technik z szerokiego ich wachlarza, tak aby najtrafniej uchwycić specyfikę konkretnej sytuacji problemowej klienta (Coady, Lehmann, 2016, s. 5–7).

Teoretyczną ramą przyjmowanej perspektywy osoby w środowisku jest teoria ekosystemowa. Jej wykorzystywanie w praktyce pracy socjalnej każe kłaść nacisk na dostrzeganie złożonych zależności i wpływów pomiędzy jednostką oraz jej społecznym i fizycznym otoczeniem. Jest pomocna w uchwyceniu wzajemnych oddziaływań osób i zróżnicowanych systemów,

z jakimi wchodzi w interakcje: systemów rodzinnych, społeczności lokalnych, środowiska pracy.

Stosując omawiane podejście eklektyczne, ogromne znaczenie jest przypisywane budowaniu dobrej relacji pomocowej. Spostrzegana jest ona w powiązaniu ze stosowaniem zasady empowerment oraz z perspektywą skoncentrowaną na zasobach. Relację pomocową, wzmacniającą, jaką buduje pracownik socjalny w bezpośredniej relacji z klientem, cechuje współpraca i zaufanie. Charakter relacji ma umacniać w kliencie poczucie jego siły, m.in. dzięki rozpoznawaniu jego silnych stron, własnemu zaangażowaniu w procesie zmian, akceptacji dla definiowania problemu przez klienta (tamże, s. 5).

Podejście problemowe z kolei, czy też model rozwiązywania problemów, wprowadzony do pracy socjalnej przez Helen Perlman (1957), choć doczekał się wielu wariantów o zróżnicowanym nazewnictwie, swą ogromną użyteczność zawdzięcza praktycznym wskazaniom, jak prowadzić proces pomagania od początkowych faz zaangażowania do jego zakończenia.

Przeprowadzanie oceny holistycznej, wielopłaszczyznowej przez pracownika socjalnego oznacza objęcie rozpoznaniem wszystkich czynników „biofizycznych, intrapsychicznych, interpersonalnych/rodzinnych, środowiskowych i społeczno-kulturowych” (Coady, Lehmann, 2016, s. 6), które mogą mieć potencjalny wpływ na sytuację problemową. Proces oceny powinien uwzględniać mocne strony klienta, jego zasoby i umiejętności. W ślad za wielowymiarową oceną, która nie powinna opierać się na jednej, wąskiej teoretycznej perspektywie, działania interwencyjne oraz techniki pracy z klientem powinny wynikać z umiejętności sięgania w sposób elastyczny do tych źródeł teoretycznych, które będą najbardziej adekwatne w wyjaśnieniu konkretnej sytuacji klienta.

Rozważając zatem sytuację udzielania profesjonalnego wsparcia osobie w wieku senioralnym, doświadczającej kryzysu wywołanego chorobą nowotworową, koncepcją, która może być użyteczna w rozumieniu problemów klienta i formułowaniu celów interwencji, jest piramida potrzeb Maslowa¹⁾.

¹⁾ Na temat możliwości stosowania koncepcji Maslowa w praktyce pracy socjalnej z osobami starszymi chorującymi onkologicznie piszę także w: Pawlas-Czyż, 2019b.

Mimo wspomnianego wcześniej, obecnego w dyskursie akademickim, krytycznego stanowiska niektórych teoretyków i badaczy wobec tej koncepcji, podkreśla się, że jest to jedno z istotnych ujęć teoretycznych stosowanych we współczesnej medycynie. Jego szczególna wartość jest zaznaczona w odniesieniu do chorób chronicznych, których przewlekły charakter nie zmienia rokowań, mimo stosowania najlepszych sposobów biomedycznego leczenia (Ventegodt, Merrick, Anderson, 2003). Bazowanie na hierarchicznej liście potrzeb Masłowa w procesie wzmacniania osób cierpiących na choroby przewlekłe, w tym choroby nowotworowe, dostarcza potwierdzenia, że staje się ona użytecznym instrumentem mobilizowania możliwości i wewnętrznych sił chorujących pacjentów, co stanowi jeden z zasadniczych celów nowoczesnej pracy socjalnej. Staje się to łatwiejsze m.in. dzięki zrozumiałości koncepcji, którą ocenia się jako relatywnie prostą do zastosowania w warunkach klinicznych. Piramida potrzeb Masłowa została zatem zaadaptowana jako rama teoretyczna w pracy z osobami cierpiącymi na choroby onkologiczne, a także w pracy z osobami korzystającymi z pomocy hospicjów w okresie u schyłku życia. Jak piszą Zalenski, Raspa (2006) oraz Wood-Mintz (2013), podejście to pomaga pracownikom socjalnym dostrzec i lepiej zrozumieć różne aspekty złożoności funkcjonowania osób w obliczu choroby nowotworowej. Jednym z nich jest świadomość, że osoba w czasie trajektorii choroby może na kontinuum rozwoju podlegać bardzo dynamicznym zmianom. Przechodząc przez kolejne etapy procesów psychospołecznych, może podążać „do przodu”, by po jakimś czasie znów powrócić do wcześniejszych stadiów, powodujących konieczność ponawiania działań ukierunkowanych na cele, które realizowano wcześniej.

Kierunek i dynamika zmian zależą od wyzwań fizycznych, emocjonalnych, społecznych, duchowych, jakim na danym etapie chorowania osoba stawia czoła. Uwrażliwienie osób wspierających w odniesieniu do dynamicznie zmieniających się potrzeb osoby chorej może podnosić poziom trafności identyfikowania aktualnego poziomu potrzeb wymagających zaspokojenia i podjęcia właściwie dobranych ku temu działań wspierających. Pięciopoziomowa, hierarchiczna lista potrzeb Masłowa, stosowana w obszarze opieki paliatywnej, stanowi teoretyczny kierunkowskaz zarówno w sferze sprawowania opieki nad osobą chorą, jak i w sferze edukacji i prowadzenia badań.

Implementacja tego podejścia w stosowaniu metody indywidualnego przypadku oznacza, że w czynnościach diagnostycznych pracownik socjalny uwzględni dodatkowo pięć płaszczyzn poddawanych ocenie. Główne techniki gromadzenia potrzebnych danych to oczywiście rozmowa i wywiad z klientem, ale także rozmowa z personelem medycznym oraz członkami rodziny. W zależności od wyniku rozpoznania w każdym z obszarów podejmowane mogą być konkretne działania interwencyjne. Postępowanie pracownika socjalnego prowadzącego indywidualny przypadek w pracy z seniorem chorym onkologicznie powinno zatem, bazując na dorobku Masłowa, uwzględniać diagnozowanie i interweniowanie w płaszczyznach obejmujących:

- I. symptomy podwyższające dystres: doświadczenia bólowe i odczuwane stany duszności;
- II. lęk o swoje bezpieczeństwo fizyczne, lęk przed śmiercią i/lub opuszczeniem;
- III. doświadczenie przywiązania, akceptacji i miłości w obliczu wyniszczającej choroby;
- IV. szacunek i poczucie własnej wartości osoby chorej;
- V. doświadczenie samoaktualizacji i transcendencji (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1123).

SYMPTOMY PODWYŻSZAJĄCE DYSTRES I FIZJOLOGICZNE POTRZEBY OSÓB STARSZYCH ZMAGAJĄCYCH SIĘ Z CHOROBA NOWOTWOROWĄ

W przypadku pacjentów onkologicznych, niezależnie od wieku, potrzebą o podstawowym znaczeniu jest zapewnienie efektywnej kontroli reakcji biologicznych i fizjologicznych. Praktyczne odniesienie do koncepcji Masłowa powinno wyostrzać świadomość opiekunów, że uwolnienie od bólu fizycznego stanowi potrzebę pierwszoplanową (Schampire, Faul, 2015, s. 530–533). Ból nie leczony może całkowicie zdominować świadomość pacjenta, niszczyć wszelkie jego próby podejmowania uczestnictwa w życiu (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1120–1127). Planowanie jakichkolwiek działań interwencyjnych spoza tego obszaru może być całkowicie nieskuteczne dopóty, dopóki pacjent cierpi z powodu doświadczeń bólowych.

Dokonując rozeznania potrzeb w tym obszarze w odniesieniu do seniorów pracownik socjalny musi uwzględniać prawidłowość, że odpowiedź organizmu na proces leczenia onkologicznego może być w tym przypadku dużo bardziej złożona, m.in. ze względu na schorzenia współwystępujące, jak choroby płuc, serca, artretyzm, dolegliwości bólowe. Seniorzy chorujący onkologicznie mogą również cierpieć z powodu zwiększonego ograniczenia sprawności w wyniku choroby nowotworowej lub chorób współtowarzyszących. Schorzenia dodatkowe mogą z kolei generować problem związany z tendencją do nadużywania lekarstw lub zażywania lekarstw wchodzących ze sobą w niepożądane interakcje.

W projektowaniu działań pomocowych wobec seniora, korzystając z praktyki stosowania koncepcji Masłowa, powinny znaleźć się m.in. działania edukacyjne. Powinny być ukierunkowane na dostarczanie wiedzy z zakresu najbardziej powszechnych reakcji biologicznych organizmu na chorobę nowotworową, tak aby osoba starsza była przygotowana na to, jakie potrzeby fizjologiczne w sposób naturalny dla tych okoliczności chorobowych mogą wymagać zaspokojenia.

Konsekwencje choroby i procesu leczenia na poziomie fizjologicznym mogą nasilać poziom dystresu. Biorąc pod uwagę standardy opieki onkologicznej funkcjonujące np. w Stanach Zjednoczonych, ważnym elementem diagnozowania uczyniono pomiar dystresu, który w wielu przypadkach jest przeprowadzany przez pracowników socjalnych. Wyposażanie ich w wiedzę i umiejętności w tym zakresie znacznie wzmacnia ich pozycję jako osób kompetentnych w konstruowaniu trafnej oferty pomocowej odpowiadającej na potrzeby osoby chorej oraz jej rodziny (Otis-Green i in., 2015, s. 503–513).

Na poziomie interwencji zaleca się zatem, by wsparcie w tym obszarze obejmowało wykorzystanie technik behawioralnych, skoncentrowanych na fizycznych symptomach dystresu – relaksację, techniki wizualizacji.

Podsumowując, działania skoncentrowane na obszarze reakcji fizjologicznych powinny ułatwiać osobie chorej adaptację do choroby głównie poprzez wsparcie w radzeniu sobie z bólem, symptomami choroby oraz z dystresem. Czynności pracownika socjalnego powinny obejmować przede wszystkim uważne rozpoznanie dodatkowych schorzeń współwystępują-

cych oraz ich leczenia. Ważna jest świadomość, że utrzymujący się ból oraz większa liczba chorób dodatkowych mogą poważnie rzutować na możliwości psychospołecznego przystosowania się do sytuacji choroby (Spiegel, Giese-Davis, 2003, s. 269–282). Nierozpoznane mogą czynić cały proces pracy socjalnej nieskutecznym.

LĘK W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Jak piszą Tara Schampire i Anna Faul (2015), bardzo ważnym obszarem rozpoznania w sferze dotyczącej lęku stanowi ocena osobistych, wewnętrznych oraz zewnętrznych barier, które mogą utrudniać seniorom skuteczną adaptację do choroby poprzez nadmierne zakłócenie poczucia bezpieczeństwa. Działania wspierające powinny zatem odpowiadać konkretnym potrzebom jednostki w zakresie odczuwanego lęku i braku poczucia bezpieczeństwa.

Jedną z najbardziej poważnych emocjonalnych przyczyn dystresu seniorów w obliczu choroby onkologicznej jest depresja. Jej objawy wyraźnie wzrastają w tej grupie wraz z zaawansowaniem choroby, dolegliwościami bólowymi i stanami wyczerpania chorobą (Spiegel, Giese-Davis, 2003, s. 269–282).

David Spiegel i Janine Giese-Davis (2003) podkreślają, że dostarczanie psychospołecznego wsparcia w obliczu choroby obniża depresję, lęk i ból. Może zwiększać szanse na wyleczenie. Opisując psychofizjologiczne mechanizmy pośredniczące pomiędzy depresją a progresją chorób nowotworowych, zwracają uwagę przede wszystkim na zmiany w poziomie dopaminy i melatoniny. Wskazaniem do konieczności rozpoznawania i leczenia depresji u chorujących onkologicznie seniorów jest również wpływ depresji na funkcjonowanie układu odporności. Depresja jest rozpoznawana w grupie seniorów jako czynnik ryzyka śmiertelności, ryzyka samobójstw oraz funkcjonalnej niepełnosprawności. Jeffrey M. Lyness (2004, s. 1626) podkreśla ważność pomocy o charakterze psychospołecznym udzielanej osobom cierpiącym na depresję w wieku senioralnym. Analizy wyników badań podłużnych prowadzonych wśród pacjentów onkologicznych oraz wśród osób należących do grupy kontrolnej dowodzą, że brak wsparcia emocjonalnego skoncentrowanego na problemie w okresie trzech miesięcy po uzyskaniu

diagnozy onkologicznej był silnie związany z symptomami depresji osób chorych. Związek w tej grupie był silniejszy niż wśród osób z grupy kontrolnej (Schroevers, Ranchor, Sanderman, 2003, s. 375).

Osobną grupę czynników wymagających rozeznania ze strony pracownika socjalnego w obszarze poczucia bezpieczeństwa stanowią czynniki związane z sytuacją ekonomiczną. Pogorszenie sytuacji finansowej na skutek choroby i ponoszonych kosztów leczenia mogą potęgować przeżywaną dystres. Czynniki społecznoekonomiczne wywierają zasadniczy wpływ na jakość życia chorujących onkologicznie. Brak lub niedostatek zasobów finansowych może utrudniać proces adaptowania się do choroby (Head, Faul, 2008, s. 181).

Użyteczność piramidy Masłowa w diagnozowaniu i interweniowaniu w obszarze poczucia bezpieczeństwa wiąże się m.in. z uwrażliwieniem pracowników socjalnych na wiedzę, że dopóki nie zostanie rozwiązany problem stanów lękowych i wewnętrznego niepokoju pacjenta, podejmowanie innych działań na rzecz podnoszenia jakości życia może nie przynosić oczekiwanych rezultatów (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1123).

Z punktu widzenia czynności diagnostycznych podejmowanych przez pracownika socjalnego ważne jest rozpoznanie, jak diagnoza onkologiczna jest indywidualnie interpretowana w cyklu życia jednostki. Jeśli osoba w trakcie swojej biografii nauczyła się efektywnego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, w tym np. z własną chorobą, przyjmując aktywną rolę w konfrontacji z objawami, może to stanowić ważny zasób. Indywidualna historia życiowych doświadczeń, szczególnie wydarzeń negatywnych może być zarówno zasobem chorego, jak i obciążeniem, które zwielokrotni negatywny wpływ choroby nowotworowej poprzez osłabiający efekt kumulacji stresów.

Podsumowując, niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa może skutkować tym, że lęk stanie się czynnikiem determinującym życie pacjenta. Może nasilać bezsenność i stany niepokoju, negatywnie rzutujące na efekty procesu leczenia onkologicznego. W sytuacjach ekstremalnych lęk może przyjmować postać ataków paniki, zwiększając izolację społeczną i rozmiar psychicznego cierpienia seniora (tamże, s. 1123). Rozpoznawanie indywidualnej sytuacji klienta powinno zatem uwzględniać najczęstsze źródła lęku:

symptomy depresji, sytuację społeczno-ekonomiczną, znaczenie nadawane chorobie onkologicznej i postawę wobec rokowania. Główne kierunki interwencji to zapewnianie efektywnego wsparcia psychospołecznego oraz organizacja pomocy socjalno-bytowej.

POTRZEBA MIŁOŚCI I PRZYNALEŻNOŚCI W ODNIESIENIU DO CHORUJĄCYCH ONKOLOGICZNIE SENIORÓW

Rozpatrując potrzebę przynależności i miłości w kontekście profesjonalnie świadczonej pracy socjalnej, szczegółowej analizie powinny być poddane dwa wymiary. Po pierwsze, jakość wsparcia społecznego i dynamika wewnątrzrodzinna. Po drugie, płaszczyzna wewnętrznych przekonań seniora, jego oczekiwania i osobiste cele w relacjach interpersonalnych.

W odniesieniu do potrzeby diagnozowania sieci wsparcia seniora: istnieje ścisły związek między wsparciem społecznym a przystosowaniem do choroby. W przypadku osób znajdujących się w sytuacji nieoczekiwanej konfrontacji z nagłą, trudną chorobą ogromnej wagi w rozpatrywanym aspekcie ogólnego dobrostanu nabiera wsparcie ze strony otoczenia społecznego (Worach-Kordas, 2015, s. 126). Za jego pośrednictwem mogą być zabezpieczane istotne dla jakości życia poczucie bezpieczeństwa i satysfakcjonujące relacje z ludźmi (Sęk, 2001, s. 210). Jego wartość w podnoszeniu jakości życia w czasie choroby jest doceniana w sposób jednoznaczny, bo bliskie więzi z innymi ludźmi „[...]ostatecznie przyczyniają się do wzmocnienia w jednostce zdolności rozumienia własnej sytuacji życiowej, umiejętności radzenia sobie z chorobą na miarę własnych możliwości, a także, że trudna sytuacja życiowa może być rozważana w kategoriach wartości i sensu” (Steuden, Okła, 2007, s. 205).

Tymczasem analiza wyników badań PolSenior wskazuje, że ponad połowa, bo 54,2% osób w wieku powyżej 65. roku życia, zamieszkuje samotnie lub wyłącznie z małżonkiem, a zatem w ramach tzw. jednopokoleniowych form życia rodzinnego (Szatur-Jaworska, 2012, s. 419–422).

Potrzeby afiliacyjne wzrastają w sytuacjach silnego niepokoju, co jest tendencją niezależną od wieku. Osoby najbliższe, rodzina, przyjaciele i opiekunowie poprzez pomoc i wsparcie mogą wzmocnić poczucie sensu

życia w obliczu choroby (Worach-Kordas, 2015, s. 126). Jakkolwiek mechanizmy działania wsparcia w warunkach stresu generowanego przez chorobę są złożone, uznaje się, że stanowi ono „nieodzowny warunek aktywnego zmagania się z zakłóceniami równowagi wprowadzonymi przez chorobę i ograniczeniami z nią związanymi” (Kirenko, Byra, 2011, s. 115). Stąd zachwianie sieci wsparcia w wieku senioralnym, np. poprzez stratę małżonka, stratę innych bliskich relacji jest istotnym czynnikiem ryzyka depresji w wieku senioralnym. Powinny one znaleźć ważne miejsce w identyfikowanych przez pracownika socjalnego źródeł zagrożeń (Schampire, Faul, 2015, s. 530–531). Jest to szczególnie ważne, gdyż przeważająca część osób starszych wymagających pomocy wskazuje, że jeśli ją otrzymuje, to przede wszystkim ze strony członków rodziny.

Drugim, wspomnianym wcześniej ważnym aspektem w działaniach diagnostycznych pracownika socjalnego jest rozpoznanie subiektywnych przekonań, potrzeb seniora w relacjach z innymi. Choroba onkologiczna wraz z wyniszczającą terapią może stawiać jednostkę przed trudnym wyzwaniem, weryfikującym zdolność do wyrażania i przyjmowania uczuć w obliczu nowej, zmienionej chorobą sytuacji. Może to być trudne szczególnie w relacjach, w których potrzeby emocjonalne nie były zaspokajane (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1123). Każda forma leczenia powodująca zmiany w ciele, związane z amputacją, mastektomią, zniekształcającymi ciało zabiegami chirurgicznymi nasila naturalne obawy w zakresie otrzymywania akceptacji, pozytywnych uczuć, sympatii ze strony osób znaczących. Wątpliwości i niepokoje w tym obszarze powinny zatem być rozeznane, zwerbalizowane przy wsparciu pracownika socjalnego. Dopiero ich identyfikacja umożliwi ich rozwiewanie za pomocą systemu społecznego wsparcia, zmobilizowanego i uwrażliwionego na te zagadnienia przez zespoły opieki (tamże, s. 1123).

SZACUNEK W DOŚWIADCZENIU ONKOLOGICZNE CHORUJĄCYCH SENIORÓW

Utrzymanie pozytywnej oceny siebie samego i postawy szacunku stanowią w okresie senioralnym zadanie o znaczeniu istotnym z punktu widzenia zdrowia psychicznego. Analizy wyników badań podłużnych prowadzo-

nych wśród pacjentów onkologicznych oraz wśród osób należących do grupy kontrolnej dowodzą, że jednym z czynników wpływających na głębokość symptomów depresji jest właśnie poziom samooceny (Schroevers i in., 2003, s. 375).

Tymczasem źródeł dewastacji samooceny i obniżania poczucia własnej wartości może być wiele w każdym okresie rozwojowym. Późna dorosłość nakłada na nie dodatkowo konsekwencje ograniczenia i zakończenia realizacji ról społecznych, które przez wiele lat mogły stanowić o pozytywnej autokonceptji, budowanej w oparciu o zawodową pozycję czy aktywność potwierdzającą rozmiar profesjonalnych kompetencji. Obniżanie przekonania seniorów o własnej przydatności w sferze rodzinnej może być intensyfikowane za pośrednictwem braku możliwości towarzyszenia bliskim osobom w ich codziennych aktywnościach, dzielenia z nimi radości z racji pokonywania choroby (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1123).

Pracownik socjalny, korzystając z możliwości aplikowania koncepcji Masłowa w sferze dotyczącej samooceny, może podejmować kroki ukierunkowane na jej rozpoznanie, określenie poziomu samooceny, tego, czy jest pozytywna, niska, stabilna, czy też niestabilna. Działania wspierające skoncentrowane powinny być na podnoszeniu, stabilizowaniu dobrej samooceny oraz wzmacnianiu szacunku do siebie budowanego na rzeczywistych podstawach odnajdywanych w biografii osoby chorej.

Interwencje mogą przyjmować postać zapraszania osoby chorej i jemu bliskich do dzielenia się wspomnieniami dotyczącymi wcześniejszych aktywności, osiągnięć, ważnych wydarzeń, wzmacniających samoocenę wyborów życiowych. Rozmowy tak ukierunkowane mogą znacząco wpływać na postawy opiekunów, jak i samego pacjenta. Pomocne w odbudowywaniu poczucia wartości i poczucia sensu mogą być zadania obejmujące identyfikowanie wkładu seniora w pełnieniu ważnych zadań, ról, funkcjonowania jako przyjaciela, syna, matki (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1123). Zalecane interwencje wiążą się z odniesieniem do indywidualnej historii życia dla pełniejszego uświadomienia przeżywanych stanów dumy i radości – może to wzmacniać poczucie szacunku wobec siebie, poczucie zadowolenia z własnego życia. Niezwykle istotnym elementem wsparcia seniorów chorujących onkologicznie jest rozszerzanie ich komunikacji z innymi jako

aktywności psychicznej, która może umacniać poczucie ja, doświadczanie własnej wartości, zaangażowanie i uczestnictwo w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem (tamże, s. 1123). Zaspokojenie potrzeb czterech pierwszych poziomów zwiększa szanse osiągnięcia poziomu samoaktualizacji i transcendencji.

DOŚWIADCZENIE CHOROBY ONKOLOGICZNEJ PRZESTRZENIĄ DLA POTRZEBY SAMOAKTUALIZACJI?

Osiągnięcie samoaktualizacji w okresie późnej dorosłości, w obliczu diagnozy choroby onkologicznej jest istotnym, i co ważniejsze, możliwym do zrealizowania zadaniem rozwojowym. Doświadczenie osób w okresie późnej dorosłości dostarcza potwierdzenia, że pomimo zmagania się z chorobami przewlekłymi czy ograniczoną sprawnością nadal możliwe jest pozytywne przeżywanie starości, o ile spełnione zostaną pewne, istotne warunki. Wszystkie mieszczą się w omawianych pięciu poziomach piramidy Masłowa.

Diagnoza dokonywana przez onkologicznych pracowników socjalnych, odnosząca się do sfery związanej z samoaktualizacją powinna obejmować przede wszystkim przekonania, myśli, nastawienia uczuciowe związane z własną chorobą oraz z końcem życia. W podejmowanych interwencjach bardzo ważne miejsce zajmuje poznawcza i emocjonalna integracja obejmująca diagnozę choroby, jej prognozy, strategie emocjonalnego radzenia sobie. Niezaprzeczalnie jest to obszar wymagający wysokiej świadomości, wiedzy i kompetencji do podjęcia pracy nad zagadnieniami lęku przed śmiercią i uruchamianych tu mechanizmów zaprzeczania oraz żałoby.

Ukierunkowanie w onkologicznej pracy socjalnej z seniorami na zaspokojenie czterech pierwszych potrzeb – kontroli symptomów choroby, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, wzmacniania poczucia przynależności i więzi z innymi ludźmi, doświadczania szacunku wobec siebie i dobrej samooceny stanowi wartość samą w sobie. Stwarza jednocześnie potencjalną możliwość osiągnięcia stanu samoaktualizacji i transcendencji. Wraz z zaostrzaniem się choroby, potrzeby niższego rzędu, jak chociażby uczucie

głodu mogą ulegać transcendencji. U pacjenta pozbawionego możliwości odżywiania się potrzeby niematerialne mogą stanowić jedyną sferę, w której możliwe będzie doświadczanie przeżyć pozytywnych (Zalenski, Raspa, 2006, s. 1124).

REFLEKSJE KOŃCOWE

Profesjonalne wsparcie adresowane do osób w okresie senioralnym wymaga przygotowania do świadczenia pomocy w obliczu utraty zdrowia, w tym na skutek zachorowania na choroby onkologiczne, których ryzyko wzrasta szczególnie na tym właśnie etapie rozwoju, tj. po 60. roku życia. Celem artykułu, zachęcającego do refleksji nad korzyściami, jakie płyną z zastosowania koncepcji Masłowa do diagnozy i planowanych działań interwencyjnych uczyniono także zwrócenie uwagi na kilka kwestii. Po pierwsze, organizacja trafnego wsparcia w chorobie nowotworowej musi uwzględniać kontekst rozwojowy osoby chorej. W przypadku seniorów powinna zatem odpowiadać na właściwe dla tego cyklu życia potrzeby, zadania i problemy rozwojowe. Ich znajomość jest kluczowa dla uchwycenia sposobu, w jaki diagnoza i leczenie choroby nowotworowej mogą być przez osobę chorą subiektywnie odbierane, co kształtuje jej funkcjonowanie w poszczególnych sferach życia. Stanowi to jedną z naczelnych zasad onkologicznej pracy socjalnej. Po drugie, pozostawianie osoby starszej w sytuacji konfrontacji z kryzysem choroby nowotworowej bez skutecznego wsparcia psychospołecznego znacznie podnosi ryzyko rozwoju zaburzeń afektywnych w postaci chorób depresyjnych czy zaburzeń lękowych. Mogą one utrudniać, czasem uniemożliwiać prowadzenie pełnego cyklu leczenia onkologicznego. Po trzecie, jeśli działania pomocowe nie obejmą seniorów najbardziej tej pomocy potrzebujących, rośnie prawdopodobieństwo podnoszenia zarówno kosztów indywidualnych, społecznych, jak i kosztów dla systemu zdrowia oraz systemu opieki społecznej. Ich źródłem może być zwiększone zapotrzebowanie na specjalistyczne leczenie zaburzeń emocjonalnych oraz wydatkowanie kolejnych środków na wznowianie terapii onkologicznej przerywanej z powodu dodatkowych schorzeń. Wreszcie, diametralne pogorszenie sprawności funkcjonalnej

organizmu i wzrost zależności od pomocy opiekunów mogą zwielokrotnić nakłady na opiekę społeczną. Profesjonalna praca socjalna z seniorem w obliczu choroby nowotworowej ma przeciwdziałać wszystkim tym opisanym negatywnym scenariuszom. Pomocą w jej realizacji może być praktyka oparta na dowodach naukowych.

BIBLIOGRAFIA

- Błądowski, P. (2012). Potrzeby opiekuńcze osób starszych. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce* (s. 449–466). Poznań: TerMedia.
- Coady, N., Lehmann, P. (2016). *Theoretical perspectives for direct social practice. Third edition. A Generalist-Eclectic Approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Dorfmueller, M. (2009). Specyficzne etapy wiekowe i rozwojowe pacjentów. W: M. Dorfmueller, H. Dietzfelbinger (red.), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne* (s. 21–25). München: Elsevier – Urban&Fischer.
- Forester, B., Kornfeld, D., Fleiss, J., Thompson, S. (1993). Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1700–1706.
- Head, B., Faul, A. (2008). Development and validation of a scale to measure socioeconomic well-being in persons with cancer. *Journal of Supportive Oncology*, 6(4), 181–192.
- Holland, J., Morrow, G., Schmale, A., Derogatis, L., Stefanek, M., Berenson, S. i in. (1991). A randomized clinical trial of Alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1004–1011.
- Kamiński, A. (1980). *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa: PWN.
- Kilian, M. (2016). Otoczenie przyjazne osobom w starszym wieku w świetle koncepcji Aging-in-Place. W: M. Herudzińska, I. Błaszczak (red.), *Znane i nieznanne oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Kirenko, J., Byra, S. (2011). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Lyness, J. (2004). Treatment of Depressive Conditions in Later Life: Real-World Light for Dark (or Dim) Tunnels. *Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1626–1628.
- Mantovani, G., Astara, G., Lampis, B., Bianchi, A., Curreli, L., Orru, W., Carpinello, B., Cart, M., Sorrentinos, M., Rudas, N. (1996). Impact of psychosocial intervention on the Quality of Life of elderly cancer patients. *Psycho-oncology*, 5, 127–135.

- McCarthy, V., Bockweg, A. (2013). The role of transcendence in a holistic view of successful aging: a concept analysis and model of transcendence in maturation and aging. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 84–92.
- Merluzzi, T.V., Nairn, R.C., Hegde, K., Sanchez, M.A., Dunn, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: Revision of the cancer behavior inventory (version 2.0). *Psycho-Oncology*, 10, 206–217.
- Northen, H. (1976). Psychosocial practice in small group. W: R. Roberts, H. Northen (red.), *Theories of social work with group* (s. 116–152). New York: Columbia University Press.
- Otis-Green, S., Jones, B., Zebrack, B., Arbor, A., Kilburn, L., Altilio, T. (2015). ExCEL in Social Work: Excellence in Cancer Education & Leadership An Oncology Social Work Response to the 2008 Institute of Medicine Report: Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. *Journal of Cancer Education*, 30(3), 503–513. doi:10.1007/s13187-014-0717-8.
- Pawlas-Czyż, S. (2018). *Spółeczna rzeczywistość choroby nowotworowej w rodzinie. Profesjonalna praca socjalna w obszarze wsparcia opiekunów nieformalnych osób chorych onkologicznie. Przyczynek do refleksji nad onkologiczną pracą socjalną*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Pawlas-Czyż, S. (2019a). Działania interpersonalne w praktyce bezpośredniej na przykładzie onkologicznej pracy socjalnej. W: K. Frysztacki (red.), *Praca socjalna. Trzydzieści wykładów*. Warszawa: WN PWN.
- Pawlas-Czyż, S. (2019b). Człowiek w wieku senioralnym w obliczu choroby nowotworowej. Przyczynek do refleksji nad onkologiczną pracą socjalną. W: M. Herudzińska (red.), *Znane i nieznanne oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku (II edycja)*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Perlman, H. (1957). *Social casework: A problem-solving process*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Pockett, R., Peate, M., Peate, M., Hobbs, K., Dzidowska, M., Bell, M., Baylock, B., Epstein, I. (2016). The characteristics of oncology social work in Australia: Implications for workforce planning in integrated cancer care. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 12, 444–452. doi: 10.1111/ajco.12482.
- Schampire, T., Faul, A. (2015). Cancer and Older Adults (65 plus). W: G. Christ, C. Messner, L. Behar (red.), *Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer* (s. 527–533). New York: Oxford University Press.
- Schroevers, M., Ranchor, A., Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science and Medicine*, 57, 375–378.
- Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman, R., Ranchor, A.V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology*, 19(1), 46–53.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Spiegel, D., Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanism and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54/3, 269–282.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668), 888–891.
- Studen, S., Okła, W. (2007). Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby. W: S. Studen, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Szatur-Jaworska, B. (2012). Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych na przedpolu starości. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce* (s. 419–422). Poznań: TerMedia.
- Ventegodt, S., Merick, J., Andersen, N. (2003). Quality of life theory III: Maslow revisited. *Scientific World Journal*, 3, 1050–1057.
- Wood-Mintz, J. (2013). Dying as developmental task: Using Maslow to guide social work intervention in end-of-life-care, paper presented at the 2013 Social Work Hospice & Palliative Care Network General Assembly, New Orleans, LA.
- Worach-Kordas, H. (2015). *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Vickery, A. (1977). Social casework W: H. Specht, A. Vickery (red.), *Integrating social work methods* (s. 116–134). London: George Allen & Unwin Ltd.
- Wortman, C. (1984). Social support and the cancer patient: Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53(10), 2339–2360.
- Wódz, K. (1996). *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*. Warszawa: Wydawnictwo INTERART.
- Zalenski, R.J., Raspa, R. (2006). Maslow's hierarchy of needs: A framework for achieving human potential in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1120–1127.
- Zebrack, B., Jones, B., Smolinski, K. (2015). Oncology social work interventions throughout the continuum of cancer care. W: G. Christ, C. Messner, L. Behar (red.), *Handbook of oncology social work: Psychosocial care for people with cancer* (s. 35–42). New York: Oxford University Press.

SOCIAL WORK FOR THE ELDERLY. CASE WORK METHOD IN SUPPORT OF ELDERLY PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

ABSTRACT

Professional support for elderly people requires preparation to provide assistance in the face of a health loss, including oncological diseases, the risk of which increases especially at this stage of human development. A social worker asked to help a person who is struggling with an oncological disease needs to have a broad psychological, sociological and pedagogical knowledge.

Working by applying the individual case method, a social worker focuses their support actions on a direct impact on the person and their social environment. Generally speaking, the purpose of the case work method is to strengthen the individual, raising their energy and internal abilities through a consciously directed process of individual work with the person, and (if the situation requires it) to extend the support by organising additional help from the specialised institutions, appropriate for solving a given problem.

The theoretical background for the effective implementation of the case work method at the stage of diagnosis, then preparation of an assistance plan and implementation of planned intervention activities in the area of assistance to the elderly patients with an oncological disease, may be the concept of A. Maslow. It turns out that the usefulness of this theoretical concept has been repeatedly verified in practice, in processes of identifying the needs of seniors and planning interventions by social workers when dealing with the extremely difficult experience of an oncological disease in late adulthood. The advantage of the theoretical background discussed is that it indicates specific areas of biopsychosocial functioning, which requires concentration and diagnostic sensitivity of social workers in contact with a senior person that goes beyond the standard assessment of the client needs. The aim of this article is to bring closer the theoretical basis for diagnostic and intervention actions that can be undertaken by a social worker providing support to the seniors submitted to oncological treatment.

Keywords: social work, oncological disease, case work, senior age, Maslow's hierarchy of needs