

JUSTYNA CHERCHOWSKA

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Wydział Nauk Społecznych, Katedra Pedagogiki Społecznej

MÓJ DRUGI DOM... – JAKOŚĆ ŻYCIA W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ Z PERSPEKTYWY SENIORÓW

ABSTRAKT

Celem przeprowadzonych badań było rozpoznanie i interpretacja przyczyn zamieszkania seniorów w domu pomocy społecznej, najbardziej docenianych standardów pomocowych w kontekście poprawy jakości życia i oczekiwań pensjonariuszy wobec instytucji. Przedmiot badań stanowiły wypowiedzi seniorów zamieszkujących tę placówkę powyżej pięciu lat, jak i umiających odnieść się do swojego położenia i doświadczeń życiowych w sposób retrospektywny. użytą strategią były badania jakościowe. Zbieraniu danych posłużyły wywiady narracyjne. Opracowanie wyników badań stworzono w perspektywie postawionych problemów badawczych.

Wszelkie prognozy demograficzne wskazują, że seniorów w społeczeństwie polskim jest coraz więcej. W 2015 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, w tym w wieku senioralnym było 8,8 mln osób. Zatem ich odsetek w populacji kraju wynosił 22,9% (*Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny...*, 2016, s. 16, 17). Porównując ten stan z rokiem ubiegłym, należy wskazać, że liczba seniorów w społeczeństwie polskim zwiększyła się o 300 tys. (*Ludność w wieku 60 lat i więcej...* 2016, s. 2). Najliczniejsze grupy seniorów stanowią osoby w wieku 60–64 lata (2,7 mln) oraz 65–69 lat (2,2 mln). Natomiast najmniej liczne to 95–99 lat (26 345 tys.) oraz 100 lat i więcej (4 755 tys.) (*Ludność w wieku 60 lat i więcej...* 2016, s. 16, 17).

Głównym miernikiem poziomu zamożności i czynnikiem pozwalającym zapewnić niezbędne potrzeby gospodarstwu domowemu, w tym gospodarstwu seniorów, jest dochód. W 2015 r. odnotowano jego średni wzrost o 4,3%, gdzie w roku ubiegłym wyniósł 3,2%. Do grupy osób posiadających najwyższe dochody w marcu/czerwcu 2015 r. należeli emeryci.

Ich przeciętny dochód w przeliczeniu na osobę to 1562 zł. Był niewiele niższy niż u osób utrzymujących się z pracy zarobkowej, u których mieścił się w kwocie 1634 zł na osobę (Czapiński, Panek, 2015, s. 36).

W ubiegłym roku wystąpił wzrost przeciętnych miesięcznych wydatków gospodarstw domowych od 1,6% do 3,7%. Dane statystyczne wskazują, że w grupie emerytów wydatki wynosiły 1221 zł, a wśród rencistów 997 zł. Zatem zajmują one w strukturze posiadanego dochodu odpowiednio 80,7% i 89,5% dla wymienionych grup. Największy udział w wydatkach mają koszty dotyczące zakupu żywności (24%), utrzymania mieszkania i wykorzystania energii elektrycznej (20,1%). Sytuacja dochodowa jest czynnikiem wyraźnie różnicującym poziom i strukturę wydatków. Wyraża się to m.in. większym obciążeniem budżetów rodzin najuboższych wydatkami na żywność i napoje bezalkoholowe oraz na stałe opłaty mieszkaniowe (opłaty na rzecz właścicieli, za zaopatrywanie w wodę oraz inne usługi związane z zamieszkiwaniem i nośniki energii) (*Sytuacja gospodarstw domowych...*, 2016, s. 2–8).

Należy zwrócić uwagę na fakt, że najwięcej gospodarstw domowych w 2015 roku bez względu na typ posiadanego dochodu (37%) radziło sobie z wiązaniem końca z końcem z pewną trudnością. W ostatnich czterech latach znacząco spadł odsetek gospodarstw domowych przejawiających wielkie trudności (o ponad 4 punkty procentowe) oraz trudności (o prawie 3 punkty procentowe) codzienne związane z rozwiązywaniem problemów finansowych. Najczęściej stosowaną strategią gospodarowania środkami pieniężnymi było oszczędne życie, które pozwalało na zakup wszystkiego (około 37% gospodarstw). Kolejnym często stosowanym sposobem radzenia sobie było bardzo oszczędne życie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy (prawie 22% gospodarstw domowych). W ostatnich czterech latach znacząco wzrósł odsetek gospodarstw domowych twierdzących, że starcza im na wszystko i mogą oszczędzać na przyszłość (o prawie 3%). Spadł odsetek gospodarstw domowych deklarujących, że starcza im pieniędzy na najtańsze jedzenie, ubranie i opłatę mieszkania. Strategiami radzenia sobie z niemożnością zaspokojenia potrzeb były ograniczanie bieżących potrzeb (ponad 86% gospodarstw ze zbyt małym dochodem) lub korzystanie z pomocy krewnych (prawie 36% gospodarstw), bądź też zaciągają pożyczek (prawie 26% gospodarstw). W ostatnich czterech latach relatywnie najbardziej zwiększył się odsetek gospodarstw domowych, które w sytuacjach, gdy ich dochody nie pozwalały na zaspokojenie potrzeb, wykorzystywały zgromadzone oszczędności

(o 7%). Jednocześnie najsilniej spadł w tym okresie odsetek gospodarstw, które w takiej sytuacji zaciągały pożyczki lub brały kredyty (o 6%) (Czapiński, Panek, 2015, s. 42–45).

Przeciętne gospodarstwo domowe w 2015 r. zajmowało mieszkanie o powierzchni 76,7 m² składające się z trzech pokoi. Na jedną osobę w grupie emerytów przypadało 36,5 m² i rencistów 36 m² powierzchni użytkowej. Wyposażenie mieszkań w instalacje sanitarne i elektryczne poprawiło się. Trudne jest do ustalenia, jak przedstawia się wyposażenie gospodarstw domowych seniorów, ponieważ nie ma najnowszych danych statystycznych tego dotyczących. Innym powodem tego stanu rzeczy jest fakt, że wielu z nich zamieszkuje wraz z innymi członkami rodzin. Zasadniczo standard wyposażenia mieszkań seniorów w podstawowe instalacje jest wyższy w porównaniu do roku 2014. Aż 99,3% gospodarstw domowych zajmowało mieszkania wyposażone w wodociąg, 97,4% w ustęp splukiwany i 96,4% w łazienkę (*Sytuacja gospodarstw domowych...*, 2016, s. 18, 19). W gospodarstwach domowych znajdują się podstawowe sprzęty i urządzenia tj. telewizor, telefon, pralka i komputer (Czapiński, Panek, 2015, s. 54).

Istotnym aspektem dotyczącym sytuacji materialnej seniorów są czynione oszczędności. W ubiegłym roku posiadało je 45,1% gospodarstw domowych. Ich wysokość stanowi zazwyczaj wartość od powyżej jednomiesięcznych do trzymiesięcznych dochodów. Deklarowanym przez seniorów celem oszczędzania jest zabezpieczenie w przypadku konieczności podjęcia leczenia (w ponad 44% gospodarstw domowych w tej grupie) (tamże, s. 56, 58).

Sytuacja zdrowotna znacznie wpływa na jakość i sposób funkcjonowania osób starszych. W ciągu ostatnich pięciu lat ich stan zdrowia się poprawił. Znaczna poprawa nastąpiła w grupie sześćdziesięciolatków i siedemdziesięciolatków. Deklarują, że ich zdrowie jest dobre (28%) i bardzo dobre (35%). Ocena stanu zdrowia w tych grupach wzrosła o 6 punktów procentowych. Większość osób starszych ocenia swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe (43%), 29% – jako złe i bardzo złe, a tylko 28% jako bardzo dobre i dobre. Oceny własnego zdrowia pogarszają się wraz z przechodzeniem do coraz wyższych grup wieku. Wśród sześćdziesięciolatków co trzecia osoba oceniła swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, a tylko co piąta jako złe lub bardzo złe; natomiast wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) co druga osoba deklaruje zły lub bardzo zły stan swojego zdrowia, a tylko co ósma – co najmniej dobry stan zdrowia. Większość seniorów boryka się z problemami zdrowotnymi. Tylko co dziewiąta osoba deklaruje brak schorzeń.

Wraz z wiekiem poszerza się lista występujących chorób przewlekłych czy dolegliwości. Na jedną osobę z grupy 60–69 lat przypadało tylko 3,1 chorób przewlekłych czy dolegliwości, wśród siedemdziesięciolatek już 4,1, a wśród osób najstarszych – 4,5. Kobiety deklarują gorszy stan zdrowia niż mężczyźni. Najczęstszą dolegliwością zdrowotną wśród polskich seniorów jest nadciśnienie tętnicze, które występuje u ponad połowy grupy. Bardzo często seniorzy skarżą się na bóle dolnej partii pleców i chorobę zwyrodnieniową stawów, które występują u około 40% populacji. Najrzadziej występującymi problemami zdrowotnymi są cukrzyca (18%), migreny i choroby tarczycy (po około 12%) (*Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, 2016, s. 66–68). Pojawiają się także trudności dotyczące wykonywania codziennych czynności związanych z samoobsługą. Występują one u co trzeciej osoby w wieku 65 lat i więcej. W tej grupie wiekowej największą trudnością jest wstawanie i kładzenie się do łóżka, w następnej kolejności kąpanie się lub mycie pod prysznicem oraz ubieranie i rozbieranie się. Problemy z co najmniej jedną z tych czynności deklarowała co czwarta osoba. Poziom codziennej samoobsługi maleje wraz z wiekiem. W wyższych grupach wiekowych takie trudności deklarowały trzy osoby z pięciu. W związku z powyższym seniorzy nie są w stanie wykonywać ciężkich prac domowych, co druga osoba w wieku 65 lat i więcej ma takie trudności. Problematyczne jest również samodzielne robienie zakupów, wykonywanie lżejszych prac domowych i dbanie o sprawy finansowe sprawia trudność co trzeciemu seniorowi. Trudności te wzrastają wraz z wyższym wiekiem. O skali potrzeb w tym podstawowym aspekcie życia może świadczyć fakt, że prawie 45% seniorów musi sobie radzić z trudnościami sama i jest pozbawiona jakiegokolwiek pomocy w tym zakresie (*Ludność w wieku 60 lat i więcej...*, 2016, s. 15, 16).

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ – WYBÓR CZY KONIECZNOŚĆ?

Istnieją dwa stanowiska w podejściu do znaczenia domu pomocy społecznej jako instytucji pomocowej. Pierwsze z nich to docenianie tych placówek za rozwiązywanie problemów społecznych, tj. braku możliwości zabezpieczenia usług w środowisku lokalnym zakończenie pewnego dramatu rodzinnego, wybór mniejszego zła. Natomiast drugie stanowisko traktuje je wyłącznie w kategoriach jedynej konieczności życiowej. Dopuszcza również inne sposoby rozwiązywania trudnych sytuacji życiowych m.in. rozbudowywanie systemu pomocy w środowisku lokalnym i wzmocnienie rodzin

(Zbyrad, 2010, s. 46). Istotnym dla zrozumienia stanowisk dotyczących funkcjonowania domów pomocy społecznej jest przeanalizowanie powodów przyjęć seniorów.

Przyczyny podjęcia decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej często związane są z samotnością seniorów. Jej cechami są: niedostatek relacji personalnych i społecznych, subiektywny oraz nieprzyjemny i stresujący charakter (Rembowski, 1992, s. 25–26). Andrzej Mielczarek (2006, s. 25) wskazuje, że osamotnienie seniorów w społeczeństwie wpływa na pojawienie się uczucia bycia niepotrzebnym i lęku przed brakiem dla nich miejsca w strukturze społecznej. Innymi problemami seniorów zdaniem badacza są: różnego rodzaju problemy zdrowotne, brak sprawności fizycznej i intelektualnej oraz problemy materialne. Trudności te prowadzą do podjęcia decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Autor wskazuje: „wzrasta odsetek osób starszych o czasowej lub trwałej niezdolności do samoobsługi, osób wymagających stałej pomocy, którym rodzina nie jest w stanie zapewnić godziwych warunków życia. W takiej sytuacji jedynym wyjściem wydaje się umieszczenie tych ludzi w domach pomocy społecznej” (Mielczarek, 2006, s. 31).

Analizując sytuację seniorów, dużą uwagę zwraca się na rolę rodziny, która jest kluczowa w przypadku umieszczania ich w placówce pomocy społecznej. Zdaniem Krystyny Piotrowskiej-Breger (2004, s. 117) człowiek starszy jest niepotrzebny w rodzinie, ma poczucie osamotnienia i izolacji. Wkracza on w ostatni etap życia jako człowiek drugiej lub trzeciej kategorii. Dzieci bardzo często nie poczuwają się do zobowiązań na rzecz rodziców. Przyspiesza to proces starczej degradacji. Autorka uznaje, że placówki pomocy dla osób starszych izolują go od społeczeństwa, zamiast integrować go z nim. Senior jest zatem wyrzucony poza nawias normalnego i wspólnego życia z innymi pokoleniami.

Zazwyczaj przyjmuje się, że osoba starsza samodzielnie podejmuje decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Wyjątkiem są przypadki ubezwłasnowolnienia seniora. Okazuje się jednak, że trzeba być bardzo ostrożnym stawiając taka tezę. Rodzina bardzo często stosuje formy nacisku na seniora o podjęcie decyzji o zamieszkaniu w placówce pomocowej. Wymieniane są tutaj: ubezwłasnowolnienie, manipulacja i podstęp. Objawiają się stwarzaniem przez rodziny nieprzyjemnej atmosfery w domu i wywoływaniem konfliktów. Takie sytuacje mają wywołać u seniora wnioszek, że jedynym spokojnym i bezpiecznym miejscem do życia jest dom pomocy społecznej (Piotrowska-Breger, 2004, s. 116, 117).

Przytoczona analiza sytuacji seniorów zamieszkujących samotnie i przy rodzinie pokazuje, że trudno jest mówić o wolnym wyborze zamieszkania w domu pomocy społecznej. Decyzja ta wynika z przymusu wywołanego przez napotykaną codziennie trudności m.in. zły stan zdrowia, niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb, brak kontaktów międzyludzkich, poczucie bezpieczeństwa, otrzymywanie opieki czy doświadczania życzliwości. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Annę Leszczyńską-Rejchert (2008, s. 155), która przytacza wypowiedzi pensjonariuszy domów pomocy społecznej „z dobroci tu nikt nie przyszedł”. Najczęstszą przyczyną zamieszkania w placówce opiekuńczej są problemy zdrowotne m.in. choroba, zły stan zdrowia, niepełnosprawność fizyczna (47%). Na drugim miejscu znajduje się śmierć osób najbliższych (35,4%), a na trzecim samotność, osamotnienie oraz konfliktowa sytuacja w rodzinie (29,5%). Innymi przyczynami ujawnionymi podczas badań są: konflikty rodzinne (29,5%), problemy mieszkaniowe (24,6%), brak samodzielności życiowej (16,4%), pragnienie odciążenia rodziny (15,8%), alkoholizm członka rodziny (9,8%), odtrącenie przez rodzinę (8,2%), zła sytuacja materialna (6%), poczucie niepotrzebności i braku szacunku ze strony bliskich (3,8%). Zdecydowana większość powodów zamieszkania w placówce opiekuńczej wskazuje na trudne i niesprzyjające położenie życiowe seniorów. Badania wykazały również, że niektórzy seniorzy podjęli decyzję świadomie i przemyślanie. Motywacjami o takim charakterze były: chęć spędzenia życia w komfortowych warunkach (6%), pragnienie spędzenia życia w spokoju i ciszy (3,8%), brak bliskiej rodziny i wyjazd dzieci na stałe za granicę (0,5%) (Leszczyńska-Rejchert, 2008, s. 159).

Badania Zofii Szaroty (1998, s. 46, 47) również ukazały odrzucenie seniorów przez rodziny. Z badań tych wynika, że 70% osób starszych trafia do placówki pomocowej w konsekwencji konfliktów rodzinnych. Badaczka prezentuje wypowiedzi seniorów: „córka wypędziła”, „dzieci opuściły”, „synowa mnie nie lubi”. Wskazują one na gerontofobię najbliższych seniorom osób. Potwierdzają również częste w Polsce zjawisko nieszanowania ludzi starszych i tradycyjnych wartości.

Podjęcie decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej jest trudnym zadaniem. Związane jest ze zmianami materialnego i społecznego środowiska życia (zmiana miejsca zamieszkania, sąsiadów, przyjaciół, konieczność zawarcia nowych relacji). Zmiany te mogą okazać się niekorzystne, dlatego wielu seniorów odwołuje decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Podejmują ją również w wyniku splotu problemów życiowych.

Bardzo często posiadają rodziny, ale stają się one źródłem ich problemów i powodem do podjęcia decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Przedstawione badania ukazują, że zamieszkanie w placówce nie jest wynikiem świadomego i dobrowolnego wyboru. Natomiast, potwierdzają konieczność jako główny powód spędzenia reszty swoich dni w domu pomocy (Zbyrad, 2010, s. 50).

PREZENTACJA PRÓBY I WYBRANYCH WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Celem przeprowadzonych badań było rozpoznanie i interpretacja przyczyn zamieszkania seniorów w domu pomocy społecznej, najbardziej docenianych standardów pomocowych w kontekście poprawy jakości życia i oczekiwań pensjonariuszy wobec instytucji. Przedmiot badań stanowiły wypowiedzi seniorów zamieszkujących tą placówkę. Interesowały mnie doświadczenia osobiste seniorów powstałe w wyniku trudności i problemów pojawiających się w codziennym funkcjonowaniu, które przyczyniły się do zamieszkania w domu pomocy społecznej. Problemem głównym sformułowanym na potrzeby badań było pytanie: Jak z perspektywy doświadczeń osobistych przedstawia się jakość życia osób starszych mieszkających w domu pomocy społecznej? W badaniach zdefiniowano także kilka problemów szczegółowych: Jakie przyczyny spowodowały podjęcie decyzji o zamieszkaniu w DPS?, Jak seniorzy interpretują jakość życia w DPS? Jakie są oczekiwania osób starszych wobec DPS?

Prowadząc badania przyjąłem strategię jakościową (Denzin, Lincoln 2009, s. 23). Metodą zbierania danych były wywiady narracyjne (Kos, 2013, s. 91–93) prowadzonych indywidualnie z seniorkami. Analizie zebranego materiału posłużyła interpretacja treści wywiadów z perspektywy postawionych problemów badawczych. Badania przeprowadzono w Ewangelickim Domu Pomocy Społecznej „Arka” w Mikołajkach. Próbkę badawczą wyłoniono za pomocą doboru celowego (Konarzewski, 2000, s. 99, 108). Stanowiły ją seniorki mieszczone w przedziale wiekowym od 60–70 lat, zamieszkujące dom pomocy społecznej przez co najmniej pięć lat, jak i umiejące odnieść się do własnego położenia i doświadczeń życiowych w sposób retrospektywny. Przedstawione dalej wyniki badań stanowią fragment większego projektu badawczego. Są także opisem kluczowych kwestii poruszanych podczas badań, jak i syntetyczną odpowiedzią na postawione problemy badawcze.

PRZYCZYNY PODJĘCIA DECYZJI O ZAMIESZKANIU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Przyczyny zamieszkania senierek w domu pomocy społecznej związane były przede wszystkim z pogarszającym się stanem zdrowia. Pogorszenie się kondycji wynika z sędziwego wieku (przypadek 2), cukrzycy (przypadek 1), postępującego stwardnienia rozsianego (przypadek 4) oraz współwystępowania kilku dolegliwości chorobowych – problemem z polem widzenia, chorobą serca oraz problemami z narządem ruchu (przypadek 3). W związku z przeżywanymi dolegliwościami chorobowymi badane kobiety pozostawały na rencie lub emeryturze. Środki te nie wystarczały na pokrycie kosztów związanych z zakupem leków, wyżywienia, opłat i zapewnienie innych podstawowych potrzeb.

Inną istotną przyczyną zamieszkania w placówce pomocowej była samotność badanych kobiet. Spowodowana brakiem męża (przypadek 1), wdowieństwem (przypadek 2, 3) oraz odrzuceniem przez męża i syna z powodu choroby, rozwód z mężem (przypadek 4). Samotność wiąże się z niemożnością liczenia na pomoc w codziennych czynnościach i obowiązkach w gospodarstwie domowym ze strony najbliższych członków rodziny. Trzy z badanych kobiet nie chciały, aby ich problemy i potrzeby stały się obciążeniem dla najbliższego otoczenia rodzinnego, ale również społecznego. Badana cierpiąca na stwardnienie rozsiane mogła tylko początkowo liczyć na ogromne wsparcie w życiu codziennym męża i syna. Z czasem została odrzucona przez męża z uwagi na konieczność ciągłej pomocy. Stała się dla niego zbyt dużym obciążeniem fizycznym i emocjonalnym. Mężczyzna nie chciał rezygnować z obowiązków w miejscu pracy. Natomiast syn badanej wybrał zajmowanie się własnym planem życiowym (przypadek 4). W przypadku 2 i 3 brak pomocy ze strony najbliższych był podyktowany wczesną śmiercią męża oraz wyjazdem dzieci kobiet do dużego miasta w celu poszukiwania pracy.

Wszystkie kobiety wymagały pomocy całodobowej związanej z wykonywaniem prac w gospodarstwie domowym, pomaganiu w codziennych czynnościach, byciem pod stałą profesjonalną opieką medyczną oraz koniecznością korzystania z rehabilitacji, fizjoterapii i terapii zajęciowej.

POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W PERSPEKTYWIE BADANYCH SENIOREK

Jakość życia w domu pomocy społecznej była przez respondentki oceniana stosunkowo dobrze. Badane kobiety, nakreślając obraz poprawy ich

codziennego funkcjonowania, skupiły się na pozytywnych stronach życia w placówce.

Za najważniejszą zaletę badane uznały zapewnianie przez dom pomocy społecznej smacznych posiłków, dostarczanie zakupów, sprzątanie pokoi i terenu placówki oraz zakup i podawanie niezbędnych leków. Wszystkie badane kobiety podkreślają profesjonalizm personelu zatrudnionego w placówce. Podkreślały dobre jego przygotowanie merytoryczne i metodyczne. Badane wskazały również, że niektóre osoby z personelu charakteryzuje miłość do ludzi, empatia i chęć udzielania wsparcia w postaci porad lub odpowiednich działań.

Innym czynnikiem wpływającym na poprawę jakości życia w placówce jest proponowana terapia zajęciowa. W jej skład wchodzi zajęcia plastyczne i rękodzielnicze. Zajęcia plastyczne dają możliwość nauczenia się nowych technik malarskich i plastycznych np. orgiami. Uczestnicy zajęć mogą również szydełkować. Zajęcia dają okazję do wymienienia się opiniami, poglądami. Pozwalają na porozmawianie o problemach i rozterkach dnia codziennego. Dzieje się tak dlatego, że na co dzień większość pensjonariuszy zamyka się w swoich pokojach i spędza czas jedynie z ulubionymi przyjaciółmi z ośrodka.

W zajęciach terapeutycznych uczestniczą trzy badane (przypadek 2, 3, 4). Badana chora na stwardnienie rozsiane nie jest w stanie uczestniczyć aktywnie w zajęciach, ale może udzielać wskazówek i porad w wykonywaniu poszczególnych zadań podczas terapii jej współuczestnikom. Dzięki czemu ćwiczy swój umysł i może zapomnieć chwilę o tragizmie choroby na którą cierpi.

Na wysokim poziomie są również zajęcia rehabilitacyjne i fizjoterapeutyczne. Dostosowane są do potrzeb zdrowotnych pensjonariuszy. Są to masaże, ćwiczenia usprawniające, naświetlania oraz prądy rehabilitacyjne. Uczestniczą w nich również trzy badane kobiety (2, 3, 4).

Pensjonariuszki korzystają z pomocy specjalistów: psychologa, pracowników socjalnych, opiekunów, pielęgniarek. Dwa razy w tygodniu w razie potrzeby korzystają z opieki medycznej lekarza. Pracownicy socjalni zajmują się sprawdzaniem potrzeb i rozpoznawaniem problemów seniorów. Umawiają ich na wizyty do lekarza, zajmują się robieniem zakupów w tym zakupem lekarstw, załatwianiem spraw urzędowych i świadczeń z pomocy społecznej. Organizują podopiecznym spacer i prowadzą rozmowy wspierająco-terapeutyczne. Psycholog zapoznaje się z podopiecznymi, rozpoznaje ich problemy i udziela pomocy w postaci porad psychologicznych.

Badane dostrzegają również negatywną stronę zamieszkiwania w ośrodku. Wskazały, że nie mogą czuć się w placówce jak w swoim własnym domu. Powodem tego, jest fakt zamieszkania w nim z konieczności związanych ze złym stanem zdrowia. Zadowolone są jednak z tego, że mają zapewniony dach nad głową, ciepły posiłek, zajęcia w czasie wolnym, opiekę i pomoc w codziennych czynnościach.

W swoim funkcjonowaniu w społeczności mieszkańców domu wytworzyły specyficzny styl bycia. Nie wdają się w głębsze relacje, nie odwiedzają się wzajemnie w pokojach. Nikt z pensjonariuszy nie zawarł i nie zawiera bliskich przyjaźni. Boją się, że zostaną obgadani i że ich problemy oraz rozterki „rozniosą się” w większym gronie osób. Obawiają się zazdrości oraz zawiści ze strony innych osób. Jedna z badanych opowiadała jedynie o swojej współlokatorce z pokoju z którą mieszkała 10 lat. Współlokatorka badanej była niepełnosprawna ruchowo, a badana pomagała jej. Tworzyły dla siebie swoistą grupę wsparcia. Opowiadały sobie o przeżywanych problemach.

Negatywnymi stronami zauważonymi przez dwie badane (przypadek 3, 4) są niedostatek i zużycie wyposażenia pokoi i poszczególnych sal. Brakuje nowoczesnych sprzętów koniecznych w funkcjonowaniu osób sparaliżowanych i z dysfunkcją narządu ruchu np. urządzeń pomagających zmieniać pozycję podczas snu. Zużyte są meble w pokojach.

OCZEKIWANIA PENSJONARIUSZEK WOBEC DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Oczekiwania badanych koncentrują się na trzech płaszczyznach: warunkach socjalno-bytowych, relacjach z personelem oraz sferą współpracy z wolontariuszami.

Jeżeli chodzi o pierwszy obszar, istotnym jest stworzenie większej liczby pokoi jednoosobowych, które umożliwiłyby zapewnienie warunków intymności i bezpieczeństwa (przypadek 1, 2, 3, 4). Konieczne jest również dokonanie zmiany wyposażenia pokoi polegającej na zakupie nowych mebli, sprzętów rehabilitacyjnych oraz ułatwiających funkcjonowanie osobom z dysfunkcjami ruchu i sparaliżowanym (przypadek 1, 2, 4).

W drugim obszarze – relacji z personelem placówki – zdaniem badanych powinno pojawić się większe zrozumienie, szacunek i empatia. W związku z tymi czynnikami również udzielanie większego wsparcia psychicznego (przypadek 2, 3, 4). Jedna z badanych dodała, że pracownicy placówki powinny zmienić traktowanie seniorów z przedmiotowego na podmiotowe

(przypadek 3). Profesjonaliści powinni ponadto nabywać kompetencje dotyczące pracy z ludźmi na kursach i szkoleniach dotyczących kształtujących kompetencje i umiejętności psychologiczne i komunikacyjne (przypadek 4).

Współpraca z wolontariuszami usprawniłaby i poprawiła opiekę nad seniorami w domu pomocy społecznej. Osoby te spędzałyby bezinteresownie i z zaangażowaniem czas z podopiecznymi. Wolontariusze zajmowałyby się pomocą w codziennych czynnościach, prowadzeniem rozmów, udzielaniem porad w przypadku problemów/rozterek, organizacją i spędzaniem czasu z podopiecznymi placówki (przypadek 1, 2, 3, 4).

PODSUMOWANIE

Jakość życia w domach pomocy społecznej jest zagadnieniem złożonym i trudnym do jednoznacznego określenia. Można ją rozpatrywać z perspektywy osoby znajdującej się w kryzysowej sytuacji życiowej i konieczności dokonywania wyboru zamieszkania w DPS lub z perspektywy standardów instytucjonalnych, warunkujących pomoc i poprawę życia osoby w kryzysie. Patrząc na wyniki przeprowadzonych analiz ze strony beneficjenta pomocy społecznej, można zauważyć, że zamieszkanie w domu pomocy społecznej jest często wywołane niekorzystnym położeniem życiowym jednostki (seniora), m.in. z pogarszającym się stanem zdrowia, niemożnością samodzielnego zabezpieczenia niezbędnych potrzeb, odrzuceniem przez najbliższych członków rodziny i poczuciem samotności.

Seniorzy chcą doświadczyć za drzwiami placówki „lepszego życia” – lepszego w kontekście zapewnienia całodobowej opieki, wsparcia i pomocy w codziennym życiu, opieki medycznej i nawiązywania nowych relacji interpersonalnych. Niezbędne jest zatem oferowanie i zabezpieczanie odpowiednich standardów świadczonych usług przez dom pomocy społecznej. Ważnym może tutaj być także wejście w dialog z seniorami i adekwatne zdiagnozowanie i przeanalizowanie ich potrzeb dotyczących codziennego życia w placówce. Istotnym z pewnością jest tutaj uwzględnianie oczekiwań i opinii pensjonariuszy domu pomocy społecznej wobec świadczenia usług pomocowych – wskazywanie ich wad i zalet, ocen dotyczących sposobów prowadzenia terapii oraz ich efektywności i propozycji podjęcia nowych form działań aktywizujących.

Przeprowadzone badania ukazały, że mimo ogólnej poprawy jakości życia seniorów, zamieszkanie i pobyt w domu pomocy społecznej stanowi swego rodzaju izolację społeczną. Grono byłych przyjaciół seniorów urywa

z nimi kontakty, często poluzniają się też więzy rodzinne. W związku z tym być może warto uświadamiać i edukować społeczeństwo, że placówki opieki stanowią alternatywne środowiska życia oraz istnieją po, to aby wspomagać funkcjonowanie codzienne osób wymagających wsparcia lub osób niesamodzielnych.

BIBLIOGRAFIA

- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2015). *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Denzin, N., Lincoln Y. (red.). (2009). *Metody badań jakościowych. Tom 1*. Warszawa: WN PWN.
- Konarzewski, K. (2000). *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia Praktyczna*. Warszawa: WSiP.
- Kos, E. (2013). Wywiad narracyjny jako metoda badań empirycznych. W: D. Urbaniak-Zajęc, E. Kos (red.), *Badania jakościowe w pedagogice. Wywiad narracyjny i obiektywna hermeneutyka* (s. 91–116). Warszawa: WN PWN.
- Leszczynska-Rejchert, A. (2008). *Wspomaganie osób starszych w domach pomocy społecznej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 roku. Stan w dniu 31 XII* (2016). Warszawa: Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS.
- Ludność w wieku 60 lat i więcej* (2016). Warszawa: Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS.
- Mielczarek, A. (2006). Samotność i osamotnienie ludzi starszych w placówkach opiekuńczych, *Praca Socjalna*, 4, 24–40.
- Piotrowska-Breger, K. (2004). Stary człowiek w domu pomocy społecznej. Psychologiczne konsekwencje. W: J. Krzyszkowski, R. Majer (red.), *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski* (s. 115–119). Częstochowa: Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych.
- Rembowski, J. (1992). *Samotność*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku* (2016). Warszawa: Departament Badań Społecznych i Warunków Życia GUS.
- Sytuacja gospodarstw domowych w 2015 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych. Notatka informacyjna* (2016). <http://readgur.com/doc/1469957/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2015-roku-w-%C5%9Bwietle-wynik%C3%B3w>, dostęp: 16.06.2016.
- Szarota, Z. (1998). *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo WSP.
- Zbyrad, T. (2010). Dom pomocy społecznej – wolny wybór czy konieczność? *Praca Socjalna*, 6, 42–55.

MY SECOND HOME... – THE QUALITY OF LIFE IN A RESIDENTIAL HOME FROM THE PERSPECTIVE OF SENIORS

ABSTRACT

The aim of the research was to explore and interpret the reasons for seniors living in a residential home, the most appreciated care standards in the context of the quality of life improvement, and the elderly's expectations for the institution. The research subject were the statements of seniors living in the facility for over five years who could relate to their position and life experiences retrospectively. Qualitative research was the strategy used. Data was collected by means of narrative interviews and analyzed in view of the research questions raised.