



Piotr Więclawski*

Uniwersytet w Białymstoku

Indywidualne doświadczenie pracy w warunkach ogniska wirusa SARS-CoV-2 – badania partycypacyjne w Domu Pomocy Społecznej w Choroszczy

KEYWORDS

SARS-CoV-2, COVID-19, social welfare homes, social rehabilitation, work in the covid sub-unit, people with disabilities, good practices, epidemic in Poland

ABSTRACT

Piotr Więclawski, *Indywidualne doświadczenie pracy w warunkach ogniska wirusa SARS-CoV-2 – badania partycypacyjne w Domu Pomocy Społecznej w Choroszczy* [Individual experience of working in the conditions of a SARS-CoV-2 virus outbreak – participatory research at the Social Welfare Home in Choroszcz]. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* nr 1(21) 2022, Poznań 2022, pp. 215–229, Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-0422, ISSN (Online) 2719-2717. DOI 10.14746/kse.2022.21.13

The article is a presentation of the results of the research carried out in the Social Welfare Home in Choroszcz during the SARS-CoV-2 focal period in the facility. The analyzed research material was collected using the method of open participant observation of the social worker in the Social Welfare Home, carried out during the covid duty at the turn of September and October 2020. The purpose of the research was to show individual experiences of working in the conditions of a coronavirus outbreak and to identify the challenges resulting from increased social isolation. The article emphasizes the epidemiological situation in the facility related to: staff shortages, psychophysical condition of employees and residents, limitations in working with mentally suffering people, the needs of residents experiencing increased social isolation, difficulties in implementing the assumptions of social rehabilitation and occupational therapy. There was also an assessment of good operating rehabilitation practices in the covid sub-unit using modern technologies.

* ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4612-8312>.

Wprowadzenie

W dniu 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła stan pandemii SARS-CoV-2 na skalę ogólnoswiatową (Neher i in., 2020). Od tamtego czasu poszczególne kraje całego globu podejmują się prób minimalizowania transmisji koronawirusa, przyjmując różne modele zwalczania zagrożenia. W Polsce pierwszy przypadek osoby zakażonej wirusem wywołującym chorobę COVID-19 przejawiającą się m.in. gorączką, kaszlem, bólem mięśni oraz zmęczeniem, a w skrajnych przypadkach pogarszającym się stanem zdrowia, powodującym zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej, która może prowadzić nawet do śmierci (Yang i in., 2020), stwierdzono 4 marca 2020 roku. Od tamtego czasu polski rząd podejmował próby zwalczania zagrożenia epidemiologicznego, przyjmując model walki zwany powszechnie „polityką lockdownu”, zmierzającą do zachowywania dystansu społecznego, wdrażania środków prowadzących do znacznego ograniczenia mobilności oraz całkowitego zamykania wybranych gałęzi gospodarki i życia społecznego (Tarkowski i in., 2020; Włodarczyk, 2020). Tym samym obostrzenia wprowadzone w kraju, w ramach przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 znacząco określały jakość naszego życia psychospołecznego. Za istotne, z punktu widzenia zdrowia publicznego, środowiska sprzyjające rozprzestrzenianiu się koronawirusa uznano duże skupiska ludzi. W następstwie tego wdrożone zalecenia równie silnie uwarunkowały sposób pracy z mieszkańcami domów pomocy społecznej, gdyż instytucje tego typu wskazano jako potencjalne ogniska koronawirusa w kraju (Glac & Zdebska, 2020).

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie indywidualnych doświadczeń pracy z mieszkańcami w warunkach pojawienia się ogniska koronawirusa oraz wskazanie wyzwań związanych ze wzmożoną izolacją społeczną na podstawie obserwacji uczestniczącej jawnej pracownika socjalnego pracującego na oddziale zakaźnym w domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Choroszczy.

Funkcjonowanie domów pomocy społecznej

Dom pomocy społecznej jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej nadzorowaną przez powiatowe centrum pomocy rodzinie (Ustawa, 2021, art. 112 ust. 8), która zapewnia stałe miejsce zamieszkania oraz świadczy pomoc w wymiarze całodobowym. Działania podejmowane przez pracowników domów pomocy spo-

łecznej mają charakter opiekuńczy, wspomagający oraz edukacyjny (Ustawa, 2021, art. 55 ust. 1; Rozporządzenie, 2019, § 5). Celem wielowymiarowej pomocy jest zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych jednostek, które w wyniku choroby, podeszłego wieku lub niepełnosprawności, przy wykorzystaniu swoich możliwości nie są w stanie funkcjonować w środowisku otwartym (Ustawa, 2021, art. 54 ust. 1). Podejmowana praca wobec mieszkańca domu ma charakter zindywidualizowany, gdyż opiera się na indywidualnym planie wsparcia mieszkańca, w którym zawarte są wszystkie istotne informacje umożliwiające dostosowanie oddziaływań opiekuńczo-terapeutycznych do możliwości zdrowotnych oraz potrzeb życiowych domownika (Rozporządzenie, 2019, § 2 pkt 1). Świadczone usługi wobec mieszkańca są realizowane przy respektowaniu praw człowieka, m.in. poprzez poszanowanie jego godności, wolności, intymności oraz poczucia bezpieczeństwa (Ustawa, 2021, art. 68 pkt 2).

Zgodnie z przyjętym prawem wyróżnia się siedem typów domów pomocy społecznej, których kategoryzacja wynika z rodzaju dysfunkcji osób, dla których jest przeznaczony, tj. dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, niepełnosprawnych fizycznie oraz uzależnionych od alkoholu (Ustawa, 2021, art. 56).

Istota rehabilitacji kompleksowej w pracy z osobami z niepełnosprawnościami

W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż rehabilitacja jest traktowana jako proces o charakterze leczniczym, którego celem jest wzmocnienie naturalnych zdolności naprawczych ludzkiego organizmu, zmierzających do minimalizowania negatywnych skutków choroby warunkującej stan psychofizyczny jednostki (Grabowska, 2015). Jak zauważa Kamusińska (2008) rehabilitacja jest działaniem intensyfikującym proces prawidłowej integracji osób z niepełnosprawnością ze społeczeństwem. Autorka podkreśla, iż oddziaływania rehabilitacyjne mają charakter kompleksowy, co oznacza, iż działania lecznicze obejmują wszystkie sfery funkcjonowania człowieka, tj. medyczną, psychologiczną, społeczną i zawodową. Tym samym wyróżnia się cztery obszary holistycznego modelu rehabilitacji, które odnoszą się do indywidualnych potrzeb osoby rehabilitowanej. Pierwszym obszarem oddziaływań kompleksowego modelu rehabilitacji jest usprawnianie lecznicze. Rehabilitacja medyczna obejmuje oddziaływania związane z leczeniem ruchem,

tj. kinezyterapię, usprawnianie manualne poprzez terapię zajęciową oraz psychologiczne poprzez psychoterapię. Celem wzmocnienia usprawniania leczniczego wykorzystuje się szeroko pojętą fizjoterapię oraz kompensację deficytów zdrowotnych z wykorzystaniem różnych sprzętów ortopedycznych (Kwolek za: Czechowski i in., 2016; Lubecki, 2011). Drugim obszarem oddziaływań omawianego modelu jest rehabilitacja społeczna, która swoimi działaniami obejmuje zarówno osoby z niepełnosprawnościami, jak i członków społeczeństwa. Czynności rehabilitacyjne podejmowane wobec osoby chorej zmierzają do uzyskania jak największej samodzielności rehabilitowanego w codziennym funkcjonowaniu w aspekcie kulturowym, społecznym oraz zawodowym. Natomiast działania ukierunkowane na społeczeństwo są realizowane poprzez pedagogizację na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym, które dążą do uwrażliwiania społeczeństwa oraz kształtowania świadomości społecznej na problematykę osób niepełnosprawnych (Kwolek za: Kamusińska, 2008; Weiss za: Sokołowska, 2011). Rehabilitacja zawodowa stanowi kolejny obszar polskiej szkoły rehabilitacyjnej, której działania są ukierunkowane na zapobieganie wykluczeniu na ranku pracy osób z niepełnosprawnościami poprzez poradnictwo zawodowe, szkolenia zawodowe oraz pośrednictwa pracy. W celu utrzymania ciągłości zatrudnienia osoby niepełnosprawnej propaguje się traktowanie pracy zawodowej jako obszaru zmiennego, co oznacza, iż w sytuacji niemożności wykonywania określonego zawodu na skutek częściowej dysfunkcji organizmu człowieka zmierza się do przekwalifikowania danej osoby bądź dostosowania miejsca pracy do możliwości zdrowotnych pracownika, tj. praca w warunkach chronionych (Kwolek za: Czechowski i in., 2016). Rehabilitacja psychologiczna obejmuje działania ukierunkowane na ustabilizowanie kondycji psychicznej osoby niepełnosprawnej oraz wypracowanie mechanizmów przystosowawczych do aktualnej sytuacji zdrowotnej oraz społecznej osoby z dysfunkcją organizmu (Piocha & Nadolna, 2009). Oddziaływania rehabilitacyjne w tym obszarze zmierzają do kształtowania poczucia własnej wartości oraz motywowania do utrzymywania aktywnej postawy podczas podejmowanych działań rehabilitacyjnych przez osobę z niepełnosprawnością (Dega za: Kamusińska, 2008).

Prawidłowo realizowana rehabilitacja jest procesem planowanym oraz celowym, opierającym się na wcześniejszym rozpoznaniu problemów oraz potrzeb osoby z niepełnosprawnością, z uwzględnieniem jej predyspozycji indywidualnych oraz społecznych. Każde działanie podejmowane w ramach szeroko pojętej rehabilitacji podlega późniejszej ewaluacji celem ustalenia, czy zaplanowane działania przyniosły pożądane efekty oraz ukierunkowania dalszej pracy usprawniającej na przyszłość (WHO za: Kawwa & Wilmowska-Pietruszyńska, 2016).

Terapia zajęciowa jako podstawowa forma oddziaływania rehabilitacyjnego

Terapia zajęciowa jest działaniem rehabilitacyjnym zmierzającym do utrzymania bądź przywrócenia optymalnego poziomu samodzielności jednostki doświadczającej funkcjonalnych deficytów swojego organizmu na skutek niepożądanych zmian zdrowotnych (Svestkova i in., 2014). W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż terapeuta zajęciowy, podejmując się pracy z osobą niepełnosprawną, bazuje na ludzkim potencjale, na możliwościach zdrowotnych jednostki oraz jej zainteresowaniach w celu spersonalizowania procesu usprawniania fizycznego i umysłowego oraz zwiększenia jej motywacji (Piekut i in., 2015). Aktywne uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych angażuje poznawcze, fizyczne, psychologiczne oraz emocjonalne funkcje ludzkiego organizmu oraz warunkuje ogólne samopoczucie uczestnika, czego konsekwencją może być gotowość do dalszej pracy nad sobą, rozwoju osobistego, także społecznego, poprzez kształtowanie właściwych wzorców postępowania w grupie oraz kompetencji społecznych w zakresie komunikacji interpersonalnej (Juśkiewicz-Swaczyna & Białkowska, 2015). W praktyce terapeutycznej wyróżnia się różne rodzaje terapii zajęciowej, m.in. muzykoterapię, np. poprzez słuchanie muzyki, śpiewanie czy grę na instrumentach; biblioterapię, tj. czytanie oraz interpretowanie tekstów literackich oraz plastykoterapię, tj. wykonywanie prac artystycznych z wykorzystaniem kredki, farby, węgla, mazaka (Piekut i in., 2015).

Ogólna charakterystyka Domu Pomocy Społecznej w Choroszczy

Dom Pomocy Społecznej w Choroszczy jest placówką przeznaczoną dla osób przewlekle psychicznie chorych, mającą możliwość świadczenia usług bytowych oraz opiekuńczo-terapeutycznych dla 286 osób. W przypadku DPS-u w Choroszczy domownikami są głównie osoby przewlekle chore psychicznie, doznające zaburzeń nastroju, stanów depresyjnych, zachowań autodestrukcyjnych oraz myśli suicydalnych, schizofrenii paranoidalnej, rezydualnej i innych chorób wpisujących się w katalog chorób i zaburzeń psychicznych. Wśród mieszkańców są także osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, co oznacza, iż stan dysfunkcji organizmu wynika nie tylko z doświadczania choroby bądź zaburzeń natury psychicznej, ale również niepełnosprawności fizycznej oraz intelektualnej, np. stan po udarze, po amputacji kończyn dolnych, cukrzyca, zespół Downa, obniżony poziom rozwoju intelektualnego, choroby wieku starczego.

Dom pomocy społecznej jest placówką o charakterze otwartym, w swojej ofercie rehabilitacyjnej zapewnia zróżnicowane formy terapii zajęciowej oraz fizjoterapii. Mieszkańcy mają możliwość skorzystania z zajęć organizowanych w ramach pracowni muzycznej, plastycznej, tkactwa, komputerowej, kawiarenki, biblioteki, sali gimnastycznej oraz gabinetu fizykoterapii. Ponadto realizuje się także zajęcia z ergoterapii, tj. terapię przez prace porządkowe na pododdziale, oraz hortiterapię, tj. pracę w ogrodzie. W praktyce DPS-u jest również realizowanie procesu rehabilitacji w założeniach inkluzji społecznej, tj. poprzez wyjścia mieszkańców do ośrodków kultury, udział w konkursach muzycznych, plastycznych, teatralnych oraz turnusy rehabilitacyjne.

Metoda badawcza

Treści tej części artykułu opierają się na badaniach jakościowych prowadzonych naturalistyczną metodą obserwacji jawnej uczestniczącej. W omawianych badaniach obserwator, analizując określoną sytuację społeczną, jest usytuowany wewnątrz zjawisk zachodzących w interesującym go fragmencie rzeczywistości, co oznacza, iż jest zarówno podmiotem prowadzonych badań, jak również aktywnym uczestnikiem życia badanych jednostek (Juszczak, 2013). W przypadku badań podjętych przez autora artykułu proces badawczy dotyczy indywidualnych doświadczeń pracy pracownika socjalnego Domu Pomocy Społecznej w Choroszczy w warunkach pojawienia się ogniska koronawirusa na jednym z oddziałów zakaźnych. Obserwacja obejmowała okres trwania dyżuru pracownika, tj. od 27 września 2020 roku do 6 października 2020 roku. Celem badania zrealizowanego wśród pracowników oraz mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Choroszczy była eksploracja zachowań ludzkich uwarunkowanych bezpośrednim doświadczeniem sytuacji wystąpienia ogniska koronawirusa w placówce. W opisie użyte zostały terminy: oddział „zdrowy”, czyli odcinek, na którym przebywają domownicy wolni od zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz choroby COVID-19, oddział covidowy, na którym znajdują się mieszkańcy z dodatnim wynikiem testu na koronawirusa, oraz skrótowiec DPS, tj. dom pomocy społecznej.

Warunki przeprowadzenia badania metodą obserwacji uczestniczącej podczas pracy na oddziale covidowym są niezwykle trudne, gdyż badacz w bezpośredni sposób znajduje się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, przez co odczuwane stany emocjonalne podczas obserwacji mogą mieć charakter zintensyfikowany oraz zmienny, a tym samym może to warunkować przebieg rejestrowania interesujących badacza faktów. Ponadto pobyt na oddziale covidowym miał nienormowany

wymiar czasowy, co oznacza, iż dyżur obejmował porę dzienną oraz nocną, trwał nieprzerwanie przez 10 dni, z możliwością opuszczenia oddziału w określonych przypadkach.

Analiza badań własnych

Wprowadzone regulacje prawne zmierzające do ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa spowodowały zamknięcie się placówki na świat zewnętrzny: zawieszono wizyty rodzinne oraz urlopowanie mieszkańców, a wyjazdy terenowe do specjalistów odbywały się tylko w sytuacjach niezbędnych. Nagła zmiana sposobu funkcjonowania w placówce oraz nowe regulacje spowodowały intensyfikację instytucjonalizacji mieszkańców. Sytuacja zaostrzyła się w momencie wystąpienia ogniska koronawirusa w placówce w nocy z 21 na 22 września 2020 roku. Jako pracownik socjalny działu terapeutyczno-opiekuńczego 22 września 2020 roku przed rozpoczęciem pracy zostałem poinformowany, że działalność pracowni terapeutycznych, w tym moja, została zawieszona do czasu ustabilizowania się sytuacji epidemiologicznej w placówce.

Pierwszy poważniejszy problem wynikający z pojawienia się ogniska koronawirusa nastąpił pięć dni po stwierdzeniu przypadków osób zakażonych wirusem i dotyczył personelu. Ze względu na zalecenia konsultanta krajowego ds. chorób zakaźnych o konieczności ograniczenia zatrudnienia personelu DPS-u w zakładach opieki zdrowotnej oraz szybkie rozprzestrzenienie się koronawirusa w placówce, związane z pozytywnymi wynikami testu na covid wśród osób pracujących na rzecz mieszkańców, tj. pokojowych, opiekunów oraz członków zespołu pielęgniarskiego, zaczęło brakować personelu do pracy na pododdziałach. W DPS-ie w Choroszczy w okresie pandemii część personelu pielęgniarskiego zatrudniona była na półetatowej umowie, co jeszcze pogarszało sytuację. Z tego względu jako pracownik socjalny działu terapeutyczno-opiekuńczego w dniu 27 września zostałem skierowany w roli opiekuna na tzw. oddział covidowy, na którym przebywali mieszkańcy z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa. Oznaczało to, że musiałem zapoznać się z nowymi obowiązkami, zasadami oraz prawidłowościami podczas wykonywania wszelkich czynności higieniczno-pielęgnacyjnych oraz porządkowych.

W momencie wyrażenia zgody na pracę na oddziale covidowym odczuwałem pewną ekscytację, że zostałem zaangażowany do pracy na rzecz mieszkańców DPS-u w tak trudnej sytuacji, a przez wyrażenie swojej gotowości mogłem pomóc. Stan silnego ożywienia stopniowo wygasł. Gdy trafiłem do punktu opiekuńczego

na oddziale „zdrowym”, przekazywano mi coraz to bardziej szczegółowe informacje dotyczące ogólnej sytuacji związanej z zakażeniem koronawirusem w placówce, również odnoszących się do zasad pracy na oddziale z mieszkańcami zakażonymi. Poinstruowano mnie, w jaki sposób dbać o bezpieczeństwo własne, personelu oraz mieszkańców. Z każdą kolejną przekazywaną mi informacją odczuwałem narastający stres, niepokój, obawę. W pierwszej kolejności trafiłem na pododdział przeznaczony dla osób „zdrowych”, tj. niezarażonych koronawirusem. Tam przeszedłem krótkie szkolenie dotyczące ogólnej pracy z mieszkańcem w zakresie pełnienia nad nim opieki. To, co na początku pracy na oddziale sprawiało mi trudność, to fakt, iż byłem nowym pracownikiem DPS-u, przez co nie znałem dobrze personelu, jak również mieszkańców oraz ich indywidualnych potrzeb. Powodowało to kolejne nasilenie wcześniej odczuwanych przeze mnie stanów emocjonalnych. Od pierwszych chwil na oddziale „zdrowym” zauważalne było poczucie napięcia, obawy oraz niepewność wśród personelu. Każda kolejna informacja dotycząca pozytywnych wyników kogoś z personelu oraz mieszkańców nasilała poczucie wyczerpania, napięcia, obawy, niepewności, beznadziejności sytuacji oraz smutku. Pracując dwa dni na pododdziale „zdrowym”, wchodziłem także na krótkie, tj. 4-godzinne dyżury na pododdział covidowy. Pierwsze, czego doświadczyłem, wchodząc na ten pododdział, to cisza, spokój oraz poczucie grozy, wynikające z wyobrażenia sobie pracy w takich warunkach. Na początku wyczerpującym doświadczeniem była konieczność zachowania skupienia podczas ubierania się w kolejne warstwy skafandrów, pilnowanie niedotykania oczu oraz ust, proces dezynfekowania się po wyjściu z pododdziału covidowego. Jako pracownik pododdziału covidowego byłem testowany na obecność wirusa SARS-CoV-2 trzy razy: na początku pełnienia dyżuru, w połowie oraz na koniec, kiedy dostałem informację, iż tego samego dnia zakończę swój dyżur. W pierwszym etapie wystąpienia ogniska koronawirusa w placówce na pododdziale covidowym było sześciu mieszkańców, przebywali oni na krótkim odcinku składającym się z pięciu pomieszczeń: cztery pokoje mieszkalne oraz łazienka. Domownicy nie mieli możliwości wejścia na świetlicę pododdziału, z tego względu nie podejmowali żadnych działań aktywizujących, co negatywnie wpływało na ich ogólne samopoczucie. W momencie pojawienia się kolejnych przypadków zakażenia koronawirusem konieczne było poszerzenie pododdziału covidowego o kolejne pomieszczenia, a tym samym mieszkańcy mieli więcej wolnej przestrzeni, dostęp do stołówki pododdziału oraz świetlicy.

Praca na pododdziale covidowym przebiegała w sposób schematyczny, zorganizowany zgodnie z planem dnia. Dzienny dyżur rozpoczynał się o godzinie szóstej rano. Pierwszym działaniem podejmowanym wobec mieszkańców było zadbanie o ich higienę osobistą poprzez pomoc w porannej toalecie, zmianę pie-

luch oraz opróżnienie cewników osób leżących oraz mających trudność z nietrzymaniem moczu oraz stolca. Podczas porannych czynności wykonywaliśmy także profilaktykę przeciwoleżynową poprzez odpowiednią pielęgnację odleżyn przy użyciu przeznaczonych do tego specjalnych preparatów, mierzyliśmy temperaturę mieszkańców oraz poziom saturacji pulsoksymetrem. Po czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych pracownicy pododdziału zdawali raport z minionego dnia i nocy oraz z poranka na temat ogólnej sytuacji zdrowotnej mieszkańców. Działania związane z zaspokojeniem podstawowych potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych mieszkańców podejmowane były także w godzinach popołudniowych oraz wieczornych.

Przed posiłkami mieszkańcom należało pomóc przyjąć leki, przygotowane wcześniej przez zespół pielęgniarstwa działający na co dzień w gabinecie znajdującym się na odcinku „zdrowym”. Przygotowane leki były dostarczane windą, wieczorną porą dnia poprzedniego, na wózku z półkami. Leki umieszczane były w plastikowych kieliszkach. Jeżeli w trzech kieliszkach znajdowały się leki, oznaczało to, iż mieszkaniec powinien je otrzymać przed śniadaniem, obiadem oraz kolacją; w przypadku gdy, któryś z kieliszków był pusty, sygnalizowało to, iż mieszkaniec nie powinien dostawać leków o określonej porze. Taca, na której znajdowały się kieliszki z lekami, podpisana była nazwiskami mieszkańców. W przypadku, gdy imię i nazwisko było podpisane kolorem czerwonym, należało rozpuścić leki w wodzie, gdyż mieszkaniec mógł mieć trudności z połknięciem lekarstwa w postaci tabletki. Dodatkowo należało pamiętać o osobach chorych na cukrzycę, które powinny przyjąć leki 30 minut przed posiłkiem. W trakcie dnia sytuacja zdrowotna podopiecznych była na bieżąco monitorowana poprzez obserwowanie zachowań mieszkańców, regularne mierzenie temperatury, poziomu saturacji oraz ciśnienia. W sytuacji gdy temperatura mieszkańca wynosiła powyżej 37°C, należało zgłosić ten fakt zespołowi pielęgniarstwu, który po konsultacji z lekarzem dalej kierował postępowaniem z daną osobą. W pierwszej kolejności podawany był paracetamol w celu zbitcia wysokiej temperatury; w sytuacji gdy nie przynosiło to oczekiwanych rezultatów, a stan zdrowia mieszkańca pogarszał się, wzywano zespół pogotowia ratunkowego. Ratownicy medyczni mieli możliwość dotarcia na pododdział covidowy wyznaczoną do tego celu drogą.

Wszystkie posiłki przeznaczone dla mieszkańców oddziałów covidowych były dostarczane przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności, tj. personel z oddziału „zdrowego” zostawiał wózek z pożywieniem w kuchni oraz dawał sygnał, iż możemy odebrać posiłki w wyznaczonym do tego celu miejscu, w przypadku naszego pododdziału była to mała kuchnia znajdująca się przy stołówce. Śniadanie rozpoczynało się około godziny ósmej, obiad około godziny dwunastej oraz

kolacja około osiemnastej; między głównymi posiłkami dnia mieszkańcy mieli możliwość zjedzenia drugiego śniadania oraz podwieczorka. Personel był odpowiedzialny za przygotowanie stołówki, podanie do stołu oraz nakarmienie osób niezdolnych do samodzielnego zaspokojenia potrzeby fizjologicznej. Trudnością z perspektywy nowego pracownika było podanie odpowiedniego posiłku, gdyż część mieszkańców, ze względu na stan zdrowia, musiała stosować się do określonej diety, tj. cukrzycowej, lekkostrawnej lub mielonej. Czas między posiłkami był wykorzystywany na czynności porządkowe, ozonowanie pomieszczeń, organizowanie zajęć mieszkańcom oraz odpoczynek. Chwilami wytchnienia dla personelu pracującego na oddziale covidowym były spotkania na balkonie; pracownicy mieli możliwość zaczerpnięcia świeżego powietrza, poczucia promieni słonecznych oraz porozmawiania z innymi pracownikami przebywającymi aktualnie na balkonach pozostałych odcinków. Dodatkowym pokrzepieniem oraz wzmocnieniem były rozmowy z dyrektorem domu pomocy społecznej, który wychodząc na plac placówki, przekazywał istotne informacje na temat ogólnej sytuacji epidemiologicznej w miejscu pracy oraz pytał o samopoczucie pracowników.

Prawidłowa komunikacja oraz współpraca między personelem jest istotnym elementem świadczenia opieki na rzecz mieszkańców domu pomocy społecznej. W sytuacji poczucia zagrożenia, wyalienowania, konieczności zachowania stałej czujności podczas przedłużających się dyżurów wynikających z wprowadzonych obostrzeń oraz wystąpienia ogniska koronawirusa w placówce pracownik jest narażony na doświadczanie silnych nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, tj. napięcia, przerażenia, zmęczenia, co może powodować reakcję silnego stresu, a w skrajnych przypadkach objawy wypalenia zawodowego. Podczas pełnionego dyżuru miały miejsce sytuacje konfliktowe między pracownikami pododdziału covidowego a personelem „zdrowego” odcinka. Zachodzące nieporozumienia generowały ostrą wymianę zdań, co utrudniało zachowanie spokoju przy współdziałaniu na rzecz mieszkańców placówki. Celem przeciwdziałania skutkom odczuwania nieprzyjemnych stanów emocjonalnych dyrekcja DPS-u objęła pracowników dodatkowym wsparciem psychologicznym.

Członkowie zespołu opiekuńczego pracującego na pododdziale covidowym mogli pojedynczo opuścić miejsce pracy na krótki czas, w porze wieczornej, żeby wyrzucić odpady medyczne oraz komunalne zgromadzone w ciągu całego dnia oraz wziąć prysznic poza oddziałem, po wcześniejszej dokładnej dezynfekcji. Po tych czynnościach pracownicy wracali na pododdział covidowy na dyżur nocny. Działania podejmowane w porze nocnej polegały głównie na monitorowaniu stanu zdrowia mieszkańców poprzez mierzenie temperatury oraz reagowaniu na bieżące problemy podopiecznych. Zwykle domownicy przesypiali całą noc bez żadnych

trudności, dzięki czemu członkowie zespołu opiekuńczego mogli odpoczywać na zmianę w świetlicy pododdziału, w której na co dzień przebywali mieszkańcy. W ciągu całego dyżuru zdarzyła się jedna sytuacja, w której mieszkaniec w wyniku koszmaru zaczął krzyczeć przez sen, przez co konieczne było wybudzenie podopiecznego oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa poprzez krótką rozmowę oraz towarzyszenie podczas ponownego zasypiania.

Samopoczucie mieszkańców jest niezwykle istotną kwestią w ogólnej pracy w domach pomocy społecznej. Nastroj podopiecznych jest jednym z głównych czynników ich aktywizacji. W przypadku DPS-u w Choroszczy domownikami są głównie osoby przewlekle psychicznie chore. Z tego względu należy w taki sposób zorganizować pracę DPS-u, by zapewnić takim osobom poczucie otwartości, kontaktu ze światem pozainstytucjonalnym, minimalizowanie poczucia odizolowania. W wyniku wprowadzania kolejnych obostrzeń w placówce związanych z ogólną sytuacją epidemiologiczną w kraju, pojawienia się ogniska koronawirusa oraz braków kadrowych poczucie instytucjonalizacji oraz stanu odosobnienia mieszkańców wzrastało. Ze względu na bezpieczeństwo zawieszono działalność pracowni terapeutycznych, fizjoterapii oraz sali gimnastycznej. Mieszkańcy nie mieli możliwości wychodzenia na świeże powietrze, tym samym rehabilitacja społeczna nie była możliwa do realizacji w szerszym zakresie. Skutkiem tego było poczucie osamotnienia, zmniejszona aktywność, częste wahania nastrojów podopiecznych, jak również nadmierne pobudzenie, a w skrajnych przypadkach akty agresji. Problem pojawiał się już na samym początku, kiedy okazało się, że dany mieszkaniec otrzymał pozytywny wynik testu. W takiej sytuacji należało podopiecznego jak najszybciej przeprowadzić na oddział covidowy. W sytuacji gdy zdolność do samodzielnego funkcjonowania oraz samoświadomość mieszkańca były na wysokim poziomie, podopieczny zachowywał się niekiedy agresywnie wobec personelu. Było to spowodowane tym, iż mieszkańca, z jego własnego pokoju, ze względów bezpieczeństwa, przeprowadzano na inny pododdział oraz uwarunkowane odczuwaniem lub nie objawów choroby COVID-19. W momencie gdy mieszkaniec czuł się dobrze, sam nie dostrzegał potrzeby oraz sensu zmiany pododdziału, co intensyfikowało zachowania agresywne – głównie agresję słowną. Jednakże któregoś dnia doszło także do sytuacji agresji fizycznej mieszkańca wobec pracownika. W wyniku nadmiernego pobudzenia podopieczny na pododdziale „zdrowym” pobił jednego z opiekunów. Taka sytuacja, choć miała charakter incydentalny, pokazuje, iż zastosowanie jakiegokolwiek formy izolacji wpływa negatywnie na ogólne samopoczucie mieszkańców, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, iż opisana sytuacja miała miejsce na pododdziale „zdrowym”, gdzie mieszkańcy mieli dostęp do świetlicy pododdziału, mogli oglądać TV, słuchać muzyki, grać

w gry planszowe, swobodnie przemieszczać się po wyznaczonym odcinku. Zwracając uwagę na częste spadki nastrojów mieszkańców, zostali oni objęci dodatkową pomocą psychologiczną.

Ze względu na nowe obowiązki związane z przeciwdziałaniem rozprzestrzeniania się koronawirusa w placówce realizacja założeń rehabilitacji społecznej była utrudniona. Plan tygodniowy rehabilitacji społecznej ograniczał się do niezbędnych czynności umożliwiających zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych mieszkańców oraz do kształtowania odpowiedzialnej postawy w sytuacji walki z koronawirusem. Podejmowane działania dotyczyły: czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, zapewnienia posiłków, stałego monitorowania stanów zdrowia mieszkańców, w tym systematycznego mierzenia temperatury, zwracania uwagi na konieczność dbania o higienę osobistą, w tym dokładnego mycia rąk, zasłaniania ust podczas kasłania, unikania podawania dłoni innym, w miarę możliwości zachowania dystansu społecznego, częstej dezynfekcji pomieszczeń z wykorzystaniem spryskiwaczy z płynem do tego przeznaczonym oraz ozonatorów.

Pracowaliśmy na pododdziale w trzyosobowym zespole i maksymalnie mieliśmy pod opieką trzydziestu mieszkańców. Realizując obowiązki na pododdziale, wyszliśmy z założenia, iż rehabilitacja społeczna, zwłaszcza w warunkach wzmoczonej izolacji, jest konieczna do zachowania stabilnego stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego mieszkańców. Zwracając uwagę na sytuację agresji fizycznej, jaka miała miejsce na pododdziale „zdrowym”, podjęliśmy próby urozmaicenia czasu wolnego mieszkańcom zakażonym koronawirusem, biorąc pod uwagę ich ogólne samopoczucie oraz stan zdrowia. Naszym celem było zredukowanie do niezbędnego minimum odczuwania przez zakażonych mieszkańców placówki konsekwencji zarażenia, tj. wzmoczonej izolacji społecznej. Działania, które mieliśmy możliwość zaplanować w ograniczonych warunkach pododdziału covidowego, odnosiły się do założeń ergoterapii, muzykoterapii oraz filmotherapii. Staraliśmy się motywować mieszkańców do podejmowania pracy na rzecz pododdziału poprzez drobne prace porządkowe w pokojach mieszkańców, łazienkach oraz na stołówce. Podczas sprzątania pomieszczeń włączana była wybrana przez mieszkańców muzyka z bezprzewodowej kolumny. W porach popołudniowych domownicy mogli odpoczywać przy odpowiednio dobranej muzyce relaksacyjnej, grać w gry komputerowe na laptopie lub oglądać ulubione programy telewizyjne. Wieczorem był organizowany seans filmowy przy wykorzystaniu dostępnego nam projektora oraz dużego ekranu projekcyjnego. W zajęciach staraliśmy się czynnie uczestniczyć razem z mieszkańcami, wchodzić z nimi w interakcję. Dobrym przykładem integracji grupy mieszkańców było zorganizowanie skromnej imprezy „niespodzianki” na okoliczność urodzin

jednego z domowników. W tym celu przygotowaliśmy poczęstunek z dostępnych nam produktów żywnościowych, napojów, oraz słodkich przekąsek. Na przyjęciu obecni byli wszyscy chętni mieszkańcy, którzy odśpiewali „Sto lat” solenizantowi oraz złożyli urodzinowe życzenia. Działania tego typu pokazywały mieszkańcom, iż mimo że trafili na pododdział covidowy, ich indywidualne potrzeby nadal mogą być zaspokajane, a praca z nimi nie jest ukierunkowana tylko i wyłącznie do minimalizowania transmisji wirusa, monitorowanie stanu zdrowia, dbanie o higienę osobistą oraz porządek najbliższego otoczenia, co znacząco kształtowało ich poczucie bezpieczeństwa oraz dobry nastrój. Mieszkańcy pozytywnie reagowali nawet na najdrobniejsze urozmaicenie dnia; zauważalne było w zachowaniu oraz nastawieniu podopiecznych, iż minimalnie odczuwali izolację, co oznaczało, iż sukcesywnie redukowaliśmy pośrednie skutki zakażenia koronawirusem, jakimi mogły być znaczące spadki nastrojów.

Będąc aktywnym uczestnikiem życia społecznego na pododdziale covidowym, staraliśmy się reagować na każdą potrzebę mieszkańców, którą udało nam się zaobserwować, a której nie mogli zaspokoić samodzielnie ze względu na sytuację epidemiologiczną na pododdziale. Istotną kwestią, która wymagała rozwiązania, było poczucie tęsknoty spowodowane odizolowaniem podopiecznych przebywających na oddziale covidowym od znajomych mieszkających na odcinkach „zdrowych”.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej stanowią szeroką gamę ludzkich indywidualności. Osoby chore psychicznie często są wycofane, niektóre niechętnie podejmują interakcje społeczne. W ramach rehabilitacji społecznej podejmuje się próby włączenia podopiecznego do aktywnego udziału w zajęciach grupowych, by mógł właściwie zintegrować się z grupą. Dzięki temu tworzą się grupki znajomych, w których mieszkańcy podejmują kontakty międzyludzkie, kształtują umiejętności interpersonalne, wspólnie spędzają czas wolny. Jednak w sytuacji gdy istnieje ryzyko transmisji wirusa SARS-CoV-2 podczas kontaktów z drugim człowiekiem, spotkania między mieszkańcem przebywającym na odcinku „zdrowym” a domownikiem zamieszkującym pododdział covidowy nie były możliwe. Mimo to jeden z naszych podopiecznych, zmotywowany chęcią spotkania się z kolegą przebywającym na pododdziale „zdrowym”, próbował doprowadzić do takiego spotkania. Wychodząc naprzeciw aktualnym potrzebom mieszkańców, zorganizowaliśmy spotkanie wirtualne. Rozmowa zdalna odbyła się za pomocą komunikatora internetowego Messenger. Wykorzystując projektor oraz laptop z wbudowaną kamerką internetową, mieszkańcy mieli możliwość zobaczenia innych domowników oraz porozmawiania z nimi.

Podsumowanie

Obserwacja uczestnicząca w domu pomocy społecznej w warunkach wystąpienia ogniska koronawirusa była próbą przyjrzenia się sposobom pracy z mieszkańcem placówki, u którego stwierdzono pozytywny wynik testu na SARS-CoV-2, skutkom wzmoczonej izolacji społecznej oraz wyzwaniom, z jakimi musiał się zmierzyć personel DPS-u z punktu widzenia pracownika socjalnego pracującego na co dzień na terenie podejmowanych badań. Kilkunastodniowa obserwacja wynikająca z pełnionego przez pracownika dyżuru pozwoliła na zarejestrowanie codziennej pracy z mieszkańcami w warunkach wystąpienia ogniska koronawirusa oraz relacji, jakie zachodziły między personelem placówki. Badacz, przyjmując nową dla siebie rolę opiekuna mieszkańców DPS-u, musiał nauczyć się procedur dotyczących zachowania bezpieczeństwa własnego oraz innych osób przebywających na pododdziale, sposobu prawidłowego świadczenia opieki wobec podopiecznych. Dzięki temu miał możliwość zarejestrowania interesujących go faktów i zjawisk zachodzących podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Na skutek wystąpienia ogniska wirusa SARS-CoV-2 pracownicy oraz mieszkańcy DPS-u musieli zaadaptować się do panujących warunków. Sytuacje problematyczne, jakie należało rozwiązać, dotyczyły: braków kadrowych, niepożądanych skutków wzmoczonej izolacji społecznej, które dotyczyły zarówno personel, jak i mieszkańców, wdrożenia w warunkach pojawienia się ogniska koronawirusa elementów rehabilitacji społecznej oraz terapii zajęciowej. Przeprowadzone badania ukazują znaczenie oddziaływań rehabilitacyjnych oraz terapeutycznych podejmowanych na rzecz osób przewlekle psychicznie chorych, których ogólne samopoczucie w dużym stopniu uwarunkowane jest podejmowanymi czynnościami aktywizującymi. Wnioski z obserwacji umożliwiają wskazanie dobrych praktyk w sytuacji wystąpienia ognisk zakaźnych wymagających izolacji, polegających na wykorzystaniu nowoczesnych technologii, dzięki którym można w sposób ciekawy organizować zajęcia podopiecznym, zaspokajając ich podstawowe potrzeby życiowe oraz kształtować przyjazną atmosferę i poczucie bezpieczeństwa.

Bibliografia

- Czechowski, K., & Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2016). O potrzebie rehabilitacji kompleksowej. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(19), 35–51.
- Głac, W., & Zdebska, E. (2020). Sytuacja pracownikówdomów pomocy społecznej w okresie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 (COVID-19) w Polsce. *Praca socjalna*, 2(35), 129–142.

- Grabowska, A. (2015). Narodziny i rozwój rehabilitacji. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, t. 78, 40–50.
- Juszczyk, S. (2013). *Badania jakościowe w naukach społecznych – szkice metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Juśkiewicz-Swaczyna, B., & Białkowska, J. (2015). Rola terapii zajęciowej w rehabilitacji. *Szkice Humanistyczne*, 15(3–4), 223–229.
- Kamusieńska, E. (2008). Znaczenie kompleksowej rehabilitacji w integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. *Studia Medyczne*, 9, 83–86.
- Kawwa, J., & Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2016). Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(19), 75–89.
- Lubecki, M. (2011). Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO. *Hygeia Public Health*, 46(4), 506–515.
- Neher, R.A., Dyrda, R., Druelle, V., Hodcroft, E.B., & Albert, J. (2020). Potential impact of seasonal forcing on a SARS-CoV-2 pandemic. *Swiss Medical Weekly*, 150, 1–8.
- Piekut, K., Siminska, J., Ogurskowski, K., & Nowacka, K. (2015). Znaczenie terapii zajęciowej w domach pomocy społecznej. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(4), 195–204.
- Piocha, S., & Nadolna, E. (2009). Zatrudnienie osób niepełnosprawnych jako forma rehabilitacji zawodowej. *Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych Politechniki Koszalińskiej*, 13, 127–140.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej Dz.U. 2019 poz. 734 (2019) (Polska).
- Sokołowska, M. (2011). Oddziaływanie na proces społecznej rehabilitacji pacjentów. *Studia Socjologiczne*, 1(200), 117–137.
- Svestkova, O., Svecena, K., & Formankova, P. (2014). Czy terapia zajęciowa jest istotna w procesie rehabilitacji? *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(12), 81–102.
- Tarkowski, M., Puzdrakiewicz, K., Jaczewska, J., & Połom, M. (2020). COVID-19 lockdown in Poland – changes in regional and local mobility patterns based on Google Maps data. *Prace Komisji Geografii Komunikacji PTG*, 23(2), 46–55.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz.U. 2021 poz. 2268 z późn. zm. (2021) (Polska).
- Włodarczyk, W.C. (2020). Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. Perspektywa polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2), 126–148.
- Yang, Z., Liu, Q., Wu, T., & Wu, D. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 44–48.