

LIDIA HUBER

OPIEKA PSYCHOLOGICZNA DLA SENIORÓW I ICH OPIEKUNÓW WYZWANIEM DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ

ABSTRAKT

Demografia starzenia się i starości stawia przed nami pytania, na które odpowiedź będzie miała znaczenie dla skutecznej kompleksowej opieki nad osobami starszymi, sędziwymi i starzejącymi się opiekunami w ich środowisku. Prognozy dla przyszłości wymagają analizy problemów związanych nie tylko z odpowiedzią na pytania o to: którzy ludzie mają większe szanse na długowieczność, czy jakość i ilość usług w tym zakresie będzie wystarczająca, dlaczego opieka medyczna nie zawsze powiązana jest z zabezpieczeniem potrzeb psychicznych podopiecznych, lecz również o to: jak kształtowana jest środowiskowa opieka psychologiczna nad opiekunami osób starszych. Wypracowanie modelu wszechstronnej opieki senioralnej w teorii oraz powiązanie jej z funkcjonującymi już w praktyce metodami może ułatwić współdziałanie wielu jej sektorów, aby skutecznie zmierzyć się z wyzwaniami „siwiejącego społeczeństwa”.

Słowa kluczowe: ludzie starsi, opiekunowie domowi, kompleksowa opieka, potrzeby psychiczne, pomoc psychologiczna

WSTĘP

Przyspieszone zmiany społeczne i ekonomiczne, a także spektakularne osiągnięcia współczesnej medycyny spowodowały wydłużenie ludzkiego życia do nieosiągalnych dotąd granic.

Niektóre pojęcia używane do opisywania wieku osób, o których dotąd myślano jako o ludziach starszych, tracą na swoim dotychczasowym znaczeniu. Redefinicja tego, czym jest starzenie się, starość, długowieczność, zostaje wymuszona przez zmiany społeczne, cywilizacyjne i ekonomiczne, ale także przez nowe podejście do filozofii zmian związanych z wiekiem. Warto też zwrócić uwagę na pozytywne i negatywne wartości procesów

starzenia się, które w świetle prognozowanej długowieczności przyszłych pokoleń będą coraz częściej dyskutowane.

Zmiany w opiece nad seniorami dotyczą instytucjonalnych form opieki, ale wymagają też nowego spojrzenia na sytuację ich opiekunów domowych, najczęściej członków rodzin, których udział w opiece jest niezastąpiony.

PERCEPCJA STAROŚCI DAWNIEJ I DZIŚ – OPTYMISTYCZNE PROGNOZY I TRUDNE WYZWANIA

Nowe podejście do starzenia się społeczeństwa wynika nie tylko z uświadomienia sobie zmian w przewidywanej długości życia przyszłych pokoleń, lecz również z przekonania o konieczności ekonomicznego zabezpieczenia usług opiekuńczych, których będą oni wymagali.

Potocznie przyjęto, że osoba starsza to osoba w „podeszłym wieku” w znaczeniu ogólnym lub w porównaniu z młodszymi osobami. Ten nieprecyzyjny termin używany w mowie potocznej zawiera cechy, które zależą od całej gamy czynników, takich jak: warunki geograficzne, cechy opisywanej populacji, stopień rozwoju cywilizacyjnego państwa którego są mieszkańcami.

Starość, według Światowej Organizacji Zdrowia, możemy podzielić na trzy etapy: wiek przedstarczy – 45–59 lat; wczesna starość, która zaczyna się w wieku 60 lat i trwa do 74. roku życia; starość pośrednia (75–89 lat) (World Health Organization, 2017).

„Starość późna” lub „długowieczność” według gerontologów zaczyna się od 90. roku życia i trwa aż do śmierci. „Osoby sędziwe” to, szczególnie dla medycyny, osoby powyżej 90. roku życia. „Nestorzy” to określenie nieprecyzyjne, pod którym rozumie się osoby powyżej 110. roku życia, o pozytywnym odbiorze; to osoby mądre, zasłużone, poważane i podziwiane za wiek, którego dożyły.

Jak pisała Katarzyna Burda, powołując się na dane naukowców z Duńskiego Centrum Badań nad Starzeniem z medycznego pisma *The Lancet* z października 2000 r.: „Za sto lat stulecie będzie normą, a nie wyjątkiem. Ponad połowa dzieci urodzonych w 2000 roku dożyje tego wieku (...). Długie życie nie jest przywilejem odległych pokoleń, tylko przeznaczeniem większości ludzi żyjących obecnie w rozwiniętych państwach” (Burda, 2000, s. 58).

Potwierdzają to nowsze doniesienia z innych krajów i kontynentów poświadczane badaniami naukowymi, np. ze Stanów Zjednoczonych: „Obecnie oczekiwana długość życia w chwili urodzenia stale rośnie i jeśli będzie nadal wzrastała w tzw. średnim tempie historycznym – przy «agresywnym»

założeniu możemy osiągnąć wiek 100 lat w 2084 roku. Prawdziwe przełomy w nauce i skuteczne wdrażanie zasad zdrowego stylu życia powoduje, że długość ludzkiego życia będzie nadal systematycznie rosła. Przy obecnym tempie tego procesu, dzieci urodzone pod koniec tego wieku będą miały realną szansę na świętowanie w dobrej kondycji 100. urodzin. Analizy pokazują, że wydłużenie życia wydaje się niezależne od jakiegokolwiek pojedynczego, konkretnego przypadku czy czynnika. Wykresy globalnego zasięgu tego zjawiska w czasie wyglądają jak ruchome schody których ruch jest płynny” (Easterbrook, 2014, s. 62; Huber, 2016a, s. 35).

Jakkolwiek są to prognozy optymistyczne, to należy postrzegać je jako prawdziwe wyzwania dla wielu dyscyplin naszego życia społecznego.

Czy istnieją jakieś czynniki genetyczne lub środowiskowe gwarantujące długowieczność? Trudno na to odpowiedzieć jednoznacznie, jednak pewne jest to, że osobom starszym niezbędna jest wszechstronna opieka, a przede wszystkim przychylność otoczenia. Dotyczy to nie tylko opieki medycznej i to szczególnie w sytuacji osób cierpiących na zaburzenia poznawcze, które są naturalnym i najbardziej widocznym skutkiem starzenia się ludzi, lecz również organizacji opieki nad nimi.

Obecnie łączy się to z jakością życia, która jest pojęciem łączącym w sobie wiele elementów postępowania dla długowieczności. Dowodzą tego obserwacje osób stuletnich i ponad stuletnich. Obecnie w polskim systemie ZUS jest zarejestrowanych około 2,3 tys. stulatków. Natomiast według prognoz ZUS w 2025 r. będzie ich około 3,7 tys., pięć lat później – 5,7 tys., a w 2035 r. – aż 8 tys. Większość z nich, bo ponad 3,4 tys., to kobiety. Najstarsze Polki mają po 115 lat. W Wielkopolsce żyje obecnie 508 stulatków, prawie 80% jubilatów stanowią kobiety (statystki podano za danymi GUS i ZUS, 2017). Stulatkowie są nie tylko symbolem naszych starań o jak najdłuższe życie naszych seniorów, lecz również dowodem sukcesów współczesnej gerontologii, geriatricii i zorganizowanej opieki środowiskowej oraz polityki społecznej. Trudno jednak z ich biografii wyłonić jakąś „receptę na długowieczność”.

STARZENIE SIĘ JAKO NATURALNY PROCES I JEGO KONSEKWENCJE

Jak podkreślają Piotr Szukalski i Dorota Kałuża (2009, s. 7), należy wyróżnić „(..) dwie cechy procesowi starzenia się ludzi: ich nieuchronność i jego pozytywną wartość samą w sobie. Nieuchronność związana jest z inercyjnością procesów demograficznych, pogłębioną oddziaływaniem sytuacji

nadzwyczajnych, tj. kryzysów społecznych o charakterze politycznym, ekonomicznym lub aksjologicznym, które to kryzysy oddziałują przede wszystkim na tzw. starzenie się od dołu piramidy wieku, czyli na relatywny wzrost ważności seniorów wskutek zmniejszania się skłonności do wydawania na świat potomstwa. Z kolei pozytywna wartość procesu starzenia się wynika z faktu, że proces ten jest świadectwem «dojrzałości» demograficznej danego społeczeństwa, tj. potwierdzeniem wysokiego poziomu rozwoju gospodarczego, bez którego niemożliwa jest redukcja umieralności”.

Jakkolwiek są to zmiany oceniane jako pozytywne, rodzą także negatywne konsekwencje dla pokolenia dzisiejszych pięćdziesięcio- i sześćdziesięciolatków.

Niejednokrotnie zwracałam uwagę na to, że „starość jest sprawą ludzi młodszych” (Huber, 2016b, s. 56), a także na niespotykane dotąd zjawisko demograficzne, w którym opiekunowie seniorów stają się „rodzicami swoich rodziców” (Huber, 2017, s. 117).

Ten fakt socjodemograficzny wywiera wpływ na funkcjonowanie wszystkich pokoleń, a problem opieki nad starzejącymi się członkami rodziny jest naturalną konsekwencją procesów starzenia się.

Uwewnętrzniona społecznie świadomość konieczności opieki nad seniorami jest oczywista, ponieważ chcemy, aby pozostali oni z nami jak najdłużej, i zrobimy wszystko, aby zapewnić naszym seniorom godne warunki. Do niedawna także (w wielu rodzinach nadal ten problem istnieje) dylemat: „opieka domowa czy instytucjonalna” był przedmiotem wieloetapowych decyzji rodzinnych.

Psychologiczny aspekt takich sytuacji najbardziej angażuje emocjonalnie członków właśnie średniego pokolenia, którym pozostawia się ostateczną decyzję wraz ze wszystkimi jej skutkami. Stąd częstsze przeżywanie przez nich emocji negatywnych: smutek, zniechęcenie, osamotnienie, przygnębienie jako skutki przemęczenia, przytłoczenia obowiązkami, poczucie winy, depresja. Konieczność odkładania realizacji własnych potrzeb na dalsze miejsce wywołuje poczucie niespełnienia, utraty oraz frustrację, szczególnie jeśli na horyzoncie nie widać perspektywy zmiany sytuacji. Powstaje także konflikt wynikający z obawy, czy własne zachowanie jest zgodne z takim, które jest uważane za odpowiednie czy nawet idealne. Jak już wspomniano, najbardziej obciążone opieką nad chorym są 50-letnie osoby, na które zazwyczaj spadają najtrudniejsze obowiązki.

Stąd głęboka refleksja amerykańskiego onkologa i bioetyka Ezekiela J. Emanuela, wyrażona w pracy „Dlaczego chciałbym umrzeć w wieku 75

lat”. Jakkolwiek jego prowokujące argumenty mogą wydawać się bluźniercze wobec ludzi, którzy włożyli wiele wysiłku w walkę z ageizmem, to wysuwa on argument, że dla całego społeczeństwa, rodziny i nas samych byłoby lepiej, gdyby poddać się naturze (Emanuel, 2014, s. 77). Powołując się na analizy uznanego badacza zależności między wiekiem a kreatywnością, Deana Keitha Simontona, który zsyntetyzował liczne dane w celu wykazania typowej krzywej kreatywności: kreatywność wzrasta szybko wraz z rozpoczęciem kariery, aby osiągnąć szczyt ok. 20 lat w jej trakcie – ok. 40. lub 45. roku życia, a następnie powoli spada, jednak istnieją pewne, chociaż niewielkie różnice między dyscyplinami. Emanuel dowodzi, że sytuacja staje się jeszcze większym problemem, gdy zmagamy się z najbardziej przerażającą ze wszystkich możliwości: życiem z demencją (i utratą pamięci) oraz z innymi niepełnosprawnościami umysłowymi. Analizuje też możliwości opiekuńcze swojej rodziny. „Siedemdziesiąt pięć lat to wiek, którego chcę dożyć. Chcę celebrować moje życie, być nadal u szczytu moich możliwości. Moje córki i drodzy przyjaciele będą nadal próbować przekonać mnie, że się myślę i mogę żyć znacznie dłużej. Ale zachowam prawo do zmiany zdania i zaoferowania energicznej i uzasadnionej obrony życia jak najdłużej. To przecież znaczy, że chcę być wciąż twórczy po 75. roku życia” (tamże, s. 81).

Także statystyki wydają się jednoznaczne. Z przeprowadzonej np. w Wielkopolsce pogłębionej analizy usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych wynika, że: „W obszarze wsparcia osób niesamodzielnych widoczne jest zjawisko feminizacji roli opiekuna nieformalnego (67% opiekunów to kobiety). Opiekunowie nieformalni znajdują się najczęściej w średnim i późnym okresie dorosłości, 70% opiekunów to osoby w wieku od 41 lat do 70 lat (74,8% kobiet, 72,9% mężczyzn). Opiekunowie nieformalni są najczęściej opiekunami rodzinnymi (83,1%). Podopiecznym, wobec którego świadczona jest opieka nieformalna, jest najczęściej rodzic (50,8%), inny członek rodziny (16%) oraz małżonek (13,4%). W niespełna połowie przypadków (48,9%) podopieczny zamieszkuje wraz z opiekunem, a więc najczęściej z synem/córką. Osobą najczęściej zamieszkującą z opiekunem jest senior znacznie niesprawny (44,7%). 64,7% opiekunów nieformalnych pełni funkcję opiekuńczą powyżej 2 lat (31,7% od 2 do 5 lat, 33% powyżej 5 lat)” (Czub, Szpyrka, Zaręba, 2017, s. 7).

W opracowaniu także wyraźnie wskazano na to, że: „W relacji opiekuńczej nad osobą spokrewnioną zaangażowanie osobiste powiązane jest z zaangażowaniem opiekuńczym, relacja opiekuńcza jest częścią relacji osobistej i na odwrót. Opiekun nieformalny może być narażony na doświad-

czanie negatywnych zjawisk, do których można zaliczyć, np. wypalenie opiekuńcze czy syndrom opiekuna, co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia jego stanu zdrowia” (tamże, s. 7–8).

ZABEZPIECZENIE POTRZEB OSÓB STARSZYCH A KONDYCJA ICH OPIEKUNÓW DOMOWYCH

Nie można jednak zakładać, że dla wszystkich jednakowo frustrujące jest wspieranie starzejących się rodziców i dorosłych dzieci. Dla niektórych ta sytuacja jest źródłem satysfakcji, bo w wieku średniej dorosłości czują się potrzebni, ważni, a nawet niezastąpieni.

Przekonanie o konieczności opieki nad starszymi członkami rodziny (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie) i starszym pokoleniem jest wartością, która w kulturze środkowoeuropejskiej nie zmieniła się od wieków.

Zmiany demograficzne wywołały pojawienie się zjawisk dotąd nieznanych, jak np. „pokolenia kanapki” (*sandwich generation*). Jego mianem określa się osoby, które jednocześnie: mają około 40–60 lat, są aktywne zawodowo i są rodzicami dorastających dzieci, ale są także dziećmi rodziców w podeszłym wieku wymagających opieki i ponoszą odpowiedzialność (także finansową) zarówno za dzieci, jak i starszych rodziców. Jednocześnie warunki ekonomiczne ostatnich dwudziestu lat przyczyniły się do „gniazdowania” (*kidults, bambocioni*) – pozostawiania dorosłych dzieci w domu rodzinnym. Jakkolwiek nie jest to niczym nowym, gdyż obowiązek opieki zarówno nad dziećmi, jak i nad rodzicami jest naturalny i nie podlega dyskusji, to rola ta, szczególnie w czasach kryzysu ekonomicznego, z czasem stała się rolą ponad siły osoby już i tak nadmiernie obciążonej. Warto jednak przypomnieć, że opisywany okres w życiu człowieka dorosłego przypada na czas największej produktywności i efektywności w wielu sferach jego życia, a obowiązki opiekuńcze należą do wielu spośród tych, z których musi się on wywiązać (Huber, 2016a, s. 36–37). Pogarszająca się sytuacja rodzinna opiekunów swoich rodziców, a jednocześnie osób ciągle wspierających własne dzieci, stała się znaczącym psychologicznym problem osobistym.

Jak pisze Piotr Szukalski (2016, s. 215), naturalnie wyznacznikiem dostępu do rodzinnego wsparcia jest status rodzinny seniorów: ich stan cywilny, liczba posiadanych dzieci oraz spójność z potrzebami seniorów i możliwościami wspierających, a także relacje łączące członków rodziny.

Dla opiekunów domowych osób starszych koniecznością staje się zmiana trybu życia, stopniowa rezygnacja z funkcji społecznych, skoordynowa-

nie pracy z leczeniem i opieką nad osobą niesamodzielną z demencją, np. z zespołem Alzheimera.

Anna Przybyłek-Boraczyńska (2016, s. 25) podkreśla szczególny charakter takiej opieki: „(...) przez pierwsze 3–4 lata (pierwsza faza choroby) opiekun z reguły daje sobie radę sam, korzystając z pomocy innych członków rodziny czy sąsiadów. Przy pojawieniu się objawów II i III stopnia choroby, kiedy u podopiecznego pojawiają się objawy, takie jak: zaniedbywanie higieny, niechęć do jedzenia i picia, wychodzenia z miejsca zamieszkania z obawy przed zagubieniem się w terenie, znaczące problemy z pamięcią i agresja, opiekun nie jest w stanie sprawować opieki wydajnie i samodzielnie. Płatna opieka całodobowa obcej osoby nad chorym w domu jest ciągle bardzo droga. Ponadto osoby z zaawansowanym zespołem Alzheimera domagają się ciągłej obecności opiekuna, bo wtedy czują się w miarę bezpiecznie. Zwraca się uwagę na to, że kiedy kondycja opiekuna wyraźnie się pogarsza, może on sam stać się pacjentem. Stałe życie w stresie, przemęczenie fizyczne i poczucie niezwyklej odpowiedzialności może skutkować depresją połączoną z zaburzeniami nastroju («zespół stresu opiekuna»»).

Trudno w tej sytuacji znaleźć rozwiązanie problemów zarówno opiekuna, jak i podopiecznego, a poszukiwanie pomocy psychologa i psychiatry bywa konieczne. Staje się to wyzwaniem dla znaczącej liczby opiekunów domowych, ale także opiekunów zawodowych: pracowników socjalnych, opiekunów w DPS o różnym profilu, asystentów osób niepełnosprawnych. Wskazują na to wyniki rozmów z nimi, które najczęściej rozpoczynają się na temat relacji dotyczących opiekuna i podopiecznego, następnie jednak to opiekun chce rozmawiać o negatywnych emocjach, jakie przeżywa w związku z przeciążeniem opieką. Problemy psychologiczne opiekunów osób z demencją to najczęściej: zwiększone poczucie odpowiedzialności za siebie i bliskich, częstsze przeżywanie emocji negatywnych (przygnębienia, smutku, osamotnienia, zniechęcenia jako skutku poczucia przytłoczenia nadmiernymi obowiązkami, przemęczenia i poczucia winy, czy opieka jest wystarczająca, depresji). Towarzyszy temu pogłębiająca się świadomość pogarszającego się własnego stanu zdrowia. Poczucie niespełnienia, utraty spowodowane koniecznością odkładania realizacji własnych potrzeb na dalszy plan. Brak perspektywy zmiany sytuacji powoduje nasilającą się frustrację (Rachel, Turkot, 2015, s. 61; Huber, 2016a, s. 38–39; Huber, 2017, s. 120). Ponadto opiekunowie przeżywają konflikt wynikający z poczucia, że przeżywane emocje, a nawet zachowanie, nie są zgodne z tym, co jest uważane za odpowiednie czy nawet idealne (Huber, 2017, s. 121).

W Polsce nie ma specjalistycznych oddziałów szpitalnych dla chorych geriatrycznych, gdzie można uzyskać pomoc, nie tylko doraźną. Specjalność gerontologia nie cieszy się zainteresowaniem. Niewielu psychologów specjalizuje się w poradnictwie geriatrycznym, a działania w obszarze geragogiki są skupione na pracy z dorosłymi seniorami na uniwersytetach i akademiach trzeciego wieku dla osób, które intelektualnie mogą z tego korzystać. Ten ostatni aspekt, jakże ważny dla podnoszenia jakości życia seniorów i przejaw profilaktyki starzenia się, jest niezwykle cenny, ale nie przyczynia się wymiennie do pomocy osobom bezpośrednio opiekującym się seniorami.

WSPARCIE OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH – WYMIAR INSTYTUCJONALNY I OSOBISTY

Przyjmujemy, że polityka senioralna jest to „(...) ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. Celem polityki senioralnej jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych (...)” (Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce..., 2014, s. 4).

O ile zabezpieczenie instytucjonalne potrzeb seniorów, choć nie zawsze i nie wszędzie, można uznać za wystarczające, o tyle psychologiczne wsparcie dla opiekunów osób starszych wymaga ciągłego doskonalenia.

Wynika to przede wszystkim z ich ciągle zmieniającej się sytuacji psychospołecznej. Biorąc pod uwagę, że nasze życie co 4–5 lat wydłuża się o rok, to stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego wydaje się nieuniknione. Dziś w Polsce na jednego emeryta pracują niecałe trzy osoby, a w następnym pokoleniu będą pracowały tylko dwie. Chociaż dzisiejsze „pokolenie kanapki” opiekujące się seniorami to grupa beneficjentów przemian ustrojowych, która właśnie dochodzi do pięćdziesiątki, to niebawem w „finansową pułapkę” i zobowiązania wobec dwóch pokoleń wpadną osoby w wieku 60 i więcej lat. Także prognozowany system emerytalny wzmaga poczucie odpowiedzialności za utrzymywanie seniorów. Świadomość takiej perspektywy stanowi istotną przyczynę o charakterze ekonomicznym, która wpływa na kondycję psychiczną opiekunów osób starszych. Psychologiczny aspekt takich sytuacji najbardziej angażuje emocjonalnie człon-

ków średniego pokolenia, którym pozostawia się ostateczną decyzję wraz ze wszystkimi jej konsekwencjami, jak zaopatrzyć potrzeby rodziców lub dziadków. W Polsce nie wypracowaliśmy jeszcze sprawnego systemu, który umożliwiłby chociażby czasowe uwolnienie od takich odpowiedzialnych opiekuńczych obowiązków.

Skuteczna pomoc opiekunom domowym osób starszych, np. z różnego rodzaju i stopnia otępieniem, polega przede wszystkim na umożliwieniu im udziału w „zintegrowanych programach psychospołecznych (strategie postępowania z chorym, modyfikacje środowiskowe, psychoedukacja, konsultacje rodzinne, możliwość konsultacji telefonicznych) oraz programach psychoterapeutycznych (grupy wsparcia i sesje indywidualne), co pozytywnie wpływa na jakość życia opiekuna i chorego, tak aby poprawić stan psychiczny i somatyczny. Przydatnym rodzajem pomocy dla opiekunów osób chorujących z powodu zaburzeń otępiennych są grupy wsparcia składające się z równoprawnych uczestników, którzy spotykają się w celu wzajemnego zapewnienia sobie pomocy i oparcia w radzeniu sobie z problemami” (Huber, 2017, s. 123–124).

Od lipca 2017 r. w ramach programu „Za Życiem” można, co prawda, korzystać z usług wspierających i tzw. opieki wytchnieniowej, ale są one skierowane do opiekunów dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności i osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (Różański, 2017).

Pomoc opiekunom starszych osób niepełnosprawnych oferują domy opieki w ramach pobytów wytchnieniowych. Proponują opiekunom zastępczą opiekę na czas odpoczynku/nieobecności członka rodziny lub osób, które na co dzień opiekują się osobą niesamodzielną. Może to być opieka na weekend, na wakacje, na wyjazd świąteczny, na czas wyjazdu na rodzinną uroczystość lub w podróż służbową. Podstawowy zakres usług to: pomoc w poruszaniu się (bez przenoszenia łóżko/wózek) w obrębie mieszkania i poza nim podczas spacerów, wizyt towarzyskich, terminów lekarskich, rehabilitacji, wizyt u fryzjera itd.; pomoc w ubieraniu i rozbieraniu się; wsparcie dla osób niedowidzących, niedosłyszących. W zakresie pielęgnacji: pomoc w utrzymaniu higieny osobistej: mycie, kąpiel, korzystanie z prysznica, czesanie, golenie, higiena jamy ustnej (mycie zębów, higiena protezy zębowej). W obszarze higieny osobistej i kontroli czynności fizjologicznych: pomoc w utrzymaniu higieny osobistej: wymiana wkładek, pieluch, pieluchomajtek; pomoc w utrzymaniu higieny okolic intymnych; kontrola wypróżnień oraz kontrola opróżniania pęcherza moczowego. W zakresie posiłków: przygotowywanie posiłków, napojów i pomoc w ich

przyjmowaniu; kontrola ilości spożytych pokarmów i napojów. Oferowane podstawowe usługi wsparcia w czynnościach życia codziennego to: pomoc w utrzymaniu czystości w miejscu świadczenia opieki (odkurzanie, ścielenie łóżek, zmywanie, wynoszenie śmieci z gospodarstwa domowego); przypomnienie o przyjmowaniu leków. Wspólne spędzanie czasu: dbanie o bezpieczeństwo podopiecznego; dotrzymywanie towarzystwa i wspólne spędzanie czasu (oglądanie telewizji, słuchanie radia, muzyki, gry towarzyskie, czytanie na głos książek i gazet). W ramach opieki nad przewlekle chorymi: pomoc w poruszaniu się, z przenoszeniem łóżko/wózek; pielęgnacja podopiecznych obłożnie chorych (mycie i pielęgnacja podopiecznego w łóżku, zmiana pozycji, profilaktyka przeciwoleżynowa); opieka nad podopiecznym z chorobami otępiennymi: demencja, choroba Alzheimera; planowanie i przygotowywanie posiłków dietetycznych zleconych przez lekarza/dietetyka (np. dieta cukrzycowa); opieka nad podopiecznym ze stonią, cewnikiem moczowym, sondą żołądkową.

Dokonując przeglądu dostępności takich usług, trudno oprzeć się wrażeniu, że oferują je jednak głównie jednostki prywatne. Ceny są ustalane w zależności od zakresu prac i pozostają do uzgodnienia.

Jak twierdzi Rafał Bakalarczyk (2015), „nie mamy w Polsce opieki wytechnieniowej z prawdziwego zdarzenia. Jeżeli mówimy o wsparciu usługowym w ciągu dnia, to też są duże ograniczenia. Specjalistyczne usługi i usługi opiekuńcze w ramach domów opieki społecznej są dedykowane raczej osobom samotnym. Niepełnosprawnym, którzy mieszkają przy rodzinie, przysługuje to tylko w bardzo określonej sytuacji i jest bardzo uznaniowe”.

Opieka nad seniorem w domu staje się prawdziwym życiowym problemem – wysiłkiem fizycznym i psychicznym. Dlatego w wielu krajach w Europie i na świecie opieka lekarska (farmakologiczna) nad osobami starszymi, które z wiekiem przestają być samodzielne także w sferze funkcjonowania psychologicznego, jest niewystarczająca i są podejmowane inne działania w celu usprawniania możliwości wsparcia opiekunów domowych w opiece nad seniorami. Korzystać z niej mogą także opiekunowie instytucjonalni, pracownicy socjalni, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pedagodzy pracujący z seniorami. Taką metodą jest reminiscencja (Huber, 2016c, s. 122–123).

Wypracowanie modelu wszechstronnej opieki senioralnej w teorii oraz powiązanie jej z funkcjonującymi już w praktyce metodami może ułatwić współdziałanie wielu jej sektorów, aby skutecznie zmierzyć się z wyzwaniami „sowiejącego społeczeństwa”.

Powinna ona być także adresowana do dzisiejszych pięćdziesięcio- i sześćdziesięciolatek, którzy – sami wchodząc w wiek senioralny – chcą i mogą być wydajnymi opiekunami swoich starszych członków rodzin. To właśnie oni, jak wynika z analiz, są tymi, którzy trzymają za rękę swoich najbliższych do ostatniej chwili ich wspólnego życia.

ZAKOŃCZENIE

O ile opieka nad potrzebującymi seniorami stanowi spójny, choć – naturalnie – nie do końca idealny i satysfakcjonujący system działań, o tyle zintegrowana pomoc dla ich opiekunów nie została dotąd wyraźnie wyodrębniona w systemie długofalowej polityki senioralnej.

Zarówno zakres, jak i zasady pomocy psychologicznej dla opiekunów osób starszych wymagają wyspecjalizowanego zabezpieczenia instytucjonalnego i funkcjonalnego (poradnictwo psychogeriatryczne, kształcenie do zawodów opiekuńczych z uwzględnieniem specyfiki wiekowej odbiorców usług, nakierowanie kształcenia na kierunkach medycznych i społecznych na praktykę pomocy osobom w wieku późnej dorosłości i starości). Potrzeba zatem ustawowego zabezpieczenia sytuacji rodzinnej opiekunów osób starszych w ramach długofalowej polityki społecznej oraz zapewnienia środków finansowych na ten cel.

BIBLIOGRAFIA

- Bakalarczyk, R. (2015). Nie mamy w Polsce prawdziwej opieki wytchnieniowej. Portal *rynekseniora.pl*, dostęp: 03.11.2015. http://www.rynekseniora.pl/rynek_opieki/105/nie_mamy_w_polsce_prawdziwej_opieki_wytchnieniowej,3491.html, dostęp: 07.10.2017.
- Burda, K. (2009). Czasoodporni. *Newsweek*, 42, 58–61.
- Czub, K., Szpyrka, S., Zaręba, M. (2017). *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*. Poznań: Obserwatorium Integracji Społecznej, Wielkopolskie Regionalne Obserwatorium Terytorialne, Departament Polityki Regionalnej UMWW.
- Easterbrook, G. (2014). What happens when we all live to 100? *The Atlantic*, *October*, 61–66. [tłum. autorki].
- Emanuel, E.J. (2014). Why I hope to die at 75. *The Atlantic*, 314(3), 74–81. [tłum. autorki].
- GUS (2017). *Trwanie życia*. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>, dostęp: 06.10.2017.

- Huber, L. (2016a). Sytuacja psychospołeczna seniorów i ich opiekunów w wybranych krajach Unii Europejskiej. W: M.H. Herudzińska, I. Błaszczak, *Znane i nieznanne oblicz starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku* (s. 34–46). Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Huber, L. (2016b). Starzenie się zmienia swój charakter potrzeby opiekunów starszych również. *Polityka senioralna*, 1(2), 55–56.
- Huber, L. (2016c). Reminiscencja – powrót do przeszłości jako metoda utrzymania zdolności poznawczych. *Polityka senioralna*, 1(2), 122–123.
- Huber, L. (2017). Dylematy opiekunów osób starszych wynikające z fenomenów okresu późnej dorosłości – ich wpływ na zdrowie i samopoczucie. W: J. Hoffmann-Aulich, A. Wojciechowska-Łącka, *Starzenie się a może długowieczność* (s. 113–126). Zielona Góra: Wydawnictwo UZ.
- Przyszłe emerytury zależą od nas samych* (2016). <https://www.polskieradio.pl/42/4393/Artykul/1581460,Przyszle-emerytury-w-duzym-stopniu-zaleza-od-nas-samych>, dostęp: 07.10.2017.
- Przybyłek-Boraczyńska, A. (2016). Jak żyć z Alzheimerem? *Głos Seniora*, 23, 25.
- Rachel, W., Turkot, A. (2015). Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera? *Psychoterapia*, 1(172), 59–71.
- Różański, M. (2017). „Za Życiem” pod lupą: opieka wytchnieniowa. Portal *niepełnosprawni.pl*, dostęp: 07.10.2017.
- Szukalski, P. (2016). Sytuacja rodzinna i potrzeby ludzi starszych w Polsce. W: M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego* (s. 209–221). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Szukalski, P., Kałuża, D. (2009). Demografia starości. W: A. Jakrzewska-Sawińska, *Jakość życia w starości – mity i rzeczywistość* (s. 7–14). Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej, Poznań.
- World Health Organization (2017), <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>, dostęp: 07.10.2017.
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (2014). *Monitor Polski*, poz. 118, 1–50.
- ZUS (2017). *Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych*. <http://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/rocznik-statystyczny-ubezpieczen-spolecznych>, dostęp: 06.10.2017.

MENTAL CARE FOR SENIORS AND THEIR CARERS AS A CHALLENGE FOR SOCIAL POLITICIES

ABSTRACT

The demography of aging raises questions that answering to will be important for effective, comprehensive care for the elderly and their aging caregivers. Predictions for the future of our society require analyzing different problems: who are long-living people? Will the quality and quantity of services in this

area be adequate Why is medical care not always linked to the protection of the mental needs of the patients? But also how is the environmental psychological care over caregivers of older people being formed? Developing a theoretical model of comprehensive senior care and linking it with already existing practice methods can facilitate the interaction of many of its sectors to effectively address the challenges of a “gray society”.

Key words: old people, family caregivers, comprehensive care, mental needs, psychological dilemma, psychological help