

**Agata Wołowska**

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

ORCID: 0000-0003-1864-3920

## **Problemy okresu starości doświadczane przez mieszkańców domu pomocy społecznej**

Głównym celem badania było zidentyfikowanie problemów okresu starości, których doświadczają mieszkańcy domów pomocy społecznej. Badaniem objęto 120 osób zamieszkujących jeden z domów pomocy społecznej w Polsce. Placówka przeznaczona jest dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych. Badanie ujawniło, że: 1) problemy zdrowotne mieszkańców najliczniej reprezentowane są przez choroby układu pokarmowego, zaburzenia percepcji wzrokowej i słuchowej oraz schorzenia układu ruchu; w dalszej kolejności jest to proces otępienny i depresja, 2) seniorzy wskazali na problemy finansowe jako bardziej dokuczliwe niż problemy zdrowotne.

**Słowa kluczowe:** pedagogika, problemy okresu starości, mieszkańcy domu pomocy społecznej

### **Problems of old age period experienced by the residents of the nursing home**

The main objective of this research was to identify the problems of retirement period experienced by the residents of nursing homes. The study concerned 120 residents one of the nursing home in Poland. The facility is designed for the elderly and chronically physically ill. The research has shown that: 1) health problems of the residents are most strongly represented by gastrointestinal diseases, impaired visual and auditory perception and disorders of the musculoskeletal system; the next is the process of dementia and depression, 2) seniors pointed out financial problems as more annoying than health problems.

**Keywords:** education, problems of old age period, residents of the nursing home

## Wprowadzenie

Problematyka starości coraz częściej staje się przedmiotem badań i refleksji przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Przyczyną tego zainteresowania jest stały wzrost populacji osób starszych na świecie, a w związku z tym wyłaniająca się potrzeba poprawy jakości ich życia.

Współczesne społeczeństwo w krajach uprzemysłowionych zostało opisane jako społeczeństwo prostokątne (Stuart-Hamilton, 2000). Z uwagi na fakt, iż w przybliżeniu porównywalna liczba osób żyje w każdym dziesięcioletnim przedziale wiekowym (np. tyle samo osób w wieku 0–9 lat, 10–19 lat itd.), histogram obrazujący liczebność poszczególnych przedziałów wiekowych przypomina (z drobną dowolnością interpretacyjną) – prostokąt. Dla porównania histogram z roku 1900 – wyglądał jak piramida (największa liczebność ludzi we wczesnych grupach wiekowych, stopniowo zmniejszająca się w późniejszych latach), dlatego też to społeczeństwo opisano jako piramidalne.

W literaturze przedmiotu wymienia się zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty okresu starości. Do tych pierwszych zalicza się m.in.: satysfakcję z przejścia na emeryturę, zadowolenie związane z możliwością opieki nad dziećmi i wnukami, możliwość dokonania zmian we własnym życiu, większą zdolność wartościowania różnych sytuacji oraz rezygnacji z tych form aktywności i celów, które nie łączą się z satysfakcją. Obiektywnym, choć nie uniwersalnym atrybutem starości może być również mądrość życiowa, a także inny od dotychczasowego wzorzec komunikacji między małżonkami, którzy stają się sobie bardziej bliscy we wspólnocie, którą tworzą (Steuden, 2014). Wśród negatywnych aspektów wymienia się: konieczność dostosowania się do przemian społecznych, cywilizacyjnych i kulturowych, trudność w podtrzymywaniu dialogu międzypokoleniowego, utratę bliskich osób (członków rodziny, przyjaciół, znajomych), narastanie dolegliwości chorobowych, utratę poczucia bycia osobą użyteczną i potrzebną, a także doświadczanie lęku, którego źródłem jest świadomość nadchodzącego kresu życia oraz niepoehlebne lub dwuznaczne przekazy kulturowe, odnoszące się do funkcjonowania osób w tym okresie (Wiśniewska, 2014).

Znaczną trudnością dla wielu osób starszych jest obniżająca się samodzielność, w związku z czym coraz częściej pojawia się zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie. Większość osób w tej grupie wiekowej musi korzystać z różnych form opieki społecznej i medycznej (instytucjonalnej, stacjonarnej, ambulatoryjnej), a około 30% z nich deklaruje, że zdecydowałoby się na pobyt w domu pomocy społecznej, gdyby ich sytuacja zdrowotna, rodzinna, ekonomiczna czy społeczna tego wymagała.

## Starzenie, starość – analiza pojęć

Starość i starzenie się – to pojęcia trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Podczas gdy starość traktowana jest jako etap, stan w życiu człowieka i ma charakter statyczny, to starzenie się – oznacza proces, jest zjawiskiem dynamicznym, przebiegającym w czasie.

Starzenie się definiowane jest jako normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, zachodzący w osobniczym rozwoju organizmów żywych, także człowieka (Pędich, 2007, s. 3). Według Jerzego Piotrowskiego starzenie się jest procesem zmian zachodzących w ustroju w ciągu całego życia i doprowadza – wraz z upływem lat – do osłabienia funkcji poszczególnych organów i ostatecznie do śmierci (por. Leszczyńska-Rejchert, 2008).

Proces starzenia rozpoczyna się u człowieka już w wieku średnim i nasila wraz z upływem czasu. Pod względem jakościowym starzenie, które przebiega jako proces fizjologiczny, bez powikłań chorobowych, nazywane jest starzeniem prawidłowym. Najczęściej jednak starzenie zostaje powikłane lub przyspieszone przez przewlekłe procesy chorobowe i mówi się wówczas o starzeniu patologicznym.

Starość, inaczej wiek starczy, traktowana jest natomiast jako końcowy okres starzenia się, który nieuchronnie kończy się śmiercią. W tym znaczeniu za początek starości przyjmuje się umownie 60. rok życia (według Światowej Organizacji Zdrowia) lub 65. rok życia (por. Nowicka, 2006).

Na przestrzeni lat sformułowano wiele definicji starości. W wymiarze biologicznym starość jest okresem, w którym procesy kataboliczne przeważają nad anabolicznymi, a zachodzące zmiany o charakterze regresyjnym są większe niż procesy odnowy i regeneracji (Krzyżowski, 2004). Starością określa się ostatni etap rozwoju ontogenetycznego człowieka, który poprzedzają takie okresy, jak: dzieciństwo, młodość i wiek dojrzały (Olszewski, 1998, s. 855), lub końcowy etap procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie i prowadzą do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej człowieka, bez możliwości przeciwdziałania temu (Zych, 2001, s. 202). Starość nazywana jest również późną dorosłością lub trzecim wiekiem (po młodości i wieku dorosłym).

Starość jest zjawiskiem zarówno jednostkowym (starzeje się przede wszystkim określony człowiek, który przeżywa blaski i cienie tej fazy życia), jak i społecznym (starzeje się dana społeczność lokalna, wieś, miasto, osiedle, mieszkańcy domu, kraju, kontynentu, świata) (Czerniawska, 2002, s. 11).

Ludzie starzy nie stanowią jednolitej, homogenicznej grupy. Występuje w jej obrębie duże zróżnicowanie tak pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycz-

nej i psychicznej, jak i pod względem sytuacji życiowej, ekonomicznej i społecznej. Fakt ten uzasadnia potrzebę podziału starości na podokresy.

## Etapy starości

Nie ma jednej, powszechnie przyjętej i uznanej periodyzacji starości, gdyż podobnie jak w przypadku jej definiowania i tutaj pojawiają się trudności w ustaleniu jednoznacznego progu tego okresu oraz jego stadiów (Nowicka, 2006). Według Marii Straś-Romanowskiej (2004) źródłem tych trudności jest indywidualne tempo starzenia się człowieka, niejednorodny obraz starości oraz zróżnicowanie preferencji w wyborze jej kryteriów.

W charakterystyce ostatniej fazy życia zwykle uwzględnia się trzy kryteria: 1) kryterium biologiczne określone przez uchwytne zmiany funkcji fizjologicznych organizmu, 2) kryterium socjoekonomiczne, które wynika z podporządkowania przestrzeni życiowej współczesnego człowieka czynnikom socjologicznym, instytucjonalnym i ekonomicznym, 3) kryterium psychologiczne (najmniej precyzyjne), które obejmuje przeobrażenia w sferze procesów psychicznych, osobowości oraz w sferze subiektywnych doświadczeń (por. Nowicka, 2006).

Literatura gerontologiczna zawiera wiele przykładów periodyzacji starości. Powszechnie przyjętym podziałem jest podział na dwa okresy – wczesną starość (do 75. roku życia) i późną starość (powyżej 75. roku życia) (Pędich, 1995, cyt. za: Nowicka, 2006). Inną klasyfikację zaproponował Adam Bochenek (cyt. za: Leszczyńska-Rejchert, 2008), który przedstawił lata starości w postaci trzech stopni starzenia się: I stopień – 60–70. r.ż., II stopień – 70–80. r.ż. i III stopień – 80–90 r.ż. Przyjętym podziałem okresu starości jest również ten, w którym wyróżnia się podokres od 60 do 75. r.ż., podokres od 75 do 85. r.ż. oraz podokres powyżej 85 r.ż. (por. Bee, 2004).

Natomiast współcześni gerontolodzy najczęściej stosują podział osób starszych na:

- 1) młodszych starszych (*young old*) – starość wczesna, wiek podeszły (między 60. a 74. r.ż.) – osoby w tym przedziale wiekowym cieszą się na ogół dość dobrą sprawnością fizyczną i społeczną oraz samodzielnością społeczną i ekonomiczną, a powodem ich śmierci mogą być nieszczęśliwe wypadki lub choroby, nie zaś same zmiany starcze,
- 2) starszych starszych (*old old*) – starość późna, starość właściwa, wiek starczy (między 75. a 89. r.ż.) – w okresie tym znacznemu pogorszeniu ulega sprawność umysłowa i fizyczna seniorów, wykazują oni dużą potrzebę korzystania z pomocy innych, wielu z nich umiera na skutek zaawansowanego procesu starzenia się,

- 3) długowiecznych (*longlife*) – starość sędziwa, wiek sędziwy (powyżej 90. r.ż.) – nieliczna grupa osób, wywodzących się najczęściej z rodzin długowiecznych, które przez długi czas mogą wykazywać się dużą żywotnością i być sprawne zarówno pod względem fizycznym, jak i intelektualnym (Binczycka-Anholcer, 1997, cyt. za: Nowicka, 2006; Leszczyńska-Rejchert, 2008).

## Wybrane problemy okresu starości

Okres starości, podobnie jak poprzednie fazy życia, stawia przed człowiekiem różnorodne wyzwania, piętrzy trudności i generuje szereg problemów. Do najważniejszych problemów okresu senioralnego zalicza się: utratę sprawności fizycznej i psychicznej (co przejawia się w mniejszej szybkości i sile, kłopotach z percepcją wzrokową i słuchową, uszkodzeniu zmysłu węchu i smaku, a także w obniżeniu podstawowych zdolności poznawczych i wykonawczych), samotność (spowodowaną śmiercią współmałżonka, przyjaciół i znajomych) i stosunkowo często towarzyszące osobom w starszym wieku poczucie osamotnienia (w przypadku rozluźnienia więzi rodzinnych), zapewnienie ludziom starszym godziwych warunków życia (ze względu na brak wystarczających zasobów finansowych, ich małą samodzielność i brak należytej opieki ze strony bliskich), poczucie niepełnowartościowości (związane z przejściem na emeryturę, utratą roli zawodowej i prestiżu społecznego oraz z nadmiarem wolnego czasu, który nie zawsze osoby starsze potrafią sobie zorganizować), utratę zdrowia i przeżywanie chorób przewlekłych (co często stanowi źródło cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, a także problem uświadomienia sobie nadchodzącej śmierci (por. Kowalik, 1997). Ponadto w wieku senioralnym mogą występować stany depresyjne, niepokój i wrogość, które nie sprzyjają nawiązywaniu więzi i generują stan przygnębienia (Błajet, 2012).

Obecnie, w literaturze odnoszącej się do problematyki starości stosuje się podział problemów zdrowotnych osób starszych na dwie zasadnicze grupy: 1) „wielkie problemy geriatryczne”, 2) układowe stany chorobowe (Kościńska, 2010).

### „Wielkie problemy geriatryczne”

Pojęciem „wielkich problemów geriatrycznych” (por. tabela 1) określa się najczęściej pojawiające się zaburzenia (lub choroby) fizyczne i psychiczne, które doprowadzają do zaburzeń funkcjonowania osób w wieku starszym (Zdziebło, 2009). Są one wynikiem nakładania się zmian będących następstwem ostrych

lub przewlekłych chorób na rezerwę narządową, zmniejszoną w wyniku inwolucji organizmu. Zaburzenia te ze względu na swoją przewlekłość, wieloprzyczynowość i trudności w leczeniu – powodują stopniową utratę niezależności osób starszych. Poprzez ograniczenie seniorów w zakresie ich aktywności życiowej, mobilności, kontaktu z innymi ludźmi oraz otoczeniem w zdecydowany sposób wpływają także na obniżenie ich poczucia jakości życia. Pomimo faktu, że zaburzenia te stanowią powszechne zjawisko, to jednak często bywają lekceważone i pozostawiane bez właściwej diagnozy i interwencji.

Tabela 1.

„Wielkie problemy geriatryczne”

<b>WIELKIE PROBLEMY GERIATRYCZNE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– majaczenia</li> <li>– otępienia (choroba Alzheimera, otępienie mieszane i naczyniopochodne, otępienie z ciałami Lewy’ego, choroba Picka, otępienie czołowo-skroniowe)</li> <li>– depresja (stany majaczeniowe)</li> <li>– omdlenia</li> <li>– niesprawność ruchowa (upadki, zaburzenia chodu)</li> <li>– odleżyny</li> <li>– nietrzymanie moczu</li> <li>– nietrzymanie stolca</li> </ul>
--	--

Źródło: Kościńska, 2010, s. 40.

## Układowe stany chorobowe

Liczne badania oraz dane epidemiologiczne ujawniają, że najważniejszym problemem starości jest osłabienie organizmu i różnorodne kłopoty zdrowotne, które nieuchronnie pojawiają się wraz z zaawansowanym wiekiem (Halik, 2002, cyt. za: Kościńska, 2010). W tabeli 2 przedstawiona została lista chorób występujących w okresie starości z uwzględnieniem układu, w którego obrębie się pojawiają.

Tabela 2.

*Układowe stany chorobowe występujące w okresie starości*

<b>UKŁAD KRAŻENIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nadciśnienie tętnicze</li> <li>– choroba niedokrwienna serca (stabilna choroba wieńcowa, zawał serca)</li> <li>– migotanie przedsionków</li> <li>– wady serca (zwężenie ujścia aortalnego, przewlekła niedomykalność mitralna)</li> <li>– niewydolność serca</li> </ul>
<b>UKŁAD ODDECHOWY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– przewlekła obturacyjna choroba płuc</li> <li>– rak płuc</li> <li>– choroby śródmiąższowe płuc (samoistne włóknienie płuc, pozaszpitalne zapalenie płuc)</li> <li>– gruźlica</li> <li>– zatorowość płucna (nadciśnienie płucne zakrzepowo-zatorowe)</li> </ul>
<b>UKŁAD KRWIOTWÓRCZY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niedokrwistość</li> <li>– choroby rozrostowe układu krwiotwórczego (białaczki ostre i przewlekłe)</li> <li>– choroby rozrostowe układu chłonnego</li> </ul>
<b>UKŁAD POKARMOWY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– choroby przełyku (dysfagia, choroba refluksowa przełyku, przepuklina rozworu przełykowego przepony, rozlany skurcz przełyku i przełyk korkociągowaty, rak przełyku)</li> <li>– choroby żołądka (przewlekłe zapalenie żołądka, choroba wrzodowa, nowotwory łagodne żołądka, rak żołądka)</li> <li>– choroby jelit (biegunka, zespół upośledzonego wchłaniania, nietrzymanie stolca, zaparcia stolca, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna, uchyłki jelita grubego, ostre tętnicze niedokrwienie jelit, przewlekłe niedokrwienie jelit, polipy jelita grubego, rak jelita grubego)</li> <li>– choroby wątroby (wirusowe zapalenie wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, nowotwory łagodne wątroby, rak wątroby, kamica żółciowa, ostre i przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie dróg żółciowych, rak pęcherzyka żółciowego)</li> <li>– choroby trzustki (ostre i przewlekłe zapalenie trzustki, rak trzustki)</li> <li>– proktologia wieku starczego (zaparcia, choroba guzków krwawniczych, szczeliny odbytu, odczyny zapalne, przetoki i ropnie okołoodbytnicze, guzy odbytu, krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego)</li> </ul>

<b>UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– choroby tętnic nerkowych</li> <li>– ostra i przewlekła niewydolność nerek</li> <li>– torbiele nerek</li> <li>– zakażenia układu moczowego</li> <li>– choroby gruczołu krokowego (zespół niedoboru androgenów u starzejących się mężczyzn, rak stercza)</li> <li>– choroby narządu rodniego u kobiet i rak sutka (stany zapalne, krwawienie z narządu rodniego, zaburzenia statyki narządu rodniego, choroby trzonu macicy, mięśniaki macicy, guzy jajników, zmiany przednowotworowe i rak szyjki macicy)</li> <li>– rak piersi</li> </ul>
<b>UKŁAD NERWOWY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– choroby naczyniowe mózgu (udar mózgu, krwotok śródmózgowy, krwotok podpajęczynówkowy)</li> <li>– choroba Parkinsona</li> </ul>
<b>UKŁAD RUCHU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– osteoporoza</li> <li>– choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, dna moczanna, dna rzekoma, polimialgia reumatyczna i zapalenie tętnicy skroniowej)</li> <li>– choroby zwyrodnieniowe stawów</li> <li>– choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa</li> </ul>
<b>SKÓRA I NARZĄDY ZMYŚŁÓW</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– choroby infekcyjne skóry (róża, grzybice, półpasiec, łuszczyca)</li> <li>– choroby autoimmunologiczne skóry (pemfigoid, pęcherzyca, zapalenie skórno-mięśniowe)</li> <li>– zaburzenia naczyniowe (wyprysk podudzi)</li> <li>– choroby alergiczne</li> <li>– odczyny polekowe</li> <li>– łojotokowe zapalenie skóry</li> <li>– stany przedrukowe i nowotwory skóry (czerniak skóry)</li> <li>– zaburzenia widzenia</li> <li>– głuchota starcza</li> </ul>
<b>METABOLIZM I UKŁAD DOKREWNY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– choroby układu endokrynnego (cukrzyca typu 2)</li> <li>– nadczynność gruczołu tarczowego</li> <li>– niedoczynność gruczołu tarczowego</li> </ul>

Źródło: Kościńska, 2010, s. 40.



## Problematyka badawcza

Głównym celem przeprowadzonego badania była próba odpowiedzi na pytanie: Jakie problemy dominują w populacji mieszkańców domu pomocy społecznej? Sprawdzone, czy znajdują one odzwierciedlenie w deklaracjach słownych składanych przez samych badanych. W ramach badania wskazano także przyczyny zamieszkania badanych w placówce oraz zidentyfikowano towarzyszące im jednostki chorobowe. Założono, że realizacja niniejszych celów badawczych może mieć znaczenie zarówno poznawcze, jak i praktyczne, gdyż lepsze rozumienie istoty problemów doświadczanych przez seniorów może przyczynić się do zmiany zachowań innych osób wchodzących z nimi w interakcje, jak również do podjęcia odpowiednich działań, by skutecznie owe problemy rozwiązywać.

## Metoda

### Teren badania, charakterystyka osób badanych i procedura badania

Badanie przeprowadzone zostało w drugiej połowie marca 2018 roku w jednym z domów pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim. Jest to dom stałego pobytu przeznaczony dla osób w podeszłym wieku (75 miejsc) i osób przewlekle somatycznie chorych (45 miejsc). Dom dysponuje miejscami dla kobiet i mężczyzn.

Badaniem objęto 120 mieszkańców placówki – 75 badanych rekrutowało się z zespołu dla osób w podeszłym wieku oraz 45 – z zespołu dla osób przewlekle somatycznie chorych. Do ostatecznych analiz zakwalifikowano 102 mieszkańców, 18 osób (poniżej 60. r.ż.) odrzucono, jako niespełniających kryterium wieku. W grupie znalazło się 70 kobiet i 32 mężczyzn.

W badaniu posłużono się dwoma formami metody jakościowej – był to wywiad indywidualny oraz analiza dokumentów osobistych. Wśród narzędzi badawczych wykorzystano: kwestionariusz wywiadu oraz dokumenty osobiste mieszkańców domu pomocy społecznej, tj. wywiad środowiskowy oraz kartę zdrowia.

W pierwszej kolejności na podstawie dokumentacji socjalnej zidentyfikowano formalne powody umieszczenia każdego mieszkańca w placówce, a także dokładnie przeanalizowano karty zdrowia badanych w celu określenia zdiagnozowanych u nich jednostek chorobowych. Następnie na ograniczonej liczbie grupie 27 osób przeprowadzono wywiad, celem uzyskania informacji nt. subiektywnego doświadczania problemów przez mieszkańców DPS-u. Dobór grupy był celowy, a jego kryterium stanowiło zachowanie świadomości osób uczestniczących w badaniu.

## Wyniki

### Powody, dla których mieszkańcy zostali przyjęci do domu pomocy społecznej

W tabeli 3 przedstawiono uszeregowane pod względem częstotliwości występowania oraz z uwzględnieniem podziału na płeć – powody, dla których mieszkańcy zostali przyjęci do placówki (na podstawie danych zawartych w wywiadach środowiskowych osób badanych).

Tabela 3.

*Powody przyjęcia badanych mieszkańców do DPS-u z uwzględnieniem płci*

POWODY PRZYJĘCIA DO DPS	Ogółem (N = 102)		Kobiety (N = 70)		Mężczyźni (N = 32)	
Długotrwała i ciężka choroba	91	89%	65	93%	26	81%
Niepełnosprawność	65	64%	41	56%	24	75%
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego	15	15%	10	14%	5	16%
Konflikt w rodzinie	5	5%	5	7%	–	–
Postanowienie sądu	5	5%	4	6%	1	3%
Sytuacja kryzysowa	4	4%	3	4%	1	3%
Bezdomność	4	4%	1	1%	3	9%
Samotność	3	3%	1	1%	2	6%
Alkoholizm	2	2%	1	1%	1	3%
Ubóstwo	2	2%	–	–	2	6%
Przemoc w rodzinie	1	1%	–	–	1	3%
Bezrobocie	1	1%	–	–	1	3%

Jak wynika z tabeli 3, najczęściej występującym powodem przyjęcia mieszkańców do placówki jest ich długotrwała i ciężka choroba (89%). Jest to najczęściej ujawniana przyczyna zarówno w grupie kobiet – u 93% pojawia się ona na pierwszym miejscu, jak i w grupie mężczyzn – 81%. Drugim najczęściej występującym powodem przyjęcia jest niepełnosprawność (64%). Jej częstotliwość występowania wynosi odpowiednio: dla kobiet – 56%, dla mężczyzn – 75%. Trzecim powodem, dla którego mieszkańcy zostają zakwalifikowani do DPS-u, jest bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego, z czego w grupie kobiet stanowi ona 14%, natomiast w grupie mężczyzn – 16%.

Kolejne powody przyjęcia do DPS-u przekraczają 10% wskazań. W pięciu przypadkach było to przyjęcie z postanowienia sądu oraz konflikt w rodzinie,

który odnosi się tylko do grupy kobiet. Następnie wymienić należy sytuację kryzysową i bezdomność (po cztery przypadki), samotność (trzy przypadki: kobieta, dwaj mężczyźni) oraz alkoholizm (dwa przypadki: kobieta i mężczyzna).

Trzy z przyczyn o najmniejszej częstotliwości występowania odnoszą się tylko do grupy mężczyzn i są to: ubóstwo (dwa przypadki), przemoc w rodzinie (jeden przypadek) oraz bezrobocie (jeden przypadek).

### Problemy okresu starości, których doświadczają mieszkańcy domu pomocy społecznej

Tabela 4 ilustruje „wielkie problemy geriatryczne”, które występują w populacji mieszkańców DPS-u (na podstawie danych zawartych w wywiadach środowiskowych, karcie zdrowia oraz obserwacji osób badanych prowadzonej przez personel sprawujący bezpośrednią opiekę nad mieszkańcami). Jak wynika z badań, najliczniej reprezentowanym problemem jest nietrzymanie moczu – 69% mieszkańców. Powyżej 50% z nich doświadcza nietrzymania stolca, a także przejawia zmiany funkcjonowania związane z nasilającym się procesem otępiennym (52%). Dla niespełna 50% problemem jest niesprawność ruchowa, natomiast u 17% badanych problem stanowi depresja. W grupie problemów o najniższej częstotliwości występowania (poniżej 10%) znalazły się: omdlenia, odleżyny i majaczenia.

Tabela 4.

Występowanie „wielkich problemów geriatrycznych” w badanej populacji DPS-u (N = 102)

„WIELKIE PROBLEMY GERIATRYCZNE”	CZĘSTOTLIWOŚĆ WYSTĘPOWANIA	
Nietrzymanie moczu	70	69%
Nietrzymanie stolca	54	53%
Otępienia	53	52%
Niesprawność ruchowa	49	48%
Depresja	17	17%
Omdlenia	6	6%
Odleżyny	6	6%
Majaczenia	2	2%

### Stan zdrowia seniorów zamieszkujących w domu pomocy społecznej

W tabeli 5 zobrazowano obciążenie mieszkańców DPS-u zdiagnozowanymi u nich chorobami (na podstawie danych zawartych w wywiadach środowiskowych oraz kartach zdrowia osób badanych).

Tabela 5.

*Występowanie układowych stanów chorobowych wśród badanych mieszkańców DPS-u*

TYP UKŁADU	ILOŚĆ ROZPOZNANYCH JEDNOSTEK CHOROBYCH W RAMACH DANEGO UKŁADU*
Układ pokarmowy	165
Skóra i narządy zmysłów	115
Układ krążenia	106
Układ ruchu	65
Układ moczowo-płciowy	37
Metabolizm i układ dokrewny	33
Układ nerwowy	32
Układ oddechowy	17
Układ krwiotwórczy	10

\* U jednej osoby badanej w obrębie danego układu zdiagnozowano w niektórych przypadkach więcej niż jedną jednostkę chorobową.

Jak widać, najwięcej jednostek chorobowych zidentyfikowano w obrębie układu pokarmowego (165). Tak duża ich ilość wynika z faktu, że do chorób tego układu zakwalifikowano nietrzymanie i zaparcia stolca (por. tabela 2, s. 61–62). Z kolei 115 jednostek chorobowych odnosi się do skóry i narządów zmysłów, wśród których najwięcej schorzeń dotyczy narządu wzroku i słuchu. Na układ krążenia składa się 106 rozpoznań, natomiast 65 ma związek z układem ruchu. Powyżej 30 schorzeń zdiagnozowano w obrębie układu moczowo-płciowego, metabolizmu i układu dokrewnego oraz układu nerwowego, natomiast 17 w obrębie układu oddechowego. Najmniej, tj. 10 rozpoznań odnosi się do układu krwiotwórczego.

#### **Doświadczanie problemów w ocenie badanych mieszkańców domu pomocy społecznej**

W kolejnym etapie badania sprawdzano, jakich problemów doświadczają mieszkańcy DPS-u według ich własnej deklaracji. Aby dotrzeć do ich subiektywnej oceny, posłużono się kwestionariuszem wywiadu, który możliwy był do zastosowania w ograniczonej liczebnie grupie – 27 badanych (fakt ten stanowi istotne ograniczenie w generalizowaniu wniosków badania).

Zawarte w tabeli 6 dane wskazują, iż 37% osób badanych nie doświadcza żadnych problemów, natomiast 63% deklaruje ich przeżywanie. Najliczniejszą grupę stanowią problemy finansowe, których doświadcza 19% badanych. Trzy osoby ujawniają problemy zdrowotne, podobnie jak dolegliwości bólowe oraz dyskomfort związany z zamieszkiwaniem w pokoju dwuosobowym. Dwie osoby doświadczają problemów związanych z zaczepkami ze strony innego mieszkańca, jedna zaś skarży się na niewłaściwą temperaturę posiłków.

Tabela 6.

*Doświadczanie problemów w ocenie badanych mieszkańców DPS-u (N = 27)*

RODZAJE PROBLEMÓW	CZĘSTOTLIWOŚĆ WYSTĘPOWANIA	
	N	%
Problemy finansowe	5	19%
Problemy zdrowotne	3	11%
Dolegliwości bólowe	3	11%
Dyskomfort związany z zamieszkiwaniem w pokoju dwuosobowym	3	11%
Zaczepekki ze strony innego mieszkańca	2	7%
Niewłaściwa temperatura posiłków	1	4%
Brak problemów	10	37%

## Podsumowanie

Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu ujawniły, że zdecydowana większość osób przyjmowanych do domu pomocy społecznej to osoby powyżej 60. roku życia (102 mieszkańców), zaś głównym powodem ich przyjęcia jest długotrwała i ciężka choroba oraz niepełnosprawność. Zarówno wiek mieszkańców, jak i powody, ze względu na które zamieszkali oni w placówce, są zgodne z jej profilem – jest to dom przeznaczony dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych.

Choroby, które najczęściej nękają pensjonariuszy DPS-u, odnoszą się do układu pokarmowego, a dominującym schorzeniem w jego obrębie jest nietrzymanie moczu. Równie dokuczliwe w populacji DPS-u powinno być – zgodnie z wynikami badań – nietrzymanie stolca, jednak co ciekawe tych dolegliwości ze strony układu pokarmowego badani nie traktują jako szczególnie dotkliwych.

W codziennym funkcjonowaniu problemem dla mieszkańców są także nieodmagania w zakresie percepcji wzrokowej i słuchowej, a znaczna ich liczba doświadcza dolegliwości związanych z układem ruchu – ponad 1/3 to osoby, które nie opuszczają łóżek, natomiast wśród osób poruszających się – u niemal 50% obserwuje się niesprawność w tym zakresie (są to m.in. upadki i zaburzenia chodu). Odnotowano również 33 przypadki chorób układu dokrewnego i metabolizmu – głównie była to cukrzyca typu 2 i choroby tarczycy. Z kolei wśród „wielkich problemów geriatrycznych” zidentyfikowanych w badanej grupie na pierwszym miejscu znalazły się te, które mają związek z nasilającym się wraz z wiekiem – procesem otępiennym. Problem ten dotyczy ponad połowy populacji badanych

mieszkańców DPS-u. Z kolei depresja obejmuje swym zasięgiem niespełna 17% badanej grupy osób.

Podsumowując, wyniki przeprowadzonego badania ujawniły rozdźwięk między problemami, które są udziałem mieszkańców domu pomocy społecznej, a subiektywnym ich odczuwaniem. Pomimo faktu, iż badana populacja DPS-u boryka się głównie z problemami zdrowotnymi – to jednak na 27 osób zapytanych o to: *Czy ma obecnie jakieś problemy?* – 37% zadeklarowało ich brak, natomiast wśród tych, którzy je zidentyfikowali – większość wskazała na problemy finansowe, nie zaś zdrowotne. Taki wynik może wskazywać na dobre przystosowanie badanych do choroby lub też na uruchamianie przez mieszkańców skutecznych mechanizmów obrony. Ja. Może mieć on również związek z poczuciem bezpieczeństwa mieszkańców placówki, którym zapewnia się 24-godzinną profesjonalną opiekę pielęgniarstwa, różnego rodzaju formy terapii, a także odpowiednie środki higieniczne i ortopedyczne.

Optymistycznym akcentem jest również to, że wśród wypowiedzi badanych nie ujawnił się problem samotności – często opisywany w literaturze przedmiotu w kontekście zamieszkania osób starszych w placówkach opiekuńczych, takich jak domy pomocy społecznej – i czynników z tym związanych, tj.: niewłaściwej postawy personelu wobec podopiecznego czy jakości interakcji z innymi mieszkańcami. Wynik ten może wskazywać, że ciepło, serdeczność, wyrozumiałość i cierpliwość, z jaką spotykają się badani w kontakcie z personelem (np. podczas kąpieli, mycia, masażu, zmiany pampersa), powoduje u nich wzrost poczucia bezpieczeństwa, a tym samym zmniejszenie odczuwanego wyizolowania ze środowiska.

Poza walorem poznawczym ujawnionych w badaniu wyników trzeba wskazać także na ich zastosowanie praktyczne. Przekonują o nim prognozy demograficzne jednoznacznie wskazujące na nasilenie się procesu starzenia demograficznego w niedalekiej przyszłości. Sytuacja ta spowoduje gwałtowny wzrost zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze dla osób w podeszłym wieku, również te świadczone w całodobowych specjalistycznych placówkach. Niezbędne staje się więc programowanie zmian w sektorze stacjonarnych usług opiekuńczych dla osób, które z powodu wieku nie będą mogły samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie. Warunkiem koniecznym dobrego przygotowania programu modernizacji placówek wydaje się zaś precyzyjnie określenie problemów, których doświadcza ta grupa odbiorców, czemu poświęcone było niniejsze badanie.

## Bibliografia

- Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Błajet P. (2012). Aktywność prozdrowotna seniorów w świetle modelu Aktywnej Strategii Umocnienia Zdrowia. *Rocznik Andragogiczny*, 116–127.
- Czerniawska O. (2002). Starość wczoraj, dziś i jutro. W: W. Wnuk (red.), *Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu. Szanse – nadzieje – potrzeby*. Wrocław: Atla 2.
- Kościńska E. (2010). *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Kowalik S. (1997). Pedagogiczne problemy funkcjonowania i opieki osób w starszym wieku. W: W. Dykik (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Krzyżowski J. (2004). *Psychogeriatrics*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2008). *Wspomaganie osób starszych w domach pomocy społecznej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Nowicka A. (2006). Starość jako faza życia człowieka. W: tejże, *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Olszewski H. (1998). Starość i starzenie się. W: W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Pędich W. (2007). Procesy starzenia się człowieka. W: T. Grodzicki, J. Kocemba i A. Skalska (red.), *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Via Medica.
- Studen S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Straś-Romanowska M. (2004). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stuart-Hamilton I. (2000). *Psychologia starzenia się*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Wiśniewska L.A. (2014). Kult ciała a starość. Refleksje psychologiczne. *Rocznik Andragogiczny*, 21, 259–270.
- Zdziebło K. (2009). Problemy zdrowotne i społeczne starzejącego się społeczeństwa a wyzwania współczesnej gerontologii. W: B. Zboina i G. Nowak-Starz (red.), *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii*. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój.
- Zych A.A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.