

Redakcja naukowa:

**Wiesław Kowalski**  
**Jacek Łukasiewicz**  
**Teresa Aczynowicz**  
**Adam Raczkowski**  
**Marcin Stencel**

# WIOSNA JESIENI

**Wybrane aspekty  
satysfakcji życiowej osób starszych**

**WIOSNA JESIENI**  
**WYBRANE ASPEKTY SATYSFAKCJI**  
**ŻYCIOWEJ OSÓB STARSZYCH**

Tom 3

***THE SPRING OF THE AUTUMN***  
***SELECTED ASPECTS CONCERNING THE***  
***LIFE SATISFACTION OF ELDERLY PEOPLE***

Vol. 3

**ВЕСНА ОСЕНИ**  
**ИЗБРАННЫЕ АСПЕКТЫ**  
**УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ**  
**У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Том 3



**WIOSNA JESIENI**  
**WYBRANE ASPEKTY SATYSFAKCJI**  
**ŻYCIOWEJ OSÓB STARSZYCH**

Tom 3

***THE SPRING OF THE AUTUMN***  
***SELECTED ASPECTS CONCERNING THE***  
***LIFE SATISFACTION OF ELDERLY PEOPLE***

Vol. 3

**Redakcja naukowa:**

Wiesław Kowalski  
Jacek Łukasiewicz  
Teresa Aczynowicz  
Adam Raczkowski  
Marcin Stencel

Lublin 2021

*Seria wydawnicza:*

Wiosna Jesieni - o jakości życia osób starszych  
Tom 3

WIOSNA JESIENI

Wybrane aspekty satysfakcji życiowej osób starszych

*Redakcja naukowa:*

Wiesław Kowalski ORCID: 0000-0001-8402-2837  
Jacek Łukasiewicz ORCID: 0000-0002-9181-9403  
Teresa Aczynowicz ORCID: 0000-0002-0841-0421  
Adam Raczkowski ORCID: 0000-0001-7363-0458  
Marcin Stencel ORCID: 0000-0001-5807-9717

*Recenzenci:*

dr hab. Waldemar Klinkosz  
prof. dr hab. Konstantyn Karpiński

*Korekta:*

Teresa Markowska

*Skład, łamanie:*

Marta Krysińska-Kudlak

*Projekt okładki:*

Patrycja Kaczmarek

*Grafika na okładce:*

freepik/Freepik.com

*@Copyright by*

Innovatio Press, Lublin 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone. W sprawie kopiowania lub rozpowszechniania fragmentów albo całości niniejszej pracy należy kontaktować się z wydawcą.

Publikacja powstała w ramach Projektu: „Wiosna Jesieni – o jakości życia osób starszych” – sfinansowana ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie umowy nr SONP/SN/465574/2020 z dnia 23.06.2020 r.

Printed in Poland

Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe  
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji  
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4  
tel.: +48 81 749 17 77, fax: + 48 81 749 32 13  
www.wsei.lublin.pl

## SPIS TREŚCI

Wstęp .....	15
<b>Część 1</b> .....	21
<i>JOANNA TOROWSKA</i> – Wychowanie do starości i starość jako ważny etap życia człowieka.....	23
<i>AGNIESZKA RENN-ŻUREK</i> – Starość pomyślna, zwyczajna i patologiczna oraz czynniki ją warunkujące .....	35
<i>WIESŁAW POLESZAK, GRZEGORZ KATA</i> – Zapotrzebowania na wsparcie w grupie seniorów w okresie przed i po pandemii COVID-19.....	45
<i>KLAUDIA MAKSIM-DĄBROWSKA</i> – Formy pomocy dla seniorów podczas pandemii na przykładzie miasta Bielsko-Biała.....	59
<i>ANITA GAŁUSZKA, ERYKA PROBIERZ</i> – Cechy osobowości jako predyktory satysfakcji z życia osób w wieku senioralnym .....	67
<i>MAŁGORZATA CHMIELEWSKA, AGNIESZKA MARUT, MARIOLA MENDRYCKA</i> – Ocena poczucia zadowolenia z życia wśród mieszkańców domu pomocy społecznej.....	77
<i>DOROTA TRYBUSIŃSKA, GRAŻYNA MATUSIAK</i> – Ocena jakości życia chorujących na cukrzycę w dobie pandemii SARS-COV-2.....	89
<i>GRAŻYNA KOZAK</i> – Aktywność życiowa osób starszych niepełnosprawnych fizycznie .....	105
<i>KATARZYNA MAZUR, ANETA UFNIARZ-ODZIOBA</i> – Funkcjonowanie dziadków dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.....	119
<i>NATALIA TOREBKO, TOMASZ SARAN</i> – Znaczenie rehabilitacji funkcji poznawczych dla osób starszych .....	131

---

MERCAN YELIZ, METIN AKTEN ILKNUR, E-CARE PROJECT GROUPS – Edukacja otwarta i na odległość w opiece paliatywnej w domu: przykład projektu międzynarodowego .....	145
<b>Część 2</b> .....	151
WIESŁAW KOWALSKI – Problemy funkcjonowania osób starszych .....	153
NADIEŻDA KŁUSHINA – Srebrny wolontariat jako czynnik aktywnej długowieczności osób starszych .....	163
NATALIA ZAPAŚNIK – Aspekty psychologicznego podtrzymywania długowieczności zawodowej nauczycieli .....	173
NADIEŻDA DZHIGA – Edukacja i aktywność zawodowa osób starszych .....	179
SNEZHANA VORONINA – Umiejętność korzystania z mediów przez osoby starsze na Białorusi .....	187
VLADIMIR MILKAMANOVICH, OLGA KHAREVICH, NATALIA ZYCHKOVA – Doświadczenie społeczno-medycznej i psychopedagogicznej adaptacji osób starszych mieszkających w domach opieki w warunkach izolacji z powodu pandemii COVID-19 .....	195
ANASTASJA KALININA, TERESA ACZYNOVICZ – Depresja u osób starszych: objawy lękowe i strategie radzenia sobie z nimi .....	203
NATALIA KRASOVSKAYA – Związek orientacji wartościujących z zadowoleniem z życia wśród młodzieży i osób starszych w rodzinie .....	201
WALENTYNA KASPEROWICZ – Doświadczenia życiowe osób starszych .....	219
JACEK ŁUKASIEWICZ – Doświadczenie sensu życia w okresie późnej dorosłości .....	225
TERESA ACZYNOVICZ – Praktyka narracyjna w przezwyciężaniu kryzysu sensu i życia u osób starszych .....	249
WICTORIA DWORETSKAYA – Rehabilitacja społeczno-kulturowa jako narzędzie rozwoju społecznie ważnych cech u osób starszych z niepełnosprawnością .....	261

LUDMIŁA ANNIKOWA – Doświadczenia w stosowaniu metody projektów jako innowacyjnej praktyki w instytucjach służb społecznych Federacji Rosyjskiej.....	267
YULIA KOSINTSEWA – Ocena skuteczności usług społecznych: spojrzenie osób starszych.....	277
DINA DENISENKO, NADIEŻDA KŁUSHINA – Ocena jakości usług społecznych w systemie opieki długoterminowej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi .....	283
WIKTORIA LITWINIENKO, NADIEŻDA KŁUSZYNA – Rekomendacje dotyczące poprawy efektywności systemu zarządzania w ośrodkach opieki społecznej dla osób starszych .....	295





## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	19
NS 1 .....	21
JOANNA TOROWSKA - Воспитание до старости и старость как важный этап жизни человека .....	23
AGNIESZKA RENN-ŻUREK - Успешная, обычная и патологическая старость и факторы, ее обуславливающие .....	35
WIESŁAW POLESZAK, GRZEGORZ KATA - Потребность в поддержке в группе пожилых людей в период до и после пандемии Covid-19 .....	45
KLAUDIA MAKSIM- DĄBROWSKA - Формы поддержки пожилых людей во время пандемии на примере города Бельско-Бяла .....	59
ANITA GAŁUSZKA, ERYKA PROBIERZ - Личностные качества как предикторы удовлетворенности жизнью у пожилых людей .....	67
MAŁGORZATA CHMIELEWSKA, AGNIESZKA MARUT, MARIOLA MENDRYCKA - Оценка чувства удовлетворенности жизнью у проживающих в доме престарелых .....	77
DOROTA TRYBUSIŃSKA, GRAŻYNA MATUSIAK - Оценка качества жизни людей с диабетом в эпоху пандемии SARS-COV-2 .....	89
GRAŻYNA KOZAK - Жизнедеятельность пожилых людей с ограниченными физическими возможностями .....	105
KATARZYNA MAZUR, ANETA UFNIARZ-ODZIOBA - Функционирование бабушек и дедушек детей с нарушениями интеллекта .....	119
НАТАЛЬЯ ТОРЕБКО, ТОМАШ САРАН - Важность реабилитации когнитивных функций для пожилых людей .....	131

МЕРСАН YELIZ, МЕТИН АКТЕН ILKNUR - ГРУППЫ ПРОЕКТОВ электронного ухода - открытое и дистанционное обучение паллиативной помощи на дому: пример международного проекта .....	145
NS 2.....	151
ВЕСЛАВ КОВАЛЬСКИЙ – Проблемы функционирования пожилых людей...	147
НАДЕЖДА КЛУШИНА – Серебряное волонтерство как фактор развития активного долголетия граждан пожилого возраста .....	157
НАТАЛЬЯ ЗАПАСНИК – Аспекты психологического обеспечения профессионального долголетия педагогов.....	167
НАДЕЖДА ДЖИГА – Образование и профессиональная деятельность пожилых людей.....	173
СНЕЖАНА ВОРОНИНА – Медиаграмотность пожилых людей в республике беларусь.....	181
НАТАЛЬЯ ЗЫЧКОВА, ВЛАДИМИР МИЛЬКАМАНОВИЧ, ОЛЬГА ХАРЕВИЧ – Опыт социально-медицинской и психолого-педагогической реадаптации пожилых людей, проживающих в интернате, в условиях изоляции в связи с пандемией covid-19 .....	189
АНАСТАСИЯ КАЛИНИНА, ТЕРЕЗА АЧИНОВИЧ – Депрессия у пожилых людей: тревожные симптомы и способы преодоления.....	197
НАТАЛЬЯ КРАСОВСКАЯ Взаимосвязь ценностных ориентаций и удовлетворенности жизнью у молодежи и старшего поколения в семье .....	205
ВАЛЕНТИНА КАСПЕРОВИЧ – Жизненный опыт пожилых людей.....	213
ЯЦЕК ЛУКАСЕВИЧ – Переживание смысла жизни у людей в поздней взрослости .....	219
ТЕРЕЗА АЧИНОВИЧ – Нарративная практика в преодолении смысложизненного кризиса у пожилых людей .....	243
ВИКТОРИЯ ДВОРЕЦКАЯ – Социокультурная реабилитация как средство развития социально значимых качеств у пожилых инвалидов.....	255

ЛЮДМИЛА АННИКОВА – Опыт применения метода проектов как инновационной практики в деятельности учреждений социального обслуживания населения рф.....	261
ЮЛИЯ КОСИНЦЕВА – Оценка эффективности социального обслуживания: мнение пожилых клиентов .....	271
ДИНА ДЕНИСЕНКО, НАДЕЖДА КЛУШИНА – Оценка качества социальных услуг в рамках системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами .....	277
ВИКТОРИЯ ЛИТВИНЕНКО, НАДЕЖДА КЛУШИНА – Рекомендации по повышению эффективности системы управления в центрах социального обслуживания граждан пожилого возраста.....	289



## TABLE OF CONTENTS

Introduction.....	19
<b>Part 1.....</b>	<b>21</b>
JOANNA TOROWSKA – Preparation for ageing and old age as an important stage of human life .....	23
AGNIESZKA RENN-ŻUREK – Successful, ordinary and pathological ageing and its determining factors .....	35
WIESŁAW POLESZAK, GRZEGORZ KATA – Support requirements of the elderly before and after the COVID-19 pandemic .....	45
KLAUDIA MAKSYM-DĄBROWSKA – Forms of support for elderly people during the pandemic emphasizing the example of the city of Bielsko-Biała.....	59
ANITA GAŁUSZKA, ERYKA PROBIERZ – Personality traits as predictors of life satisfaction in senior citizens .....	67
MAŁGORZATA CHMIELEWSKA, AGNIESZKA MARUT, MARIOLA MENDRYCKA – An assessment of life satisfaction among the inhabitants of a nursing home.....	77
DOROTA TRYBUSIŃSKA, GRAŻYNA MATUSIAK – Quality of life in diabetic patients in the era of the SARS-COV-2 pandemic .....	89
GRAŻYNA KOZAK – Life activity of the elderly who are physically disabled .....	105
KATARZYNA MAZUR, ANETA UFNIARZ-ODZIOBA – The role of grandparents of the children with intellectual disabilities.....	119
NATALIA TOREBKO, TOMASZ SARAN – The importance of cognitive training for the elderly .....	131

---

MERCAN YELIZ, METIN AKTEN ILKNUR, E-CARE PROJECT GROUPS – Open and distance education for palliative care at home: an international project sample .....	145
<b>Part 2</b> .....	151
WIESŁAW KOWALSKI – Problems of functioning in older people .....	153
NADIEŻDA KŁUSHINA – Silver volunteering of elderly citizens .....	163
NATALIA ZAPAŚNIK – Aspects of psychological support of professional longevity of teachers.....	173
NADIEŻDA DZHIGA – Education and professional experience of older persons .....	179
SNEZHANA VORONINA – Media literacy of elderly persons in the republic of Belarus .....	187
VLADIMIR MILKAMANOVICH, OLGA KHAREVICH, NATALIA ZYCHKOVA – Experience of social, medical, psychological and pedagogical readaptation of elderly people living in a boarding school in isolation due to the COVID-19 pandemic .....	195
ANASTASJA KALININA, TERESA ACZYNOVICZ – Depression in the elderly: anxiety symptoms and ways to overcome .....	203
NATALIA KRASOVSKAYA – The interconnection between value orientations and life satisfaction among young people and the older generation in the family .....	201
WALENTYNA KASPEROWICZ – Life experience of older people.....	219
JACEK ŁUKASIEWICZ – Sense of the meaning of life in late adulthood .....	225
TERESA ACZYNOVICZ – Narrative practice in overcoming a crisis of meaning life in older people .....	249
WICTORIA DWORETSKAYA – Socio-cultural rehabilitation as a means of developing meaningful quality people for the elderly .....	261
LUDMIŁA ANNIKOWA – Experience of using the project method as an innovative practice in the activities of social service institutions of the Russian Federation. ....	267

YULIA KOSINTSEWA – Evaluating the effectiveness of social services: the opinion of older clients .....	277
DINA DENISENKO, NADIEŻDA KŁUSHINA – Assessment of the quality of social services within the system of long-term care for the elderly and disabled .....	283
WIKTORIA LITWINIENKO, NADIEŻDA KŁUSZYNA – Recommendations for improving the efficiency of the governance system in social service centers of elderly aged citizens .....	295





## WSTĘP

Współczesne zainteresowania problematyką starości wiążą się z faktem postępującego dość dynamicznie starzenia się społeczeństwa i zwiększającego się udziału osób starszych w ogólnej strukturze społecznej. Brak jest jednak jednoznacznego stanowiska w zakresie kryteriów określających początki starości. Wydłużająca się średnia długość życia człowieka, która jest spowodowana jego indywidualnym tempem starzenia, a także różnymi objawami starości zarówno w wymiarze biologicznym, jak i psychospołecznym nie sprzyja jednoznacznemu określeniu początku starości.

Wchodzenie człowieka w okres starości nie oznacza stabilizacji rozwojowej, daje zrozumienie poczucia sensu własnego życia, poczucie spełnienia, satysfakcji i zadowolenia, ale stawia także kolejne zadanie związane z tym okresem życia, w tym również problemy związane z ograniczeniami i trudnościami. Do sytuacji dość trudnych tego okresu zalicza się obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej, utratę osób bliskich, utratę dotychczasowego statusu zawodowego, społecznego i ekonomicznego, zmniejszenie poczucia znaczenia i przydatności w grupie, zwłaszcza zmianę perspektywy czasowej, w tym zbliżająca się perspektywę śmierci, a także zależność od innych ludzi czy też instytucji świadczących usługi dla osób starszych.

Proces psychospołecznego funkcjonowania osób w podeszłym wieku, jak również adaptacji do starości jest w znaczącym stopniu zróżnicowany. Wydaje się, że zasadniczym czynnikiem wpływającym na jakość procesów starzenia i przystosowania się do starości jest pozytywna lub też negatywna ocena bilansu własnego życia.

Efektywna adaptacja do starości polega między innymi na radzeniu sobie z problemami codziennymi, zdolności sprawowania kontroli nad procesem starzenia się, jak również dbałości o jakość życia w warunkach doświadczania utraty wielu wartości. Okres pandemii jest tego szczególnym przykładem.

Pozytywna postawa, optymistyczne patrzeć na ten okres życia, dotyczące zarówno własnej starości, jak i innych ludzi w znacznym stopniu może przyczynić się do czerpania satysfakcji z życia.

Ważnym elementem tego okresu są też więzi międzypokoleniowe. Wydają się, że dzisiejsze czasy charakteryzujące się szybkim rozwojem techniki oraz tempem naszego życia, nie zawsze sprzyjają docenianiu doświadczeń zdobywanych z wiekiem. W aktualnej rzeczywistości, gdzie głównie stawia się na młodość można mieć wrażenie, że ludzie w starszym wieku są zbędni, a czasami dość kłopotliwi i w wielu przypadkach odsuwa się ich od życia zawodowego i społecznego. A przecież oni mogą być wartościowymi przekazywaczami kultury, tradycji, wiedzy, obyczajów i mądrości życiowej.

Należy więc często stawiać sobie pytanie – co należy robić, aby tym osobom chciało się dalej żyć i mieć satysfakcję z tego życia? Problematyka starzenia powinna

zmuszać nas do prowadzenia wszechstronnych badań nad tym nieodłącznym dla każdego człowieka etapem życia.

Niniejsza publikacja „Wybrane aspekty życia osób starszych” obejmuje dwie części. W pierwszej części opracowania zamieszczonych jest jedenaście rozdziałów obejmujących różnorodną problematykę starości. Druga część opracowania zawiera szesnaście rozdziałów poświęconych okresowi życia ludzi starszych, a także form wsparcia i pomocy osobom w wieku senioralnym. Autorami poszczególnych rozdziałów są przedstawiciele ośrodków naukowych Polski, Białorusi, Rosji i Turcji. Celem jaki przyświecał autorom poszczególnych tekstów i opracowań była nie tylko próba przybliżenia problematyki starzenia się społeczeństwa, ale także pobudzenia czytelnika do refleksji nad własnym życiem i sposobem przygotowania się do tego etapu, który przypisany jest każdemu - obecnie albo w przyszłości, i stanowi jeden z okresów, w którym realizowane zadania i czerpanie satysfakcji zależą w znacznym stopniu od dojrzałości i mądrości życiowej.

## INTRODUCTION

Contemporary interest in the issues of old age is related to the rather dynamic ageing of the society and the increasing participation of older people in the overall social structure. However, there is no clear position regarding the criteria that define the beginning of old age. The increasing life expectancy of a person, which is due to his individual pace of ageing, as well as various symptoms of old age, both in the biological and psychosocial, it is not conducive to clearly defining the onset of old age.

Entering into old age does not mean developmental stabilization, it gives understanding the sense of the meaning of one's own life, a sense of fulfilment, satisfaction and contentment, but also poses another task related to this period of life, including problems related to limitations and difficulties. For quite difficult situations this period includes a decrease in physical and mental fitness, loss of relatives, loss of the current professional, social and economic status, reducing the sense of importance and usefulness in the group, especially changing the time perspective, including the impending perspective of death, as well as dependence on others people or institutions providing services for the elderly.

The process of psychosocial functioning of the elderly, as well as adaptation to old age, is significantly diversified. It appears to be the key factor influencing the quality of the ageing and adaptation processes approaching old age is a positive or negative assessment of one's life balance.

Effective adaptation to old age includes coping with everyday problems, the ability to control the ageing process, as well as caring for the quality of life in conditions of experiencing the loss of many values. The pandemic period is a special example of this.

A positive attitude, an optimistic outlook on this period of life regarding both your own old age and other people's can contribute significantly to enjoy life. Intergenerational ties are also an important element of this period. It appears that today's times characterized by the rapid development of technology and our pace of life, are not always conducive to appreciating experiences with age. In the current reality, where youth is the main focus, you can get the impression that elderly people are redundant and sometimes quite troublesome and in many cases, they are moved away from professional and social life. And yet they can be valuable transmitters of culture, tradition, knowledge, customs and life wisdom.

So you should often ask yourself the question - what should be done to these people did you want to continue living and be satisfied with this life? The issue of ageing should force us to conduct comprehensive research on this inherent to every human being as a stage of life. This publication, *Selected Aspects of Life for Older People*, covers two parts. The first part of the study contains eleven chapters covering various issues of old age. The second part of the study contains sixteen chapters devoted to the period of life of older people, as well as forms of support and help for people of senior age. The authors of individual chapters are representatives of research centres in Poland, Belarus, Russia and Turkey. The aim of the authors of individual texts and studies was not only an attempt to bring closer the problem of an ageing society, but also to stimulate the reader to reflect on their own life and how to prepare for it the stage that is assigned to everyone - now or in the future, and is one from the periods in which the performed tasks and gaining satisfaction depend significantly degree from maturity and wisdom in life.

**WIOSNA JESIENI**  
**WYBRANE ASPEKTY SATYSFAKCJI**  
**ŻYCIOWEJ OSÓB STARSZYCH**  
część 1

***THE SPRING OF THE AUTUMN***  
***SELECTED ASPECTS CONCERNING THE***  
***LIFE SATISFACTION OF ELDERLY PEOPLE***

part 1

**Redakcja naukowa:**

Wiesław Kowalski

Jacek Łukasiewicz

Teresa Aczynowicz

Adam Raczkowski

Marcin Stencel

Lublin 2021



## WYCHOWANIE DO STAROŚCI I STAROŚĆ JAKO WAŻNY ETAP ŻYCIA CZŁOWIEKA

### *Preparation for ageing and old age as an important stage of human life*

\*Uniwersytet Jagielloński, ORCID: 0000-0003-4373-463X

#### **ABSTRACT**

*The aim of this article is to reintroduce the concept of preparing for ageing and an attempt to redefine old age, and also to focus on selected aspects of the modern lifestyle of elderly people, such as: emphasizing the role of taking action, being active in the process of preparing for ageing, drawing attention to the presentation of old age and ageing as a dynamic change, the role of the media and education in shaping certain stereotypes and ways of thinking in society, the presentation of an original concept of the process of preparing for old age, presenting the active forms of cultural participation/activities or the animation of seniors, the need to develop spirituality and final conclusions. It is of the greatest importance to present old age as an important stage in human life. Activity is an indication of the positive image that a person has in both their own eyes and in the estimation of their environment (Szarota, 2010, p. 129). Therefore, old age not only concerns the outcome of the past, but also, more specifically, provides an image of oneself, the effect of various influences on the overall state of health, personality traits, and life activity (Susułowska, 1989, pp. 30-31).*

*Plato's quote:*

*“From the age of 50, people can enjoy their leisure and return to philosophy and to a blissful contemplation of the realm of ideas.”*

*Plato (Rubinstein, 1922, p. 43)*

*The quotation above from Plato proves how much the times that we live in have changed. Quite recently, the media reported that the ninety-one-year-old rally driver Sobiesław Zasada took part in the Safari Rally. He became the oldest participant in the World Rally Championship in history. Our Nobel Prize winner Wisława Szymborska, on the other hand, stated in one of her poems: “We live longer, but less precisely” (Szymborska, 2009).*



*What is old age like? How can its adverse effects be counteracted? What can be done to ensure that the quality of life, despite the passage of years, is still satisfactory for seniors to some extent? How can the effects of ageing be ameliorated in a way that activates seniors, both in activity centres and within their family surroundings, or how can older people be supported when they want to spend the last stage of life alone?*

**Keywords:** preparation for ageing, old age, ageing, activation of elderly people, animation of the elderly, image of an elderly person, developing the spirituality of elderly people

## STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu jest przypomnienie definicji wychowania do starości i pojęcia starość oraz zwrócenie uwagi na wybrane konteksty współczesnej starości, takie jak: podkreślenie roli działania, aktywności w wychowaniu, zwrócenie uwagi na ukazanie starości i starzenia się w dynamicznej zmianie, rolę mediów i edukacji w kształtowaniu stereotypów myślenia wśród społeczeństwa, zaprezentowanie autorskiej koncepcji wychowania do starości, wskazanie na aktywne formy uczestnictwa kulturalnego/aktywizacji czy animacji seniorów, potrzebę rozwijania duchowości oraz wnioski końcowe. Nadrzędnym jest ukazanie starości jako ważnego etapu życia człowieka. Aktywność jest miarą pozytywnego wizerunku osoby w oczach własnych i otoczenia (Szarota, 2010, s. 129). Starość więc nie jest efektem wyłącznie przeżytych lat, lecz obrazem siebie, ukształtowanym stanem zdrowia, cechami osobowości, aktywnością życiową (Susułowska, 1989, s. 30–31).

Motto z myśli Platona

„Od pięćdziesiątego roku życia ludzie mogą odejść na wypoczynek i wrócić do filozofii i błęgiego kontemplowania królestwa idei”.  
Platon (Rubinstein, 1922, s. 43)

Jak bardzo zmieniły się czasy, w których obecnie żyjemy, niech świadczy ten powyższy cytat z Platona. Całkiem niedawno media doniosły, że dziewięćdziesięciodziesięcioletni kierowca rajdowy Sobiesław Zasada wziął udział w Rajdzie Safari. Został najstarszym uczestnikiem Rajdowych Mistrzostw Świata w historii. Z kolei nasza poetka noblistka Wisława Szymborska stwierdziła w jednym ze swych wierszy: „Żyjemy dłużej, ale mniej dokładnie” (Szymborska, 2009).

Jaka jest starość? Jak jej przeciwdziałać? Co robić, by jakość życia pomimo upływu lat wciąż była w jakiejś mierze satysfakcjonująca dla seniorów? Jak zapobiegać starzeniu się i aktywizować seniorów, zarówno w centrach aktywności, jak i w rodzinach, czy w ogóle, jak wspierać starszych ludzi, gdy chcą samotnie spędzić ostatni etap życia?

**Słowa kluczowe:** wychowanie do starości, starość, starzenie się, aktywizacja seniorów, animacja seniorów, wizerunek seniora, rozwijanie duchowości seniorów

## WPROWADZENIE

### STAN BADAŃ – WYBRANE PRACE DOTYCZĄCE WYCHOWANIA DO STAROŚCI I POJĘCIA STAROŚĆ

Początki współczesnej koncepcji wychowania do starości sięgają opracowań A. Kamińskiego, *Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa*; *Pedagogika w służbie gerontologii społecznej*, w: A. Kamiński, (red.) *Studia i szkice pedagogiczne*, 1978. Wyróżnił on między innymi osamotnienie rzeczywiste, które wiąże się z narastającym poczuciem samotności wskutek opuszczenia domu przez dorosłe dzieci, stopniowe zanikanie kontaktów towarzyskich z kolegami z pracy po przejściu na emeryturę i z rówieśnikami z bliskiego otoczenia. Bardzo mocno pogłębia tę samotność śmierć współmałżonka i znajomych. „Sieroctwo człowieka starego bywa bardziej tragiczne niż sieroctwo dziecka” (Kamiński, 1982, s. 369). Prekursorem dostrzegającym potrzeby ludzi starszych był także Zygmunt Mysłakowski, pierwszy profesor pedagogiki na Uniwersytecie Jagiellońskim, który w jednej ze swych ostatnich prac *O kulturze współżycia. Rozważania i propozycje* podjął zagadnienie ludzi starszych, ich sytuacji życiowej i samotności, jaką przeżywają w okresie starości. Pisał on m.in., że potrzebne jest „wynalezienie nowych form współżycia, może nawet nowych instytucji, gdzie człowiek stary znalazłby nie tylko spokój, zabezpieczenie i opiekę” (Mysłakowski, 1969, s. 109–112). Następnie wymienić trzeba opracowanie B.Z. Małeckiej *Elementy gerontologii dla pedagogów*, Gdańsk 1985.

Późniejsze zainteresowanie autorów tą problematyką było bardzo duże. Z ważniejszych wymienić trzeba: *Edukacja do i w starości*, pod red. Marii Kuchcińskiej, Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej, Bydgoszcz 2008; czy *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, pod red. Piotra Szukalskiego, Instytut Spraw Publicznych, ZUS, Warszawa 2009; *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*, pod red. Małgorzaty Malec, Wrocław 2011; Stanisława Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2014 (mądrość życiowa), Halina Worach-Kardas, *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej starości*, Łódź 2015 (w poszukiwaniu recepty na pomyślną, godną starość, s. 171–182); *Dyskryminacja seniorów w Polsce. Diagnoza i Przeciwdziałanie*, red. Piotr Broda-Wysocki, Aniela Dylus, Małgorzata Pawlus, Wyd. Nauk. UKSW, Warszawa 2016. *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, pod red. Elżbiety Dubas i Marcina Muszyńskiego, *Refleksje nad starością*, t. 1, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016; Agata Chabior, *Wspomaganie procesu pomyślnego starzenia się u ludzi starych. Między powinnością a profesją*, Impuls, Kraków 2017; Halina Worach-Kardas, *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej starości*, Łódź 2015 (w poszukiwaniu recepty na pomyślną, godną starość, s. 171–182); *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Impuls, Kraków 2015; Artur Fabiś, Joanna K. Wawrzyniak, Agata Chabior. *Ludzka starość*, Impuls, 2015. Także ostatnio odbyło się sympozjum naukowe GAP „Przyszłość, życie seniorów w Polsce” zatytułowane *Polityka senioralna. Świat i Polska po pandemii. Kompetencje przyszłości*, 21–22 maja 2021.

Zatem problematyka gerontologiczna jest szeroko obecna, choć jeszcze *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych*, pod red. Kazimierza Wojciechowskiego z 1986 r. przy współpracy Czesława Maziara i Jadwigi Nowak, stwierdzała: „Gerontopedagogika, jako jeden z działów andragogiki, znajduje się dopiero w początkowym stadium swego rozwoju. Istotnym warunkiem jej dalszego, pomyślnego rozwoju jest odpowiednie zaplecze naukowo-badawcze w uczelniach wyższych i instytutach resortowych” (Wojciechowski, red., 1986, s. 87). Widać więc wyraźnie, jak duży rozwój gerontopedagogiki nastąpił w ostatnich latach, o czym świadczą powyższe publikacje i wsparcie jej przez różne dyscypliny: psychologię, socjologię, czy medycynę.

## ZNACZENIE DZIAŁANIA I AKTYWNOŚCI W WYCHOWANIU, MYŚL LESZKA KOŁAKOWSKIEGO

W wąskim znaczeniu wychowanie jest działaniem celowym, świadomym, ukierunkowanym, którego zadaniem jest stwarzanie szans rozwojowych. Im człowiek dojrzały, tym więcej znaczenia nabierać będzie dla niego proces samowychowania (autoedukacji). Leszek Kołakowski twierdzi, że: „Nie można wprowadzić długo przechowywać zdolności do wyczynów sportowych, ale można – zdolność do umysłowej asymilacji rzeczy nowych, do zainteresowania czymś do tej pory nieznanym, ochotę do próbowania tego, co jeszcze nie wypróbowane, zdolność uczenia się, to znaczy bycia uczniem. Jeżeli to potrafimy, jeśli nie jesteśmy uwięzieni w nudnej rutynie powtarzanych ciągle kroków, w trwożnej monotonii własnych ruchów, możemy przenieść pewne korzystne jakości nastolatków na starość. Nie udaje się to może bardzo często, ale udało się wielu ludziom. Nie powinniśmy sądzić, że jest to sprawa przesądzona raz na zawsze przyrodzonym »charakterem«, lepiej wierzyć, że są to cechy życia, które można własną wolą sobie wyrobić, by życie uczynić bardziej zajmującym również w wieku starszym. Zwykle przedłużanie biologicznego trwania nie ma sensu i często więcej przynosi udręki niż zadowolenia z samego faktu, że oto jeszcze nie umarliśmy” (Kołakowski, 2004, s. 167).

## STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ

Przypomnijmy, że zasadnicze wymiary starzenia się i starości to biologiczny, psychiczny i społeczny. A *starość* i *starzenie się*, to pojęcia, które nie zostały jednoznacznie zdefiniowane. Starość traktowana jest jako zjawisko, faza życiowa, końcowy etap rozwoju osobniczego człowieka. Starzenie się natomiast jako proces rozwojowy. Według Wojciecha Pędlicha (1996, s. 7) starzenie się ma charakter zjawiska dynamicznego, przebiegającego w czasie. Starość zaś stanowi końcowy okres starzenia się i jest pojęciem statycznym. Starość określana inaczej mianem trzeciego wieku bądź też późną dorosłością, stanowi końcową fazę życia człowieka, następującą po okresie młodości i dojrzałości. O ile łatwiej jest wyznaczyć górną granicę starości, którą stanowi śmierć, o tyle trudniej wskazać jest na początek starzenia się, cechujący późną dorosłość (Straś-Romanowska, 2007, s. 264). Przez ostatnie trzydzieści lat w różnych

badaniach, pracach naukowych dolną *granice starości* wiążano z przedziałem wiekowym od 55. do 70. lat (zob. Trafiałek, 2006, s. 71).

## STARZENIE SIĘ W WARUNKACH DYNAMICZNEJ ZMIANY

Obecnie możemy mówić o zjawisku starzenia się w warunkach dynamicznej zmiany. Dominuje tu perspektywa „biegu życia”. Problematyka starzenia się społeczeństwa polskiego, dziś traktowanego jako proces będący dramatycznym wyzwaniem dla polityki społecznej państwa, dla praktyków, pracy socjalnej, a także dla licznych nauk społecznych, takich jak demografia, ekonomia, polityka społeczna jako dyscyplina badawcza, pedagogika, antropologia społeczno-kulturowa, czy socjologia – a największym wyzwaniem staje się dla samych uczestników procesu starzenia się – ludzi mających obecnie 55+.

## FUNKCJA OPIEKUŃCZO-ZABEZPIECZAJĄCA RODZINY

W kontekście prowadzonych rozważań należy podkreślić funkcję rodziny opiekuńczo-zabezpieczającą. Ogólnie rzecz biorąc wyróżnić można następujące warianty spędzania starości:

- 1 – w rodzinie, przy rodzinie;
- 2 – w domu spokojnej starości, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
- 3 – samotnie, na własną rękę, tylko ze wsparciem okazjonalnym ze strony dalszej rodziny czy służby zdrowia (pielęgniarka środowiskowa czy pomoc z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej – drobne zakupy, pomoc z wizytą u lekarza, etc.).

Jak wynika z orientacyjnych badań sondażowych (2021) tylko 1/3 rodzin w Polsce zajmuje się ludźmi starszymi<sup>1</sup>. Reszta – 2/3 albo przebywa w domach opieki albo inne wyspecjalizowane ośrodki sprawują opiekę nad ludźmi starszymi. Trzeba jednak podkreślić, że *nadal rodzina jest najlepszym, najskuteczniejszym »transmitorem« ogólnospołecznej kultury dla jednostki, ogólnospołecznych podstawowych norm, wzorów i wartości – szczególnie w jej wcześniejszym okresie życia* i warto zadbać o to, by łączyć elementy tradycji z nieuchronnymi elementami nowoczesności w taki sposób, aby adaptacja zwłaszcza ludzi starszych do zmieniającej się rzeczywistości społecznej i do jej wymogów nie była czymś bolesnym, przykrym ale, aby *stanowiła najbardziej dogodny pomost między przeszłością a najbardziej współczesną terażniejszością, będącą zarazem sferą ochronną człowieka w tym procesie transformacji, oparciem w nowych sytuacjach* (Mucha, Krzyżowski, 2011, s. 5; Z. Tyszka, 1995, s. 151).

## STAROŚĆ – OGRANICZENIE KONTAKTÓW

Warto też zauważyć, jak pisze J. Deręgowska, że w okresie starości człowiek wycofuje się z szerszych kręgów społecznych, przy czym zwiększa się dla niego wartość

---

<sup>1</sup> Informacja podana w programie telewizyjnym, poświęconym problematyce ludzi starszych. Wiosna 2021.

rodziny. Rodzina dla takiej osoby ma dominujące znaczenie i niepowtarzalny klimat emocjonalny, staje się najważniejszym środowiskiem jej życia, najbardziej pożądanym źródłem pomocy. Rodzina sprzyja zaspokojeniu u starszego człowieka potrzeby bezpieczeństwa, przynależności i uznania. Badania gerontologiczne zresztą potwierdzają, że dla ludzi starszych rodzina jest naturalnym środowiskiem, od którego oczekują wsparcia duchowego, fizycznego bądź materialnego. Jest to miejsce, gdzie osoba starsza żyje i żyć powinna (Deręgowska, 2008, s. 27; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 88). Obecnie zaistniała sytuacja pandemii jedynie potwierdziła tą tezę.

## **ROZWIJANIE FORM DUCHOWOŚCI**

W świetle powyższych uwag znaczenia nabiera fakt wychowania do starości członków przyszłych rodzin, które się opiekują osobami starszymi w rodzinie, jak i samych przyszłych starszych osób do przygotowania swojego życia w starości (rozwijania pasji, komunikacji, opieki względem najbliższych powierzonych im osób).

Kluczowe wydaje się rozwijanie form duchowości, charakterystycznych dla poszczególnych kultur i religii, występujących w Polsce. Przekazywanie podstawowych wiadomości w tym zakresie powinno odbywać się w ramach powszechnej edukacji szkolnej. Kultura spędzania czasu wolnego już od najmłodszych lat życia winna być rozwijana zarówno w rodzinie, jak i w instytucjach kultury, a później pielęgnowana w dojrzałej dorosłości. Poziom bowiem aktywności każdego człowieka, prowadzenia zdrowego trybu życia od najmłodszych lat ma wpływ na sposób postrzegania samego siebie i projektowania swej starości.

Placówki wyspecjalizowane w opiece nad ludźmi starszymi, zakładam, że zapewniają wykwalifikowane kadry i personel, który odbył już szkolenia, kursy, czyli przeszedł edukację obowiązkową w ramach szkoły powszechnej. Grupa ta również posiada także szeroką wiedzę w zakresie gerontologii i kwalifikacje oraz umiejętności w tym zakresie.

## **KONCEPCJA WYCHOWANIA DO STAROŚCI**

- Koncepcja wychowania do starości winna uwzględniać następujące elementy:
  - przygotowanie do radzenia sobie z chorobami wieku dojrzałego i starszego;
  - przygotowanie do opieki nad sobą, przygotowanie do bycia samodzielnym;
  - przygotowanie do rozwijania swoich pasji i zamiłowań (okres dorastania i wczesnej dorosłości); – przygotowanie do bycia samotnym (umiejętność przekształcania samotności negatywnej w samotność pozytywną);
  - przygotowanie do pomagania innym;
  - świadomość przemijania i śmierci – zagadnienie duchowego wymiaru odchodzenia człowieka. Można i trzeba rozmawiać o rzeczach i sprawach ostatecznych. Próbować można w tym zakresie zaproponować na przykład wyrażenie tego tematu za pomocą poezji;

- umiejętność komunikacji z innymi (młodszymi, rówieśnikami) i za pomocą nowych technologii/nowych mediów, choć w umiarkowanym/podstawowym zakresie (korzystanie z konta pacjenta, komórka – możliwość wysyłania SMS-ów, etc.);
- podtrzymywanie i pielęgnowanie więzi rodzinnych i przyjacielskich;
- ważnym elementem jest częsty kontakt ze sztuką (Witek, 1997, s. 34–37; 95–99);
- aktywność praktyczna w obszarze sztuki – chodzi o aspekty podtrzymania kreacji, tworzenia w tym wieku, jak i aspekty terapeutyczne, łagodzące różnego pochodzenia stres i niedogodności wieku starszego. Chodzi o różne dziedziny sztuki: plastyka, fotografia, taniec, muzyka, itd.;
- aktywność w obszarze zainteresowań i zamiłowań (robotki ręczne, ogródek, czytanie książek, gry zespołowe, itd.).

## ETAPY WYCHOWANIA DO STAROŚCI – SZKIC – MODEL RELACYJNY (W OPARCIU O BUDOWANIE RELACJI)

Wychowanie do starości powinno rozpoczynać się od poziomu edukacji przedszkolnej: od przedszkola, poprzez dobór odpowiednich wierszyków, piosenek, poezji o tematyce uwzględniającej ludzi starszych i ich przymioty (przecież nie wszystkie maluchy mają możliwość kontaktu z ludźmi starszymi, choćby babciami i dziadkami, którzy wydają się być predestynowani do takich działań, ale też nie wszyscy dziadkowie i babcie cenią sobie takie kontakty, lub jeszcze pracują zawodowo, albo żyją w oddaleniu od wnuków).

Wśród form proponowanego wychowania do starości wymienić można między innymi: nagrywanie opowiadań ludzi starszych – historia oralna, gdzie podkreślić trzeba unikalność takiej narracji (Kaźmierska, 1993, 136–141). Na tym etapie szczególnie ważne wydają się być wspólne zabawy, wycieczki, wyprawy, słowem wspólne spędzanie czasu, służące budowaniu więzi międzypokoleniowej (przekaz tradycji). Interesujące może również okazać się zapoznanie z obrazami przedstawiającymi ludzi starszych, np. Aleksandra Gierymskiego, *Żydówka z pomarańczami*, ok. 1880–1881, czy portret starszego mężczyzny autorstwa Piotra Michałowskiego, czy inne prace poświęcone tematyce starości.

Kontynuacja takich wątków powinna mieć miejsce także w obowiązkowej literaturze pięknej, np. *Pomyślowy Dobromir* Adama Słodowego, *Przygody kota Filemona* Marka Nejmana, *W aeroplanie* Juliana Tuwima, itp. Ważne też jest przygotowanie wychowawców i nauczycieli do takich działań, akcentowania przymiotów ludzi starszych, ich doświadczenia, rozwagi, umiejętności perspektywnego myślenia, kultury cierpliwości, itd.

Wychowanie do starości w szkole średniej obejmować powinno ukazanie dojrzałych postaw ludzi dorosłych, czy w późniejszym wieku, często doświadczonych przez los, o niezwykłych osobowościach, np. poprzez projekcje filmów, analizę życiorysów, biografii ludzi wybitnych – pod kątem tego, jaką rolę w życiu człowieka odgrywa człowiek starszy, mający inną perspektywę życiową.

Z kolei w życiu już zawodowym, np. w zakładach pracy – należałoby oczekiwać kontynuacji spotkań z pracownikami, którzy już odeszli na emeryturę. Pielęgnowanie relacji koleżeńskich, ale i okazywanie zainteresowania stanem zdrowia, problemami ich dnia codziennego i ewentualne włączanie się w pomoc czy doraźną, czy stałą, lecz nieformalną. Ogólnie, tzw. budzenie zaangażowanej wrażliwości na drugiego człowieka (w odniesieniu do ludzi starszych, jako wymagających szczególnej uwagi ze strony społeczeństwa).

## MEDIA I SYSTEM EDUKACJI

Jak już podkreślano wiele razy, istotną rolę w procesie generowania i dystrybucji stereotypów pełnią media oraz system edukacji. W telewizji i prasie powszechną tendencją jest *anti-ageing* oraz prezentowanie seniorów jako (negatywnych, śmiesznych) bohaterów reklam, które swój przekaz opierają na pokazaniu słabości, naiwności, czy bezradności w codziennych i niecodziennych sytuacjach (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, s. 75). Są jednak liczne programy, szczególnie w mediach lokalnych, tłumaczące niejako starość i uwzględniające specyfikę wieku seniorów, dostosowane do potrzeb ludzi starszych. Podobnie jest z wieloma czasopismami i gazetami.

Interesujące w kontekście prowadzonych rozważań wydają się być badania „Do kogo są skierowane projekty edukacyjne i animacyjne w Polsce?”. Badania te przeprowadzone jeszcze w 2016 roku w ramach projektów sponsorowanych przez Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego wykazały, że projekty te opisywane we wnioskach składanych w Programie Ministra w 29% (i oprócz tego 63% dorośli) stanowiły osoby starsze jako bezpośredni odbiorcy tych projektów (na podstawie *Raportu z pierwszego etapu badań w ramach projektu: ANIMACJA/EDUKACJA. Możliwości i ograniczenia edukacji i animacji kulturowej w Polsce*, Wyd. MIK, 2016, s. 63).

## CIEKAWY FORMY AKTYWNOŚCI SENIORÓW W KRAKOWIE

Na przykład w Krakowie funkcjonuje obecnie czterdzieści sześć centrów aktywności seniora, rozrzuconych po całym obszarze miasta, posiadających swoje charakterystyczne nazwy własne: „Fruwająca ryba”, „Seniorzy nauczycielami życia”, Fundacja Edukacji i Aktywności Seniorów „Lokomotywa”, Fundacja „Uskrzydleni Wiekami”, Fundacja „Ukryte Skrzydła”, Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „*Gaudum et Spe*”, Stowarzyszenie „Fabryka Inicjatyw”, „Młodzi Duchem”, Nestor Spot, Pracownia Kulturalna. Dla przykładu w Krakowie funkcjonuje też Miejskie Centrum Informacji dla Seniorów, strona dla seniora: [dlaseniora.krakow.pl](http://dlaseniora.krakow.pl). Wydaje się, że takie spojrzenie na życie jednostki jest bardzo ważne w ogóle, a szczególnie istotne dla ludzi starszych.

## WNIOSKI KOŃCOWE

1. Szacunek do ludzi starszych, wrażliwość na ich potrzeby i zaangażowaną postawę w sprawę ludzi starszych buduje się latami, poprzez ciąg spójnych oddziaływań

wychowawczych, mających pozytywne odniesienie do ludzi starszych, oddziaływać mających swe umocowanie przede wszystkim w rodzinie – trudno jest budować przy sprzeczności przekazywanych wzorców osobowych.

2. Widać potrzebę powołania nowych instytucji wspierających seniorów (obok już istniejących), a także budowanie sieci wsparcia dla każdego seniora.
3. Poprzez budowanie i rozwijanie relacji z ludźmi starszymi od najmłodszych lat życia, istnieje możliwość pomocy ludziom starszym, podejmowanie na szeroką skalę działań profilaktycznych w zakresie opóźnienia starzenia się i niesprawności, oraz dających wsparcie seniorom przez wszystkie grupy wiekowe odczuwające potrzebę takiej pomocy.
4. Drobnie gesty w stosunku do starszych sąsiadów, krótka rozmowa we wspólnej przestrzeni dają szansę na znalezienie należytego rozwiązania w zakresie kompleksowej pomocy okazywanej ludziom starszym.
5. Poświęcenie swej uwagi, zainteresowanie losem drugiego człowieka, to wszystko bardzo ważne elementy wspierające budowanie relacyjnego modelu wsparcia seniorów.
6. Podjęcie się opieki nad osobą starszą wymaga przeciwstawienia się kulturze pośpiechu i zrezygnowania przynajmniej w pewnym stopniu z koncentracji na jedynie własnych aspiracjach, a to duże wyzwanie dla dużej części naszego społeczeństwa.
7. Rozrywka, zabawa dominująca w obecnej kulturze współczesnej, mające swe odzwierciedlenie w filozofii edukacji winna uwzględniać także kontekst ludzi starszych i poszukiwać właściwych form działania.
8. Potrzebna jest nam przestrzeń budowania relacji między seniorami a pozostałymi członkami społeczeństwa, którzy mogą i powinni troszczyć się o seniorów, poświęcać im uwagę, czy być wrażliwym na potrzeby drugiego człowieka.

## **MYŚL WARTOŚCIOWA PROFESORA JANA SAMKA**

Każdy człowiek w wieku po sześćdziesiątym roku życia (a może i wcześniej) powinien mieć kogoś do pomocy w trudnych sprawach, kogoś zaufanego, na kogo mógłby liczyć.

## **PODSUMOWANIE**

Nie wiemy dziś, w jakiej kondycji zdrowotnej będą nasi seniorzy za np. dwadzieścia lat, jakiego typu schorzenia mogą dominować. Prawdopodobnie, możemy przypuszczać na podstawie obecnych trendów, że wystąpią trudności z poruszaniem się, z samodzielnym robieniem cięższych zakupów, czy porządkami i utrzymaniem czystości w mieszkaniu, problemy z komunikacją ze względu na obciążenie słuchu w ciągu życia. Każda pomoc – czy ze strony rodziny, czy np. opieka z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej może oczywiście przyczynić się do zorganizowania różnych form pomocy seniorom, ale ktoś musi za to zapłacić, bo seniora nie zawsze na to stać. Trzeba zatem uwzględniać działania pomocowe na rzecz seniorów i finansować je, przynajmniej częściowo. Wsparcie powinny także otrzymywać rodziny,



decydujące się samodzielnie opiekować się seniorami, w postaci na przykład możliwości dodatkowych urlopów, czy korzystania z promocyjnych cen w ośrodkach wypoczynkowych. Trzeba wreszcie bardziej efektywnie przekazywać pozytywny obraz starości, która może i powinna być pełnym życiem, niespodzianek i potencjału etapem życia każdego człowieka, posiadającego swe grupy wsparcia, odniesienia. Starość wspierana na co dzień przez najbliższych, otrzymująca uwagę innych, realizująca się w nowej sytuacji życiowej, żyjąca pełnią życia i służąca swą wiedzą, doświadczeniem w ramach swoich możliwości najbliższemu, czy to przez mądrą rozmowę, czy przez utrzymywanie kontaktów z rówieśnikami, czy wspierająca swą osobą i mądrością życiową innych, byłaby tu dobrym przykładem dla każdego. Bowiem jak głosi powiedzenie „najlepszym lekarstwem dla człowieka jest drugi człowiek”.

## BIBLIOGRAFIA

1. Chabior, A. (2017). *Wspomaganie procesu pomysłnego starzenia się u ludzi starych. Między powinnością a profesją*. Kraków: Impuls.
2. Deręgowska, J. (2008). Współczesny człowiek wobec starości i nieuchronności przemijania. W: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości*. Bydgoszcz: Wyd. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
3. Broda-Wysocki, P., Dylus, A., Pawlus, M. (red.). (2016). *Dyskryminacja seniorów w Polsce. Diagnoza i przeciwdziałanie*. Warszawa: Wyd. Nauk. UKSW.
4. Kuchcińska, M. (red.). (2008). *Edukacja do i w starości*. Bydgoszcz: Wyd. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
5. Malec, M. (red.). (2011). *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*. Wrocław.
6. Wojciechowski, K., Maziarski, Cz., Nowak, J. (red.). (1986). *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych*.
7. Kanios, A. (2018). *Postawy pracowników zawodów pomocowych wobec osób starszych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
8. Kaźmierska, K. Wywiad narracyjny a badania nad starością. W: A. Trzuskowski (red.), *Edukacja dorosłych w sytuacji przemian na tle porównawczym* (s. 136–141). Międzynarodowa Konferencja, Łódź, 27–29 września 1993, wyd. II zmienione, s. 136–141.
9. Kołakowski, L. (2004). *Miniwykłady o maxi sprawach. Trzy serie*. Kraków: Znak.
10. J. Mucha, Ł. Krzyżowski (red.). (2011). *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki*. Kraków: Wyd. AGH.
11. Fabiś, A., Wawrzyniak, J.K., Chabior, A. (2015). *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Impuls.
12. Łosiakowska, A. (2008). *Trudności w przygotowaniu seniora i jego rodziny do starości*. W: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości* (s. 251–262). Bydgoszcz: Wyd. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
13. Maćkiewicz, J. (2010). O wychowaniu do starości. *Debata Edukacyjna. Humanistyka, Pedagogika, Wychowanie*, rocznik nr 3, s. 91–94.

14. Małecka, B.Z. (1985). *Elementy gerontologii dla pedagogów*. Gdańsk.
15. Mysłakowski, Z. (1967, 1969). *O kulturze współzycia. Rozważania i propozycje*. Kraków.
16. Dubas, E., Muszyński, M. (red.). (2016). *Obiektywny i subiektywny wymiar starości. Refleksje nad starością*, t. 1. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
17. Guzewicz, M., Steuden, S., Brudek, P. (red.). (2015). *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*, tom II. Lublin: Wyd. KUL.
18. Brudek, P., Steuden, S., Januszewska, I., Gamrowska, A. (red.). (2015). *Oblicza starości we współczesnym świecie, perspektywa psychologiczno-medyczna*, t. 1. Lublin: Wyd. KUL.
19. Szukalski, P. (red.). (2009). *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Warszawa: ZUS.
20. *Raport z pierwszego etapu badań w ramach projektu: ANIMACJA/EDUKACJA. Możliwości i ograniczenia edukacji i animacji kulturowej w Polsce*. Wyd. MIK, 2016.
21. Rubinstein, M. (1922). *Historia idei pedagogicznych w głównym zarysie*. Irkuck.
22. Steuden, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
23. Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.
24. Szymborska, W. (2009). *Tutaj Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”*.
25. Susułowska, M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
26. Uzar, K. (2011). *Wychowanie w perspektywie starości. Personalistyczne podstawy geragogiki*. Lublin: Wyd. KUL. Biblioteka Katedry Filozofii Wychowania, t. 3.
27. Witek, D. (1997). Wybrane tzw. domy spokojnej starości i szpitale jako dzieła architektury miejskiej i miejsca edukacji kulturalnej. W: J. Samek (red.), *Sztuka i pedagogika. Krakowskie sesje naukowe* (s. 34–37). Kraków.
28. Witek, D. (1997). Funkcje sztuki w życiu człowieka starego (na podstawie badań w krakowskich Domach Pomocy Społecznej). W: J. Samek (red.), *Sztuka i pedagogika. Krakowskie sesje naukowe* (s. 95–99). Kraków.
29. Worach-Kardas, H. (2015). *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej starości* (s. 171–182). Łódź.
30. Wrótniak J. (2015). *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności*. Lublin: Wyd. Uniw. M. Curie-Skłodowskiej.
31. Kielar-Turska, M. (red.). (2020). *Starość jak ją widzi psychologia. Szanse rozwoju w starości*. Kraków: Wyd. Naukowe Ignatianum w Krakowie.
32. Zych, A. (red.). (2012). *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*. Łask.



Agnieszka Renn-Żurek\*

## STAROŚĆ POMYŚLNA, ZWYCZAJNA I PATOLOGICZNA ORAZ CZYNNIKI JĄ WARUNKUJĄCE

### *Successful, ordinary and pathological ageing and its determining factors*

\*Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0002-9743-6809

#### **ABSTRACT**

*Old age is a natural, successive stage of human life, which appears to us as an unattractive period of life characterized by conditions of decreasing psychophysical efficiency. For each person, however, it has a very individual character.*

*The rate of ageing of the human body is determined by genetic factors, external environmental factors, lifestyle and the healthcare system that operates in a given population. Ageing and old age are interdependent, multi-dimensional terms and should be considered as such. People age in different ways and at different rates, they also have individual, different attitudes to the phenomena which occur with age.*

*The course of ageing may be divided into the categories of successful, normal and pathological.*

**Keywords:** *successful ageing, normal ageing, pathological ageing*

#### **STRESZCZENIE**

Starość to naturalny, następujący po sobie etap życia człowieka, który jawi nam się jako mało atrakcyjny okres przebiegający w warunkach obniżającej się wydolności psychofizycznej. Dla każdego człowieka ma ona jednak charakter bardzo indywidualny.

O tempie starzenia się ludzkiego organizmu decydują czynniki genetyczne, środowiskowe czynniki zewnętrzne, styl życia oraz system opieki zdrowotnej, który funkcjonuje w danej populacji. Starzenie się i starość to określenia współzależne, wielowymiarowe i tak też należy je rozpatrywać. Ludzie starzeją się w różny dla siebie sposób, z różną szybkością, mają też indywidualny, odmienny stosunek do zachodzących zjawisk występujących wraz z wiekiem.

Przebieg starzenia dzieli się na pomyślne, zwyczajne i patologiczne.

**Słowa kluczowe:** starość pomyślna, starość zwyczajna, starość patologiczna

## WPROWADZENIE

Od momentu urodzenia wkraczamy nieuchronnie w etap starzenia się organizmu. Zasadniczą cechą tego procesu jest stopniowe, postępujące i nieodwracalne zmniejszanie zdolności organizmu do zachowania równowagi środowiska wewnętrznego (utrzymania homeostazy) w odpowiedzi na czynniki środowiska zewnętrznego. Starzenie się jest długim i skomplikowanym procesem, dotyczy wielu aspektów życia związanych z aktywnością fizyczną, mentalną i społeczną, jest efektem stopniowego wyczerpywania się rezerw odpornościowych ustroju, utraty funkcji i ogólnych zasobów zdrowia.

Poza uwarunkowaniami genetycznymi, wyznaczającymi czas trwania życia, ogromne znaczenie mają także czynniki chorobotwórcze, które nasilają się wraz z wiekiem i determinują długość jego trwania. Demograficzne prognozy wskazują nie tylko na starzenie się społeczeństw, lecz również na wzrost liczby osób w zaawansowanej starości w populacji wielu krajów (Kurek, 2006).

Postęp medycyny, rozwój techniki, przemiany kulturowe i cywilizacyjne, jakie dokonały się w ubiegłym stuleciu, sprzyjały podwyższaniu się stopy życiowej ludności, rozwojowi systemów ochrony zdrowia społeczeństwa i podniesieniu kultury zdrowotnej, co w rezultacie wpłynęło na znaczne przedłużenie się trwania życia ludzkiego niemal dwukrotnie.

Starość to naturalny następujący po sobie etap naszego życia, który jawi nam się jako mało atrakcyjny okres w warunkach obniżającej się wydolności psychofizycznej – dla każdego człowieka ma ona jednak charakter bardzo indywidualny. Opracowano wiele teorii, tłumaczących przyczyny procesu starzenia się organizmu, wiele z nich zająłoby się o siebie, natomiast żadna pojedyncza nie może wyjaśnić wszystkich etapów tego procesu, nie ma też jednej prostej przyczyny starzenia się. Dlatego właśnie w ujęciu globalnym, zgodnie z całościowym podejściem do człowieka, wyróżnia się zarówno biologiczne, jak i psychospołeczne teorie starzenia.

Starość biologiczna określa ogólną sprawność i żywotność organizmu człowieka. Oznacza postępującą w ustroju degradację jego funkcji, spadek poziomu sprawności fizjologicznych mechanizmów adaptacyjnych, zmiany we wszystkich układach, narządach.

Starość psychospołeczna traktuje o zmianach w funkcjonowaniu narządów organizmu ludzkiego wpływających na samopoczucie, stymulujących kondycję psychiczną i aktywność społeczną, wyznaczając jednocześnie miejsce człowieka w rodzinie i społeczeństwie. Jest ona konsekwencją strat, utraty prestiżu społecznego, pełnionych ról, ubożenia po przejściu na emeryturę, nadmiaru wolnego czasu, trudnego do wypełnienia czynnikami satysfakcjonującymi.

## STARZENIE POMYŚLNE

Proces starzenia może przebiegać według zmiennych trajektorii: w sposób pomyślny (*successful aging*), kształtowany pozytywnie przez czynniki zewnętrzne, o minimalnych deficytach fizjologicznych, psychologicznych i społecznych przypisywanych

wiekowi chronologicznemu; w sposób zwyczajny (*usual aging*), z dostrzegalnymi deficytami i stratami, ale bez widocznej patologii; w sposób patologiczny (*impaired aging*), związany z jednoczesnym występowaniem kilku schorzeń, odmienną symptomatologią oraz przedłużonym okresem rehabilitacji (Ostrzyżek, 2014).

Starzenie fizjologiczne jest to proces postępujących, regresywnych i nieodwracalnych zmian w tkankach i narządach organizmu, zdeterminowanych przez czynniki genetyczne i modyfikowanych przez współistniejące choroby, styl życia i czynniki środowiskowe. Optymalna modyfikacja tych trzech czynników umożliwia zachowanie homeostazy organizmu i pozwala na pomyślne starzenie (*successful aging*) (Duda, 2012; Phelan, 2002).

Starzenie pomyślne definiuje się jako starzenie z niskim ryzykiem rozwoju chorób przewlekłych (sercowo-naczyniowych, cukrzycy, nowotworów) i następowego niedołęstwa, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymywaną aktywnością życiową (Laskowska-Szcześniak, Kozak-Szkopek, 2013).

Starzenie pomyślne oznacza najbardziej optymalny z możliwych przebiegów starzenia, wolny od patologii, kształtowany pozytywnie przez uwarunkowania zewnętrzne, o minimalnych deficytach fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych, przypisanych wiekowi chronologicznemu.

Występuje w nim niskie ryzyko choroby i niepełnosprawności, wysoki poziom funkcjonowania fizycznego i umysłowego oraz aktywna postawa życiowa. Starzenie pomyślne cechują małe bądź żadne straty funkcji fizjologicznych.

Na starzenie w sposób pomyślny wpływają genetyczne determinanty długowieczności i pomyślności starzenia się, jak również świadome kształtowanie czynników zewnętrznych.

Opracowane do tej pory definicje pomyślnego starzenia uwzględniają różne elementy, chociaż nie ma takiej, która zawierałaby jednocześnie wszystkie odnoszące się do zdrowia fizycznego, funkcjonalnego, psychicznego i społecznego (Phelan, 2004). Wielu autorów, nawiązując do problematyki pomyślnego starzenia, mówi o zadowoleniu z życia, długowieczności, braku niepełnosprawności, o sprawności intelektualnej, o aktywnym zaangażowaniu w życie, niezależnym funkcjonowaniu (braku zależności i potrzeby pomocy) oraz o pozytywnej adaptacji do procesu starzenia. Wśród predyktorów pomyślnego starzenia wymienia się przede wszystkim:

- wyższy poziom wykształcenia,
- posiadanie żyjącego małżonka,
- lepszą sytuację materialną i wyższe dochody,
- pozytywną samoocenę stanu zdrowia,
- wyższą wyjściową sprawność fizyczną,
- brak chorób przewlekłych, prawidłową masę ciała,
- prawidłowy styl i sposób życia,
- niewielkie wymagania od opieki zdrowotnej,
- wsparcie społeczne, emocjonalne,
- satysfakcję z obecnego życia i kontrolę nad nim (Wizner, 2006; Kozdroń, 2010; Phelan, 2002).

Ann Bowling porządkując obecne w literaturze definicje pomyślnego starzenia się, wyróżniła pięć grup, według których dokonywana jest ocena. Są to: obszar funkcjonowania społecznego, satysfakcja życiowa, zasoby psychiczne, spojrzenie biomedyczne oraz potoczne postrzeganie pomyślnego starzenia się (Bowling, 2007).

## STARZENIE ZWYCZAJNE

Proces starzenia organizmu rozpoczyna się w obrębie wszystkich tkanek i narządów między 30. i 40. rokiem życia i bardzo powoli, ale nieuchronnie, postępuje. Proces starzenia zachodzący bez współistnienia chorób określa się jako starzenie zwyczajne, gdzie zmiany narządowe wynikają tylko i wyłącznie z upływu czasu.

Starzenie zwyczajne to proces starzenia się przebiegający z widocznymi, jak też odczuwalnymi stratami i deficytami, bez dostrzegalnej patologii.

Szybkość starzenia jest uwarunkowana genetycznie, natomiast modyfikacji podlegają zmiany wynikające z połączenia następstw procesu starzenia się, chorób, niekorzystnych warunków środowiskowych i stylu życia. Zależnie od wieku fizjologiczne osłabienie czynności poszczególnych narządów powoduje zmniejszenie się rezerw wyrównawczych, które w połączeniu z innymi czynnikami mogą powodować powstawanie zaburzeń i chorób. Wraz z wiekiem coraz trudniej wyznaczyć wyraźną granicę między fizjologią a patologią. Trudność powyższa wynika między innymi z kłopotów ze zdefiniowaniem zmian narządowych wynikających z procesu starzenia (Sorkin, Katzel, 2003).

Wyznaczenie wyraźnej granicy pomiędzy zwyczajnym starzeniem a procesami chorobowymi jest często trudne, dlatego staje się jasne, że wiele zmian przypisywanych wcześniej upływowi czasu wynika ze współistnienia patologii. Jedną z typowych cech procesu starzenia się jest jego indywidualny przebieg. Obejmuje on zarówno indywidualne tempo zmian u każdej osoby, jak i indywidualne tempo zmian w obrębie poszczególnych narządów. Poniżej omówiono najważniejsze zmiany zachodzące w obrębie wybranych narządów, uważane obecnie za wynikające z procesu starzenia starzenie się układu sercowo-naczyniowego oznacza zmniejszenie elastyczności naczyń tętniczych, zmniejszenie zdolności relaksacji zwłaszcza lewej komory i jej podatności, osłabienie funkcji węzła zatokowo-przedsionkowego oraz zmniejszenie odpowiedzi na stymulację  $\beta$ -adrenergiczną. W układzie oddechowym w procesie starzenia następuje zwiększenie wymiarów pęcherzyków płucnych i oskrzelików końcowych z tendencją do zapadania się przestrzeni powietrznych, zmniejszenie powierzchni wymiany gazowej i zmniejszenie objętości oddechowej (statycznej i dynamicznej). W konsekwencji zmian w układzie oddechowym, krążenia i mięśniach znacznemu zmniejszeniu ulega maksymalne zużycie tlenu. Starzenie nerek obejmuje zmniejszenie nerkowego przepływu krwi i filtracji kłębuszkowej (do 1 ml/min/rok). W konsekwencji zmian w obrębie cewek nerkowych zmniejsza się zdolność nerek do zagęszczania i rozcieńczania moczu oraz regulacji pH, a także zdolność do zmian ilości sodu wydalanego z moczem. Najmniejsze zmiany obserwuje się w układzie pokarmowym. Jak wynika z najnowszych badań, częste u osób starszych

zmiany atroficzne błony śluzowej żołądka i zmniejszenie kwaśności soku żołądkowego są konsekwencją infekcji *Helicobacter pylori*, a zaparcia raczej wynikiem braku aktywności oraz diety, a nie upływu czasu. Uważa się, że żadna z opisanych zmian nie wystarcza do wywołania procesu chorobowego, wszystkie jednak ułatwiają występowanie procesów chorobowych, torują więc drogę chorobom nawet u zdrowych osób starszych. Każda z opisanych powyżej zmian predysponuje do występowania chorób, choć żadna – w zakresie wynikającym ze starzenia – nie wystarcza do ich wywołania (Wieczorowska-Tobis 2008).

Czynniki psychospołeczne – zewnątrzpochodne, które wzmacniają następstwa zwyczajnego procesu starzenia się, to:

- redukcja autonomii, brak kontroli i niezależności z różnych powodów, u starszych ludzi wpływa niekorzystnie na stany emocjonalne, satysfakcję życiową i przystosowanie,
- brak lub niski poziom wsparcia społecznego wpływa na śmiertelność i częstość występowania chorób wśród starszych osób,
- osłabienie ról społecznych, utrata bliskiej osoby, zmiana miejsca zamieszkania, ograniczenie kontaktów, nadmierna opiekuńczość powodują frustrację w okresie starości, która uniemożliwia pomyślny przebieg procesu starzenia się,
- niewłaściwe przystosowanie się człowieka do starości sprawia, iż jest on wyczerpany fizycznie i umysłowo, a więc mniej odporny na różnego rodzaju choroby.

## STARZENIE PATOLOGICZNE

Starzenie się patologiczne (*impaired ageing*) to proces, podczas którego szybko postępuje upośledzenie wielu funkcji życiowych organizmu oraz występuje tzw. polipatologia (współwystępowanie licznych jednostek chorobowych) (Mianowany i wsp., 2004). Starzenie patologiczne to takie, w którym zmiany w narządach wynikają zarówno z upływu czasu, jak i z toczących się w organizmie procesów chorobowych. Proces ten, oprócz dramatycznego spadku funkcji narządowych, dotyczy zmian wynikających z połączonych następstw procesu starzenia się oraz wpływu niekorzystnych czynników zewnętrznych. W przebiegu starzenia patologicznego znaczenie mają zarówno czynniki genetyczne, jak też czynniki zewnętrzne, środowiskowe:

- przebyte choroby, urazy,
- nieprawidłowe odżywianie się,
- niewłaściwy styl i tryb życia,
- mieszkanie na terenach ekologicznie zanieczyszczonych,
- praca w szkodliwych warunkach.

Charakterystycznym zjawiskiem w przebiegu starzenia patologicznego jest multipatologia (wielochorobowość) okresu starości, określana jako współistnienie wielu procesów patologicznych i różnych powikłań, jak również skutków nieostrożnego leczenia farmakologicznego. Wielochorobowość cechuje się nietypową symptomatologią i współwystępowaniem kilku jednostek chorobowych u tego samego pacjenta oraz wzajemnego maskowania objawów np. zawansowana



choroba zwyrodnieniowa stawów może maskować objawy choroby niedokrwiennej serca (pacjent nie jest w stanie wykonać wysiłku potrzebnego do zwiększenia obciążenia serca). Nietypowa symptomatologia niesie ryzyko niedodiagnozowania, czego konsekwencją jest niepodjęcie leczenia wielu patologii. Skutkiem wielochorobowości są kaskady – ciągi objawów wzajemnie z siebie wynikających, w wyniku których stosunkowo niewielki problem prowadzi do niesprawności oraz cykle – zespoły objawów tworzące mechanizm samonapędzającego się błędnego koła. Kaskady i cykle objawów są często ze sobą powiązane tworząc efekt domina (podobnie jak w przypadku kostek domina), gdzie dochodzi do znacznego zwiększenia ryzyka zmian wielonarządowych w przypadku uszkodzenia jednego narządu – załamanie homeostazy w obrębie pierwszego narządu powoduje reakcję lawinową, która może skończyć się niewydolnością wielonarządową (Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2013).

Pośród najczęściej występujących schorzeń, które współistnieją ze sobą prowadząc do wielochorobowości należy wymienić: choroby stawów i kręgosłupa, nadciśnienie, cukrzycę, chorobę niedokrwinną serca, przewlekłe choroby płuc i oczu, miażdżycę oraz zaburzenia psychiczne czynnościowe i organiczne związane z okresem inwolucji. Najczęściej występujące patologie wśród osób starszych to:

- choroba zwyrodnieniowa stawów (80% osób po 75. r.ż.),
- nadciśnienie tętnicze (60–70% osób w wieku podeszłym),
- choroba niedokrwonna serca (u około 30%),
- cukrzyca (około 20% po 65. r.ż.), u kolejnych 20% występuje nietolerancja glukozy,
- POChP (ok. 25% populacji osób w podeszłym wieku),
- zaparcia 20%,
- choroby nowotworowe – częstość ich występowania narasta po 65. roku życia, a po 70.–75. roku życia wykrywanie nowotworów jest 100 razy częstsze niż u dwudziestolatków,
- łagodne i przewlekłe zespoły depresyjne występują u około 30% populacji osób starszych,
- zespoły otępienne rozpoznaje się u około 10%, po 90. r. życia występują one aż u 40% osób (Wieczorowska-Tobis i wsp., 2011).

Jednym z najważniejszych wyzwań w geriatricznictwie jest zapewnienie optymalnej opieki nad osobami starszymi z wieloma dolegliwościami o charakterze przewlekłym lub wielochorobowością. Ponad 50% osób starszych cierpi z powodu trzech lub więcej chorób przewlekłych, których kumulacja składa się na indywidualny obraz choroby pacjenta. Występowanie wielochorobowości jest obciążone wyższym odsetkiem zgonów, niesprawności, zdarzeń niepożądanych; związane jest z częstszym korzystaniem przez pacjentów z opieki medycznej, instytucjonalizacją opieki oraz z niższą jakością życia. Podczas organizacji i prowadzenia opieki nad osobami starszymi z wielochorobowością należy uwzględnić zasady postępowania w poszczególnych chorobach przewlekłych, leczenie i interwencje farmakologiczne i niefarmakologiczne, diagnostykę przesiewową i pogłębioną, profilaktykę, kontynuację leczenia oraz opiekę w terminalnym stadium choroby (Piotrowicz, 2013).

## PODSUMOWANIE

Starzenie się i starość to określenia współzależne, wielowymiarowe i tak też należy je rozpatrywać. Ludzie starzeją się w różny sposób, z różną szybkością, mają też indywidualny, odmienny stosunek do zachodzących zjawisk, występujących wraz z wiekiem. Ontogenetyczny obraz starości nie jest prostą, biologiczną konsekwencją postępujących procesów inwolucyjnych i degradacji funkcji organizmu. Na indywidualne doświadczanie starości mają również wpływ czynniki zewnętrzne, takie jak: uwarunkowania środowiskowe, postawy społeczeństwa wobec starości i ludzi starych oraz normy społeczne, określające zasady funkcjonowania ludzi starych w społeczeństwie (Ostrzyżek, 2014).

Klasyfikacja przebiegu procesu starzenia nie jest łatwa ze względu na trudne i niejednoznaczne kryteria oraz ciągle jeszcze niewykraczającą ilość obiektywnych badań. Według Wieczorowskiej-Tobis (2008), analizując czynniki warunkujące proces starzenia porównuje się najczęściej parametry uzyskane u osób 30.–40.-letnich, czyli takich, u których proces starzenia dopiero się rozpoczyna, z osobami 70.–80.-letnimi. Brak więc danych dotyczących późnej starości. Wynika to między innymi z problemów ze znalezieniem zdrowych osób w zaawansowanej starości. Dokonuje się więc ekstrapolacji na późną starość danych uzyskiwanych dla wczesnej starości, do czego brak podstaw i co może nie odzwierciedlać rzeczywistego procesu starzenia (Wieczorowska-Tobis, 2008).

Choć jednoznaczne zdefiniowanie czynników warunkujących przebieg starzenia nie jest możliwe ze względu na brak jednoznacznych kryteriów, w pracy dokonano próby scharakteryzowania tego procesu z uwzględnieniem podziału na starzenie pomyślne, zwyczajne i patologiczne.

Opracowane dotychczas definicje pomyślnego starzenia uwzględniają wiele elementów składowych tego procesu, ale żadna z nich nie zawiera jednocześnie wszystkich komponentów zdrowia, nawiązujących do zdrowia fizycznego, funkcjonalnego, psychicznego i społecznego (Mamrot, 2000; Ogonowska-Słodownik, 2013). Natomiast najczęściej wymienianymi czynnikami są zadowolenie z życia, sprawność intelektualna, niezależne funkcjonowanie – samodzielność i brak potrzeby pomocy ze strony innych. Nie ma natomiast zbyt wielu badań prowadzonych w celu uzyskania poglądów osób starszych na temat starzenia pomyślnego.

Proces starzenia zwyczajnego zachodzi bez współistnienia chorób, a zmiany narządowe wynikają przede wszystkim z upływu czasu. Z badań jednak wynika, że o starzeniu się pozytywnym i zwyczajnym można mówić w odniesieniu zaledwie do 10% populacji. U pozostałych osób występuje tzw. starzenie patologiczne, czyli takie, w którym zmiany w narządach wynikają zarówno z upływu czasu, jak i z toczących się w organizmie procesów chorobowych. Te ostatnie w oczywisty sposób potęgują wpływ procesu starzenia się na poszczególne narządy (Wieczorowska-Tobis, 2008).

W obecnej sytuacji demograficznej, a także w kontekście prognoz dotyczących odsetka osób starszych w społeczeństwie wydaje się, że dążenie do zachowania jak najwyższej jakości życia osób starszych i zapewnienia im pozytywnego modelu

starzenia się staje się priorytetem. Warto w tej kwestii realizować badania naukowe, aby w sposób ciągły poznawać i analizować potrzeby seniorów w dążeniu do pomyślnego przebiegu starzenia. Najlepszym opiniodawcą w tym zakresie jest sam senior, dlatego też poniżej przedstawiono stwierdzenia o uwarunkowaniach pomyślnego starzenia się człowieka, do których ustosunkowali się sami seniorzy w jednym z badań:

1. Mieć bardzo długie życie.
2. Pozostawać w dobrym zdrowiu aż do śmierci.
3. Odczuwać zadowolenie ze swojego życia przez większość czasu.
4. Posiadać takie geny (cechy dziedziczne), które ułatwiają mi dobre starzenie.
5. Mieć przyjaciół i rodzinę.
6. Interesować się problemami świata i ludzi, którzy mnie otaczają.
7. Móc dokonywać wyborów w sprawach, które wpływają na to, jak się starzeję (np. dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu).
8. Mieć możliwość spełniania wszystkich moich potrzeb i niektórych zachcianek.
9. Nie czuć się samotnym(-ą) lub odizolowanym(-ą).
10. Dostosowywać się do zmian związanych ze starzeniem.
11. Być zdolnym do opiekania się sobą aż do czasu bliskiego śmierci.
12. Mieć poczucie spokoju, kiedy myślę o fakcie, że nie będę żył(-a) zawsze.
13. Odczuwać, że mogłem(-am) wpływać na życie innych w pozytywny sposób.
14. Nie żałować tego, jak przeżyłem(-am) swoje życie.
15. Mieć możliwość wykonywania pracy zarobkowej lub jako wolontariusz po osiągnięciu wieku emerytalnego.
16. Mieć dobre zdanie na własny temat.
17. Być w stanie radzić sobie z wyzwaniem w późniejszych latach życia.
18. Nie mieć choroby przewlekłej.
19. Uczyć się wciąż nowych rzeczy.
20. Działać zgodnie z moimi własnymi normami i wartościami, które są mi bliskie (Maniecka-Bryła, Bryła, 2008).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Bowling, A. (2007). Aspiration for older age in the 21st century: what is successful aging?, *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 64, nr 3, 236–297.
2. Duda, K. (2012). Proces starzenia się. W: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja* (s. 1–31). Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Kozdroń, E., Leś, A. (2010). Physical activity and successful ageing. *Advances in Rehabilitation*; 24: 49–57.
4. Kurek, S. (2006). Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski w świetle prognoz GUS. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich* (s. 394–399). Łódź: Zakład Demografii UŁ.

5. Laskowska-Szcześniak, M., Kozak-Szkopek, E. (2013). Uwarunkowania pomyślnego starzenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, vol. 7, nr 6, 287–294.
6. Marmot, M., Bobak, M. (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, 321: 1124–1128.
7. Maniecka-Bryła, I., Bryła, M. (2008). Poglądy osób w wieku 65–74 lat na temat pomyślnego starzenia. *Gerontol Pol*; 16, 2: 119–126.
8. Mianowany, M., Maniecka-Bryła, I., Drygas W. (2004). Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. *Gerontol Pol*; 12(4):172–175.
9. Ogonowska-Słodownik, A. (2013). Porównanie wyników kwestionariusza IPAQ, skali Borge oraz aktywności fizycznej norweskich osób starszych. *Hygeia Publ Health*, 48(4): 515–519.
10. Ostrzyżek, A. (2014). Starość jako etap ontogenezy. *Hygeia Public Health*, 49(4): 702–704.
11. Phelan, E., Anderson, L., La Croix, A. i wsp. (2004). Older adults' views of 'successful aging' – how do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatrics Soc*; 52: 211–216.
12. Phelan, E., Larson, E. (2002). 'Successful aging' — where next? *J Am Geriatrics Soc*; 50: 1306–1308.
13. Piotrowicz, K. (2013). Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontologia Polska*; 21, 3: 63–72.
14. Sorkin, J.D., Katzel, L.I. (2003). Methodological problems in research on aging. In: Tallis R.C., Fillit H.M., (eds.) *Brocklhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. (37–50) Churchill Livingstone.
15. Wieczorowska-Tobis, K. (2008). Zmiany narządowe w procesie starzenia. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*: 118 (Suppl).
16. Wieczorowska-Tobis, K., Kostka, T., Borowicz A. (2011). *Fizjoterapia w geriatricii*. Warszawa: PZWL.
17. Wieczorowska-Tobis, K., Talarska, D. (2013). *Geriatricia i pielęgniarstwo geriatriczne*. Warszawa: PZWL.
18. Wizner, B. (2006). Promocja zdrowia i aktywność prozdrowotna. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatricia z elementami gerontologii ogólnej* (s. 53–59). Gdańsk: Via Medica.



Wiesław Poleszak\*  
Grzegorz Kata\*\*

## ZAPOTRZEBOWANIA NA WSPARCIE W GRUPIE SENIORÓW W OKRESIE PRZED I PO PANDEMII COVID-19

### *Support requirements of the elderly before and after the COVID-19 pandemic*

\* Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, ORCID: 0000-0002-5253-0789

\*\*Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, ORCID: : 0000-0001-8762-9378

#### **ABSTRACT**

*The article is a report about the research concerning the needs of seniors in terms of institutional support. Its purpose is to identify three areas in terms of their need for support, namely risk factors, protective factors and the main difficulties faced by the elderly people of Lublin city with an emphasis on learning about the expectations of seniors with regard to the available scope of support. The research was conducted using qualitative (focus groups) and quantitative (demand questionnaire) methods. The study summarizes the results of research carried out before and during the Covid-19 pandemic. They indicate changes in the activities of the elderly during the pandemic.*

**Keywords:** *elderly people, Covid-19, demand studies*

#### **STRESZCZENIE**

Artykuł jest doniesieniem z badań dotyczących potrzeb seniorów w zakresie wsparcia instytucjonalnego. Jego celem jest zidentyfikowanie trzech obszarów w ramach zapotrzebowania na wsparcie, a mianowicie czynników ryzyka, czynników chroniących oraz głównych trudności, z którymi mierzą się seniorzy z Lublina oraz poznanie ich oczekiwań co do zakresu wsparcia. Badania przeprowadzono za pomocą metod jakościowych (grupy fokusowe), jak i ilościowych (kwestionariusz zapotrzebowania). W opracowaniu zestawiono wyniki badań wykonane przed pandemią COVID-19 i w okresie pandemii. Wskazują one na zmiany w funkcjonowaniu seniorów w okresie pandemii.

**Słowa kluczowe:** seniorzy, COVID-19, badanie zapotrzebowania.

## **WPROWADZENIE**

Petretto i współautorzy (2019) zachodzące na świecie procesy starzenia się społeczeństwa określają jako „rewolucję demograficzną”. Na powyższe procesy składają się dane mówiące, że około 18% ludności świata ma 60 lat i więcej. W Europie populacja seniorów stanowi około 25% wszystkich obywateli, a w Ameryce Północnej 22% populacji. Ten stan rzeczy wynika ze znaczącego postępu medycyny w ostatnich 150 latach, co przełożyło się na wydłużenie życia człowieka, z drugiej strony to wynik spadku dzietności w obszarze cywilizacji zachodniej.

Seniorzy (osoby 60+) w Polsce to grupa społeczna licząca 9 703 000 osób (GUS, 2019), co stanowi ponad 25,3% mieszkańców Polski. Co ważne, w przyszłości seniorów będzie przybywało i już w 2030 roku będzie ich niemal 30% społeczeństwa polskiego, a w roku 2050 liczba seniorów przekroczy 40% całej populacji mieszkańców Polski (SeniorHub, 2021).

Seniorzy to nie tylko grupa liczna, ale również silnie zróżnicowana pod kątem wieku, zdrowia, sprawności i aktywności życiowej. Stąd też, niezmiernie trudno określić precyzyjnie czego ta grupa społeczna oczekuje w zakresie wsparcia w jakości życia.

Według Eurostatu (2019) pod względem zadowolenia z życia dorośli obywatele Polski mieszczą się w środku puli krajów europejskich. Jednakże w tymże rankingu polscy seniorzy (obywatele powyżej 65 roku życia) to najmniej zadowolona grupa społeczna wśród wszystkich badanych grup wiekowych. Na to poczucie niezadowolenia seniorów w Polsce wpływa wiele czynników, które należy poznać i opisać.

## **CZYNNIKI RYZYKA I CZYNNIKI CHRONIĄCE W ŚRODOWISKU SENIORÓW**

Dla skutecznego wsparcia osób w wieku senioralnym konieczna jest wiedza na temat ich potrzeb. Profesjonalne badanie zapotrzebowanie na wsparcie zakłada zidentyfikowanie czynników chroniących, czynników ryzyka, objawów manifestujących problemy oraz mechanizmów zaspakajania potrzeb (Poleszak, 2012).

Czynniki chroniące to zachowania, postawy i wartości, które sprzyjają zdrowemu i satysfakcjonującemu życiu seniorów. Możemy je podzielić na indywidualne, rodzinne, rówieśnicze, społeczne i instytucjonalne. Do czynników indywidualnych należy zaliczyć:

- poczucie spełniania życiowego,
- poczucie sensu życia,
- zaangażowanie religijne,
- posiadanie hobby i zaangażowanie w jego realizację,
- konstruktywne normy i system wartości,
- kompetencje społeczne,
- zaangażowanie społeczne,
- aktywność życiowa (por. Palsodottir, 2012; Poleszak, Kata, 2016).

Czynniki chroniące związane z rodziną sprowadzają się do poczucia wsparcia ze strony bliskich. To poczucie wydaje się mieć większe znaczenie niż realne kontakty (Thompson, Heller, 1990). Ponadto, ważnym czynnikiem chroniącym są silne i pozytywne więzi rodzinne. To one dają poczucie oparcia i sensu przeżytego życia, a jednocześnie korelują z ważną dla większości społeczeństw wartością rodziny. Z badań Poleszak, Kata (2016) wynika, że samo wsparcie rodziny przekłada się na lepszą satysfakcję życiową, a nawet zdrowie.

Kolejna grupa czynników chroniących wiąże się z relacjami rówieśniczymi. Wbrew potocznemu przekonaniu, seniorzy także potrzebują konstruktywnych relacji rówieśniczych (nie tylko adolescenci). Poulin, Deng, Ingersoll, Witt, Swain (2012) uważają, że relacje te stanowią emocjonalny wymiar wsparcia. Z kolei, Poleszak i Kata (2016) podają, że *przyjaciele oferują pomoc dobrowolną, nie wynikającą z istniejących więzi rodzinnych. Rówieśnicy są w tym samym wieku, a z tego wynika współdzielenie doświadczeń, zainteresowań i trudności. Kontakt z przyjaciółmi jest źródłem satysfakcji i radości czerpanej ze wspólnie spędzanego czasu i wspólnie realizowanych pasji.* Inne czynniki chroniące w tej grupie to pozytywna aktywność społeczna i pozytywna presja rówieśnicza (ważna do inicjowania i podtrzymywania aktywności społecznej).

W zakresie czynników chroniących w lokalnej społeczności należy wymienić wsparcie społeczne (sąsiedzi, społeczność lokalna), więzi społeczne, dostęp do organizacji społecznych (kluby, stowarzyszenia, grupy towarzyskie, wspólnoty religijne), podtrzymywanie lokalnych tradycji.

Z kolei, wsparcie instytucjonalne to identyfikacja potrzeb seniorów, dostępność do służby zdrowia, dostępność do miejsc kultury i społeczności, wsparcie instytucjonalne wynikające z zapotrzebowania.

Drugim obszarem identyfikacji zapotrzebowania na wsparcie jest nasilenie czynników ryzyka, czyli tych wszystkich zachowań, postaw i wartości, które zagrażają zdrowemu stylowi życia i satysfakcji życiowej. Jak podaje U.S. Department of Health and Human Services (2011), do czynników znacząco obniżających jakość życia w wieku senioralnym, a więc czynników ryzyka można zaliczyć:

- Choroby:
  - Zaburzenia nastroju,
  - Chroniczne problemy zdrowotne,
  - Trudności w samodzielnym poruszaniu się,
  - Trudności ze snem,
  - Efekty uboczne stosowanych leków,
  - Chroniczny ból,
- Nadużywanie substancji psychoaktywnych lub nadmierne spożywanie leków.
- Czynniki osobowościowe:
  - Niskie umiejętności adaptacyjne,
  - Niska samoocena zdrowia,
  - Niska samoocena ogólna,
  - Brak poczucia nadziei,
  - Tendencja do zachowań agresywnych i impulsywności,



- Czynniki psychospołeczne:
  - Wykluczenie społeczne i samotność,
  - Duża ilość zmian warunków życia (np. przeprowadzki),
  - Konfliktowe relacje z rodziną,
  - Problemy finansowe,
  - Brak poczucia bezpieczeństwa,
  - Utrata autonomii osobistej, niezależności,
  - Brak lub słabe wsparcie otoczenia,
  - Brak oczekiwań i zainteresowania ze strony innych (por. Poleszak, Kata, 2016).

## **SENIORZY W OKRESIE PANDEMII**

Pandemia Covid-19 jest największym zagrożeniem dla osób starszych i wśród tej grupy społecznej jest najwięcej zgonów, ale to nie jedyne straty, które ponoszą seniorzy. Straty te należy podzielić na bezpośrednie i pośrednie. Do pierwszych zaliczyć należy utratę życia, zachorowania, długoterminowe konsekwencje zarażenia koronawirusem, ograniczenie dostępu do służby zdrowia, izolację społeczną. Z kolei, do strat pośrednich zaliczyć należy pogorszenie jakości życia, wycofanie się z aktywności społecznej, ograniczenie kontaktów z rodziną i rówieśnikami, zaniedbania zdrowotne wynikające z trudnego dostępu do służby zdrowia.

Z badań i raportu opracowanego przez SeniorHub Instytutu Polityki Senioralnej, pod tytułem „Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19” (2021), wynika, że deklarowana kondycja psychiczna jest gorsza niż przed pandemią. Twierdzi tak 59,5% badanych, przy czym na lepszą wskazuje jedynie 3,8% seniorów. Niemal tyle samo (53,6%) deklaruje zmęczenie skutkami pandemii. Między innymi należy do nich ograniczenie kontaktów społecznych, które deklaruje 46% badanych seniorów (SeniorHub, 2021). Innymi problemami, które mocno dotknęły seniorów to obniżenie nastroju, co zgłasza co trzeci badany oraz ograniczony dostęp do służby zdrowia, co deklaruje 60% seniorów biorących udział w badaniach (SeniorHub, 2021).

Powyższe problemy potwierdzają też badacze z innych krajów (Petretto, Pili, 2020; Lloyd-Sherlock i współautorzy, 2020). Różnice dotyczą specyfiki danego kraju, np. dla Włoch specyficzne jest (podobnie jak w Polsce) zaangażowanie dziadków w pomoc w opiece nad wnukami. Zjawisko takie rodzi problemy w okresie pandemii – obciąża dzieci, system, ale też generuje straty u seniorów w postaci poczucia samotności i tęsknoty za wnukami, ale też jest czynnikiem chroniącym przy powrocie do zdrowia po pandemii, gdyż wymusza kontakty rodzinne i daje szansę na szybkie odbudowanie relacji.

## **METODA**

Celem badań było poznanie różnic w zakresie zapotrzebowania na wsparcie seniorów w mieście Lublin przed pandemią i w czasie jej trwania.

Przed badaniem postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy zmieniły się sposoby spędzania czasu wolnego przez seniorów przed pandemią i czasie jej trwania?
2. Czy zmieniły się potrzeby w zakresie korzystania z pomocy przez seniorów przed pandemią i czasie jej trwania?
3. Czy zmieniła się ocena wsparcia doświadczanego przez seniorów przed pandemią i czasie jej trwania?
4. Jakie są główne problemy seniorów wywołane przez pandemię z perspektywy badań jakościowych?

W badaniu nie formułowano hipotez, gdyż miało ono charakter eksploracyjny i określający charakter zmian wywołanych pandemią.

Jako narzędzia badawcze do badań ilościowych wykorzystano autorski kwestionariusz (BZWS) zawierający następujące obszary badawcze:

- Zmienne demograficzne,
- Doświadczane problemy,
- Poczucie akceptacji,
- Spędzanie czasu wolnego,
- Korzystanie z pomocy,
- Ocena form wsparcia.

Badania jakościowe realizowane były w postaci wywiadów fokusowych w grupach seniorów animatorów, pracujących w klubach seniorów w mieście Lublin. Badania te przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz skoncentrowany na identyfikacji głównych problemów przeżywanych przez seniorów w okresie pandemii oraz znalezieniu sposobów ich wsparcia.

## CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ

W 2020 roku badania ilościowe zostały przeprowadzone na losowo dobranej grupie 449 seniorów (tabela 1 i 2) zamieszkujących w Lublinie. Grupa ta przekracza niezbędną wielkość próby (383 osoby), co pozwala na przenoszenie prawidłowości na całą populację seniorów z Lublina. Z kolei, w 2015 roku przebadano 448 osób w wieku senioralnym. Łącznie w badaniach uczestniczyło 897 seniorów. Proporcje kobiet i mężczyzn w 2015 roku były zbliżone, ale już w 2020 w badaniu uczestniczyło dwie trzecie kobiet i jedynie 33,3% mężczyzn. Różnice te są istotne statystycznie, co może wpływać na wyniki. Badani różnią się także w zakresie wieku (tabela 3). Najwięcej w 2015 roku przebadano seniorów z grupy najmłodszej to jest 60-70 lat (58,1%). Natomiast w grupie badanych w 2020 roku jest najwięcej badanych w wieku 71-80 (39,9%).

Tabela 1. Płeć badanych seniorów w badaniach w 2020 i 2015 roku.

Płeć	2020		2015		ogółem	
	N	%	N	%	N	%
<b>kobieta</b>	296	66,7	192	42,9	488	49,8
<b>mężczyzna</b>	148	33,3	256	57,1	404	50,2
$\chi^2=51,018, df=1, p=0,000$						

Tabela 2. Badani seniorzy w 2020 i 2016 roku.

Rok badań	N	%
<b>2020</b>	449	50,1
<b>2016</b>	448	49,9
<b>ogółem</b>	897	100,0

Tabela 3. Wiek badanych seniorów

Wiek	2020		2015		ogółem	
	N	%	N	%	N	%
<b>60 – 70 lat</b>	139	31,2	258	58,1	397	44,6
<b>71 – 80 lat</b>	178	39,9	128	28,8	306	34,4
<b>81 lat i więcej</b>	129	28,9	58	13,1	187	21,0
<b>chi2=70,793, df=2, p=0,000</b>						

## BADANIA WŁASNE

W dalszej części pracy zostaną przedstawione wybrane wyniki badań z dwóch diagnoz na terenie miasta Lublin. Pierwsza została wykonana w 2015 roku, a druga w okresie pandemii (dokładnie we wrześniu 2020 roku – pomiędzy drugą i trzecią falą). Porównywane dane nie są mają charakteru podłużnego. Nie udało się dotrzeć do tych samych osób w drugim badaniu, choć część osób się powtarza.

## WYBRANE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA SENIORÓW W OKRESIE PANDEMII

Tabela nr 4 przedstawia problemy jakie zgłaszają seniorzy z Lublina. Badani, zarówno kobiety i mężczyźni są zgodni, że głównymi problemami z jakimi się borykają są choroby (76,4% kobiet i 64,2% mężczyzn), niepełnosprawność (odpowiednio 51% i 52,7%) oraz samotność (41,6% kobiet i 50% mężczyzn). Ponad jedna czwarta mężczyzn (27%) i co ponad piąta kobieta (21,6%) zgłasza problem braku opieki ze strony najbliższych.

Najrzadziej zgłaszanymi problemami jest mała liczba placówek opiekuńczych (9,8% kobiet zgłosiło ten problem i 10,1% mężczyzn) oraz ubóstwo (odpowiednio 10,1 i 14,2% badanych).

Pomimo zgodności w hierarchii najważniejszych problemów badane kobiety i mężczyźni różnią się istotnie statystycznie (Chi-kwadrat = 43,665, p = 0,000). Różnice dotyczą zwłaszcza takich problemów jak utrudniony dostęp do opieki lekarskiej i stomatologicznej (prawie jedna trzecia kobiet widzi taki problem, przy prawie jednej piątej mężczyzn). Z kolei, dużo więcej mężczyzn niż kobiet zgłasza problem z nałogami (alkohol, papierosy), bo aż 18,9%. Przy czym tylko 5% kobiet doświadcza problemu z nałogami. Więcej mężczyzn niż kobiet wskazuje na takie problemy, jak samotność, brak opieki ze strony najbliższych jak i poczucie wykluczenia społecznego.

Tabela 4. Wybrane problemy, z którymi zmagają się seniorzy

Problemy seniorów	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	N	%	N	%	N	%
ubóstwo	30	10,1	21	14,2	51	11,5
choroby	226	76,4	95	64,2	321	72,3
nałogi	15	5,1	28	18,9	43	9,7
niepełnosprawność	151	51,0	78	52,7	229	51,6
samotność	123	41,6	74	50,0	197	44,4
brak opieki ze strony rodziny	64	21,6	40	27,0	104	23,4
utrudniony dostęp do służby zdrowia	80	27,0	28	18,9	108	24,3
brak interesujących możliwości spędzania wolnego czasu	43	14,5	18	12,2	61	13,7
bariery architektoniczne	77	26,0	30	20,3	107	24,1
mała liczba placówek opiekuńczych	29	9,8	15	10,1	44	9,9
$\chi^2=43,665$ , $df=11$ , $p=0,000$						

Również wyniki z badań jakościowych potwierdzają trudności seniorów w radzeniu sobie z codziennością w czasie pandemii Covid-19. Do istotnych problemów zidentyfikowanych w badaniach fokusowych należą:

- problemy w kontakcie z służbą zdrowia, czują się wykluczeni z kontaktu. Kontakt telefoniczny nie jest dla nich satysfakcjonujący,
- część z seniorów zamyka się w domach i nie ma kontaktu z otoczeniem,
- obawa przed osobami, które nie respektują zasad bezpieczeństwa w komunikacji miejskiej,
- osoby młode są dla nich źródłem zagrożenia, ze względu na częstsze nierespektowanie zasad,
- seniorom, ale także ich rodzinom, brakuje rzetelnej wiedzy na temat zagrożenia Covid-19 i profilaktyki zachorowań (wynika to z medialnej dezinformacji i poszukiwaniu sensacji w mediach),
- wielu seniorów ma problemy ze zbieractwem i nagromadzeniem niepotrzebnych rzeczy w domach.

Innym problemem, który pojawił się przy okazji analizy aktywności seniorów jest wycofanie się uczestnictwa w klubach seniorów. Lęk związany z zagrożeniem zakażeniem się Covid-19 i wywołane przez niego zamknięcie w domach sprawiło, że wielu seniorów nie wróciło do aktywności podejmowanej przed pandemią. Zjawisko to dotyczy seniorów bardzo aktywnych, a więc należy przypuszczać, że wśród mniej aktywnych seniorów będzie jeszcze głębsze. To niebezpieczna informacja, gdyż aktywność przekłada się na dobrostan fizyczny i psychiczny seniorów.

Wobec powyższego, jednym z bardziej potrzebnych obszarów wsparcia jest więc zwiększenie wysiłków na rzecz aktywizowania seniorów i zachęcenie ich do wyjścia

z domów po zaszczepieniu się nie czekając do zakończenia pandemii. W tych wysiłkach cenną inicjatywą jest wykorzystanie liderów senioralnych. Do tego celu potrzebne jest wsparcie ich szkoleniami i zasobami kadrowymi oraz współpracą z pracownikami pomocy społecznej.

Zarówno w czasie pandemii, ale także poza nią seniorzy narzekają na brak miejsc, gdzie mogliby się spotkać z zachowaniem dystansu społecznego lub gdzie mogliby się spotkać w dużej grupie. Miejsce takie powinno zawierać scenę i ławki albo krzesła dokoła.

Seniorzy zwrócili także uwagę na trudności prozaiczne, ale dla nich ważne, a mianowicie problem małej ilości ogólnodostępnych toalet w mieście (jest to duży problem zwłaszcza w czasie pandemii, gdyż restauracje nie chcą wpuszczać osób z zewnątrz). Wielu z nich potrzebuje częstego korzystania z toalety, co sprawia, że nie chcą dalej wychodzić z domu.

Seniorzy potrzebują także wsparcia zewnętrznego w czasie pandemii, ze względu na większe konsekwencje zarażenia się. Potrzebują też tego wsparcia ze względu na niepełnosprawność i ograniczenia ruchowe. Wielu seniorów jest zamknięta w swoich domach, bo nie jest w stanie wyjść o własnych siłach. Potrzebują wsparcia w transporcie na badania lekarskie i w codziennych sprawach.

Powyższe dane wskazują, że inne problemy mają kobiety i mężczyźni, stąd w badaniu zapotrzebowania seniorów na wsparcie należy zadbać o kontrolowanie zmiennej płci. Okazuje się także, że pandemia zmieniła też jakość życia seniorów w zakresie zgłaszanych problemów. Co wielu badaczy zakładało i co potwierdzają sygnalizowane problemy.

## **PORÓWNANIE WYBRANYCH OBSZARÓW FUNKCJONOWANIA SENIORÓW PRZED PANDEMIĄ I W TRAKCIE**

Jednym z obszarów analizy sytuacji seniorów przed pandemią i w jej trakcie była identyfikacja form pomocy, z której korzystają seniorzy (tabela 5). Dostrzeżono istotne statystycznie różnice w deklarowanym korzystaniu z pomocy żywnościowej ( $\chi^2=11,138$ ,  $p<0,001$ ). Więcej (o 8%) seniorów korzystało z pomocy żywnościowej w czasie pandemii niż kilka lat wcześniej. Pomoc ta nie musi oznaczać ubóstwa, raczej jest to wynik zamknięcia się seniorów w domach. Natomiast, mniej seniorów korzystało z pomocy w poruszaniu się – problem taki zgłosiło w 2020 roku jedynie 12,7% badanych, przy 22,3% w 2015 roku ( $\chi^2=14,392$ ,  $p<0,001$ ). W okresie pandemii zwiększyło się też korzystanie z pomocy w codziennych czynnościach. Korzystanie z takiej formy pomocy zgłosiło w 2020 roku 45,7%, przy 24,6% w 2015 roku ( $\chi^2=48,832$ ,  $p<0,001$ ). W tym należy też doszukiwać się wsparcia w codziennych zakupach, w co angażowało się wielu wolontariuszy i sąsiadów i rodzina.

W ramach form pomocy spadło wśród seniorów zapotrzebowanie na pomoc prawną, co pewnie wynika z zamrożenia na okres pandemii wielu obszarów życia administracyjnego ( $\chi^2=20,268$ ,  $p<0,001$ ).

Wzrosło natomiast zainteresowanie udziałem w zajęciach rozwijających zainteresowania ( $\chi^2=5,826$ ,  $p=0,016$ ). Ten obszar aktywności wydaje się obiecujący dla rozwiązania problemu spadku aktywności seniorów i wycofania się ich z życia społecznego.

Tabela 5. Formy pomocy, z których korzystają seniorzy

Formy pomocy		2020		2015		ogółem		porównanie	
		N	%	N	%	N	%	$\chi^2$	p
pomoc finansowa	nie	376	83,7	371	82,8	747	83,3	0,139	0,709
	tak	73	16,3	77	17,2	150	16,7		
pomoc żywnościowa	nie	363	80,8	398	88,8	761	84,8	11,138	< 0,001
	tak	86	19,2	50	11,2	136	15,2		
pomoc w poruszaniu się	nie	392	87,3	348	77,7	740	82,5	14,392	< 0,001
	tak	57	12,7	100	22,3	157	17,5		
pomoc w codziennych czynnościach - pielęgnacja	nie	244	54,3	338	75,4	582	64,9	48,832	< 0,001
	tak	205	45,7	110	24,6	315	35,1		
pomoc psychologiczna	nie	392	87,3	404	90,4	796	88,8	2,136	0,144
	tak	57	12,7	43	9,6	100	11,2		
pomoc prawna	nie	423	94,2	381	85,0	804	89,6	20,268	< 0,001
	tak	26	5,8	67	15,0	93	10,4		
zajęcia kulturalne	nie	368	82,0	346	77,2	714	79,6	3,087	0,079
	tak	81	18,0	102	22,8	183	20,4		
zajęcia rozwijające zainteresowania	nie	327	72,8	357	79,7	684	76,3	5,826	0,016
	tak	122	27,2	91	20,3	213	23,7		

Kolejny porównywany obszar funkcjonowania seniorów w czasie pandemii i przed jej rozpoczęciem to aktywność, którą na co dzień podejmują seniorzy. Ze względu na drastyczne ograniczenie życia społecznego, trudno było liczyć na inne dane niż te wskazujące na spadek aktywności seniorów w porównywanych badaniach. Istotnie zmieniła się ich aktywność we wszystkich porównywanych obszarach (patrz tabela 6). Zmniejszył się udział w wycieczkach,

Tabela 6. Aktywności, które podejmują seniorzy

Podejmowane aktywności		2020		2015		ogółem		porównanie	
		N	%	N	%	N	%	chi <sup>2</sup>	p
wycieczki	nie	370	82,4	243	54,2	613	68,3	98,327	< 0,001
	tak	79	17,6	161	35,9	240	26,8		
	trudno powiedzieć	0	0,0	44	9,8	44	4,9		
pielgrzymki	nie	420	93,5	302	67,6	722	80,6	112,692	< 0,001
	tak	29	6,5	66	14,8	95	10,6		
	trudno powiedzieć	0	0,0	79	17,7	79	8,8		
szkolenia	nie	424	94,4	309	69,0	733	81,7	113,291	< 0,001
	tak	25	5,6	55	12,3	80	8,9		
	trudno powiedzieć	0	0,0	84	18,8	84	9,4		
kultura	nie	347	77,3	280	62,6	627	70,0	78,337	< 0,001
	tak	102	22,7	96	21,5	198	22,1		
	trudno powiedzieć	0	0,0	71	15,9	71	7,9		

pielgrzymkach, szkoleniach i imprezach kulturalnych. Choć w tej ostatniej aktywności warto zaznaczyć, że pomimo pandemii jedna piąta (22,7%) wielbicieli kultury nie zrezygnowała ze swojej aktywności i brała udział w przedsięwzięciach kulturalnych. Jest to nawet jednoprocenowy wzrost aktywności.

Ostatni z porównywanych obszarów to oczekiwania co do aktywności seniorów. Tutaj można dostrzec tendencję odwrotną do powyższych analiz. Otóż, wzrosło zapotrzebowanie na udział w większości analizowanych aktywności. Seniorzy chcieliby w większym stopniu niż przed pandemią uczestniczyć w wycieczkach, pielgrzymkach i imprezach kulturalnych (patrz tabela 7). Wszystkie różnice są istotne statystycznie. Wyjątek w tej prawidłowości stanowi pragnienie uczestnictwa w szkoleniach. Otóż w tym zakresie aktywności chęć zaangażowania się zgłosiło jedynie 7,6% badanych seniorów, przy czym w 2015 roku zainteresowanych tą formą aktywności było 16,7% badanych. Widać to istotny statystycznie spadek ( $\chi^2=141,086$ ,  $p<0,001$ ). Z powyższych analiz wynika, że seniorzy chcą w większym stopniu wykorzystać stracony w pandemii czas na korzystanie z uroków życia niż na rozwój.

Tabela 7. Aktywności, które chcieliby podejmować seniorzy

Pożądane aktywności		2020		2015		ogółem		porównanie	
		N	%	N	%	N	%	chi <sup>2</sup>	p
wycieczki	nie	265	59,0	287	64,1	552	61,5	59,789	< 0,001
	tak	184	41,0	117	26,1	301	33,6		
	trudno powiedzieć	0	0,0	44	9,8	44	4,9		
pielgrzymki	nie	392	87,3	267	59,6	659	73,5	115,445	< 0,001
	tak	57	12,7	102	22,8	159	17,7		
	trudno powiedzieć	0	0,0	79	17,6	79	8,8		
szkolenia	nie	415	92,4	289	64,5	704	78,5	121,972	< 0,001
	tak	34	7,6	75	16,7	109	12,2		
	trudno powiedzieć	0	0,0	84	18,8	84	9,4		
kultura	nie	283	63,0	330	73,7	613	68,3	141,086	< 0,001
	tak	166	37,0	47	10,5	213	23,7		
	trudno powiedzieć	0	0,0	71	15,8	71	7,9		

## WNIOSKI

Wyżej zebrany materiał pozwala na sformułowanie wniosków i odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

W środowisku Lublina największa grupa badanych seniorów mieszka samotnie we własnym domu (47,2%), ponad jedna czwarta seniorów (26,5%) mieszka z rodziną. Blisko co dziesiąta badana osoba mieszka w placówce opiekuńczej (8%). Z kolei, od kilku lat samotnie we własnym mieszkaniu zamieszkuje 15,8% badanych seniorów.

Badane kobiety i mężczyźni różnią się w zapotrzebowaniu na wsparcie, a do główne problemy z jakimi borykają się seniorzy to choroby (76,4% kobiet i 64,2% mężczyzn), niepełnosprawność (odpowiednio 51% i 52,7%) oraz samotność (41,6% kobiet i 50% mężczyzn). Ponad jedna czwarta mężczyzn (27%) i co ponad piąta kobieta (21,6%) zgłasza problem braku opieki ze strony najbliższych.

Większość seniorów spędza czas wolny przy oglądaniu telewizji (77,4% kobiet i 83,8% mężczyzn). Drugą co do częstości formą spędzania czasu wolnego jest własne hobby (ogród, działka, czytanie) – ponad jedna trzecia seniorów. Jedna czwarta badanych jako ulubiony sposób spędzania czasu wolnego podaje spotkania towarzyskie z rodziną.

Jeśli chodzi o formy aktywności, które chcieliby podjąć seniorzy, to seniorzy najchętniej skorzystaliby z wycieczek (prawie 40% kobiet i 45% mężczyzn). Tyle samo kobiet i jedna trzecia mężczyzn jest zainteresowana udziałem w wydarzeniach kulturalnych (kino, teatr, koncerty). Na dalszym miejscu (atrakcyjne dla około 30% seniorów)



są: oglądanie telewizji, klub seniora, spędzanie czasu z rodziną i spotkania towarzyskie.

Spotkaniami informacyjnymi i edukacyjnymi są zainteresowane bardziej kobiety niż mężczyźni – choć badani nie różnią się istotnie statystycznie ze względu na płeć w tym aspekcie.

Do głównych form pomocy, z których korzystają seniorzy należy pomoc w codziennych czynnościach (sprzątanie, gotowanie, zakupy, pielęgnacja). Z tej formy pomocy korzysta połowa seniorów. Blisko jedna trzecia kobiet i 20,9% mężczyzn sięga po zajęcia rozwijające zainteresowania (np. w klubach seniora). Na trzecim miejscu mieści się pomoc żywnościowa, z której korzysta 23,6% mężczyzn i 17,2% kobiet. Na dalszym miejscu pojawia się też pomoc finansowa (odpowiednio 23 i 13%). W zakresie form pomocy seniorzy różnią się ze względu na płeć.

Formy pomocy, na które jest zapotrzebowanie seniorów (z których chcieliby skorzystać), to otrzymać pomoc w rozwijaniu zainteresowań (w tym także w klubach seniora) – za czym opowiada się jedna trzecia badanych seniorów. Ponad jedna czwarta jest zainteresowana pomocą w codziennych czynnościach, niewiele mniej pomocą finansową. W zakresie zapotrzebowania na pomoc nie ma różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami.

Najbardziej rozpoznawalnymi formami wsparcia seniorów w środowisku miasta Lublin są kluby seniora (zna je ponad 60% seniorów). Połowa seniorów zna też inicjatywy senioralne pod nazwą Lubelskie Dni Seniora oraz Lubelską Kartę Seniora. Powyższe wyniki wskazują, że seniorzy z Lublina korzystają i znają główne formy pomocy oferowane przez miasto. Trudno jednoznacznie określić, czy pozostałe są dla nich mniej atrakcyjne czy też zbyt mało promowane. Badane kobiety i mężczyźni różnią się w zakresie form wsparcia znanych seniorom. Generalnie formy wsparcia są mniej rozpoznawalne przez mężczyzn.

## BIBLIOGRAFIA

1. Armitage, R., Nellums, L.B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet*, doi:10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
2. Birren, J.E., Schaie, K.W., (2006). *The psychology of aging*. USA: Elsevier
3. Eurostat (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EE*
4. Fingerma, K.L, Birditt, K.S., (2011). Relationships between Adults and their Aging Parents. W: K.W. Sahie, S.L. Wills, (red.) *Handbook of the Psychology of Aging*, (219-232). Elsevier, INC.
5. Kavirajan, H., Vahia, I.V., Thompson, W.K., Depp, C., Allison, M., Jeste, D.V. (2011). *Attitude Toward Own Aging and Mental Health in Post-menopausal Women*, *Asian Journal of Psychiatry*. 4(1): 26–30
6. Lloyd-Sherlock, P.; Ebrahim, S.; Geffen, L.; McKee, M. (2020). Bearing the brunt of covid-19: Older people in low and middle income countries, A global expert group on older people might be useful. *BMJ*, 368, 1052, doi:10.1136/bmj.m1052.
7. Lloyd-Sherlock, P.; Kalache, A.; McKee, M.; Derbyshire, J.; Geffen, L.; Casas, G.L.; Gutierrez, L.M. (2020). Covid19: Open letter to who and member states, who

- must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic. *BMJ*, 368, 1164, doi:10.1136/bmj.m1164.
8. Palsodottir, A., (2012). Elderly Peoples' Information Behaviour: Accepting Support from Relatives. *Libri*, 62, 135–144; doi 10.1515/libri-2012-0010
  9. Poulin, J., Deng, R., Ingersoll, T.S., Witt, H., Swain, M. (2012), Perceived Family and Friend Support and the Psychological Well-Being of American and Chinese Elderly Persons. *Cross Cultural Gerontology*, doi 10.1007/s10823-012-9177-y
  10. Petretto DR, Gaviano L, Pili R, Carrogu GP, Pili R. (2019). Ageing and Disability: The Need of a Bridge to Promote Well Being. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4(5): 555648 doi: 10.19080/OAJGGM.2019.04.555648
  11. Petretto, D.R.; Pili, R.; (2020). Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics*, 5, 25; doi:10.3390/geriatrics5020025
  12. Poleszak, W., (2012). Identyfikacja potrzeb osób starszych, [w:] Jarosz M. J., Włoszczak-Szubzda A., Kowalski W. (red.), *Polska i Wielka Brytania w obliczu starzenia się społeczeństwa*. Lublin, Wydawnictwo Naukowe WSEI. Lublin, s. 200-212.
  13. Poleszak, W., Kata, G., (2016). *Wsparcie rodziny a jakość życia w wieku senioralnym*. W: Z. B. Gaś (red.), „Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu”. Lublin, Wydawnictwo Naukowe WSEI. s. 235-254
  14. Shaie, K.W. (2011). Historical influences on aging and behavior. [W:] K.W. Sahie, S.L. Wills, (red.) *Handbook of the Psychology of Aging*, (41-56). Elsevier, INC.
  15. Thompson, M.G., Heller, K., (1990). Facets of Support Related to Well-Being: Quantitative Social Isolation and Perceived Family Support in a Sample of Elderly Women. *Psychology and Aging*, 5(4), s. 535-544.
  16. U.S. Department of health and human services, (2011). *A Guide to Promoting Emotional Health and Preventing Suicide in Senior Living Communities*.



Klaudia Maksim-Dąbrowska\*

## FORMY POMOCY DLA SENIORÓW PODCZAS PANDEMII NA PRZYKŁADZIE MIASTA BIELSKO-BIAŁA

### *Forms of support for elderly people during the pandemic emphasizing the example of the city of Bielsko-Biała*

\* Uniwersytet Śląski w Katowicach, ORCID: 0000-0003-3542-0681

#### **ABSTRACT**

*The period of the pandemic turned out to be very difficult for the inhabitants of the whole world. The authorities of individual countries, out of concern for the health and life of their citizens, made a number of decisions to regulate their social lives. The elderly were the group deemed to be most at risk due to the severe course of the Covid-19 disease. Therefore, various activities were undertaken to support the elderly, both at the state and regional level. In addition to state institutions, assistance for elderly people was also offered by non-governmental organizations and private citizens who were motivated by the epidemiological situation to offer help to those in need. Proposals of ways to offer assistance to the oldest group of inhabitants of Bielsko-Biała will be presented.*

**Keywords:** support, pandemic, elderly person, Bielsko-Biała

#### **STRESZCZENIE**

Okres pandemii okazał się bardzo trudny dla mieszkańców całego świata. Władze poszczególnych państw w trosce o zdrowie i życie swoich obywateli podejmowały szereg decyzji warunkujących życie społeczne. Najbardziej zagrożoną grupą, z uwagi na poważny przebieg choroby COVID-19, były osoby starsze. Dlatego też podjęte zostały różnorodne działania, których celem było wsparcie seniorów, zarówno na poziomie państwowym, jak i regionalnym. Obok instytucji państwowych pomoc dla seniorów oferowały także organizacje pozarządowe, jak i obywatele, których zaistniała sytuacja epidemiologiczna skłoniła do niesienia pomocy potrzebującym. Przedstawione zostaną propozycje pomocy dla najstarszej grupy mieszkańców miasta Bielsko-Biała.

**Słowa kluczowe:** pomoc, pandemia, senior, Bielsko-Biała.

## WPROWADZENIE

Zaangażowanie ze strony instytucji oraz organizacji (m.in. ONZ, Unii Europejskiej, Rady Europy) przyczynia się do zmiany postrzegania osób starszych. Społeczeństwo zaczęło dostrzegać dążenie seniorów do zachowania sprawności oraz nieustannego rozwoju, jak również potencjał przedstawicieli najstarszego pokolenia, który często nie zostaje wykorzystany w przestrzeni społecznej. Akcentowane są prawa osób starszych do niezależności, godności, samorealizacji, współuczestnictwa a także opieki. (Zrałek, 2012). Niezwykle istotna z perspektywy sprawnego funkcjonowania całego społeczeństwa jest umiejętność dostrzegania potrzeb, problemów oraz potencjału osób starszych. Stanowi to fundament do odpowiedniego wykorzystania możliwości seniorów poprzez ich uczestnictwo w życiu społecznym. Aktywność najstarszego pokolenia sprzyja zachowaniu zdrowia, zaspokajaniu potrzeb m.in. samorealizacji, akceptacji ze strony otoczenia, jak również budowaniu relacji międzypokoleniowych oraz kształtowaniu pozytywnego obrazu starości wśród członków społeczeństwa.

Instytucje państwowe oraz organizacje pozarządowe w trosce o uczestnictwo seniorów w życiu społecznym przygotowują różnego rodzaju projekty, aby w jak największym stopniu sprostać oczekiwaniom seniorów, a także zaspokoić ich szeroko rozumiane potrzeby. Wiele uwagi poświęca się jakości życia najstarszego pokolenia oraz podejmuje działania, aby była ona możliwie jak najwyższa. Okres „jesieni życia”, podobnie jak inne etapy egzystencji, powinien umożliwiać zaspokojenie potrzeb, realizację planów, odczuwanie satysfakcji z życia, budowanie oraz utrzymywanie relacji społecznych. Zaprzestanie aktywności zawodowej w wyniku przejścia na emeryturę stanowi istotny czynnik, który utrudnia wielu osobom samorealizację, kontakty społeczne, jak również podejmowanie aktywności. Dlatego tak ważne jest, aby osoby, które nie są już aktywne zawodowo korzystały z propozycji instytucji, uczestnicząc jednocześnie w życiu społeczności.

Codziennosc mieszkańców całego świata została nieoczekiwanie zmieniona przez pandemię choroby COVID-19. World Health Organization (WHO) chorobę COVID-19 określa jako infekcję zakaźną, która jest wywoływana przez nowo odkrytego koronawirusa<sup>1</sup>. Większość osób zakażonych wirusem choroby COVID-19 doświadcza łagodnych lub umiarkowanie nasilonych objawów choroby układu oddechowego oraz wraca do zdrowia bez konieczności podejmowania specjalistycznego leczenia. Osoby starsze oraz przewlekle chore (cierpiące na choroby układu krążenia, cukrzycę, przewlekle choroby układu oddechowego, nowotwory) są bardziej narażone na poważny przebieg choroby oraz konieczność podjęcia leczenia czy też hospitalizacji<sup>2</sup>. Dlatego tak istotna stała się ochrona przed infekcją osób zagrożonych poważnym przebiegiem choroby. Podstawową ochronę przed rozprzestrzenianiem choroby miała zapewnić szeroko rozumiana izolacja społeczna oraz ograniczenie

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19> [dostęp: 12.07.2021 r.].

<sup>2</sup> <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19> [dostęp: 12.07.2021 r.].

kontaktów międzyludzkich, zapobiegające niekontrolowanemu wzrostowi liczby chorych oraz wymagających specjalistycznego leczenia. Zgodnie z zaleceniami specjalistów podjęto szereg działań na całym świecie, których celem było zapewnienie wsparcia oraz opieki osobom starszym, którym w trosce o zachowanie zdrowia zalecano nie opuszczać miejsca swojego zamieszkania oraz ograniczyć bezpośrednie kontakty z innymi osobami do minimum.

Instytucje administracji państwowej, a także wiele organizacji pozarządowych w odpowiedzi na zaistniałą sytuację zorganizowały różne formy pomocy dla seniorów tak, aby mieli oni możliwość ograniczenia ryzyka zakażenia wirusem choroby COVID-19.

## **PROPOZYCJE POMOCY DLA OSÓB STARSZYCH**

Kluczowym elementem rozważań dotyczących form pomocy dla najstarszego pokolenia jest wyjaśnienie pojęcia „pomoc”. „Pomoc: kategoria zachowań prospołecznych, które mają na celu polepszenie czyjejs sytuacji albo zapobieżenie pogorszeniu się zaistniałego stanu” (Hajduk, 2005, s. 623). Zgodnie z definicją zarówno działania prowadzące do poprawy sytuacji danej osoby, jak również zapobiegające jej pogorszeniu są określane mianem pomocy. Pojęcie pomocy może być rozpatrywane w kategoriach pomocy formalnej oraz nieformalnej. „Pomoc formalna (pomoc instytucjonalna) pomoc zapewniana osobom jej potrzebującym przez organizacje, placówki pomocy, instytucje/ i/lub agencje usług” (Zych, 2017, s. 127). Działania te są prowadzone przez różne instytucje, mają one charakter planowy oraz zorganizowany. Natomiast „Pomoc nieformalna: różne formy pomocy, zarówno praktyczne, jak i emocjonalne, zapewniane poza sektorem usług formalnych; określenie to zwykle odnosi się do pomocy rodziny, przyjaciół i sąsiadów” (Zych, 2001, s. 150). Wsparcie nieformalne może stanowić główne i jedyne źródło niezbędnej pomocy dla osób starszych. Osoby z najbliższego otoczenia z uwagi na charakter nieformalny kontaktów z seniorem oraz wzajemne zaufanie mogą uzyskać informacje o potrzebach jednostki, czy też napotkanych przez nią trudnościach. Instytucje nie zawsze mają możliwość znalezienia każdej jednostki potrzebującej wsparcia, najbliższe otoczenie odgrywa ważną rolę w tym procesie. Rodzina, znajomi mogą ocenić sytuację seniora, następnie wykonać pewne zadania w celu poprawy jakości jego egzystencji lub zwrócić się o pomoc do odpowiednich instytucji. Osoby starsze niekiedy, z uwagi na wiele czynników, nie chcą same zwrócić się o pomoc, dlatego tak istotne jest zaangażowanie najbliższych, aby zdiagnozować występujący problem, a także znaleźć jego rozwiązanie.

Pandemia choroby COVID-19 jest determinantem zmian codziennej rzeczywistości społecznej. Modyfikacji poddane zostało zarówno wykonywanie podstawowych obowiązków, relacje interpersonalne, jak również opieka oraz wsparcie dla osób starszych. Ogromnym wyzwaniem okazała się konieczność spędzania większej ilości czasu w domu, brak kontaktu bezpośredniego z członkami rodziny, przyjaciółmi, czasowe zaprzestanie pracy bądź praca zdalna a także obawa przed chorobą

i śmiercią – własną oraz innych<sup>3</sup>. Okoliczności te przyczyniły się do wdrożenia nowych sposobów postępowania, funkcjonowania w społeczeństwie, budowania poczucia odpowiedzialności za zdrowie i życie swoje oraz innych.

Miasto Bielsko-Biala położone jest na terenie województwa śląskiego, nad rzeką Białą, otoczone jest pasmem Beskidu Małego oraz Beskidu Śląskiego<sup>4</sup>. Liczba mieszkańców miasta w roku 2018 wynosiła 171 259, natomiast osób w wieku poprodukcyjnym 42 679 (kobiety powyżej 60. roku życia, mężczyźni powyżej 65. roku życia), czyli grupa ta stanowiła około 25% ogólnej populacji miasta<sup>5</sup>. Dane te pokazują, że seniorzy stanowią około ¼ wszystkich mieszkańców miasta. Zatem w niezwykle trudnym czasie pandemii choroby COVID-19 stosunkowo duża część obywateli potrzebowała wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności, aby ograniczyć kontakty społeczne, tym samym ryzyko zakażenia. Obok programów ogólnopolskich np. „Wspieraj Seniora”, funkcjonowały także inicjatywy lokalnych instytucji oraz organizacji pozarządowych np. „SENIOR-fon”, a także indywidualne propozycje obywateli.

Śląski Telefon dla Seniora „SENIOR-fon” powstał z inicjatywy samorządu województwa śląskiego. Dyżur telefoniczny sprawowali psychologowie, jak również pracownicy socjalni. Usługa ta pełniła funkcję terapeutyczną oraz interwencyjną. Telefon dla Seniora umożliwiał uzyskanie wsparcia emocjonalnego, psychologicznego. Okres pandemii implikował nasilenie poczucia osamotnienia, braku wsparcia, czy też bezsilności m.in. wśród przedstawicieli grupy społecznej (osób starszych) uprzednio zagrożonej podobnymi problemami. Ponadto przedstawiciele najstarszego pokolenia mogli zasygnalizować wystąpienie trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Zespół obsługujący infolinię zajmował się wówczas koordynacją pomocy dla tych osób w miejscu ich zamieszkania<sup>6</sup>. Telefon wsparcia dla najstarszych obywateli przygotowała także Śląska Rada ds. Seniorów<sup>7</sup>. Inicjatywy te umożliwiły osobom starszym uzyskanie pomocy oraz wsparcia poprzez rozmowę zarówno z osobami kompetentnymi w zakresie prowadzenia podobnych rozmów, jak również wolontariuszami. Rozmowy telefoniczne w okresie ograniczeń, warunkujących życie społeczne, były jedną z bezpiecznych form komunikacji. Dla seniorów mieszkających samotnie działania te miały niewątpliwie wysoką wartość.

Jednym z ogólnopolskich programów, skierowanych do seniorów, był program „Wspieraj Seniora”, którego koordynatorem w Bielsku-Białej był Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Inicjatywa stanowiła odpowiedź na utrzymujący się w Polsce stan epidemii oraz konieczność ochrony przed zakażeniem wirusem choroby COVID-19, a jej adresatami były osoby powyżej 70. roku życia. Program powstał w celu zapewnienia wsparcia osobom starszym, które w sytuacji zagrożenia epidemicznego podjęły

<sup>3</sup> <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19> [dostęp: 12.07.2021 r.].

<sup>4</sup> Raport o stanie miasta Bielsko-Biala za rok 2019 (2020), Urząd Miejski w Bielsku-Białej, s. 6.

<sup>5</sup> Raport o stanie miasta Bielsko-Biala za rok 2019 (2020), Urząd Miejski w Bielsku-Białej, s. 7.

<sup>6</sup> <https://www.slaskie.pl/content/slaski-telefon-dla-seniora> [dostęp: 15.06.2021 r.].

<sup>7</sup> <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wielkoduzna-polska-telefony-wsparcia-dla-seniorow-slask-rpo-przedstawia> [dostęp: 1.07.2021 r.].

decyzję, aby pozostać w domu a nikt z najbliższego otoczenia nie był w stanie dostarczyć im artykułów spożywczych, czy środków higieny osobistej. Seniorzy, którzy byli zainteresowani skorzystaniem z takiej formy pomocy, kontaktowali się telefonicznie z jednostką terenową Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, informując jednocześnie o swoim potrzebach. Natomiast wolontariusze kupowali niezbędne produkty, następnie dostarczali je do domu odpowiedniej osoby<sup>8</sup>.

Kolejna propozycja dla obywateli całego kraju to program profilaktyczny „Aktywny senior w domu”, przygotowany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów oraz Ministerstwo Zdrowia. Na potrzeby programu powstała strona internetowa *fizjoterapiaporusza.pl*, gdzie prezentowane są ćwiczenia wraz z komentarzem eksperta, dotyczącym prawidłowego ich wykonania, dzięki czemu można samodzielnie podejmować aktywność fizyczną w domu. Ponadto treści te dostępne są na kanale Ministerstwa Zdrowia na platformie YouTube. Każdy zainteresowany może bezpłatnie uczestniczyć w zajęciach<sup>9</sup>. Mimo tego iż sytuacja epidemiczna w kraju uległa zmianie i aktywność fizyczną można podejmować również poza domem, przygotowana platforma jest wciąż dostępna, dzięki czemu można korzystać z jej zasobów.

Niezwykle istotną dla osób starszych instytucją jest Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, który powstał w 2014 r. Cel organizacji stanowi m.in. wspieranie działań w obszarze gospodarki senioralnej oraz rozwijanie współpracy na tym polu pomiędzy organami administracji państwowej, samorządowej, organizacjami pozarządowymi, przedsiębiorcami<sup>10</sup>. W odpowiedzi na zaistniałą sytuację epidemiczną, fundacja ta podjęła działania, aby stworzyć Centrum Informacji, które będzie stanowić źródło wiedzy o pomocy oferowanej dla osób starszych przez różne podmioty<sup>11</sup>. Portal **ABC Senior.com** zawiera rzetelne oraz kompletne informacje przydatne seniorom. **Dostępna jest m.in. wyszukiwarka ośrodków nieodpłatnie świadczących pomoc dla najstarszego pokolenia<sup>12</sup>. Portal ten, mimo zmiany sytuacji epidemicznej w Polsce, jest wciąż dostępny dla szerokiego spektrum użytkowników oraz stanowi cenne źródło informacji.**

Kolejną organizacją, oferującą pomoc dla seniorów w całej Polsce, jest Caritas Polska. W okresie pandemii zorganizowała przedsięwzięcie o nazwie „Pomoc dla seniora”. Ubogie oraz samotne osoby starsze mogły uzyskać pomoc w zakresie zaopatrzenia w środki ochronne, higieniczne oraz żywność. Ponadto wolontariusze oferowali wsparcie w wykonywaniu czynności poza miejscem zamieszkania np. wyprowadzenia psa czy zakupu leków. Seniorzy mogli także uzyskać pomoc o odmiennym charakterze np. psychologiczną, rodzaj proponowanych działań był dostosowany do potrzeb osób zgłaszających<sup>13</sup>. Szerokie spektrum

---

<sup>8</sup> <https://mops.bielsko.pl/aktualnosci/mops-realizuje-program-wspieraj-seniora> [dostęp: 25.06.2021 r.]

<sup>9</sup> [http://senior.gov.pl/bezpieczny\\_i\\_aktywny\\_senior/pokaz/477](http://senior.gov.pl/bezpieczny_i_aktywny_senior/pokaz/477) [dostęp: 10.07.2021 r.].

<sup>10</sup> <https://kigs.org.pl/wp-content/uploads/2019/04/Statut-Krajowego-Instytutu-Gospodarki-Senioralnej.pdf> [dostęp: 10.07.2021 r.].

<sup>11</sup> <https://abcsenior.com/nasza-misja/> [dostęp: 10.07.2021 r.].

<sup>12</sup> <https://abcsenior.com/nasza-misja/> [dostęp: 10.07.2021 r.].

<sup>13</sup> <https://caritas.pl/pomocldseniora/> [dostęp: 5.06.2021 r.].



działania tej instytucji umożliwiło udzielenie wsparcia potrzebującym na wielu płaszczyznach.

Poza działaniami zorganizowanymi przez organy administracji państwowej niezwykle istotne były także inicjatywy innych podmiotów. Fundacja Drachma w Bielsku-Białej proponowała seniorom wsparcie w wykonywaniu czynności, wymagających wyjścia z domu np. spacer z psem oraz wsparcie poprzez rozmowy telefoniczne<sup>14</sup>. Ponadto wielu obywateli w odpowiedzi na sytuację epidemiczną podjęło decyzję, aby pomóc innym. Obok zorganizowanych przez różne podmioty przedsięwzięć, seniorzy mogli także uzyskać pomoc od swoich sąsiadów, przyjaciół czy też rodziny. Zarówno mieszkańcy miasta Bielsko-Biala, jak również innych miast oraz wsi mogli uzyskać niezbędną pomoc. Czas ograniczeń w obszarze życia społecznego okazał się niezwykle trudny dla każdego obywatela. Nowe, nierozpoznane całkowicie przez medycynę oraz inne nauki zagrożenie, jakim jest wirus choroby COVID-19, podało w wątpliwość dotychczasowe poczucie bezpieczeństwa oraz wywołało wiele silnych emocji, obaw oraz trudności. Wszystkie opisane inicjatywy świadczą o poczuciu odpowiedzialności, solidarności obywatelskiej Polaków oraz chęci niesienia pomocy osobom samotnym i potrzebującym. Czas pandemii skłonił wiele jednostek do refleksji nad własną egzystencją oraz systemem wartości. Efekty tych rozważań można było dostrzec m.in. poprzez działania podejmowane na rzecz innych osób.

## PODSUMOWANIE

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w roku 2019 liczba ludności w Polsce wynosiła 38 382 600, podobnie jak w latach poprzednich przyjmuje ona coraz niższe wartości. Zmianie ulega także struktura wieku, determinowana poprzez postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Obserwowany jest natomiast wzrost liczby polskich obywateli, którzy osiągnęli lub przekroczyli wiek 60. lat. Analiza danych wykazała, iż na koniec roku 2019 grupa osób starszych liczyła 9 703 700, w porównaniu z rokiem 2018 jej liczebność wzrosła o 2,1%. Intensywny wzrost udziału najstarszych obywateli Polski w ogólnej populacji obserwowany jest od roku 2006. W roku 2005 udział osób w wieku 60. lub więcej lat kształtował się na poziomie 17,2%, w roku 2015 wzrósł do wartości 22,9%, zaś w roku 2019 wyniósł 25,3% (Wyszowska, Gabińska, Romańska, 2021). Dane te pokazują, jak na przestrzeni ostatnich 15 lat zmienia się sytuacja demograficzna w Polsce. Obserwowany wzrost liczby osób starszych implikuje konieczność podejmowania wielopłaszczyznowych działań m.in. przez organy administracji państwowej. „Społeczno-polityczne skutki starzenia się społeczeństwa mają bardzo szeroki zakres. Zachodzące w wyniku procesu starzenia się zmiany obejmują trzy poziomy analizy: mikrospołeczny, mezospołeczny, makrospołeczny. Ponadto dotyczą wielu aspektów życia jednostki i organizacji społeczeństwa przez państwo: kwestii rodziny, samorządu lokalnego oraz polityki ochrony zdrowia, zatrudnienia, mieszkaniowej, ludnościowej, rodzinnej,

<sup>14</sup> <https://www.utw.ath.bielsko.pl/pomoc-dla-seniorow-w-czasie-pandemii/> [dostęp: 10.06.2021 r.].

oświatowej itd. Analizę tych konsekwencji należy rozpocząć od poziomu jednostki i rodziny” (Mitręga, 2012, s. 16–17). Niezwykle istotna jest wielopłaszczyznowa refleksja nad następstwami procesu starzenia się społeczeństwa tak, aby móc przygotować przestrzeń społeczną na wciąż postępujące zmiany, jednocześnie jak najlepiej wykorzystując kapitał społeczny.

Dyskurs dotyczący języka używanego w stosunku do holistycznie rozumianej starości nie jest jedynie zagadnieniem socjolingwistycznym, zajmującym niezbyt znaczące miejsce w obszarze gerontologii. Słowa stosowane do określania etapu „jesieni życia” stanowią przedmiot pogłębionej refleksji nad szacunkiem, zrozumieniem oraz relacjami interpersonalnymi. Sposób postrzegania oraz stosunek wobec seniorów, doświadczających trudności z radzeniem sobie w obecnej rzeczywistości społecznej oraz marginalizacji jest przejawem naszego człowieczeństwa (Stefaniak-Hrycko, 2011). Proces starzenia się społeczeństwa powinien stać się determinantem dyskusji także w obszarze słownictwa, sposobu wyrażania swoich emocji, myśli wobec etapu „jesieni życia” oraz osób starszych. Szacunek w stosunku do najstarszego pokolenia powinien przejawiać się m.in. poprzez określenia stosowane w odniesieniu do tego okresu egzystencji człowieka.

Współcześnie obserwowane zmiany demograficzne oraz społeczne powinny stać się implikacją do szerokich rozważań nad sytuacją seniorów oraz kwestią ich edukacji. Wnioski pojawiające się w wyniku tych analiz mogą stanowić podstawę dla kreowania oraz wdrażania nowych rozwiązań w obszarze polityki społecznej jak również pracy socjalnej. Ponadto refleksje te mogą być pomocne w rozwiązaniu problemów związanych z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa jak również trudności doświadczanych w starości przez poszczególne jednostki (Pakuła, 2010). Zatem naszym zadaniem jako społeczeństwa jest holistyczne ujęcie zagadnienia starzenia się społeczeństwa, pogłębiona refleksja nad sytuacją osób starszych a także poszukiwanie nowych rozwiązań w obliczu wystąpienia nieoczekiwanych trudności takich jak pandemia choroby COVID-19.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hajduk, B. (2005). Pomoc. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (s. 623–630), tom IV. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
2. Mitręga, M. (2012). Konsekwencje procesu starzenia się dla polityki społeczno-gospodarczej. W: M. Zrałek. (red.), *Przestrzenie starości* (s. 11–33). Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza „Humanitas”.
3. Pakuła, M. (2010). *Postawy osób starszych wobec edukacji studium teoretyczno-diagnostyczne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
4. Stefaniak-Hrycko, A. (2011). Między eufemizacją a wulgaryzacją. Językowy obraz starości i człowieka starego. W: M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości* (s. 179–194). Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

5. Wyszowska, D., Gabińska, M., Romańska, S. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.* Warszawa, Białystok: Urząd Statystyczny w Białymstoku.
6. Zrałek, M. (2012). Wstęp. W: M. Zrałek (red.), *Przestrzenie starości* (s. 7–11). Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza „Humanitas”.
7. Zych, A.A. (2017). *Leksykon gerontologii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
8. Zych, A.A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

## **ŹRÓDŁA INTERNETOWE**

1. Raport o stanie miasta Bielsko-Biała za rok 2019. (2020). Urząd Miejski w Bielsku-Białej, s. 6.
2. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19> [dostęp: 12.07.2021 r.].
3. <https://www.slaskie.pl/content/slaski-telefon-dla-seniora>, [dostęp: 15.06.2021 r.].
4. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wielkoduszna-polska-telefony-wsparcia-dla-seniorow-slask-rpo-przedstawia> [dostęp: 1.07.2021 r.].
5. <https://mops.bielsko.pl/aktualnosci/mops-realizuje-program-wspieraj-seniora> [dostęp: 25.06.2021 r.].
6. [http://senior.gov.pl/bezpieczny\\_i\\_aktywny\\_senior/pokaz/477](http://senior.gov.pl/bezpieczny_i_aktywny_senior/pokaz/477) [dostęp: 10.07.2021 r.].
7. <https://kigs.org.pl/wp-content/uploads/2019/04/Statut-Krajowego-Institutu-Gospodarki-Senioralnej.pdf> [dostęp: 10.07.2021 r.].
8. <https://abcsenior.com/nasza-misja/> [dostęp: 10.07.2021 r.].
9. <https://caritas.pl/pomocdlaseniora/> [dostęp: 5.06.2021 r.].
10. <https://www.utw.ath.bielsko.pl/pomoc-dla-seniorow-w-czasie-pandemii/> [dostęp: 10.06.2021 r.].

Anita Gałuszka\*,  
Eryka Probiez\*\*,\*\*\*

## CECHY OSOBOWOŚCI JAKO PREDYKTORY SATYSFAKCJI Z ŻYCIA OSÓB W WIEKU SENIORALNYM

### *Personality traits as predictors of life satisfaction in senior citizens*

\* Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. W. Korfanteo w Katowicach, ORCID: 0000-0002-0030-5360

\*\* Uniwersytet Śląski w Katowicach, ORCID: 0000-0002-6588-1975

\*\*\* Politechnika Śląska w Gliwicach, ORCID: 0000-0002-6588-1975

#### **ABSTRACT:**

*Satisfaction with life is an important and contemporary area of research which is related to various aspects of the quality of life. It is regarded as the cognitive aspect of overall contentment with life and may be defined as the degree to which a person assesses the satisfaction of their needs, ambitions and aspirations. The subjectivity of the assessment depends on various subjective and environmental factors, which means that it is subject to constant fluctuation. On the other hand, variables that stabilize it are sought after. These include various personality traits, which are treated as relatively constant personal characteristics that predispose people to a specific (positive or negative) evaluation of their situation. The research focused on searching for the relationships between personality traits and life satisfaction in older people. This work is empirical.*

**Keywords:** *personality, life satisfaction, elderly person*

#### **STRESZCZENIE**

Satysfakcja z życia stanowi ważny i aktualny obszar badań, łączący się z problematyką jakości życia. Traktowana jest ona jako poznawczy aspekt zadowolenia z życia i definiowana jako stopień, w jakim człowiek ocenia zaspokojenie swoich potrzeb, ambicji i aspiracji. Subiektywizm oceny zależy od czynników podmiotowych i środowiskowych, co powoduje, że podlega ona stałej fluktuacji. Z drugiej strony, poszukiwane są zmienne, które ją stabilizują. Należą do nich cechy osobowości, traktowane jako względnie stałe charakterystyki osobowe, predysponujące do określonego (pozytywnego lub negatywnego) wartościowania sytuacji. W badaniach skoncentrowano

się na poszukiwaniu związków cech osobowości z satysfakcją z życia osób starszych. Praca ma charakter empiryczny.

**Słowa kluczowe:** osobowość, satysfakcja z życia, senior.

## WPROWADZENIE

Satysfakcja z życia stanowi ważny i aktualny obszar badań, łączący się z problematyką jakości życia. Traktowana jest ona jako poznawczy aspekt zadowolenia z życia i definiowana jako stopień w jakim człowiek ocenia zaspokojenie swoich potrzeb, ambicji i aspiracji. Subiektywizm oceny zależy od czynników podmiotowych i środowiskowych, co powoduje, że podlega ona stałej fluktuacji. Z drugiej strony, poszukiwane są zmienne, które ją stabilizują. Należą do nich cechy osobowości, traktowane jako względnie stałe charakterystyki osobowe, predysponujące do określonego (pozytywnego lub negatywnego) wartościowania sytuacji.

Cel badań: W badaniach skoncentrowano się na poszukiwaniu związków cech osobowości z satysfakcją z życia osób starszych.

Materiał i metody badawcze: Praca ma charakter empiryczny. W badaniu wzięło udział 150 seniorów w wieku 60+. Do zbierania danych wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia SWLS, której autorami są Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen, Sharon Griffin w polskiej adaptacji Zygfrieda Juczyńskiego oraz Inwentarz Osobowości NEO-FFI, którego autorami są Paul Costa i Robert McCrae w polskiej adaptacji Bogdana Zawadzkiego, Jana Strelaua, Piotra Szczepaniaka i Magdaleny Śliwińskiej.

Wyniki: Analiza regresji wykazała ujemną zależność pomiędzy satysfakcją z życia a neurotycznością ( $R^2_{\text{skor.}} = 0,09$ ,  $\beta = -0,31$ ,  $F = 16,46$ ,  $t = 0,04$ ,  $p < 0,000$ ), natomiast dodatnią zależność między ekstrawersją ( $R^2_{\text{skor.}} = 0,11$ ,  $\beta = 0,33$ ,  $F = 18,49$ ,  $t = 4,30$ ,  $p < 0,000$ ), ugodowością ( $R^2_{\text{skor.}} = 0,10$ ,  $\beta = 0,32$ ,  $F = 17,46$ ,  $t = 0,06$ ,  $p < 0,000$ ) i sumiennością ( $R^2_{\text{skor.}} = 0,04$ ,  $\beta = 0,20$ ,  $F = 6,15$ ,  $t = 0,06$ ,  $p < 0,014$ ).

Wnioski: Cechy osobowości Wielkiej Piątki (poza otwartością na doświadczenie) stanowią predyktory satysfakcji z życia badanej grupy seniorów.

## WIEK SENIORALNY

Zmiany, jakie nastąpiły w kontekście społecznym i kulturowym w ostatnich latach sprawiają, że coraz większą uwagę w badaniach psychologicznych kieruje się względem osób starszych. Liczne przemiany, mające skutki zarówno w demograficznej strukturze ludności, jak i w kulturowych i społecznych rolach osób starszych powodują, że narasta konieczność prowadzenia badań, w których istotną rolę pełnią seniorzy – dotąd często pomijani w badaniach, jako grupa, do której badacze mają utrudniony dostęp. Jak wskazują statystyki (GUS, 2014), jeszcze w 1988 roku w Polsce było 5,5 mln osób w wieku 60+, co w odniesieniu do ówczesnej liczby ludności stanowiło 14% populacji. Obecnie wskazuje się na ok. 9,8 mln osób powyżej 60. roku życia, co oznacza, że ok. 26% Polaków to seniorzy. Na podstawie prowadzonych prognoz, ów wzrostowy trend

ma się utrzymywać, prowadząc do 12,2 mln osób 60+ w Polsce w roku 2040. Prognozuje się, że udział osób starszych w populacji Polski w roku 2050 przekroczy 30% na obszarach wiejskich i zbliży się do 35% na terenach miejskich (GUS, 2014). Starzenie się społeczeństw i zwiększający się udział osób starszych sprawia, że zmianom podlegają nie tylko społeczne i kulturowe skrypty i role przypisane do danego wieku (Jancz, Trojanek, 2020), ale także oczekiwania i oceny, związane z jakością i satysfakcją z życia. Coraz więcej seniorów prowadzi aktywne życie społeczne, pielęgnuje i wzmacnia swoje pasje, rozwija się i uczestniczy w kursach doszkalających, czy uczy się korzystać z nowych technologii (Frączkiewicz-Wronka et al., 2019). Osoby w wieku 60+ są także coraz częściej aktywne zawodowo, podejmują nowe wyzwania związane z pracą i doskonalały swoje zawodowe kwalifikacje. Zmiany w strukturze rodziny również sprawiają, że rola dziadków ulega zmianie. Liczba wnuków się zmniejsza, a szerokie możliwości lokacyjne sprawiają, że kontakt z nimi, oprócz bezpośredniego, jest realizowany także za pomocą komunikatorów. Całość tych zmian wskazuje na konieczność prowadzenia badań w obszarze jakości życia właśnie wśród osób z grupy 60+ (Ślusarska et al., 2019). Niniejsze badanie podejmuje tematykę satysfakcji z życia oraz cech osobowości jako predyktorów tego konstruktów w wieku senioralnym.

## SATYSFAKCJA Z ŻYCIA

Satysfakcja z życia jest konstruktem badanym w psychologii od lat 80. Ujmuje ona stopień w jakim człowiek jest zadowolony ze swego życia w różnych jego płaszczyznach. Według Światowej Organizacji Zdrowia, satysfakcja z życia wyraża się poprzez subiektywną ocenę własnej sytuacji życiowej w porównaniu z sytuacją życiową innych osób w tym samym wieku lub osiągnięcie wysoko cenionej wartości. Satysfakcja z życia definiowana jest jako ogólna ocena zadowolenia z życia konkretnej osoby, odnoszona do osobistych standardów (Jachimowicz, Kostka, 2009). Satysfakcja z życia jest również traktowana jako wynik zestawienia aktualnej sytuacji z osobistymi normami (Juczyński, 2009). Badacze wskazują również na komponenty zadowolenia z życia. Wróbel i Finogenow podkreślają dwa aspekty: poznawczy – definiowany jako satysfakcja z życia oraz afektywny traktowany jako dobrostan emocjonalny (Finogenow, 2013; Wróbel, Finogenow, 2012). Sirgy (1998) wskazuje natomiast na fakt, że poziom ogólnej satysfakcji zależy od zadowolenia z różnych sfer życia, np. zdrowia, rodziny, przyjaciół, pracy zawodowej itp. Na podobne aspekty zwraca uwagę S. Steuden zaznaczając, że satysfakcja z życia jest ogólną, refleksyjną oceną życia, dotyczącą różnych jego obszarów, odzwierciedlającą spostrzegane przez człowieka rozbieżności między własnymi osiągnięciami a potrzebami i oczekiwaniami (Steuden, 2012, s. 163).

Istotnym elementem satysfakcji życiowej są wybrane kryteria, co oznacza, że ocena satysfakcji z życia nie podlega uniwersalnym kryteriom, wręcz przeciwnie, badania wskazują na różne, indywidualnie dobierane wskaźniki, do jakich odnoszą się osoby badane (Diener et al., 1985).

W obrębie badań nad satysfakcją z życia, w kontekście obecnie prowadzonych analiz, szczególną uwagę należy zwrócić na te, które łączą badany konstrukt

z wiekiem senioralnym. Jak wynika z prowadzonych badań, satysfakcja z życia jest połączona z wieloma innymi konstruktami. Badania Ziółkowskiego, Błachnio i Pączalskiej (2015) wskazują, że satysfakcja z życia jest związana z subiektywną oceną własnego zdrowia, zarówno w kontekście zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Wskazuje się także na istotne związki podróżowania z satysfakcją z życia wśród seniorów (Pan, Fu, Wang, 2020). Motywacja i satysfakcja z podróżowania pozytywnie wpływa na ogólną satysfakcję z życia oraz tę związaną z wypoczynkiem. Natomiast badania prowadzone na amerykańskich seniorach wskazują na związki satysfakcji z życia z optymizmem dyspozycyjnym i postrzeganą jakością zdrowia (Heo, Lee, 2010). Dostrzega się także związek korzystania z social mediów z jakością życia seniorów (Ractham, Techatassanasoontorn, 2014). W prowadzonych poszukiwaniach zbadano współzależności pomiędzy różnymi domenami, których realizacja jest połączona z wykorzystaniem social mediów. Pięć z nich uzyskało pozytywny i statystycznie istotny wskaźnik badanego efektu. Na satysfakcję z życia seniorów oddziaływały: domena społeczna, konsumencka, rodzinna, zdrowia i pracy. Satysfakcja z życia jest także związana z konstruktem uczenia się przez całe życie (*lifelong learning*), promowanego np. w formie uniwersytetów trzeciego wieku. Możliwość ciągłego rozwoju, dzięki udziałowi w różnorodnych programach, dostępnych dla seniorów, wykazuje związek zarówno z poczuciem samoświadomości, kontroli, jak i satysfakcji z życia (Ratana-Ubol, 2020). Jak wskazują przytoczone wyżej badania, satysfakcja z życia osób starszych jest istotnym tematem podejmowanym w badaniach niezależnie od kraju. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że zjawisko starzenia się społeczeństw jest powszechne zarówno w krajach rozwijających się, jak i wysoko rozwiniętych, co rodzi potrzebę prowadzenia badań, których wyniki mogą zostać wykorzystane w pracach nad polepszeniem jakości życia osób starszych.

## CECHY OSOBOWOŚCI

Osobowość człowieka jest określana jako zestaw dyspozycji lub właściwości, które są względnie trwałe na przestrzeni życia jednostki. Współcześnie najczęściej rozważa się osobowość w kategoriach powiązanych z sobą cech. Cechy osobowości są powiązane z działaniami danej osoby, jej potrzebami czy zachowaniem. Prowadzone badania longitudinalne wskazują, że w przypadku cech osobowości przynależących do Wielkiej Piątki można mówić o ich stabilności na przestrzeni całego dorosłego życia. Należy jednak zaznaczyć, że spośród badanych cech osobowości sumienność cechuje się rosnącą stabilnością na przestrzeni lat, natomiast pozostałe: ekstrawersja, otwartość, ugodowość i stabilność emocjonalna największą stabilność osiągają, kiedy osoba jest w wieku 40.–60. lat, aby potem zmniejszyć ów wskaźnik. Co ważne, badania te wskazują, że oprócz szeroko rozpowszechnionego dojrzewania wewnętrznego, uwzględnienie czynników takich jak wydarzenia życiowe, także powoduje istotną statystycznie zmianę w cechach osobowości (Specht, Egloff, Schmukle, 2011). Jest to istotne zjawisko także dlatego, że badania nad osobowością są najczęściej prowadzone w kontekście innych zmiennych, z pominięciem kwestii wieku. Jednym z niewielu

badania, jakie łączy satysfakcję z życia, cechy osobowości i osoby w wieku 55+ jest badanie Garretta (1990). Wskazywało ono, że najważniejszym predyktorem satysfakcji z życia osób starszych jest stabilność emocjonalna, a kolejnym otwartość na doświadczenie. Warto jednak zaznaczyć, że w prowadzonym badaniu satysfakcja z życia była mierzona innym narzędziem (*Salamon-Conte Life Satisfaction in the Elderly Scale*), tak jak i cechy osobowości (*Sixteen Personality Factor Questionnaire*).

## CEL BADAŃ

Celem niniejszych badań jest poszukiwanie związków pomiędzy cechami osobowości a satysfakcją z życia u osób w wieku 60+. Na podstawie przeprowadzonego przeglądu literatury nie znaleziono wielu badań, łączących badania nad osobowością z seniorami i tylko jedno podejmujące ten temat w kontekście satysfakcji z życia. Większość cytowanych badań nie była prowadzona na grupach polskich seniorów, co wskazuje, że uzyskane w nich wyniki ze względu na różnice kulturowe, polityczne czy ekonomiczne nie zawsze mogą być generalizowane i traktowane jako uniwersalne, co osłabia ich aspekt aplikacyjny i predykcyjny.

Opierając się na zdefiniowanym celu badań postawiono poniższą hipotezę główną i hipotezy szczegółowe:

1. Cechy osobowości stanowią istotny statystycznie predyktor satysfakcji z życia u osób w wieku 60+.
  - 1a. Neurotyczność stanowi istotny statystycznie negatywny predyktor satysfakcji z życia u osób w wieku 60+.
  - 1b. Otwartość na doświadczenie stanowi istotny statystycznie pozytywny predyktor satysfakcji z życia u osób w wieku 60+.
  - 1c. Ekstrawersja stanowi istotny statystycznie pozytywny predyktor satysfakcji z życia u osób w wieku 60+.
  - 1d. Sumienność stanowi istotny statystycznie pozytywny predyktor satysfakcji z życia u osób w wieku 60+.
  - 1e. Ugodowość stanowi istotny statystycznie pozytywny predyktor satysfakcji z życia u osób w wieku 60+.

W celu sprawdzenia postawionych hipotez przeprowadzono badanie, dzięki któremu zebrano dane, odnoszące się do cech osobowości oraz satysfakcji z życia osób w okresie późnej dorosłości.

## MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Przeprowadzone badanie zostało zrealizowane na grupie 150 osób w wieku 60+. 71,3% z nich stanowiły kobiety (104), a 28,7% mężczyźni (43). Średnia wieku wyniosła 67,52, a SD=5,50. 70 osób miało wykształcenie średnie (46,7%). Osoby starsze, biorące udział w badaniu, zamieszkiwały województwa śląskie oraz małopolskie. Każda osoba badana została poinformowana o celu badania, anonimowości przetwarzania danych oraz możliwości wycofania się z badania w dowolnym momencie.



W badaniu posłużono się kwestionariuszem osobowym, gromadzącym dane socjodemograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie oraz Skalą Satysfakcji z Życia SWLS (Diener et al., 1985) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego oraz Inwentarzem Osobowości NEO-FFI (Costa, McCrae, 2004) w adaptacji Bogdana Zawadzkiego, Jana Strelaua, Piotra Szczepaniaka i Magdaleny Śliwińskiej.

Skala Satysfakcji z życia zawiera pięć stwierdzeń, do których należy się ustosunkować na 7-stopniowej skali od zupełnie się nie zgadzam do całkowicie się zgadzam. Wynikiem badania jest ogólny poziom zadowolenia z życia. Jest ona przeznaczona do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. W polskiej adaptacji wskaźnik rzetelności w badaniu na 371 osobach dorosłych wyniósł  $\alpha=0,81$ , a w badaniu stałości skali na przestrzeni dwóch tygodni na grupie 30 osób  $\alpha=0,86$ . Dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności wyniósł  $\alpha=0,87$ . Normalizacja została dokonana dla osób w wieku 20–55 lat, co oznacza, że nie odnosi się ona do niniejszego badania. Znane są natomiast średnie wyniki badań amerykańskich, prowadzonych na osobach w podeszłym wieku w liczbie 39 badanych, dla których średnia wyniosła  $M=24,4$  ( $SD=6,99$ ).

Inwentarz Osobowości NEO-FFI składa się z 60. stwierdzeń, do których należy się odnieść na 5-stopniowej skali. Pozwala to na uzyskanie wyników dla 5. cech osobowości. Narzędzie posiada normy stenowe dla 5. grup wiekowych, w tym dla grupy 50.–80. lat, opracowane oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Dla polskiej adaptacji rzetelność wynosi od  $\alpha=0,68$  do  $\alpha=0,82$  w zależności od skali. Najwyższe współczynniki uzyskano dla neurotyczności, ekstrawersji i sumienności.

## WYNIKI

W celu opracowania uzyskanych danych oraz sprawdzenia postawionych hipotez przeprowadzono szereg analiz statystycznych. Pierwszym krokiem była analiza statystyk opisowych dla badanych zmiennych, którą zawiera tabela 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe

Zmienna	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. stand	Skośność	Kurtoza
Neurotyczność	31,00	32.00	12.00	50.00	7,67	-0,16	-0,21
Ekstrawersja	39,77	39.00	27.00	56.00	6,45	0,37	-0,48
Otwartość na doświadczenie	37,20	36.50	19.00	56.00	6,54	0,26	0,33
Ugodowość	45,29	45.00	30.00	58.00	5,71	-0,10	-0,36
Sumiennosc	47,33	48.00	29.00	60.00	6,33	-0,30	-0,54
Satysfakcja z życia	22,23	23.00	9.00	32.00	4,75	-0,31	0,17

N ważnych = 150

Na podstawie tabeli 1 można zauważyć, że najwyższą średnią wśród cech osobowości charakteryzowała się sumienność, a najniższą neurotyczność. Ekstrawersja i otwartość na doświadczenie cechowały się dodatnią skośnością, co wskazuje na przewagę wyników niskich, natomiast pozostałe badane zmienne były ujemnoskośne. Otwartość na doświadczenie oraz satysfakcja z życia posiadały dodatnie kurtozy, czyli wyniki koncentrowały się tu wokół średniej, pozostałe zmienne były platokurtyczne. Tabela 2 zawiera wyniki analizy normalności rozkładu.

Tabela 2. Normalność rozkładów (test Shapiro-Wilka)

Zmienne	Test Shapiro-Wilka	P
Neurotyczność	0,98	<b>0,1411</b>
Ekstrawersja	0,97	0,0068
Otwartość na doświadczenia	0,99	<b>0,1981</b>
Ugodowość	0,99	<b>0,4635</b>
Sumienność	0,97	0,0102
Satysfakcja z życia	0,98	0,038

W oparciu o tabelę 2 zmienne neurotyczność, otwartość na doświadczenie oraz ugodowość cechują się rozkładem normalnym, natomiast pozostałe badane zmienne nie posiadają rozkładu normalnego. W związku z tym dalsze analizy korelacyjne (tabela 3) będą prowadzone z wykorzystaniem nieparametrycznych metod.

Tabela 3. Korelacje pomiędzy badanymi zmiennymi (nieparametryczne rho Spearmana)

Zmienne	NEU	EKS	OTW	UGD	SUM	SAT
NEU	1.00					
EKS	<b>-0,51*</b>	1.00				
OTW	<b>-0,42*</b>	<b>0,51*</b>	1.00			
UGD	<b>-0,44*</b>	<b>0,36*</b>	<b>0,25*</b>	1.00		
SUM	<b>-0,24*</b>	0,13	0,06	<b>0,50*</b>	1.00	
SAT	<b>-0,30*</b>	<b>0,32*</b>	0,11	<b>0,33*</b>	<b>0,18*</b>	1.00

\*p<0,05; \*\*NEU – neurotyczność, EKS – ekstrawersja, OTW – otwartość na doświadczenie, UGD – ugodowość, SUM – sumienność, SAT – satysfakcja z życia.

Przeprowadzono analizy korelacyjne pomiędzy cechami osobowości a satysfakcją z życia. Opierając się na uzyskanych wynikach wykazano ujemną korelację między neurotycznością a satysfakcją z życia oraz dodatnie korelacje pomiędzy ekstrawersją, ugodowością oraz sumiennością a satysfakcją z życia. Nie wykazano istotnych

statystycznie relacji pomiędzy otwartością na doświadczenie a satysfakcją z życia. Na podstawie uzyskanych wyników zdecydowano się na przeprowadzenie analizy regresji, z uwzględnieniem tych zmiennych, które istotnie statystycznie korelowały ze sobą. Wyniki analizy regresji zawiera tabela 4.

Tabela 4. Analiza regresji dla zmiennej satysfakcja z życia

Zmienna	Satysfakcja z życia									
	$\beta$	Bł. Std z $\beta$	b1	Bł. Std z b1	t	Bł. Std z estym.	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>skor</sub>	F	P(dla p<0,05)
NEU	-0,31	0,08	-0,19	0,12	0,04	4,52	0,1	<b>0,9</b>	16,46	<b>0,000</b>
EKS	0,33	0,08	0,24	0,06	4,30	4,50	0,11	<b>0,1</b>	18,49	<b>0,000</b>
UGD	0,32	0,08	0,27	0,09	0,06	0,04	0,1	<b>0,1</b>	17,46	<b>0,000</b>
SUM	0,20	0,08	0,15	0,11	0,06	4,67	0,04	<b>0,03</b>	6,15	<b>0,014</b>

Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazano, że 4 cechy osobowości stanowią istotny predyktor satysfakcji z życia i są to: neurotyczność, ekstrawersja, ugodowość oraz sumienność. Neurotyczność jest jedynym ujemnym predyktorem. Przeprowadzone analizy potwierdziły 4 z 5 postawionych hipotez. Oprócz otwartości na doświadczenie pozostałe cechy osobowości stanowią istotne statystycznie predyktory satysfakcji z życia u osób w wieku senioralnym.

## PODSUMOWANIE

Badania prowadzone przy udziale osób w wieku 60+ należą do mniej licznie reprezentowanych, szczególnie w kontekście cech osobowości. Uzyskane wyniki wskazują na istotność badanego zagadnienia, szczególnie w kontekście zjawisk społecznych, powiązanych ze starością. Analiza satysfakcji z życia i jej predyktorów wskazała, że 4 cechy osobowości stanowią istotne zmienne niezależne (objaśniające) u osób starszych. Na podstawie uzyskanych danych planuje się dalsze badania, mające na celu poszerzenie listy zmiennych, wyjaśniających satysfakcję z życia u osób w wieku senioralnym.

## BIBLIOGRAFIA

1. Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
2. Finogenow, M. (2013). Poczucie koherencji a satysfakcja z życia i dobrostan emocjonalny osób w wieku emerytalnym. *Psychologia Społeczna*, 8(3), 346–353.
3. Frączkiewicz-Wronka, A., Kowalska-Bobko, I., Sagan, A., & Wronka-Pośpiech, M. (2019). The growing role of seniors councils in health policy-making for older people in Poland. *Health Policy*, 123(10), 906–911.

4. Garrett, K. F. (1990). Relationship among personality traits, selected demographic factors, and life satisfaction in a 55 and older senior adult population.
5. GUS (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050. Studia i analizy statystyczne*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
6. Heo, J., & Lee, Y. (2010). Serious leisure, health perception, dispositional optimism, and life satisfaction among senior games participants. *Educational Gerontology, 36*(2), 112–126.
7. Jachimowicz, V, Kostka, T. (2009). Satysfakcja z życia starszych kobiet. *Ginekologia Praktyczna, 17*(3), 27–32.
8. Jancz, A., & Trojanek, R. (2020). Housing preferences of seniors and pre-senior citizens in Poland – A case study. *Sustainability, 12*(11), 4599.
9. Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP 128–136.
10. Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html> [dostęp: 14.06.2021 r.].
11. McCrae, R.R., & Costa Jr., P.T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences, 36*(3), 587–596.
12. Pan, Y., Fu, X., & Wang, Y. (2020). How does travel link to life satisfaction for senior tourists? *Journal of Hospitality and Tourism Management, 45*, 234–244.
13. Ractham, P., & Techatassanasoontorn, A. (2014). Social media use and senior citizen's life satisfaction. ACIS.
14. Ratana-Ubol, A. (2020). Life Satisfaction and Happiness of Thai Senior Citizen. *Journal of Educational Studies, 14*(1), 2563.
15. Sirgy, M.J. (1998). Materialism and quality of life. *Social Indicators Research, 43*(3), 227–260.
16. Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S.C. (2011). Stability and change of personality across the life course: the impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*(4), 862.
17. Steuden, S. (2012). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
18. Ślusarska, B., Bartoszek, A., Kocka, K., Deluga, A., Chrzan-Rodak, A., & Nowicki, G. (2019). Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit—an example of home care in Poland. *Clinical Interventions in Aging, 14*, 889.
19. Wróbel, M., Finogenow M. (2012). Emocje i motywacja. W: E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Człowiek i ludzie* (s. 52–89). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
20. Ziolkowski, A., Blachnio, A., & Pachalska, M. (2015). An evaluation of life satisfaction and health—Quality of life of senior citizens. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 22*(1).



Małgorzata Chmielewska\*  
Agnieszka Marut\*\*  
Mariola Mendrycka\*\*\*

## OCENA POCZUCIA ZADOWOLENIA Z ŻYCIA WŚRÓD MIESZKAŃCÓW DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

### *An assessment of life satisfaction among the inhabitants of a nursing home*

- \* Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, ORCID: 0000-0001-6505-3072
- \*\* Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, ORCID: 0000-0003-2619-4619
- \*\*\* Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, ORCID: 0000-0002-8425-443X

#### **ABSTRACT:**

*Introduction: Old age changes the feelings that people have concerning life satisfaction, which is the impression of their specific life situation of an individual at a given time. At present, there is an increasing number of people who require round-the-clock care and the provision of their daily living needs. A special form of such assistance is provided by nursing homes, and therefore the assessment of life satisfaction, in places that become the homes of residents grows in importance.*

*The aim of the study was to assess the sense of satisfaction with life of the residents of a nursing home in the Mazovian province.*

*Material and research method: The study was carried out among 99 residents of DPS at the turn of December and January 2020/21. A diagnostic survey method was used in the study. The author's survey questionnaire concerning the level of satisfaction with the quality of life of nursing home residents, the standardized life satisfaction scale (SWLS), scale of basic and complex activities of daily living ADL and IADL were used. Statistical analyses were performed using Statistica 9.1 computer software (StatSoft, Poland). The study showed that a similar number of respondents expressed a high and low level of satisfaction with life. The level of functional ability does not affect the level of life satisfaction. Women, people over 65 years of age and those who had been staying in the nursing home for more than 8 years, achieved life satisfaction significantly more often.*

*Conclusions: Nursing home residents related life satisfaction with factors connected to the competence and attitudes of the nursing home staff. The level of functional ability is not as important to feelings of satisfaction as the appropriate level of care, keeping in touch with the family and the acceptance of one's health condition.*

**Keywords:** *life satisfaction, residents, nursing home.*

## STRESZCZENIE

Starość zmienia odczucia dotyczące zadowolenia z życia, które stanowi obraz swoistego położenia życiowego jednostki w danym okresie. Obecnie obserwuje się rosnącą liczbę osób wymagających całodobowej opieki i zabezpieczenia potrzeb życiowych. Szczególną formą takiej pomocy są domy pomocy społecznej, a ocena poziomu zadowolenia z życia, w miejscach, które stają się domem rezydentów nabierają istotnego wymiaru. Celem przeprowadzonych badań jest ocena poczucia zadowolenia z życia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w województwie mazowieckim. Badanie przeprowadzono wśród 99 mieszkańców DPS na przełomie grudnia i stycznia 2020/21 roku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety dotyczący poziomu zadowolenia z życia mieszkańców DPS, wystandaryzowaną skalę Satysfakcji z życia (SWLS), skalę podstawowych i złożonych czynności życia codziennego ADL i IADL. Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska). Z przeprowadzonych badań wynika, że podobna ilość badanych odczuwa wysoki i niski poziom zadowolenia z życia. Poziom sprawności czynnościowej nie wpływa na poziom zadowolenia z życia. Kobiety, osoby powyżej 65 r.ż. oraz przebywające w DPS powyżej 8 lat, istotnie częściej osiągały zadowolenie z życia. Mieszkańcy DPS warunkują zadowolenie z życia czynnikami związanymi z kompetencjami i postawami personelu DPS. Poziom sprawności czynnościowej nie jest tak ważny w odczuwaniu zadowolenia, jak właściwy poziom opieki, kontakty z rodziną oraz akceptacja swojego stanu zdrowia.

**Słowa kluczowe:** zadowolenie z życia, rezydenci, dom pomocy społecznej.

## WPROWADZENIE

Ostatnie dziesięciolecia przyniosły w Polsce i Europie zmiany charakteryzujące się przyrostem liczby osób w wieku starszym w skali całej populacji. Prognozuje się, że tendencja wzrostu liczby osób w wieku 65. lat i więcej będzie się utrzymywała (Szatur-Jaworska, 2016; Orzechowska, 2018; Becelewska, 2015). Opieka i pomoc społeczna adresowane do osób w starszym wieku zmierzają do zaspokojenia ich potrzeb. Są elementem polityki społecznej wobec starości, celem jest także kształtowanie prawidłowych relacji pomiędzy najstarszym pokoleniem a młodszymi generacjami (Zybała, 2017). Domy pomocy społecznej świadcząc usługi, muszą

uwzględniać wartości i czynniki, które przywracają podopiecznym godność, zapobiegają osamotnieniu, samotności i pozwalają uzyskać satysfakcję i zadowolenie z życia (Grabusińska, 2013). Proces starzenia się człowieka wiąże się często ze zjawiskiem osamotnienia, które jest postrzegane jako problem duchowy, emocjonalny, filozoficzny, psychologiczny, a także społeczny, wpływający w znacznym stopniu na poczucie sensu życia (Wiśniewska, 2016; Kijak-Szarota, 2013). Oderwanie od dotychczasowego środowiska, rodziny, obok niepokoju i lęku przed nowym, wywołuje poczucie opuszczenia, niepotrzebności, wyobcowania z życia rodzinnego, a także krzywdy i niespełnienia. Stąd też ułatwianie adaptacji nowo przybyłej osobie jest niezwykle ważnym działaniem (Piotrowska-Breger, 2004). Specyfika starości i starzenia się powoduje stopniowe zawężanie aktywności życia codziennego, doprowadzając do redukcji kontroli nad swoim życiem. Pojawia się konieczność korzystania z opieki i pomocy innych osób i instytucji (Bień, 2009; Słońska-Misiuna, 2013). Starość zmienia odczucia dotyczące jakości życia, ponieważ pogarsza się stan zdrowia, zawężają się społeczne role, niekiedy dochodzi do wykluczenia społecznego, utraty niezależności, czy samodzielnego kształtowania swego życia. Bardziej niż uprzednio stają się zależni od innych osób, instytucji i w zabezpieczeniu sobie niezbędnych środków utrzymania, a co za tym idzie i osobistej swobody (Wieczorowska-Tobis, 2012; Tryfan, 2010). Jakość życia stanowi obraz swoistego położenia życiowego jednostki w danym okresie (ocena danego fragmentu życia), relacji, która zachodzi pomiędzy człowiekiem a środowiskiem zewnętrznym i wewnętrznym. Według terminu przyjętego w naukach medycznych, jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia. Zakłada, że podstawowym warunkiem optymalnej jakości życia jest dobre zdrowie. Do określenia jakości życia powinno się stosować analizę obiektywnej oceny stanu zdrowia i oceny subiektywnej pacjenta, na którą składają się komponenty fizyczne, psychiczne i społeczne (Orzechowska, 2008). Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jakość życia określana jest jako indywidualna percepcja posiadanej pozycji życiowej z odniesieniem do zadań, oczekiwań i standardów społecznych i kulturowych (Oleś, 2000). Ocena zadowolenia z życia wiąże się z poznawczą analizą wydarzeń, które miały miejsce w przeszłości podmiotu, i polega na przeprowadzeniu bilansu dobrych i złych chwil życia. Powstaje wówczas ogólna ocena dotychczasowych przeżyć, bardziej pozytywna lub bardziej negatywna, w zależności od tego, jakie wydarzenia przeważały w dotychczasowej analizie (Wiśniewska, 2016). Z pojęciem zadowolenia łączy się wdzięczność, określona uczuciowa odpowiedź, poczucie zobowiązania za otrzymaną przysługę (Orzechowska, 2008; Oleś, 2000). Poczucie zadowolenia z życia lub jego braku są uzależnione od wielu czynników. Część z nich wynika z poziomu oczekiwań, ambicji, potrzeb i cech jednostki, część zaś z uwarunkowań zewnętrznych, np. ogólnych warunków życia, możliwości samorealizacji, czy kontaktów z otoczeniem. Silnemu zadowoleniu służy nadmiar emocji pozytywnych (Orzechowska, 2008). Schipperera poprzez próbę uściślenia definicji jakości życia sformułował pojęcie zadowolenia z jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. HRQOL *Health Related Quality of Life*). W polskiej literaturze termin ten oznacza jakość życia, satysfakcję uzależnioną od zdrowia, uwarunkowaną stanem zdrowia oraz



związaną ze stanem zdrowia. Dotyczy takich elementów jak: stan fizyczny, sprawność ruchowa, stan psychiczny, warunki ekonomiczne, sytuacja społeczna (Oleś, 2000). Badanie zadowolenia z życia odnosi się do szeregu płaszczyzn funkcjonowania człowieka bez względu na stan zdrowia, wiek, czy rodzaj wykonywanego zawodu (Rynkowska, 2016). Zapewnienie usług służących ochronie zdrowia i sferze fizycznego funkcjonowania ludzi starszych, mieszkających w domach pomocy społecznej, z reguły schorowanych lub zniedołężniałych, stanowi jedno z najważniejszych zadań tych placówek. Z badań Leszczyńskiej-Rejchert wynika, że ważne jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ich mieszkańców poprzez zapewnienie stałej opieki lekarskiej, w tym specjalistycznej. Podobne prawidłowości autorka wykazała badając stopień realizacji potrzeb duchowych, rozwijania zainteresowań oraz potrzeb religijnych (Leszczyńska-Rejchert, 2010).

## **CEL PRACY**

Ocena poczucia zadowolenia z życia mieszkańców domu pomocy społecznej w województwie mazowieckim.

## **MATERIAŁ I METODY**

Badania zrealizowano na przełomie grudnia i stycznia 2020 i 2021 roku w domu pomocy społecznej w województwie mazowieckim, wśród 99. pensjonariuszy, po wcześniejszym uzyskaniu zgody dyrektora placówki. Badani wyrazili zgodę na udział w badaniu i zostali poinformowani o jego zasadach. Pensjonariusze wymagający pomocy w wypełnianiu ankiety mieli odczytywane pytania, a badacz wpisywał zalecaną odpowiedź. W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano Autorski Kwestionariusz ankiety: Badanie poziomu zadowolenia z życia mieszkańców DPS. Zawierał on pytania dotyczące czasu pobytu w DPS, atmosfery, wsparcia, zadowolenia z życia, od czasu zamieszkania w DPS, czynników podnoszących i obniżających odczuwane zadowolenie. Kolejnym narzędziem była wystandaryzowana Skala Satysfakcji z Życia – SWLS w opracowaniu Dienera, Emmons, Larsona i Griffina i polskiej adaptacji Juczyńskiego. Skala zawiera pięć stwierdzeń, gdzie badany określa, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Posługując się 7-stopniową skalą, badany wskazuje, w jakim stopniu zgadza się z każdym stwierdzeniem od (*zupełnie nie zgadzam się, do całkowicie zgadzam się*). Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Oceny czynnościowej badanych dokonano na podstawie Skali ADL (Katz) – oceniającej podstawowe czynności życia codziennego. Za każdą odpowiedź „pacjent samodzielny” przyznawany jest jeden punkt, „pacjent niesamodzielny” zero punktów (maksymalnie można otrzymać 6 pkt.). Pacjent uzyskujący 6–5 punktów jest w pełni sprawny, a poniżej 3 punktów ciężko niesprawny. Do oceny złożonych czynności życia codziennego (funkcjonowania instrumentalnego) wykorzystano skalę IADL, gdzie niezależność

osoby zmniejsza się wraz ze spadkiem punktów. Maksymalna liczba punktów to 24. Ocena według tej skali pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy lub opieki. Skalę tę interpretujemy w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Bazę danych i analizy statystyczne przeprowadzono wykorzystując oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska). Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu Chi<sup>2</sup>. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test Manna-Whitneya. Ocenę różnic pomiędzy trzema lub więcej grupami wykonano przy pomocy analizy wariancji ANOVA (wraz z testem post-hoc RIR Tukeya). Do sprawdzenia zależności pomiędzy zadowoleniem z życia, a skalami sprawności wykorzystano korelację r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. W badaniu wzięło udział 41 kobiet (41,4%) i 58 mężczyzn (58,5%). Średnia wieku badanych wyniosła 66 lat. Największy odsetek badanych stanowiły osoby w wieku 61.–79. lat (44,4%) ( $S=66,1$ ). Badani przebywają w DPS średnio około 6 lat ( $S=6,5$ ), z przewagą pobytu w placówce poniżej 5 lat.

## WYNIKI

Ponad połowa badanych oceniła swój stan zdrowia jako dobry (59,6%), na zły stan zdrowia wskazało 37,3% badanych. Prawie 80% respondentów przebywających w DPS zadeklarowało, że ma poczucie wsparcia ze strony personelu w codziennym funkcjonowaniu, żaden badany nie wskazał na jego brak. Wskazuje to na duże zaangażowanie personelu w opiekę nad pensjonariuszami i właściwe wypełnianie obowiązków względem rezydentów, co może przekładać się na lepsze zadowolenie z życia. Wśród czynników, wpływających na poziom zadowolenia z życia badani wskazali na poczucie bezpieczeństwa (67,7%), zadowolenie z opieki (59,6%) oraz monitorowanie stanu zdrowia (49,5%). Niespełna połowa badanych 41,42% uznała, iż atmosfera panująca w DPS zdecydowanie spełnia ich oczekiwania, co niewątpliwie przyczynia się do lepszego poczucia zadowolenia z życia. Również większość ankietowanych uważa, iż atmosfera jest dla mieszkańców zdecydowanie przyjazna (26,3%) i przyjazna (39,4%). Większość badanych wskazała na satysfakcjonujący poziom wsparcia ze strony personelu (54,5% – zdecydowanie tak, 27,3% – tak, 15,1% – raczej tak).

Według badanych, do czynników podnoszących poziom zadowolenia z życia należy poziom świadczonej opieki w DPS (blisko 96%), akceptacja obecnej sytuacji (80,8%) i swojego stanu zdrowia (53,54%). Dla 39,4% są to kontakty z rodziną, a dla 21,2% kontakty z rówieśnikami. Wrodzony optymizm wymieniło ponad 9% ogółu. Wśród czynników obniżających poziom ich zadowolenia z życia badani wskazali wrodzony pesymizm (90,9%), utrudniony lub brak kontaktów z rówieśnikami (78,8%)

oraz z rodziną (60,6%). Większość badanych wskazała na wyższy (38,4%) i zdecydowanie wyższy (36,4%) poziom zadowolenia z życia, odkąd przebywają w DPS. Brak zmian wskazało 16,2% badanych, a jedynie około 7% uznało, że zadowolenie z życia jest niższe. Powyższe dane są optymistyczne i wskazują na wysoki poziom opieki i wsparcia ze strony personelu, co przyczynia się do wzrostu zadowolenia z życia.

Na podstawie Skali satysfakcji z Życia (SWLS), 40% respondentów wykazało wysoki poziom satysfakcji z życia, a co trzeci badany ma niski poziom satysfakcji z życia (33%), pozostałe 29,3% poziom przeciętny. Dane pokazują, że podobna liczba respondentów deklaruje zarówno wysoki i niski poziom zadowolenia z życia (tab. 1).

Tabela 1. Poziom satysfakcji z życia badanych na podstawie skali SWLS

Poziom satysfakcji z życia według skali SWLS	N	%
Niski	33	33,33
Przeciętny	29	29,29
Wysoki	37	37,38
Ogółem	99	100,00
Średnia ± odch.std	20,9±6,5	
Mediana [min.–maks.]	21 [7–32]	

## SPOSÓB KWALIFIKOWANIA WYNIKÓW NA POSZCZEGÓLNE POZIOMY WYNIKAŁ Z KLUCZA DO NARZĘDZIA BADAWCZEGO

Wydolność w zakresie czynności podstawowych oceniona na podstawie skali ADL u większości badanych jest w pełni zachowana (ponad 72% przypadków). Ciężka niesprawność czynnościowa występuje u 14% badanych (co świadczy, że uzyskali w skali ADL poniżej 3 punktów), natomiast umiarkowana niesprawność dotyczyła około 13% rezydentów. Następnie postanowiono sprawdzić, jakie korelacje zachodzą między zadowoleniem z życia badanych, a poziomem ich sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności podstawowych funkcjonowania codziennego (ADL) i złożonych (IADL). Analiza statystyczna nie wykazała zależności między zadowoleniem z życia a poziomem sprawności czynnościowej (tab. 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zadowoleniem z życia, a sprawnością czynnościową na podstawie oceny według skali ADL (podstawowe czynności) i IADL (złożone czynności)

Zadowolenie z życia	Podstawowe czynności życia codziennego (ADL)	Złożone czynności życia codziennego (IADL)
	$r = -0,006$	$r = -0,256$
	$p = 0,957$	$p = 0,010$

R – współczynnik korelacji, p – poziom istotności statystycznej

Dane obrazujące zależność między poziomem sprawności w zakresie czynności podstawowych (ADL), a poziomem satysfakcji z życia (SWLS) wskazują, że w grupie osób o ciężkiej lub umiarkowanej niesprawności jedynie 29,6% odczuwa niski poziom zadowolenia z życia, 37% poziom przeciętny, a 33% poziom wysoki. W przypadku respondentów, którzy prezentowali pełną sprawność, 34% odczuwało niską satysfakcję z życia, a prawie 39% wysoką.

Jednak nie odnotowano istotnej statystycznie zależności poziomu sprawności ADL i poziomu satysfakcji z życia SWLS (tab. 3).

Tabela 3 Zależność poziomu zadowolenia z życia (SWLS) i poziomu czynności podstawowych (ADL)

Zadowolenie z życia (SWLS)	Ocena podstawowych czynności życia codziennego (ADL)	
	Ciężka niesprawność (< 3 pkt.) lub umiarkowana niesprawność (4–3 pkt.)	Pełna sprawność (6–5 pkt.)
Poziom niski	8	25
	29,63%	34,72%
Poziom przeciętny	10	19
	37,04%	26,39%
Poziom wysoki	9	28
	33,33%	38,89%
Ogółem	27	72
	100,00%	100,00%
Chi <sup>2</sup> = 1,075, df = 2, p = 0,584		

Analiza wykazała, iż kobiety zamieszkujące DPS wykazały istotnie statystycznie wyższy poziom zadowolenia z życia niż mężczyźni (p=0,002). Istotnie statystycznie bardziej zadowoleni z życia są rezydenci po 65. r.ż. w porównaniu z młodszymi (p=0,005). Ponadto osoby przebywające w DPS 8 lat i dłużej ujawniają istotnie wyższy poziom zadowolenia z życia, w porównaniu z osobami przebywającymi tam do 3 lat (p=0,011) (tab. 4).

Tabela 4. Różnice w wynikach zadowolenia z życia (SWLS) ze względu na płeć, wiek i czas pobytu w DPS

Czynniki socjodemograficzne	M	Me	SD	Porównanie średnich
Płeć	Kobiety	23,15	25	Z = 3,078 p = 0,002
	Mężczyźni	19,29	19	
Wiek	Do 65 lat	18,96	19	Z = -2,783 p = 0,005
	Powyżej 65 lat	22,57	23	
Czas pobytu w DPS	Do 3 lat	18,63	17,5	F = 4,716 p = 0,011 1<3
	4-7 lat	21,78	21	
	8 lat i dłużej	23,19	23	

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Manna-Whitneya, F – analiza wariancji ANOVA, p – istotność statystyczna

## DYSKUSJA

Obecnie obserwuje się rosnącą w szybkim tempie liczbę osób wymagających całodobowej opieki i zabezpieczenia ich potrzeb życiowych. Starzejące się społeczeństwo i trudności w zapewnieniu opieki instytucjonalnej, w sytuacji braku wydolności opiekuńczej rodziny, ukazują konieczność rozbudowy sieci placówek przeznaczonych dla pacjentów tego wymagających. Szczególną formą pomocy są domy opieki społecznej. Placówki te świadczą inną pomoc, niż ta udzielana, np. przez szpital czy przychodnię. Wiąże się to z bardzo ważnym problemem, jakim jest adaptacja pensjonariusza do tego środowiska. Zamieszkanie w placówce jest zawsze oderwaniem od naturalnego „gniazda”, jest to zmiana miejsca, otoczenia, reguł i warunków życia. Z jednej strony pensjonariusz musi się przystosować, z drugiej zaś placówka musi dostosować warunki do jego potrzeb. Zapewnienie usług, służących ochronie zdrowia i prawidłowej sferze funkcjonowania ludzi starszych, mieszkających w domach pomocy społecznej, z reguły schorowanych lub zniechęconych, stanowi jedno z najważniejszych wyzwań tych placówek, ze szczególnym uwzględnieniem wartości, jakimi są niewątpliwie zadowolenie z życia oraz dobra jakość (Parnowski, 2009; Wieczorowska-Tobis, 2012; Derejczyk, Bień, 2012). W grupie badanej dominowały osoby mające poczucie wsparcia ze strony personelu, doceniające jego zaangażowanie w pracę. Według nich zadowolenie z życia zależy od poczucia bezpieczeństwa, monitorowania stanu zdrowia, dobrej opieki personelu oraz zapewnienia poczucia codziennej jakości życia. Prawie 80% pensjonariuszy uważa, że atmosfera w DPS jest bardzo przyjazna. W znacznej liczbie przypadków nastąpiła poprawa w zakresie odczuwanej jakości

życia, od kiedy badani znaleźli się w placówce, co świadczy o wysokim poziomie świadczonej przez DPS opieki nad mieszkańcami i zabezpieczeniu ich potrzeb należycie. Wysoki poziom zadowolenia z życia deklaruje jedynie ponad 37% pensjonariuszy, co nie stanowi nawet połowy badanych. Ponad 29% określa go jako przeciętny. Na uwagę zasługuje też niski deklarowany poziom zadowolenia z życia, który dotyczył ponad 33% badanych. Można wnioskować, że podobna liczba odczuwa zarówno wysoki, jak i niski poziom zadowolenia z życia. Franczyk ustaliła, że pensjonariusze krakowskich DPS-ów mają w większości przeciętny poziom satysfakcji z życia, co wskazuje, że są aspekty, z których są oni zadowoleni, ale są też takie, które wpływają negatywnie na ich samopoczucie. Dodatkowo wykazała, iż obniżona satysfakcja z życia jest silnie skorelowana z poczuciem samotności (Słońska, 2013). Autorskie wyniki badań, również potwierdzają tę tezę. Nie znaleziono również zależności między poziomem sprawności czynnościowej, a poziomem zadowolenia z życia badanych. Oznacza to, że istnieją inne wartości, niezwiązane ze sprawnością fizyczną, wpływające na odczuwanie satysfakcji życiowej. Można przypuszczać, że badani mniej zwracają uwagę na swoje ograniczenia fizyczne, akceptują swój stan zdrowia, a kierują się innymi czynnikami, takimi jak atmosfera, poziom opieki i wsparcia, poczucie bezpieczeństwa. Czynniki psychospołeczne są ważniejsze i cenniejsze niż komponenty fizycznego funkcjonowania. Pensjonariusze świadomi tego, że w obecnym wieku nie mogą wykazywać pełni zdrowia i sił witalnych, poszukują innych elementów, które pomagają odczuwać zadowolenie z życia. Badane kobiety istotnie częściej osiągały zadowolenie z życia w porównaniu z mężczyznami ( $p=0,002$ ), również rezydenci po 65. r.ż. w porównaniu z młodszymi ( $p=0,005$ ) byli bardziej zadowoleni z życia. Starsi pensjonariusze, wobec pewnych doświadczeń życiowych, przeżytych sytuacji, uzyskania pewnego konsensusu, mogą prezentować mniej oczekiwań wobec życia i łatwiej im przychodzi osiągnięcie satysfakcji, w porównaniu z osobami młodszymi. Pensjonariusze przebywający w DPS 8 lat i dłużej posiadają istotnie wyższy poziom zadowolenia z życia, w porównaniu z osobami przebywającymi tam do 3 lat ( $p=0,011$ ). Może to być związane z tym, że osoby mieszkające krótko, nie zaadaptowały się jeszcze do nowych warunków i potrzebują czasu, aby osiągnąć pewną równowagę i satysfakcję z życia. Wyższe zadowolenie z życia starszych rezydentów, może wynikać, z poczucia wsparcia, empatii, tolerancyjności, poszanowania godności i zaangażowania w opiekę personelu DPS, zwiększających poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia. Kwestia starzenia się społeczeństwa pociąga za sobą problemy natury medycznej, ekonomiczno-gospodarczej oraz społeczno-politycznej. Wiek różnicuje populację osób starszych głównie w zakresie ogólnego samopoczucia, sprawności, odczuwanych pragnień, zapotrzebowania na wsparcie i opiekę otoczenia, jak również aktywność i styl życia. Dotychczasowe badania wskazują, że wraz z wiekiem następuje stopniowe zawężanie aktywności życia codziennego osób starszych. Szczególnie dotkliwe dla osób starzejących się jest ograniczenie sprawności samoobsługowej, np. ubieranie się, mycie, czy chodzenie po schodach oraz sprawności gospodarskich, takich jak: lekkie i ciężkie prace domowe, robienie zakupów, przygotowanie posiłku itp. Może to pogarszać poczucie zadowolenia z życia, czego pracownicy opieki w DPS

winni być świadomi i mieć to na uwadze w planowaniu, realizowaniu i ewaluacji swoich działań (Derejczyk, Bień, 2012; Rynkowska, 2016; Jaracz, 2001). Mimo to, badania własne wykazały, że aktywność w zakresie czynności życia codziennego nie wpływa znacząco na odczuwanie zadowolenia z życia.

Osoby starsze mogą mieć również problemy z aktywnościami, wykraczającymi poza niezbędne, rutynowe czynności, co powoduje ograniczenia przemieszczania się, aktywności społecznej, realizacji zamiłowań, pasji. W ten sposób starość redukuje zakres aktywności jednostki i kontroli nad swoim życiem. Pojawia się konieczność korzystania z opieki i pomocy innych osób, zwłaszcza jeśli do tych problemów dołączy się zaburzenia funkcji poznawczych (Parnowski, 2009; Jaracz, 2001). Stawia to przed placówkami DPS wiele wyzwań w kontekście zabezpieczania potrzeb fizjologicznych, zdrowotnych, psychicznych, społecznych i duchowych. Z wyników przeprowadzonych badań przez Leszczyńską-Rejchert wynika, że wybrane placówki, ujęte w analizie, podejmowały wiele różnorodnych działań, zmierzających do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ich mieszkańców, poprzez zabezpieczanie w regularną opiekę lekarsko-pielęgniarską, również specjalistyczną. Podobne prawidłowości autorka ta wykazała badając stopień realizacji potrzeb duchowych, rozwijania zainteresowań oraz potrzeb religijnych. W odniesieniu do badań własnych, pensjonariusze również wskazywali, że poziom zadowolenia z życia podnoszą jakość opieki, kontakty z rodziną lub znajomymi. Można wysnuć tezę, że potrzeby społeczne stoją bardzo wysoko w hierarchii czynników wpływających na jakość życia. Głębsza analiza życia społecznego i badania potrzeb człowieka wieku starszego, szczególnie jego osobowości, dowiodły, że wiele dotychczasowych form pomocy na rzecz ludzi, w tym okresie ich życia, cechowało się omijaniem istotnych problemów. Przekonano się, że rozwiąże je nie tyle udoskonalanie zaplecza bytowego, ile raczej właściwe kształtowanie postaw wobec ludzi starszych, postaw, w których będą dominowały zrozumienie i miłość oraz odpowiednie przygotowanie do przeżywania starości (Leszczyńska-Rejchert, 2010). Procesy starzenia postępują stopniowo, w znacznej mierze indywidualne są ich objawy, różnice też kształtują postawy samych osób w wieku starszym, związane z tymi problemami (Parnowski, 2009). Oczekiwać należy zatem, że w populacji ludzi starszych będziemy mieli do czynienia z osobnikami o zróżnicowanych potrzebach, w zaspokojenie których w niejednakowym stopniu zaangażowane będzie środowisko społeczne (Rasińska, Nowakowska, 2012). Należy mieć świadomość, że oprócz negatywnych aspektów starości istnieją także pozytywne, takie jak: możliwość skupienia się na wartościach duchowych, religii, pomocy bliskim krewnym (Jaroszewski, Mojs, 2009).

Niewątpliwie sens życia i osamotnienie ludzi starszych, przebywających w domu pomocy społecznej, ulegają wyraźnym przeobrażeniom. Im mniejsze poczucie sensu i zadowolenie z życia wśród tych osób, tym większe pozostaje ryzyko destrukcyjnych, patologicznych form osamotnienia. Zmiany sensu i celów życiowych badanych cechuje nie tylko zmniejszona dynamika, ale również zawężenie zainteresowań otaczającą rzeczywistością. Stąd też częste są wśród osób w wieku podeszłym przypadki zamykania się w sobie oraz izolacji. Ludzie w tym okresie swojego życia, borykają się z różnymi problemami egzystencjalnymi oraz przystosowawczymi, lecz poczucie

osamotnienia i braku wsparcia w placówce mogą być w swych skutkach indywidualnych najtrudniejsze do pokonania. Wobec powyższego, jak najbardziej wskazane jest poznanie i analizowanie potrzeb i problemów ludzi w podeszłym wieku, ich aktywizowanie, wzmacnianie poczucia własnej wartości, integracja w placówce oraz w środowisku lokalnym. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na konieczność łączenia działań poprawiających sprawność funkcjonalną i emocjonalną podopiecznych, gdyż mają silny związek z ich satysfakcją życiową. Mieszkańcy DPS są specyficzną grupą, wymagającą wsparcia, poświęcenia im czasu, rozmowy, uczuć, jakich brakowało im przez całe życie, lub które mieli, ale już utracili i ciężko jest im z tym żyć. Wspieranie mieszkańców jest więc najbardziej wiążącym zobowiązaniem personelu domu pomocy społecznej.

Przedstawione badania własne nie są wolne od ograniczeń. Uczestniczyli w nich respondenci starsi, wymagający większego zaangażowania badającego podczas zbierania materiału badawczego, przez co nie było możliwości badania tej samej populacji jeszcze większą liczbą narzędzi badawczych, np. pozwalających ocenić inne zmienne związane z zadowoleniem z życia, jak: cechy osobowości, radzenie sobie ze stresem. Rozważania podjęte w niniejszej pracy mają charakter otwarty i wymagają dalszych interdyscyplinarnych analiz.

## **PODSUMOWANIE**

1. Podobna liczba badanych odczuwa wysoki (37,3%) oraz niski (33,3%) poziom zadowolenia z życia. Ponad 29% określiło go jako przeciętny.
2. Poziom sprawności czynnościowej oceniony na podstawie skali ADL i IADL nie ma wpływu na poziom zadowolenia z życia.
3. Wśród mieszkańców DPS kobiety istotnie częściej osiągały zadowolenie z życia w porównaniu z mężczyznami.
4. Rezydenci powyżej 65. r.ż. w porównaniu z młodszymi ( $p=0,005$ ) odczuwali wyższy poziom zadowolenia z życia.
5. Pensjonariusze przebywający w DPS 8 lat i dłużej posiadają istotnie wyższy poziom zadowolenia z życia w porównaniu z osobami przebywającymi tam do 3 lat.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Szatur-Jaworska, B. (2016). Polityka społeczna wobec starzenia się ludności – propozycja konceptualizacji pojęcia. *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 4(9), 7–27.
2. Orzechowska, G. (2018). *Aktualne problemy gerontologii społecznej* (s. 30–31). Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
3. Becelewska, D. (2015). Wsparcie osób w wieku senioralnym. W: D. Becelewska (red.), *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej* (s. 78–83). Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
4. Zybala, A. (2017). *Państwo i społeczeństwo w działaniu* (s. 28–29). Warszawa: Wydawnictwo Difin.



5. Grabusińska, Z. (2013). *Domy pomocy społecznej w Polsce* (s. 40–41). Warszawa: Wydawnictwo CRZL.
6. Wiśniewska-Roszkowska, K. (2016). *Starość jako zadanie* (s. 20–22). Warszawa: Wydawnictwo PAX.
7. Kijak, R., Szarota, Z. (2013). Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa. W: Z. Szarota, R. Kijak (red.), *Starość. Między diagnozą a działaniem* (s. 19–20). Warszawa: Wydawnictwo CRZL.
8. Piotrowska-Breger, K. (2004). Stary człowiek w domu pomocy społecznej – psychologiczne konsekwencje. *DPS Forum*, nr z 28.07.2004.
9. Bień, B. (2006). Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku. W: T. Grodzicki, J. Kocemba., A.T. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej* (s. 42–46). Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
10. Słońska, Z., Misiuna, M. (2013). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów* (s. 53–54). Warszawa: Wydawnictwo Agencja Promo-Lider.
11. Wieczorowska-Tobis, K. (2012). Specyfika chorobowości u starszych pacjentów. W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne* (s. 75–96). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
12. Tryfan, B. (2010). Społeczne aspekty wiejskiej starości w świetle teorii gerontologicznych. W: J. Staręga-Piasek, B. Synak (red.), *Społeczne aspekty starzenia się i starości* (s. 35–39). Warszawa: Wydawnictwo CKP.
13. Orzechowska, G. (2006). Społeczna aktywność osób starszych i jej główne uwarunkowania. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się, a satysfakcja z życia* (s. 112–114). Lublin: Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe KUL.
14. Oleś, P.K. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe KUL.
15. Makara-Studzińska, M. i wsp. (2012). Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa. *Psychogeriatrya Polska*, 9(2), 77–86.
16. Rynkowska, D. (2016). Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów. *Philosophy and Sociology*, XLI, (s. 91–105). [https:// doi: 10.17951/i.2016.41.2.91](https://doi.org/10.17951/i.2016.41.2.91).
17. Leszczyńska-Rejchert, A. (2010). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości* (s. 19–20). Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
18. Parnowski, T. (2009). Psychologiczne starzenie się człowieka. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów* (s. 31–33). Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
19. Derejczyk, J., Bień, B., Szczerbińska, K. i wsp. (2012). Ochrona zdrowia osób starszych. W: B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Wydawnictwo Rzecznik Praw Obywatelskich.
20. Jaracz, K. (2001). Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2, 219–226.
21. Rasińska, R., Nowakowska, I. (2012). Obraz ludzi starszych w raportach i zestawieniach. *Nowiny Lekarskie*, 81(1), 84–88.
22. Jaroszewski, K., Mojs, E., Samborski, W. (2009). Konteksty historyczne i filozoficzne badań jakości życia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3, 234–237.

Dorota Trybusińska\*  
Grażyna Matusiak\*\*

## OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORUJĄCYCH NA CUKRZYCĘ W DOBIE PANDEMII SARS-COV-2

### *Quality of life in diabetic patients in the era of the SARS-COV-2 pandemic*

\* Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, ORCID: 0000-0003-4523-4508

\*\* Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, ORCID: 0000-0002-0139-318X

#### **ABSTRACT:**

*Introduction: Diabetes is a disease which negatively affects all areas of human life. Both the destructive impact of the chronic disease and the necessary healthcare regimen, which requires many long-term measures, may make it difficult for patients to continue with their preferred lifestyles implying an increased importance for quality of life issues in chronically ill patients. Health-related quality of life issues are assuming a greater importance in the face of the SARS-COV-2 coronavirus pandemic, which has definitely affected the functioning of healthcare facilities.*

*Aim of the study: The aim of this study was to analyse the quality of life of diabetic patients in the era of the SARS-COV-2 pandemic.*

*Material and methods: A total of 107 diabetic patients participated in the study, 73.8% of whom were elderly. The study material was collected using the WHOQOL-BREF Questionnaire and a self-administered survey questionnaire.*

*Results: Respondents functioned best in the environmental and physical domains, slightly worse in social relationships and in the psychological domain. Older respondents experienced a lower quality of life in the physical, psychological and social relations domains. Women had a lower quality of life than men. The place of residence of the patients in the study did not determine their quality of life, while their level of education was associated with their quality of life to a statistically significant extent. No associations were observed linking the duration of their diabetes to changes in quality of life in the assessed categories.*

*Conclusions: The study showed that people with diabetes rated the environmental domain best. With age, quality of life decreases in all assessed domains. The patients*

who indicated a reduced quality of life were women, and the oldest people with a lower level of education. The activities of healthcare professionals, also in the era of SARS-COV-2 pandemic, should be directed at improving quality of life especially in the most vulnerable groups of people.

**Keywords:** quality of life, diabetes, SARS-COV-2 pandemic

## STRESZCZENIE

Cukrzyca jest chorobą wpływającą negatywnie na wszystkie dziedziny życia człowieka. Zarówno destrukcyjny wpływ choroby przewlekłej, jak i tryb opieki zdrowotnej, wymagający wielu długofalowych działań, mogą utrudniać pacjentom realizację przyjętego przez nich stylu życia, rzutując na wzrost znaczenia zagadnień dotyczących jakości życia osób przewlekle chorych. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia nabiera większego znaczenia w obliczu pandemii koronawirusem SARS-COV-2, która zdecydowanie wpłynęła na funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia. Celem przeprowadzonych badań było dokonanie analizy oceny jakości życia chorujących na cukrzycę, w dobie pandemii SARS-COV-2. W badaniu wzięło udział 107 pacjentów chorujących na cukrzycę z czego 73,8% stanowiły osoby starsze. Materiał badawczy zebrano za pomocą Kwestionariusza WHOQOL-BREF oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Respondenci najlepiej funkcjonowali w domenie środowiskowej i fizycznej, nieznacznie gorzej w relacjach społecznych oraz w sferze psychologicznej. Starsi respondenci odczuwali niższą jakość życia w domenie fizycznej, psychologicznej i relacji społecznych. Kobiety posiadały niższą jakość życia niż mężczyźni. Miejsce zamieszkania badanych pacjentów nie determinowało ich jakości życia, natomiast wykształcenie wiązało się w sposób istotny statystycznie z ich jakością życia. Nie zaobserwowano związków łączących czas trwania cukrzycy ze zmianą jakości życia w ocenianych kategoriach. W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż osoby chorujące na cukrzycę najlepiej oceniają domenę środowiskową. Wraz z wiekiem zmniejsza się jakość życia we wszystkich ocenianych dziedzinach. Pacjenci, którzy wskazywali na obniżoną jakość życia to kobiety, osoby najstarsze z niższym wykształceniem. Działania pracowników ochrony zdrowia, również w dobie pandemii SARS-COV-2, powinny być ukierunkowane na poprawę jakości życia szczególnie w najbardziej zagrożonych grupach osób.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, cukrzyca, pandemia SARS-COV-2

## WPROWADZENIE

Cukrzyca jest chorobą wpływającą negatywnie na wszystkie dziedziny życia człowieka: życie rodzinne, zawodowe, pełnienie funkcji społecznych oraz uczestnictwo w relacjach międzyludzkich. Zarówno destrukcyjny wpływ choroby przewlekłej, jak i tryb opieki zdrowotnej, wymagający wielu długofalowych działań, mogą utrudniać

pacjentom realizację przyjętego przez nich stylu życia, rzutują na wzrost znaczenia zagadnień dotyczących jakości życia osób przewlekle chorych (Uchmanowicz, 2013).

Liczba diabetyków na całym świecie w 2019 roku wyniosła 463 mln. Oczekuje się, że liczba ta do roku 2045 sięgnie 700 milionów. Wraz ze wzrostem liczby diabetyków, częstość występowania cukrzycy ma również wzrosnąć do prawie 11% do 2045 roku (Elflein, 2019). Szacuje się, że aktualnie w Polsce na cukrzycę chorują ponad 3 mln osób, z czego około 750 tys. jest niezdiagnozowanych. W grupie osób powyżej 60. roku życia, co czwarta jest diabetykiem (Czupryniak, 2020). Prognozy przewidują, że w najbliższych 15–20 latach podwoi się liczba chorych na cukrzycę w Polsce (Ministerstwo Zdrowia, 2019).

W naukach medycznych ustalono specyficzne rozumienie pojęcia jakości życia, które określano jako jakość życia związaną ze zdrowiem (ang. *health-related quality of life*, w skrócie HRQOL). Jest ona definiowana na dwóch poziomach: (1) indywidualnym, który zawiera ocenę fizycznego i psychicznego zdrowia i ich wzajemnych związków (do czego zalicza się: ryzyko zapadalności na choroby i warunki zdrowia, stan osoby, wsparcie społeczne i status społeczno-ekonomiczny), oraz (2) społecznym, który wybiega poza podejście indywidualne i ocenia zbiorową jakość życia powiązaną ze społeczeństwem (Telka, 2013).

Pojęcie „jakości życia” związanej ze zdrowiem może być rozumiane w szerszym znaczeniu po uwzględnieniu czynników, odnoszących się do całokształtu życia jednostki. Fitzpatrick uważa, że termin ten obejmuje dobrostan emocjonalny, życie rodzinne i seksualne, duchowość, funkcjonowanie zawodowe i społeczne, aktywność fizyczną i nawyki żywieniowe, stan zdrowia i ogólną jego ocenę, satysfakcję z życia, obraz swojego ciała i przyszłe cele. Uważa on, że definicja ta obejmuje 4 podstawowe wymiary życia człowieka: status emocjonalny, funkcjonowanie fizyczne i społeczne oraz symptomy medyczne (Telka, 2013).

W literaturze medycznej występują dwa modele jakości życia, odnoszące się do zdrowia. Pierwszy model opiera się na funkcji, który skupia się głównie na perspektywie biomedycznej, podkreślając utrzymanie zdolności funkcjonalnych poprzez odpowiednie zarządzanie kwestiami klinicznymi, ubocznymi skutkami metod leczenia i funkcjonowaniem człowieka. Akcentuje się w tym modelu obiektywne wskaźniki medyczne, pozwalające określać samopoczucie i stan zdrowia. Drugi model koncentruje się na doświadczeniach choroby ocenianej z perspektywy subiektywnej i holistycznej (wszechstronnej). W modelu tym jednostka nabywa zrozumienia stanu własnego zdrowia oraz własnych przekonań, wyborów i relacji z innymi ludźmi (Cummins, 2000).

Jakość życia, uwarunkowana stanem zdrowia, nabiera większego znaczenia w obliczu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Od grudnia 2019 r. choroba COVID-19, która pojawiła się w Wuhan w Chinach, szybko rozprzestrzeniła się na całym świecie zakażając miliony ludzi (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Jest to choroba zakaźna, pochodząca z dużej rodziny wirusów, której typowe objawy to gorączka, duszność, kaszel i ostra niewydolność oddechowa (World Health Organization, 2020).

Do Polski choroba ta dotarła w marcu 2020 r. i stopniowo objęła cały kraj. W połowie maja 2021 r. liczba osób, u których zdiagnozowano COVID-19 wynosiła 2 845 762 (Worldometers/Coronavirus, 2020).

## **CEL PRACY**

Celem przeprowadzonych badań było dokonanie analizy oceny jakości życia chorujących na cukrzycę, w dobie pandemii SARS-CoV-2.

## **MATERIAŁ I METODY**

W badaniu wzięło udział 107 pacjentów chorujących na cukrzycę. Badanie przeprowadzono w terminie od grudnia 2020 r. do marca 2021 roku wśród chorych oddziału wewnętrzznego i poradni diabetologicznej szpitala na Mazowszu. Wszyscy badani wyrazili świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Na przeprowadzenie badań otrzymano zgodę od dyrektora szpitala.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Materiał badawczy zebrano za pomocą dwóch narzędzi badawczych.

Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life Test-Bref (WHOQOL-BREF) jest relatywnie nowym narzędziem służącym do badania jakości życia. Jego pierwowzorem był WHOQOL – 100, opracowany na początku lat 90. XX wieku na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia jako uniwersalne narzędzie badawcze do oceny jakości życia. Okazał się jednak zbyt obszerny, jeśli chodzi o badania epidemiologiczne. Dlatego opracowano krótszą wersję WHOQOL-BREF. Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych, zarówno w celach poznawczych, jak i klinicznych. Zawiera on 26 pytań analizujących cztery dziedziny życia: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową. Kwestionariusz zawiera też dwa pytania analizowane oddzielnie: pytanie dotyczące indywidualnej, ogólnej oceny jakości życia i pytanie dotyczące indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Punktacja pytań zawiera się w przedziale od 1 do 5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Narzędzie zaadaptowały do warunków polskich prof. dr hab. med. Laura Wołowicka i prof. dr hab. n. med. Krystyna Jaracz (Jaracz, Kalfoss, Górna, Bączyk, 2006).

Autorski kwestionariusz ankiety, w którym zapytano ankietowanych o wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, czas trwania choroby.

Wyniki badań przedstawiono względem danych jakościowych za pomocą liczności i odsetka, a danych ilościowych średniej, odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej. W celu sprawdzenia, czy względem zmiennych występują istotne statystycznie zależności, przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych. Rozkład danych ilościowych badano przy użyciu Testu Shapiro-Wilka. Po określeniu rozkładu (niezgodny z normalnym) zastosowano do porównania dwóch grup Test U Manna-Whitneya (UMW, Z). Wykorzystano także korelacje Spearmana (R). Przyjęto, iż „p”

o wartości niższej niż 0,05 wskazuje na występowanie związku istotnego statystycznie. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft Statistica 13.1 PL oraz przy udziale pakietu Microsoft Office.

Kryteriami włączenia do badań były: dobrowolna zgoda pacjenta, płeć: kobiety, mężczyźni, cukrzyca typu I i II, czas trwania choroby 5 lat i więcej. Kryteriami wyłączenia z badań były: brak dobrowolnej zgody pacjenta, inny typ cukrzycy niż I i II, czas trwania choroby poniżej 5 lat.

### Charakterystyka ogólna próby

W badaniu wzięło udział 107 pacjentów chorujących na cukrzycę, z czego 73,8% stanowiły osoby starsze. Kobiety i mężczyźni stanowili podobne grupy badanych (odpowiednio 50,5%, 49,5%). Ponad połowa respondentów (68,2%) zamieszkiwała średniej lub małej wielkości miasta, natomiast pozostali badani (31,8%) to mieszkańcy wsi. Dominującą grupą były osoby o wykształceniu zawodowym (37,4%), a tylko 4,7% stanowili ankietowani posiadające wyższe wykształcenie. Większość badanych żyła w związku małżeńskim (57%), a najmniej liczna grupa to osoby rozwiedzione (6,5%). Średni czas trwania cukrzycy wyniósł 12,4 roku (krócej niż 10 lat chorowało 40,2% ankietowanych, 10–19 lat 42,1%, a 20 lat i dłużej 17,8%). Większość badanych, biorących udział w badaniu, chorowała na cukrzycę II typu (93,5%), tylko siedmioro badanych miało cukrzycę typu I (6,5%).

## WYNIKI

### Samoocena jakości życia i zdrowia

Wykorzystując narzędzie do oceny jakości życia WHOQOL-BREF zbadano samoocenę jakości życia i zdrowia ankietowanych pacjentów z cukrzycą. Są to dwa pytania analizowane oddzielnie. Badani swoją jakość życia najczęściej oceniali jako dobrą (57%) i byli zadowoleni ze swojego stanu zdrowia (44,9%). Średnia wartość zadowolenia z jakości życia wynosiła 3,6 pkt. (w zakresie od 1 do 5, im większa wartość tym większe zadowolenie), a średnia wartość samooceny zdrowia 3,3 pkt. W przypadku obydwóch analizowanych ocen oceny wahały się od 1 do 5 (tab. 1).

Tabela 1. Samoocena jakości życia i stanu zdrowia przez wszystkich badanych, analiza opisowa

WHOQOL-BREF	M	SD	Me	Min	Maks
Samoocena jakości życia	<b>3,6</b>	0,7	4	1	5
Samoocena zdrowia	<b>3,3</b>	0,9	3	1	5

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

Wiek badanych pacjentów z cukrzycą nie determinował w sposób istotny statystycznie ich samooceny jakości życia oraz zdrowia,  $p > 0,05$ . Zaobserwowano, iż im pacjenci byli starsi, tym nieznacznie niżej oceniali swoją jakość życia ( $R = -0,06$ ) oraz swoje zdrowie ( $R = -0,10$ ) (tab. 2).

Tabela 2. Samoocena jakości życia i stanu zdrowia przez badanych w zależności od wieku, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Wiek	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
Samoocena	Jakości życia	< 50 lat	<b>3,9</b>	0,6	4	3	5	-0,06	0,559
		50–59 lat	<b>3,6</b>	0,9	4	2	5		
		60–69 lat	<b>3,5</b>	0,7	4	2	5		
		70–79 lat	<b>3,5</b>	0,9	4	1	5		
		≥ 80 lat	<b>3,8</b>	0,4	4	3	4		
	Zdrowia	< 50 lat	<b>3,7</b>	0,7	4	2	5	-0,10	0,290
		50–59 lat	<b>3,2</b>	1,1	3,5	2	5		
		60–69 lat	<b>3,3</b>	0,8	3	2	5		
		70–79 lat	<b>3,1</b>	1,0	3	1	5		
		≥ 80 lat	<b>3,5</b>	0,8	3,5	2	5		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min-Maks – minimum – maksimum.

Płeć badanych nie wiązała się w sposób istotny statystycznie z ich samooceną jakości życia oraz zdrowia,  $p > 0,05$ . Kobiety przejawiały wyższą niż mężczyźni ocenę jakości życia (3,8 vs 3,5) oraz zdrowia (3,4 vs 4,3) (tab. 3).

Tabela 3. Samoocena jakości życia i stanu zdrowia przez badanych w zależności od płci, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Płeć	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	Test UMW (Z)	p
Samoocena	Jakości życia	Kobieta	<b>3,8</b>	0,6	4	2	5	-1,69	0,090
		Mężczyzna	<b>3,5</b>	0,8	4	1	5		
	Zdrowia	Kobieta	<b>3,4</b>	0,9	4	2	5	-0,44	0,663
		Mężczyzna	<b>3,3</b>	0,9	3	1	5		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

Zaobserwowano zależność między miejscem zamieszkania respondentów, a ich oceną jakości życia: w miejscowościach o większej liczbie mieszkańców ta samoocena była istotnie statystycznie większa ( $R=0,21$ ,  $p<0,03$ ). Badani mieszkający w środowisku wiejskim i w małych miastach niżej oceniali swoją jakość życia. Podobna zależność dotyczyła samooceny stanu zdrowia, ale obserwowane zależności nie miały charakteru istotnych statystycznie,  $p>0,05$  (tab. 4).

Tabela 4. Samoocena jakości życia i stanu zdrowia przez badanych w zależności od miejsca zamieszkania, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Miejsce zamieszkania	Analiza opisowa				Statystyka		
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
Samoocena	Jakości życia	Wieś	3,5	0,8	3,5	2	5	0,21	0,029
		Miasto małe	3,6	0,7	4	1	4		
		Miasto średnie	4,1	0,5	4	3	5		
	Zdrowia	Wieś	3,3	0,9	3	2	5	0,13	0,176
		Miasto małe	3,2	0,9	3	1	4		
		Miasto średnie	3,8	0,9	4	2	5		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

Wykształcenie ankietowanych pacjentów z cukrzycą wiązało się w sposób istotny statystycznie z ich samooceną jakości życia oraz zdrowia. Im wyższy poziom wykształcenia badanych, tym istotnie statystycznie wyższa samoocena jakości życia ( $R=0,23$ ,  $p<0,02$ ) oraz zdrowia ( $R=0,22$ ,  $p<0,02$ ) (tab. 5).

Tabela 5. Samoocena jakości życia i stanu zdrowia przez badanych w zależności od wykształcenia, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Wykształcenie	Analiza opisowa				Statystyka		
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
Samoocena	Jakości życia	Podstawowe	3,5	0,6	4	2	4	0,23	0,018
		Zawodowe	3,5	0,7	4	1	5		
		Średnie	3,8	0,7	4	2	5		
		Wyższe	4	0,7	4	3	5		
	Zdrowia	Podstawowe	3,1	0,8	3	2	4	0,22	0,023
		Zawodowe	3,2	0,9	3	1	4		
		Średnie	3,6	0,9	4	2	5		
		Wyższe	3,6	1,1	4	2	5		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.



Czas trwania cukrzycy u respondentów nie wiązał się w sposób istotny statystycznie z ich samooceną jakości życia oraz zdrowia,  $p > 0,05$ . Nieznacznie niższą samoocenę jakości życia i zdrowia przejawiali badani, którzy na cukrzycę chorowali 10–19 lat (tab. 6).

Tabela 6. Samoocena jakości życia i stanu zdrowia przez badanych w zależności od czasu trwania cukrzycy, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Czas trwania choroby	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
Samoocena	Jakości życia	< 10 lat	3,7	0,6	4	2	5	-0,03	0,772
		10–19 lat	3,5	0,8	4	1	5		
		≥ 20 lat	3,7	0,7	4	3	5		
	Zdrowia	< 10 lat	3,3	0,9	4	1	4	0,06	0,515
		10–19 lat	3,2	0,9	3	2	5		
		≥ 20 lat	3,5	1,0	4	2	5		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

#### Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w poszczególnych domenach

Zbadano jakość życia badanych, a wyniki przedstawiono w skali przeliczonej, prezentującej wynik w zakresie od 0 do 100 pkt. Im większa wartość, tym lepsze funkcjonowanie badanych w opisywanej dziedzinie (domenie). Wykazano, że badani z cukrzycą najlepiej funkcjonowali w dziedzinie środowiskowej (63,1 pkt.), nieznacznie gorzej w dziedzinie fizycznej (60,9 pkt.), relacji społecznych (57,5 pkt.) oraz w dziedzinie psychologicznej (57,4 pkt.) (tab. 7).

Tabela 7. Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w ocenianych domenach, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		M	SD	Me	Min	Maks
Dziedzina fizyczna	DOM 1	60,9	16,6	60,7	14,3	92,9
Dziedzina psychologiczna	DOM 2	57,4	14,9	58,3	16,7	91,7
Relacje społeczne	DOM 3	57,5	19,8	58,3	0	100
Środowisko	DOM 4	63,1	13,9	62,5	31,3	93,8

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż wraz z wiekiem zmniejsza się jakość życia we wszystkich ocenianych dziedzinach. Zmniejszenie jakości życia w sposób istotny statystycznie było obserwowane w dziedzinie fizycznej ( $R = -0,36$ ,  $p < 0,0001$ ), psychologicznej ( $R = -0,23$ ,  $p < 0,02$ ) oraz relacji społecznych ( $R = -0,22$ ,  $p < 0,02$ ) (tab. 8).

Tabela 8. Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w ocenianych domenach w zależności od wieku, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Wiek	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
DOM 1	Dziedzina fizyczna	< 50 lat	<b>75</b>	15,7	80,4	42,9	92,9	-0,36	0,000
		50–59 lat	<b>62,5</b>	15,1	66,1	28,6	82,1		
		60–69 lat	<b>60,0</b>	14,6	64,3	28,6	92,9		
		70–79 lat	<b>60,9</b>	15,3	60,7	35,7	92,9		
		≥ 80 lat	<b>43,2</b>	16,0	44,6	14,3	71,4		
DOM 2	Dziedzina psychologiczna	< 50 lat	<b>68,8</b>	14,5	75	41,7	91,7	-0,23	0,018
		50–59 lat	<b>55,1</b>	14,4	58,3	25	75		
		60–69 lat	<b>55,8</b>	13,3	54,2	33,3	87,5		
		70–79 lat	<b>61,6</b>	13,7	60,4	33,3	83,3		
		≥ 80 lat	<b>43,8</b>	14,2	43,8	16,7	62,5		
DOM 3	Relacje społeczne	< 50 lat	<b>65,5</b>	21,6	70,8	25	91,7	-0,22	0,020
		50–59 lat	<b>60,1</b>	13,9	58,3	41,7	91,7		
		60–69 lat	<b>56,2</b>	20,8	58,3	0	91,7		
		70–79 lat	<b>58,3</b>	19,1	58,3	16,7	100		
		≥ 80 lat	<b>46,7</b>	18,9	41,7	25	91,7		
DOM 4	Środowisko	< 50 lat	<b>71,4</b>	12,4	71,9	43,8	93,8	-0,19	0,055
		50–59 lat	<b>61,2</b>	12,0	60,9	40,6	87,5		
		60–69 lat	<b>61,3</b>	13,7	59,4	31,3	87,5		
		70–79 lat	<b>68,0</b>	11,5	64,1	50	93,8		
		≥ 80 lat	<b>51,9</b>	15,4	51,6	31,3	78,1		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min-Maks – minimum – maksimum.

Kobiety posiadały istotnie statystycznie niższą niż mężczyźni jakość życia w dziedzinie fizycznej (57,1 vs 64,8),  $p < 0,02$ . Zaobserwowano także, że kobiety posiadały niższą jakość życia w dziedzinie psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej aniżeli mężczyźni, ale opisywane zależności nie miały charakteru istotnych statystycznie,  $p > 0,05$  (tab. 9).

Tabela 9. Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w ocenianych domenach w zależności od płci, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Płeć	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	Test UMW (Z)	p
DOM 1	Dziedzina fizyczna	Kobieta	<b>57,1</b>	17,2	57,1	14,3	92,9	2,37	0,018
		Mężczyzna	<b>64,8</b>	15,2	67,9	28,6	92,9		
DOM 2	Dziedzina psychologiczna	Kobieta	<b>55,6</b>	15,1	56,3	16,7	91,7	1,16	0,248
		Mężczyzna	<b>59,3</b>	14,7	58,3	33,3	87,5		
DOM 3	Relacje społeczne	Kobieta	<b>56,2</b>	19,0	58,3	0	91,7	0,61	0,544
		Mężczyzna	<b>58,8</b>	20,7	58,3	16,7	100		
DOM 4	Środowisko	Kobieta	<b>60,6</b>	12,8	62,5	31,3	87,5	1,84	0,065
		Mężczyzna	<b>65,7</b>	14,6	65,6	31,3	93,8		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

Miejsce zamieszkania badanych pacjentów z cukrzycą nie determinowało w sposób istotny statystycznie ich jakości życia w ocenianych przez WHOQOL-BREF dziedzinach,  $p > 0,05$ . Zaobserwowano tendencję, iż im badani mieszkali w większej pod względem liczby ludności aglomeracji, tym bardziej zmniejszała się ich jakość życia w dziedzinie fizycznej, relacji społecznych oraz środowiskowej (tab. 10).

Tabela 10. Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w ocenianych domenach w zależności od miejsca zamieszkania, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Miejsce zamieszkania	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
DOM 1	Dziedzina fizyczna	Wieś	<b>62,7</b>	16,5	62,5	28,6	92,9	-0,07	0,486
		Miasto małe	<b>60,1</b>	16,3	62,5	14,3	89,3		
		Miasto średnie	<b>60</b>	18,7	53,6	28,6	92,9		
DOM 2	Dziedzina psychologiczna	Wieś	<b>59,1</b>	14,5	58,3	25	83,3	0,00	0,976
		Miasto małe	<b>55,2</b>	15,0	54,2	16,7	87,5		
		Miasto średnie	<b>62,5</b>	14,8	62,5	33,3	91,7		

DOM 3	Relacje społeczne	Wieś	<b>62,0</b>	19,8	58,3	16,7	100	-0,06	0,519
		Miasto małe	<b>52,9</b>	19,6	50	0	91,7		
		Miasto średnie	<b>65</b>	17,0	66,7	41,7	91,7		
DOM 4	Środowisko	Wieś	<b>65,2</b>	13,4	65,6	40,6	93,8	-0,07	0,467
		Miasto małe	<b>62,2</b>	14,4	62,5	31,3	93,8		
		Miasto średnie	<b>62,1</b>	13,0	65,6	40,6	81,3		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż im wyższy poziom wykształcenia posiadali badani pacjenci z cukrzycą, tym ich jakość życia była istotnie statystycznie większa we wszystkich badanych dziedzinach (dziedzina fizyczna:  $R=0,43$ ,  $p<0,0001$ , dziedzina psychologiczna:  $R=0,45$ ,  $p<0,0001$ , dziedzina relacji społecznych:  $R=0,51$ ,  $p<0,0001$ ), dziedzina środowiskowa:  $R=0,22$ ,  $p<0,02$ ) (tab. 11).

Tabela 11. Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w ocenianych domenach w zależności od wykształcenia, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Wykształcenie	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
DOM 1	Dziedzina fizyczna	Podstawowe	<b>51,4</b>	16,2	46,4	14,3	89,3	0,43	0,000
		Zawodowe	<b>59,5</b>	15,1	60,7	28,6	82,1		
		Średnie	<b>66,5</b>	14,8	67,9	28,6	92,9		
		Wyższe	<b>82,1</b>	9,1	82,1	71,4	92,9		
DOM 2	Dziedzina psychologiczna	Podstawowe	<b>51,6</b>	14,7	54,2	16,7	83,3	0,45	0,000
		Zawodowe	<b>51,8</b>	13,3	52,1	25	87,5		
		Średnie	<b>65,0</b>	11,5	62,5	45,8	83,3		
		Wyższe	<b>78,3</b>	8,0	75	70,8	91,7		
DOM 3	Relacje społeczne	Podstawowe	<b>46,5</b>	16,4	45,8	16,7	83,3	0,51	0,000
		Zawodowe	<b>53,3</b>	18,6	50	16,7	91,7		
		Średnie	<b>66,7</b>	18,1	66,7	0	100		
		Wyższe	<b>81,7</b>	7,0	83,3	75	91,7		
DOM 4	Środowisko	Podstawowe	<b>59,4</b>	14,6	59,4	31,3	87,5	0,22	0,023
		Zawodowe	<b>61,9</b>	14,3	60,9	37,5	87,5		
		Średnie	<b>66,0</b>	12,6	65,6	43,8	93,8		
		Wyższe	<b>71,9</b>	9,9	75	56,3	81,3		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie związków łączących czas trwania cukrzycy ze zmianą jakości życia w ocenianych kategoriach,  $p > 0,05$ . Zaobserwowano natomiast, iż wraz z dłuższym czasem trwania cukrzycy zmniejszała się jakość życia badanych w dziedzinie fizycznej ( $R = -0,18$ ,  $p = 0,062$ ), a także środowiskowej ( $R = -0,10$ ,  $p = 0,319$ ) (tab. 12).

Tabela 12. Jakość życia badanych pacjentów z cukrzycą w ocenianych domenach w zależności od czasu trwania choroby, analiza opisowa

WHOQOL-BREF		Czas trwania choroby	Analiza opisowa					Statystyka	
			M	SD	Me	Min	Maks	R Spearmana	p
DOM 1	Dziedzina fizyczna	< 10 lat	<b>64,8</b>	13,1	64,3	42,9	89,3	-0,18	0,062
		10–19 lat	<b>56,7</b>	18,8	53,6	14,3	92,9		
		≥ 20 lat	<b>62,2</b>	16,7	57,1	35,7	92,9		
DOM 2	Dziedzina psychologiczna	< 10 lat	<b>59,4</b>	14,3	58,3	33,3	83,3	0,00	0,970
		10–19 lat	<b>53,6</b>	15,6	54,2	16,7	87,5		
		≥ 20 lat	<b>62,1</b>	13,2	62,5	45,8	91,7		
DOM 3	Relacje społeczne	< 10 lat	<b>58,3</b>	19,6	58,3	16,7	91,7	0,03	0,733
		10–19 lat	<b>54,4</b>	21,3	58,3	0	91,7		
		≥ 20 lat	<b>62,7</b>	16,0	58,3	33,3	100		
DOM 4	Środowisko	< 10 lat	<b>65,2</b>	11,4	62,5	43,8	93,8	-0,10	0,319
		10–19 lat	<b>61,1</b>	15,7	62,5	31,3	87,5		
		≥ 20 lat	<b>63,2</b>	14,4	62,5	43,8	93,8		

\*M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – Maks – minimum – maksimum.

## DYSKUSJA

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, która skutkuje wielorakimi zaburzeniami prawidłowego funkcjonowania różnych narządów i tkanek. Powikłania choroby powodują pogorszenie się jakości życia chorych; odnotowuje się także przedwczesne inwalidztwo i zwiększoną śmiertelność.

Badania prowadzone przez Motyka i Stanisław-Wallis, w grupie 300 pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy, leczonych ambulatoryjnie na terenie miasta Krakowa, wykazały, że najwyższy poziom jakości życia dotyczył sfery kontaktów społecznych (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna), natomiast najniższy poziom zadowolenia odnosił się do dziedziny psychologicznej (Motyka, Stanisław-Wallis, 2013).

Wyniki badań własnych wskazują, że im osoby są starsze, tym niższą posiadają jakość życia we wszystkich badanych domenach, a zwłaszcza w sferze somatycznej ( $R = -0,36$ ,  $p < 0,0001$ ). Badania Krupy i wsp., przeprowadzone na 100 osobach w trzech placówkach opieki zdrowotnej we Wrocławiu, również wykazały istotną

statystycznie zależność pomiędzy wiekiem, a jakością życia osób chorych na cukrzycę ( $r=-0,22$ ;  $p=0,025$ ). W przypadku osób zaliczających się do grup poniżej 60. lat i poniżej 40. lat, ocena jakości życia była wyższa (Krupa, Wleklik, Zborowska, Uchmanowicz, 2015).

W odniesieniu do płci badani są słabo zróżnicowani co do jakości życia odnośnie sfery społecznej, środowiskowej i psychologicznej. Widoczna różnica dotyczy tylko domeny fizycznej (poczucie sprawności fizycznej, energia i ogólna sprawność w radzeniu sobie z wymaganiami codziennego życia), która w przypadku kobiet jest nieznacznie niższa (57,1 vs 64,8),  $p<0,02$ . Golicki i wsp. po przebadaniu 317. pacjentów ośmiu ośrodków medycznych w trzech miastach: Puławach, Skierniewicach i Warszawie nie wykazali, że płeć stanowi czynnik różnicujący pod względem jakości życia (Golicki, Dudzińska, Zwolak, Tarach, 2015). Natomiast Glińska i wsp. wykazali, że ogólny odbiór satysfakcji z życia chorych z cukrzycą nie jest zależny od płci (Glińska, Skupińska, Lewandowska, Brosowska, Kunikowska, 2012).

Jakość życia chorych nie jest zdeterminowana przez miejsce ich zamieszkania. Widoczna jest jednak tendencja nieznacznego statystycznie pogarszania się jakości życia w domenach fizycznej, relacji społecznych oraz środowiskowej w przypadku aglomeracji miejskich. Z badań prowadzonych przez Pazderską wśród pacjentów przychodni w Bydgoszczy wynika, że w gronie 64,2% oceniających jakość swego życia jako dobrą, przeważali mieszkańcy wsi (Pazderska., 2017).

Wykształcenie to zmienna, która w badaniach własnych potwierdza jej wpływ na samoocenę jakości we wszystkich analizowanych dziedzinach życia. Wykazano, że osoby z wykształceniem wyższym i średnim według własnej oceny radzą sobie lepiej z chorobą. W badaniach Burkiewicz, Stasiuk, Kozłowski większa część pacjentów chorych na cukrzycę typu II uważała, że jakość ich życia jest dobra, a wpływ na nią miała świadomość choroby. Im ocena stanu wiedzy własnej przez pacjenta była wyższa, tym jego ocena jakości życia była lepsza (Burkiewicz, Stasiuk, Kozłowski, 2017).

Kocka i wsp. badając 103. diabetyków leczonych w czterech placówkach medycznych w Lublinie, wskazała na to, że osoby chorujące powyżej 10. lat gorzej postrzegały swą jakość życia w domenie środowiskowej i relacji społecznych (Kocka, Bartoszek, Ślusarska, Curyła, 2017). Rezultaty prowadzonych badań własnych harmonizują z powyższymi wynikami. Prawdopodobną przyczyną tej zależności jest obowiązek dostosowania trybu życia do wskazań terapeutycznych, intensyfikujących się w miarę trwania choroby. Podobne wyniki uzyskali Glińska i wsp., respondenci wskazywali pogorszenie jakości życia w miarę trwania choroby oraz powiązano fakt pogorszenia jakości życia z wiekiem, w którym rozpoznano cukrzycę – im młodszy wiek, tym gorsza jakość życia (Glińska, Skupińska, Lewandowska, Brosowska, Kunikowska, 2012).

## PODSUMOWANIE

1. Badani najczęściej oceniali swoją jakość życia jako dobrą (57%), zaś ze stanu zdrowia byli zadowoleni (45%).
2. Respondenci najlepiej funkcjonowali względem jakości życia w domenie środowiskowej i fizycznej, nieznacznie gorzej w relacjach społecznych oraz w sferze psychologicznej.
3. Starsi respondenci odczuwali niższą jakość życia w domenie fizycznej, psychologicznej i relacji społecznych.
4. Kobiety posiadały niższą jakość życia w domenie fizycznej niż mężczyźni.
5. Miejsce zamieszkania badanych pacjentów nie determinowało ich jakości życia.
6. Im wyższy poziom wykształcenia, tym jakość życia była większa w każdej ocenianej domenie.
7. Nie zaobserwowano związków łączących czas trwania cukrzycy ze zmianą jakości życia w ocenianych kategoriach.

## BIBLIOGRAFIA

1. Burkiewicz, A., Stasiuk, J.J., Kozłowski, D. (2017). Świadomość choroby i jej wpływ na jakość życia u pacjentów z cukrzycą typu II. *Ann Acad Med Gedan*, 47, 39–48.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19); <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> [dostęp: 10.04.2021].
3. Cummins, R. (2000). Objective and subjective quality of life research: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55–72.
4. Czupryniak, L. (2020). Cukrzyca – epidemiologia, definicja i klasyfikacja. W: L. Czupryniak, K. Strojek (red.), *Diabetologia* (s. 11–20). Gdańsk: Via Medica.
5. Elflein, J. (2019). Diabetics worldwide 2019 and 2045, za: <https://www.statista.com/> [dostęp: 15.06.2021].
6. Glińska, J., Skupińska, A., Lewandowska, M., Brosowska, B., Kunikowska, B. (2012). Czynniki demograficzne a ogólna jakość życia chorych z cukrzycą typu 1 i 2. *Problemy Pielęgniarstwa*, 20, 3, 279–288.
7. Golicki, D., Dudzińska, M., Zwolak, A., Tarach, J.S. (2015). Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes in Poland – Comparison with the General Population Using the EQ-5D Questionnaire. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 24, 1, 139–14. <https://doi.org/10.17219/acem/38137>
8. Jaracz, K., Kalfoss, M., Górna, K., Bączyk, G. (2006). Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL – Bref. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 251–260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00401.x>

9. Krupa, A., Wleklik, M., Zborowska, A., Uchmanowicz, I. (2015). Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2. *Medical & Health Sciences Review*, 4, 3–11.
10. Kocka, K., Bartoszek, A., Ślusarska, B., Curyła, I. (2017). Sposób leczenia, czas trwania choroby oraz powikłania cukrzycy typu 2 a jakość życia osób chorych. *Medycyna Rodzinna*, 1, 9–16.
11. Ministerstwo Zdrowia (2019), za: <https://www.mz.gov.pl/> [dostęp: 15.06.2021].
12. Motyka, H., Stanisław-Wallis, K. (2013). Wybrane determinanty jakości życia w cukrzycy. *Nowa Medycyna*, 3, 115–123.
13. Pazderska, M. (2017). Jakość życia a uwarunkowania dietetyczne chorych z cukrzycą leczonych ambulatoryjnie. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 3, 35–48.
14. Telka, E. (2013). Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. *Nowa Medycyna*, 4, 184–186.
15. Uchmanowicz, I. (2013). Jakość życia zależna od zdrowia (HRQOL) u chorych na cukrzycę – metody pomiaru. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21, 2, 266–270.
16. World Health Organization Novel Coronavirus (2019-nCoV) Technical Guidance; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> [dostęp: 10.04.2021].
17. Worldometers, <https://www.worldometers.info/coronavirus/> [dostęp: 6.04.2021].





Grażyna Kozak\*

## AKTYWNOŚĆ ŻYCIOWA OSÓB STARSZYCH NIEPEŁNOSPRAWNYCH FIZYCZNIE

### *Life activity of the elderly who are physically disabled*

\*Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, ORCID: 0000-0001-7406-1744

#### ABSTRACT

*Ageing is a permanent process that poses a serious challenge to society, it is an inevitable stage at the end of a long life. The 20th century saw a significant increase in the world's population. In the last century, life expectancy also increased significantly, it is now 70.2 years in men, and 78.3 years in women. The result of this phenomenon is a gradual but steady increase in the number of elderly people in Poland and in the world as a whole. The identification of the forms of activity of disabled seniors, and a self-assessment of the degree of self-functionality of seniors are also included.*

*The research used the method of a diagnostic survey, the questionnaire technique, and the author's questionnaire consisting of 20 questions as a tool. The material was developed using Microsoft Office Excel 2010 and Statistica software. 101 elderly residents of Senior Apartments Sp. z o.o. participated in the study. Daily living activities are of great importance in the life of every senior citizen. With age, these activities partially change their character and may take many forms.*

*Regardless of the form chosen by the respondents, such activities aim to improve well-being, health and the establishment of contact with other people.*

*Own research has shown that factors such as gender and age do not affect the level of physical fitness of seniors. Seniors with a disability certificate assess themselves as disabled despite their high degree of functionality in everyday life.*

**Keywords:** *elderly person, activity, activity of the elderly, old age, sport*

#### STRESZCZENIE

Starzenie się jest procesem stałym, będącym poważnym wyzwaniem dla społeczeństwa. Który jest nieuchronnym etapem życia każdego człowieka. W XX w. zaobserwowano znaczący wzrost liczby ludności na świecie. W minionym stuleciu istotnie wydłużyła się także średnia długość życia, która u mężczyzn wynosi obecnie

70,2 roku, natomiast u kobiet — 78,3 roku. Skutkiem tego zjawiska jest stopniowy, ale stały wzrost liczby osób w podeszłym wieku w Polsce i na świecie.

Poznanie form aktywności niepełnosprawnych seniorów, oraz samoceny stopnia własnej funkcjonalności seniorów.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 20 pytań. Materiał opracowano programach Microsoft Office Excel 2010 oraz Statistica.

W badaniu uczestniczyło 101 seniorów pensjonariuszy Senior Apartments Sp. z o.o. Aktywność życiowa ma ogromne znaczenie w życiu każdego seniora. Wraz z postępującym wiekiem częściowo zmienia swoją formę i może przybierać różne postaci. Niezależnie od wybranej przez badanych formę ma na celu poprawę samopoczucia, zdrowia, oraz nawiązania kontaktu z drugim człowiekiem.

Badania własne wykazały, że czynniki takie jak płeć i wiek nie wpływają na poziom sprawności fizycznej seniorów. Seniorzy z orzeczeniem o niepełnosprawności, oceniają się jako osoby niepełnosprawne pomimo wysokiej ich funkcjonalności w życiu codziennym.

**Słowa kluczowe:** senior, aktywność, aktywność osób starszych, starość, sport

## WPROWADZENIE

Starzenie się jest procesem stałym, będącym poważnym wyzwaniem dla społeczeństwa. W minionym stuleciu istotnie wydłużyła się także średnia długość życia, która u mężczyzn wynosi obecnie 70,2 roku, natomiast u kobiet – 78,3 roku. Skutkiem tego zjawiska jest stopniowy, ale stały wzrost liczby osób w podeszłym wieku w Polsce i na świecie.

Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64,3 roku. Czyli o 6,1 roku krócej niż wynosi średnia w krajach dawnej Unii Europejskiej. Duże zainteresowanie tym problemem wiąże się z uznaniem i akceptowaniem modelu medycyny holistycznej. Jej cechą charakterystyczną jest kompleksowe podejście do człowieka chorego, w przeciwieństwie do dotychczasowej koncepcji medycyny biotechnicznej. Współcześnie maksymalizuje się wysiłki w celu przedłużenia życia w sensie biologicznym, ale również po to, aby przybliżyć jakość życia do stanu sprzed choroby. Uznano, że bardzo istotna w procesie leczenia i pielęgnowania pacjenta jest samoocena własnego zdrowia. Pozwala to na aktywne włączenie chorego w realizację procesów terapeutycznych, co jest korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla zespołu leczącego (Sitarczyk, 2016; Kowalczyk, 2012). Aktywność fizyczna stanowi zasadniczy element życia każdego człowieka. Powszechnie uznaje się pozytywny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie człowieka. Stanowi źródło rozwoju każdego człowieka, kształtuje i rozwija relacje z innymi ludźmi. Potrzeba aktywności buduje nowe doświadczenia, stanowi osobisty potencjał i podstawę leczenia chorób oraz jest jednym z głównych czynników opóźniających procesy starzenia (Koprowiak, Nowak, 2017; Prączko, Kostka, 2015; Posłuszna, 2015). Według G. Orzechowskiej [w:] Pietrasik (2010) dla osób starszych

istotne są aktywności domowo-rodzinne, kulturalne, zawodowe, edukacyjne oraz rekreacyjne. Dzięki nim seniorzy zmieniają swój negatywny pogląd na starość, są spokojni, lepiej odpoczywają, odzyskują poczucie własnej wartości oraz szybciej wchodzi w reakcje z otoczeniem (Rynkowska, 2016; Warbutron, Bicol, 2016). Dzięki aktywności umysłowej możliwe jest zapobieganie otępieniu (Stefaniak, Witkowski, Brudzielińska, 2016; Żak, 2015). Aktywność seniorów zmienia negatywny stereotyp starości wśród młodszych członków środowiska społecznego (Piotrowicz, 2018).

Pojęcia starości i starzenia się stanowią nieuchronny i nieodwracalny etap ludzkiego życia. Według O. Czerniawskiej, [w:] Tokaj (2018) starość jest najbardziej zróżnicowaną fazą życia. Niepodlegającą żadnym regułom, ponieważ wynika z poprzednich okresów życia: dzieciństwa, młodości, dorosłości oraz bieżących czynników (Mynarski, Grabara, Nawrocka, 2015). Pojęcie starości jest trudne do zdefiniowania. Według J. Piotrowskiego, [w:] Schimanek (2015) stanowi proces zmian zachodzących w organizmie w ciągu całego życia, który z upływem lat prowadzi do osłabienia funkcji organów, ostatecznie prowadząc do śmierci. Według W. Frolkis, [w:] Pędziwiatr (2015) starzenie się jest prawidłowym etapem rozwoju osobniczego. Stanowi bezpośredni efekt zachodzących z wiekiem zmian czynnościowych i strukturalnych. Prowadzącym w konsekwencji do stopniowego zmniejszania się możliwości adaptacyjnych organizmu (Masłyk, Migaczewska, Stojkow, 2016). Starość jest niezwykle dynamicznym procesem, ściśle związanym ze zmianą warunków życia. Jest etapem rozwoju w całej życiowej skali człowieka, przy czym ten rozwój nie ma końca. Jak podkreślają A. Linley i S. Joseph (2017), nawet mimo znacznego zaawansowania starość może być okresem twórczości, pod warunkiem zachowania dobrego stanu zdrowia i utrzymania aktywności fizycznej.

## **CEL BADAŃ**

Celem badań było ustalenie form aktywności, podejmowanych przez niepełnosprawne fizycznie osoby starsze. W pracy analizowano, jakie formy aktywności podejmują seniorzy, czy płeć, wiek, różnicują poziom samodzielności i sprawności seniorów, oraz jaki jest poziom samooceny aktywności wśród samych seniorów.

## **MATERIAŁ I METODY**

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a jako narzędzie autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 20. pytań. Opracowanie statystyczne wykonano w oprogramowaniu Microsoft Office Excel 2010 oraz Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc.

Za istotne statystycznie przyjęto analizy gdzie  $p < 0,05$ . Wartość analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy rozkładu procentowego. W badaniu uczestniczyło 101 seniorów, pensjonariuszy Senior Apartments Sp. z o.o.

## WYNIKI I WNIOSKI

W badaniu wzięło udział 101 osób. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety 75%, a 25% mężczyźni. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 61–65 lat 17%, 66–70 lat 26%, 71–75 lat 31%, 76–80 lat 20%, 81 lat i więcej 6%. Zdecydowana większość osób to wdowy i wdowcy 73% (n=74), w związku małżeńskim – 13%, w konkubinacie i rozwiedzionych po 7% badanych. Wszyscy badani byli emerytami. Poziom wykształcenia prezentował się następująco: zawodowe – 72%, średnie – 17%, wyższe – 6%, podstawowe – 5% badanych. Subiektywna ocena własnej sprawności fizycznej była następująca: na poziomie przeciętnym – 65%, na poziomie miernym – 22%, niski i dobry – 6% bądź bardzo dobry – 1%. Zdecydowana większość osób nie posiadała niepełnosprawności fizycznej i orzeczenia o niepełnosprawności – 86% badanych. Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu lekkim – 6%, umiarkowanym – 4% oraz średnim 4%. W subiektywnej ocenie badanych ponad połowa raczej nie uważa się za osobę niepełnosprawną – 67%, zdecydowanie uznaje siebie za niepełnosprawną – 10%, pozostałe osoby nie potrafią jednoznacznie określić. Zdecydowana większość badanych osób bierze udział w zajęciach organizowanych w ośrodku – 85%, a 15% nie uczestniczy. Wśród powodów nieuczestniczenia w zajęciach, organizowanych w ośrodku, badani wymieniają: przeciwwskazania zdrowotne – 12% badanych, a 3% badanych nie odpowiada forma organizacyjna zajęć. Rozkład aktywności fizycznej realizowanej przez seniorów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. *Formy aktywności podejmowane przez seniorów*

Formy aktywności	N	%
Spacer	101	100%
Bieganie	0	0
Nordic walking	24	23%
Pływanie	10	9%
Taniec	76	75%
Gimnastyka	66	65%
Jazda na rowerze	4	3%
Inne	0	0

\*Wyniki nie sumują się, ponieważ zastosowano wielokrotny wybór odpowiedzi.

Poziom zadowolenia badanych z pobytu w ośrodku prezentuje tabela 2.

Tabela 2. *Zadowolenie z pobytu w ośrodku*

Zadowolenie z ośrodka	N	%
Zdecydowanie tak	16	16%
Raczej tak	78	77%
Nie wiem	1	1%
Raczej nie	6	6%
Zdecydowanie nie	0	0

Zdecydowana większość badanych – 88% uważało, że aktywnie uczestniczy w życiu rodziny, pozostałe 12% nie uczestniczyło w życiu rodziny.

Poziom samodzielności badanych w codziennym funkcjonowaniu przedstawia tabela 3.

Tabela 3. *Poziom samodzielności w życiu codziennym*

Pomoc w funkcjonowaniu	N	%
Jestem samodzielny/a	72	71%
Opiekun medyczny	20	20%
Pielęgniarka	9	9%
Rodzina	0	0

Do oceny stopnia funkcjonowania psychofizycznego badanych na co dzień utworzono pięciostopniową skalę gdzie 1 oznacza funkcjonowanie wyłącznie przy pomocy osób trzecich, a 5 – pełną samodzielność. Rozkład oceny przedstawia tabela 4.

Tabela 4. *Stopień funkcjonalności psychofizycznej w życiu codziennym*

Stopień funkcjonalności psychofizycznej w życiu codziennym	N	%
1	0	0
2	23	23%
3	78	77%
4	0	0
5	0	0

Badani najczęściej oceniali stopień funkcjonalności psychofizycznej w życiu codziennym na poziomie 3 – przeciętnym – 77%, oraz na poziomie 2 – oznaczającym, że w dużym stopniu korzystają z pomocy osób trzecich – 23% badanych.

Przyjęte założenie, że płeć różnicuje poziom sprawności i samodzielności wśród seniorów poddano analizie statystycznej. Kobiety i mężczyźni najczęściej oceniali swoją sprawność fizyczną jako przeciętną – odpowiednio: 67% i 60%, a następnie mierną – 18% i 32%. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie, a ich rozkład prezentuje tabela 5.

Tabela 5. *Subiektywna ocena poziomu sprawności fizycznej wśród kobiet i mężczyzn*

Poziom sprawności fizycznej	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
Bardzo dobry	1	1%	0	0%
Dobry	5	7%	1	4%
Przeciętny	51	67%	15	60%
Mierny	14	18%	8	32%
Niski	5	7%	1	4%
Test chi-kwadrat: p=0,403, NS				

Założono także, że wiek badanych wpływa na poziom sprawności i samodzielności osób starszych. Na poziom dobry i niski oceny swojej sprawności wskazały osoby w wieku 66–80 lat, natomiast młodszy badani w wieku 61–65 i po 80. roku życia oceniały swoją sprawność jako przeciętną. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie, a ich rozkład prezentuje tabela 6

Tabela 6. *Subiektywna ocena poziomu sprawności fizycznej badanych ze zróżnicowaniem wieku*

Poziom sprawności fizycznej	61–65 lat		66–70 lat		71–75 lat		76–80 lat		>80 lat	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Bardzo dobry	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Dobry	0	0%	1	4%	3	9%	2	11%	0	0%
Przeciętny	14	82%	14	52%	20	63%	13	67%	5	83%
Mierny	3	18%	9	33%	7	22%	2	11%	1	17%
Niski	0	0%	2	7%	2	6%	2	11%	0	0%
Test chi-kwadrat: p=0,777, NS										

Przyjęto także założenie, że posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wpływa na postrzeganie własnej sprawności fizycznej wśród seniorów.

Potwierdzono, że osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności istotnie częściej potwierdzały swoją niesprawność fizyczną. Uzyskane różnice były istotne statystycznie, a ich rozkład prezentuje tabela 7.

Tabela 7. Występowanie niesprawności fizycznej, posiadane orzeczenie o niepełnosprawności

Niesprawność fizyczna	Tak, mam orzeczenie		Nie, nie mam	
	n	%	N	%
Tak	10	71%	11	3%
Nie	4	29%	76	87%
Test chi-kwadrat: $p < 0,001$ , $r(X,Y) = 0,5005$				

Wykazano również, że osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności istotnie częściej postrzegały siebie jako osobę niepełnosprawną. Uzyskane różnice były istotne statystycznie, a ich rozkład prezentuje tabela 8.

Tabela 8. Postrzeganie siebie jako osoby niepełnosprawnej ze względu na posiadane orzeczenie o niepełnosprawności

Osoba niepełnosprawna	Tak, mam orzeczenie		Nie, nie mam	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	5	36%	2	2%
Raczej tak	1	7%	11	13%
Nie wiem	0	0%	4	5%
Raczej nie	7	50%	61	70%
Zdecydowanie nie	1	7%	9	10%
Test chi-kwadrat: $p = 0,020$ , $r(X,Y) = 0,2321$				

Ocena stopnia codziennej funkcjonalności była wyższa w grupie seniorów posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Uzyskane różnice były istotne statystycznie, a ich rozkład prezentuje tabela 9.

Tabela 9. Stopień funkcjonalności w życiu codziennym, a posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności

Stopień funkcjonalności na co dzień	Tak, mam orzeczenie		Nie, nie mam	
	n	%	N	%
1	0	0%	0	0%
2	0	0%	23	26%
3	14	100%	64	74%
4	0	0%	0	0%
5	0	0%	0	0%
Test chi-kwadrat: $p = 0,029$ , $r(X,Y) = 0,2178$				

Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wpływa na postrzeganie własnej sprawności fizycznej wśród seniorów.



Założono również, że poczucie własnej niesprawności wpływa na codzienne funkcjonowanie osób starszych.

W zajęciach organizowanych w ośrodku udział brały osoby postrzegające się za niepełnosprawne i sprawne. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie, a wyniki prezentuje tabela 10.

Tabela 10. *Poczucie własnej niesprawności, a udział w zajęciach w ośrodku*

Osoba niepełnosprawna	Tak, biorę udział		Nie, nie biorę udziału	
	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	6	7%	1	8%
Raczej tak	12	13%	0	0%
Nie wiem	3	3%	1	8%
Raczej nie	61	69%	7	59%
Zdecydowanie nie	7	8%	3	25%
Test chi-kwadrat: $p=0,635$ , NS				

W życiu rodzinnym uczestniczyły osoby postrzegające się za niepełnosprawne i sprawne. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie, a ich rozkład przedstawia tabela 11.

Tabela 11. *Poczucie własnej niesprawności, a udział w życiu rodzinnym*

Osoba niepełnosprawna	Tak, biorę udział		Nie, nie biorę udziału	
	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	6	7%	1	7%
Raczej tak	11	13%	1	7%
Nie wiem	4	5%	0	0%
Raczej nie	56	65%	12	79%
Zdecydowanie nie	9	10%	1	7%
Test chi-kwadrat: $p=0,170$ , NS				

Postrzeganie własnej niesprawności wśród badanych nie obniżało stopnia funkcjonowania w życiu codziennym. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie, a ich rozkład przedstawia tabela 12.

Tabela 12. *Poczucie własnej niesprawności, a stopień funkcjonowania w życiu codziennym*

Osoba niepełnosprawna	Stopień 2		Stopień 3	
	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	1	4%	6	8%
Raczej tak	0	0%	12	15%
Nie wiem	1	4%	3	4%
Raczej nie	21	92%	47	60%
Zdecydowanie nie	0	0%	10	13%
Test chi-kwadrat: $p=0,271$ , NS				

Źródło: Wyniki badań własnych.

Pomocy w codziennym funkcjonowaniu potrzebowały osoby postrzegające się jako sprawne i jako niepełnosprawne. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie, a ich rozkład przedstawia tabela 13.

Tabela 13. *Poczucie własnej niesprawności, a poziom samodzielności*

Osoba niepełnosprawna	Samodzielna/y		Opiekun medyczny		Pielęgniarka	
	n	%	N	%	n	%
Zdecydowanie tak	5	7%	2	10%	0	0%
Raczej tak	7	10%	1	5%	4	44%
Nie wiem	3	4%	0	0%	1	12%
Raczej nie	49	68%	15	75%	4	44%
Zdecydowanie nie	8	11%	2	10%	0	0%
Test chi-kwadrat: $p=0,170$ , NS						

Poczucie własnej niesprawności nie wpływa na codzienne funkcjonowanie osób w wieku starszym.

## WNIOSKI

1. Problem niesprawności fizycznej i samodzielności jest porównywalny wśród kobiet i mężczyzn w starszym wieku.
2. Wiek badanych nie determinuje codziennego funkcjonowania seniorów.
3. Seniorzy, posiadający orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, postrzegają siebie jako osoby niepełnosprawne, pomimo wyższej oceny poziomu funkcjonowania w życiu codziennym.
4. Codzienne funkcjonowanie osób po 60. roku życia jest porównywalne bez względu na poziom posiadanej niesprawności.

## PODSUMOWANIE

Zachowanie wysokiego poziomu aktywności fizycznej, umysłowej i społecznej stanowi ogromne wyzwanie w nieustannie zmieniającym się świecie. Przystosowanie do zmieniających się warunków życia oraz modyfikowanie ich do własnych, indywidualnych potrzeb jest podstawowym zadaniem człowieka starszego. Tylko dzięki takiemu postępowaniu osoby starsze są w stanie zachować pełną autonomię i niezależność pozwalającą na poprawę jakości ich życia. Planowane prognozy demograficzne Polski nie należą do pozytywnych. Szacuje się, iż do 2025 roku osoby powyżej 65. r. i starsze, będą stanowiły około 25% społeczeństwa. Wynika to z działania dwóch czynników takich jak spadek liczby urodzeń oraz wydłużenie się życia. Aktywność seniora stanowi zdecydowanie nowe zjawisko w polskich warunkach kulturowych. Wynika to z głęboko zakorzenionych stereotypów, ukazujących osoby starsze jako schorowane, nieaktywne oraz nieciekawe. Niestety taki wizerunek jest bardzo często podtrzymywany przez media co dodatkowo utrudnia postrzeganie przez społeczeństwo. Proces starzenia się jest nierozzerwalnie związany ze stopniowym obniżeniem się poziomu wydolności organizmu, mobilności oraz szeroko pojętej aktywności. W wielu przypadkach prowadzi to do utraty pozycji społecznej, samotności bądź w większości przypadków niesamodzielności seniorów. Osoby, które nie są w stanie samodzielnie poradzić sobie z następującymi zmianami są zmuszone do korzystania z pomocy innych osób bądź instytucji, takich jak domy pomocy społecznej. Niestety nie tylko brak samodzielności doprowadza do wyżej przedstawionej sytuacji, inną przyczyną jest brak warunków w środowisku domowym bądź brak zainteresowania seniorem ze strony środowiska rodzinnego.

Celem prezentowanej pracy było poznanie obszarów aktywności najchętniej podejmowanych przez seniorów, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wysiłek fizyczny. Wszyscy ankietowani byli emerytami i pensjonariuszami Senior Apartments Sp. z o.o. w Warszawie. Struktura wieku badanych była zróżnicowana: 61–65 lat 17%, 66–70 lat 26%, 71–75 lat 31%, 76–80 lat 20%, 81 lat i więcej 6%. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności posiadało 14% grupy (lekki 6%, umiarkowany 4%, średni 4%), gdy posiadanie niesprawności fizycznej potwierdziło 21%. W dokonanej samoocenie własnej sprawności fizycznej ponad połowa seniorów użyła stopnia przeciętny (65%), a co piąty badany – mierny (22%). Wśród badanych 71% wskazało, że na co dzień funkcjonuje samodzielnie, a pozostałe osoby potrzebowały wsparcia opiekuna medycznego (20%) lub pielęgniarki (9%). Najczęściej w samoocenie stopnia własnej funkcjonalności użyto oceny 3 „przeciętny” (77%), a w pozostałych przypadkach 2 „mierny” (23%).

Na podstawie badań własnych ustalono, że problem niesprawności fizycznej i samodzielności w grupie seniorów jest porównywalny wśród kobiet i mężczyzn i nie koreluje z wiekiem. Pomimo obniżonej sprawności fizycznej, związanej z wiekiem i posiadanyymi ograniczeniami, seniorzy nie postrzegali siebie jako osoby niepełnosprawnej (77%). Poczucie niepełnosprawności towarzyszyło natomiast co piątej badanej osobie (19%), w tym u 7% było to silne przekonanie. Seniorzy posiadający

orzeczenie o stopniu niepełnosprawności postrzegają siebie jako osobę niepełnosprawną, pomimo wyższej oceny poziomu funkcjonowania na co dzień. Także codzienne funkcjonowanie osób po 60. roku życia jest porównywalne bez względu na poziom posiadanej niesprawności.

Problem utraty samodzielności przez osoby w podeszłym wieku w związku ze zmniejszającą się sprawnością fizyczną w swoich badaniach podjął również Wiesław Fidecki ze wsp. (2020). W grupie 264 osób w wieku 65.–93. lat dokonano oceny sprawności za pomocą skali Barthel, gdzie wynik średni dla całej grupy wynosił 81,43 pkt. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że znaczna część grupy 60,22% dobrze radziła sobie z czynnościami codziennego życia, gdy 34,90% wymagało pomocy tylko w części codziennych obowiązków. Stopień codziennej funkcjonalności był porównywalny dla kobiet i mężczyzn. Autorzy wykazali, że poziom samodzielności obniżał się wraz z wiekiem oraz był wyższy wśród mieszkańców wsi niż miast. Nieoczekiwany przez Fideckiego i wsp. wysoki stopień sprawności funkcjonalnej świadczy o zmianach zachodzących w grupie seniorów, gdzie wyższa świadomość i dbałość o zdrowie, większa dostępność do technologii i nowoczesności, pomagają utrzymać dłużej codzienną sprawność człowieka. Potwierdzają to również wyniki innych badaczy.

U Lewko i wsp., Tobiasz-Adamczyk (2017) średni wynik skali Barthel wynosił 80,3 pkt., a u Strugała i Wieczorowska-Tobis, Stefaniak, Witkowski, Brudzielowska (2016) 89,2 pkt.

Durmała i wsp., Kędziora-Kornatowska, Muszałik (2010) donoszą, że w grupie pacjentów oddziału geriatrycznego 93% zachowało sprawność fizyczną i niezależność w zakresie czynności życia codziennego. Natomiast u Bujnowskiej-Fedak i wsp., Kaczmarczyk, Trafiałek (2016) sprawność oceniana skalą Barthel była na poziomie średniej 95,48 pkt.

Wyniki badań własnych korespondują z pracami innych autorów – osoby w grupie 60+ są w większości samodzielne i aktywne w codziennym życiu. Naturalne jest, że najbliższym i najważniejszym obszarem działań jest udział w życiu rodzinnym, który potwierdziło 88% badanych. Należy również podkreślić 100% frekwencję w podejmowaniu aktywności fizycznej, nie tylko w postaci spacerów (100%), ale innych form jak taniec (75%), gimnastyka (65%), czy nordic walking (23%).

Niepokoiki natomiast fakt braku udziału w organizacjach społecznych typu: Kluby Seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku, wolontariat czy inne organizacje pozarządowe. Można pokusić się o wniosek, że forma funkcjonowania i oferta Senior Apartments zapewnia tę część funkcjonowania, zwłaszcza że 93% pensjonariuszy wyraziło swoje zadowolenie z funkcjonowania ośrodka, a 86% potwierdziło udział w zajęciach organizowanych.

Zorganizowana forma opieki nad osobami starszymi w opinii społecznej kojarzy się negatywnie i łączona jest z brakiem odpowiedniej postawy ze strony rodziny podopiecznego, która powinna dokonać wszelkich starań, aby zatrzymać seniora w domu. Burzyńska, Maniecka-Bryła i wsp. (2013) dowodzą, że najczęstszym powodem zamieszkania badanych w placówkach instytucjonalnych jest brak możliwości

samoopieki i brak możliwości zapewnienia tej opieki ze strony rodziny. W tym aspekcie warunkiem lepszej jakości życia seniorów jest zatem utrzymanie sprawności fizycznej i intelektualnej oraz pielęgnowanie kontaktów rodzinnych (Burzyńska, Maniecka-Bryła i wsp., 2013).

Jednak czasami z punktu widzenia samych pensjonariuszy przebywanie w DPS jest dla nich korzystne. Tak jak w badaniach własnych również Wróblewska i Iwaneczko (2012) donoszą, że mieszkańcy ośrodków są zadowoleni z oferowanych usług, opieki zdrowotnej, pracy personelu, niesionej pomocy, warunków lokalowych. Ponadto naturalnie są „zmuszani” do aktywności poprzez kontakt z innymi pensjonariuszami, udział w zajęciach, zagospodarowaniu wolnego czasu. Mają również możliwość stałego kontaktu z bliskimi. Pomimo ograniczeń i chorób, osoby biorące udział w badaniu oceniły jakość swojego życia na wysokim poziomie (Kryńska, 2013).

Z odniesieniem do jakości życia osób po 65. roku życia, mieszkających samodzielnie lub w DPS spotykamy się również w pracy badawczej Fideckiego i wsp. (2020). Stan funkcjonalny zarówno pensjonariuszek DPS, jak i kobiet mieszkających samodzielnie został określony jako dobry. Respondentki wykonywały większość czynności dnia codziennego w pełni samodzielnie, lecz z niewielką trudnością. Autorzy zwrócili szczególną uwagę na ryzyko depresji, które w dokonanej ocenie było wyższe w grupie pensjonariuszek DPS. Wyższe ryzyko depresji wiązało się z niższą oceną jakości życia, pomimo porównywalnej sprawności fizycznej i przy zapewnieniu odpowiednich warunków życia.

Traczyk, Dąbrowska i wsp. (2013) podkreślają potrzebę aktywizacji seniorów w domach opieki dla poprawy ich sprawności funkcjonalnej i emocjonalnej, które mają silny związek z satysfakcją życiową.

Proces starzenia w naturalny sposób wpływa na ograniczenia w funkcjonowaniu człowieka. Postęp i technologia pomagają w utrzymaniu jak najdłuższej samodzielności w codziennym funkcjonowaniu, jednak utrata sprawności fizycznej jest nieodwracalna (Traczyk, Kędziora, Skrzek, 2016). Wsparciem dla seniorów jest wielowymiarowe podejście do procesu starzenia i wzmocnianie poprzez aktywizowanie i angażowanie w życie rodzinne i społeczne.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Burzyńska, M., Maniecka-Bryła, I. (2013). *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 297, s. 211–223.
2. Fidecki, W. i wsp. (2020). Jakość życia pacjentów geriatrycznych. *Geriatrics*, 14: 16–20.
3. Kaczmarczyk, M., Trafiałek, E. (2016). Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontologia Polska*, 4, s. 116–118.
4. Kędziora-Kornatowska, K., Muszaliak, M. (2010). Co to znaczy zestarzeć się pozytywnie? W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość*. Poznań: UM, s. 175–183.

5. Koprowiak, E., Nowak, B. (2017). Style życia ludzi starszych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, s. 90.
6. Kowalczyk, O. (2012). Niepełnosprawność ludzi starych. Wybrane aspekty. W: L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej* (s. 90). Katowice: Wyd. Akademii Ekonomicznej.
7. Kryńska, E. (2013). *Analiza sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce i Unii Europejskiej*. Raport przygotowany w ramach projektu „Zatrudnienie osób niepełnosprawnych – perspektywy rozwoju” (s. 23). Warszawa: Instytut Pracy i Praw Socjalnych.
8. Linley, A.P., Joseph, S. (2017). *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 413–441). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
9. Masłyk, T., Migaczewska, E., Stojkow M. (2016). *Aktywni niepełnosprawni? Obywatelski i społeczny potencjał środowiska osób niepełnosprawnych* (s. 204). Kraków: Wydawnictwo AGH.
10. Mynarski, W., Grabara, M., Nawrocka, A. (2015). Rekreacyjna aktywność fizyczna i dolegliwości mięśniowo-szkieletowe pielęgniarek. *Medycyna Pracy*, 65(2), s. 181–188.
11. Pędziwiatr, K. (2015). Aktywizacja społeczna osób starszych w Polsce. W: A. Janiszewska, *Jakość życia ludzi starszych – wybrane problemy „Space – Society – Economy*. Departament od Population and Services Studies. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 123–136.
12. Pietrasik, K. (2010). Motywy podejmowania aktywności fizycznej w środowisku wodnym przez kobiety w wieku powyżej 50 lat. W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość* (s. 115–124). Poznań: UM.
13. Piotrowicz, R. (2018). Aktywność fizyczna u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. *Forum Profilaktyki*, 3, s. 3.
14. Poślusznna, M. (2015). Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych. *Nowiny Lekarskie*, 81, 1, s. 7–79.
15. Prączko, K., Kostka, T. (2015). Aktywność ruchowa a występowanie infekcji górnych dróg oddechowych u osób w starszym wieku. *Gerontol Pol*, 13, 3, s. 195–199.
16. Rynkowska, D. (2016). Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów. *Philosophy and Sociology*, vol XLI, 2, s. 2–100.
17. Schimanek, T. (2015). *Aktywizacja społeczna osób starszych. Materiały edukacyjne dla pracowni dobra wspólnego* (s. 32). Warszawa.
18. Sitarczyk, M. (2016). Poczucie koherencji a zadowolenie z życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej i słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 45). Lublin: Wydawnictwo KUL.
19. Stefaniak, T., Witkowski, K., Brudzielińska, M. (2016). Ocena sprawności sensomotorycznej osób w wieku inwolucyjnym uczestniczących w systematycznym treningu siłowym. *MedSport*, 22, 6, s. 333–340.

20. Tobiasz-Adamczyk, B. (2017). Społeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych u kresu życia. *Gerontologia Polska*, 25, s. 254–260.
21. Tokaj A. (2018). Aktywne życie w starości. Możliwości i ograniczenia. W: Z. Wiątrowski, I. Mandrzejewska-Smół, A. Afgański (red.), *Pedagogika pracy i andragogika z myślą o dorastaniu, dorosłości i starości człowieka XXI wieku* (s. 381–388). Włocławek.
22. Traczyk, J., Kędzia, P., Skrzek, A. (2016). Jakość życia, sprawność funkcjonalna oraz występowanie ryzyka depresji u kobiet po 60. roku życia mieszkających w domach opieki społecznej i samodzielnie. *Gerontol Pol*, 24, s. 32–39.
23. Traczyk, J., Dąbrowska, G. (2013/14). Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia osób po 60. roku życia zamieszkałych na terenie miasta i gminy Lidzbark. *Alter Ego Seniora* vol. 1, s. 165–172.
24. Warbutron, D., Bicol, C.W. (2016). *Prescribing exercise as preventive therapy*, CMAJ, s. 17.
25. Wróblewska, G., Iwaneczko, A. (2012). *Family Medicine & Primary Care Review*, 14, 4: 573–576.
26. Żak, M. (2015). Rehabilitacja osób po 80. roku życia z zaburzeniami czynności dnia codziennego. *Gerontol Pol*, 13, 3, s. 200–205.

Katarzyna Mazur\*  
Aneta Ufniarz-Odzioba\*\*

## FUNKCJONOWANIE DZIADKÓW DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

### *The role of grandparents of the children with intellectual disabilities*

\* Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 2 w Lublinie, ORCID: 0000-0001-9895-8919

\*\* Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 2 w Lublinie,

#### **ABSTRACT:**

*In 2014, the population of children with disabilities up to 16 years of age in Poland was 194,000. Every year, about 10,000 children with developmental issues are born in Poland. The values presented above show how many families are in contact with the disabilities of children. The family is the environment in which new life arises. In the family, the basic needs of the child are satisfied. Research indicates that all activities should be focused on the family as a whole and not just on the child.*

*Most of the studies concerning the functioning of children and adolescents with disabilities focused on their immediate families (mothers, fathers, siblings). It is very difficult to find one that is about the grandparents of these children. In this article, we will attempt to answer the question of how grandparents, whose grandchild is a disabled person, function. The first part of the study is an attempt to introduce this subject to scientific scrutiny. The second part is based on an interview with the grandmothers of a child with severe intellectual disabilities.*

**Keywords:** *family, family relationships, intellectual disability, grandparents, grandchildren*

#### **STRESZCZENIE**

W 2014 roku w Polsce populacja dzieci z niepełnosprawnością do lat 16 wynosiła 194 tysiące. Co roku rodzi się w Polsce około 10 tysięcy dzieci z wadami rozwojowymi. Przedstawione wyżej wartości wskazują na to, jak wiele rodzin styka się z niepełnosprawnością dzieci. Rodzina jest środowiskiem, w którym powstaje nowe życie. To tam zaspokajane są podstawowe potrzeby dziecka. Badania wskazują, że wszelkie działania powinny być skoncentrowane na rodzinie, jako całości, a nie tylko na dziecku.



Większość badań, jakie zostały przeprowadzone, dotyczą funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz ich najbliższej rodziny (matek, ojców, rodzeństwa). Bardzo trudno jest odnaleźć takie, które dotyczą dziadków tych dzieci. W artykule tym podejmiemy próbę odpowiedzi na pytanie, jak funkcjonują dziadkowie, których wnuk jest osobą z niepełnosprawnością. Pierwsza część to próba przybliżenia tej tematyki zawarta w opracowaniach naukowych. Druga to wywiady z dwiema babciami dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

**Słowa kluczowe:** rodzina, niepełnosprawność intelektualna, dziadkowie, wnuki, relacje rodzinne

## WPROWADZENIE

Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) w 2014 roku w Polsce populacja osób niepełnosprawnych wynosiła od 4,9 mln osób do 7,7 mln osób (w zależności od przyjętego kryterium). Liczba dzieci z niepełnosprawnościami wynosiła ponad 211 tysięcy. Prawne orzeczenie o niepełnosprawności posiadało prawie 3,8 mln Polaków (w tym blisko 194 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności). Co roku rodzi się w Polsce około 10 tysięcy dzieci z wadami rozwojowymi (za: Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Dane demograficzne). Przedstawione wyżej wartości wskazują na to, jak wiele rodzin styka się na co dzień z niepełnosprawnością dzieci. Badania wskazują, że wszelkie działania powinny być skoncentrowane na rodzinie, jako całości, a nie tylko na dziecku i jego słabych stronach (Danielewicz, 2007).

Rodzina jest środowiskiem, w którym powstaje nowe życie. To tutaj rodzi się, kształtuje i wzrasta nowy człowiek, który podlega prawom biologicznym i społecznym. Rodzina stanowi najmniejszą i podstawową komórkę społeczną oraz oddziałuje na dziecko w sposób stały i ciągły. W rodzinie zaspokajane są podstawowe potrzeby dziecka: biologiczne, psychologiczne, poczucie bezpieczeństwa, przynależności, miłości oraz uznania.

Przetacznikowa (1978, s. 171) charakteryzując rodzinę określa ją, jako *jedną z najważniejszych grup pierwotnych, to znaczy takich, które cechuje wzajemny ścisły i bezpośredni kontakt ich członków: nawiązują oni ze sobą bliskie stosunki emocjonalne, łączą ich trwałe i osobiste więzy, oparte na współdziałaniu i solidarności*.

Większość badań dotyczących rodzin, w których żyją osoby z niepełnosprawnością, jakie zostały przeprowadzone, dotyczy funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz ich najbliższej rodziny (matek, ojców, rodzeństwa). Bardzo trudno jest odnaleźć badania dotyczące funkcjonowania dziadków tych dzieci. Te, do których dotarliśmy dotyczą wpływu dziadków na ich wnuki. Nie znalazłyśmy takich, które skupiają się na emocjach, odczuciach i funkcjonowaniu seniorów żyjących w rodzinie, w której żyje również dziecko z niepełnosprawnością.

W artykule tym podejmiemy próbę odpowiedzi na pytanie, jak funkcjonują dziadkowie, których wnuk jest osobą z niepełnosprawnością. Pierwsze trzy rozdziały to próba przybliżenia tej tematyki, która jest zawarta w opracowaniach naukowych. Rozdział czwarty to wywiady z babciami dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

## **ROLA DZIADKÓW W RODZINIE**

Rola dziadków w rodzinie jest ściśle związana z procesem socjalizacji wnuków. Dziadkowie w wysokim stopniu kształtują osobowość, czyli przekazują normy, wartości i wzory kulturowe. W związku z tym socjalizacyjna rola dziadków ma dwojaki charakter. Po pierwsze bezpośredni (realizowana jest przez opiekę nad wnukami) a po drugie pośredni – dziadkowie są wsparciem dla rodziców (Wawrzyniak, 2011).

Więzi pomiędzy wnukami a dziadkami są w Polsce bardzo silne. W 2001 roku zostały przeprowadzone przez CBOS badania, które dotyczyły tego, co zawdzięczają Polacy swoim babciom i dziadkom. Wynika z nich, że: wnuki otrzymują od dziadków głównie drogowskazy w postaci zasad moralnych (61% badanych), przekazywana jest im wiara w Boga (60%) oraz poczucie, że są kochani (60%). Dla badanych znaczące było również to, że dziadkowie przekazują wnukom historię rodziny i ojczyzny oraz ważne tradycje i zwyczaje. Prawie połowa badanych (47%) zawdzięcza dziadkom opiekę i wychowanie. Również seniorom 53% badanych zawdzięcza takie zalety jak: silna wola, samodyscyplina, obowiązkowość i pracowitość ([www.cbos.pl, BS/8/2001](http://www.cbos.pl/BS/8/2001)).

Oczywiste jest znaczenie dziadków w życiu wnuków, ale również dziadkowie potrzebują swoich wnuków. Młode pokolenie mobilizuje ich do aktywności życiowej poprzez spacerowanie, zabawy, odrabianie lekcji, czytanie bajek itp.

Obecnie dziadkami stają się osoby młode, często jeszcze pracujące zawodowo. Coraz rzadziej babcie i dziadkowie ograniczają swoją aktywność jedynie do ról rodzinnych. Jednak z punktu widzenia osób starszych rodzina to naturalne i często jedyne środowisko, w jakim funkcjonują i rozwijają się. Wydłużające się życie ludzkie, dzięki poprawiającym się standardom życia, sprawia, że większa część najmłodszego pokolenia ma szansę doświadczania obecności i wpływu w okresie własnego dorastania (Wawrzyniak, 2011).

## **RODZINY DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Bardzo ważną rolę w funkcjonowaniu i wychowaniu dziecka z niepełnosprawnością ma wsparcie społeczne jego rodziny oraz stosunek społeczeństwa do nich. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną często są postrzegane, jako samotne, niegodne zaufania, zależne od innych, zasługujące na współczucie i pomoc, nieosiągające sukcesów (Ostrowska, 1994, 1997).

Wykazano, że szczególne znaczenie dla adaptacji rodzin dziecka z niepełnosprawnością ma nieformalne wsparcie społeczne, pochodzące od członków dalszej

rodziny, przyjaciół i znajomych. Często zdarza się, że ten rodzaj wsparcia jest trudno dostępny. Zdarza się, że zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, rodzice bywają osamotnieni. W związku z opieką i trudnościami, jakie niesie za sobą wychowanie dziecka z niepełnosprawnością intelektualną zmieniają relacje ze znajomymi, a krąg przyjaciół się zawęża (Pisula, 2015). Rodzice często odczuwają społeczną izolację i zachowania osób z otoczenia raniące ich uczucia (Danielewicz, 2007). Bardzo często rodzina dziecka z niepełnosprawnością intelektualną czuje nadmierną ingerencję obcych osób i podważanie przez nich kompetencji rodzicielskich (Randall, Parker, 2010). Zdarza się również, że rodzina stara się ukryć fakt, iż ich dziecko jest niepełnosprawne (badaniami objęto rodziców dzieci z zespołem Downa, zob. Danielewicz, 2007). Nadal istnieje w społeczeństwie stereotyp, który przypisuje rodzicom, szczególnie matce, „winę” za to, jakie jest dziecko. To sprawia, że obarczają się oni winą za narodzenie się dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, powoduje lęk, wyrzuty sumienia i wycofywanie się z życia społecznego (Stelter, 2011).

Bycie członkiem najbliższej rodziny dziecka z niepełnosprawnością intelektualną jest wyzwaniem. To częste zmaganie się z wieloma trudnościami i konieczność podejmowania takich decyzji, z którymi rodziny dzieci zdrowych nie mają do czynienia. Rodzicielstwo dziecka z niepełnosprawnością to zmęczenie, bunt, poczucie beznadziei, ale i bezgranicznej miłości, dzięki której dziecko może być szczęśliwe i rozwijać się na miarę swoich możliwości.

Wielu autorów badało stres i radzenie sobie z nim rodziców dzieci z niepełnosprawnością. Badacze nie są zgodni co do tego, czy rzeczywiście większe obciążenia związane z opieką nad dzieckiem są związane z odczuwaniem większego stresu. Nie ulega jednak wątpliwości, że rodzice muszą mierzyć się z wieloma trudnościami i problemami, które są zgodne ze stopniem i nasileniem zaburzeń ich dzieci (Pisula, Mazur, 2007).

Urodzenie dziecka niepełnosprawnego oznacza dla kobiety trwałą i zasadniczą zmianę w życiu. Wielopłaszczyznowa zależność między matką a dzieckiem jest dla niej często traumatycznym przeżyciem (Kościelska, 2000). Niepokój o dziecko i jego przyszłość towarzyszy kobiecie przez całe życie jej i jej dziecka. Wiele lat opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem może prowadzić do niezadowolenia z braku lub subiektywnie zbyt małych postępów w rozwoju dziecka, monotonii, ciągłego przebywania w małej grupie ludzi, co może prowadzić do „zespołu wypalenia się sił” (Kościelska, 2000; Stelter, 2011).

## **DZIADKOWIE DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Po narodzinach dziecka, szczególnie pierwszego, matka potrzebuje pomocy przy podejmowaniu obowiązków macierzyńskich, nieznanych wcześniej. Babcia, dając przykład i rady, pomagając w pielęgnacji noworodka, może pomóc matce w uwalnianiu się od lęku przy podejmowaniu nowej roli społecznej (Wawrzyniak, 2011).

Narodziny dziecka niosą za sobą wielką zmianę w życiu rodziców. Nie mniejsza zmiana następuje w życiu tych, którzy wchodzi w rolę babci i dziadka. Pojawienie się

choroby lub niepełnosprawności u jakiegokolwiek członka rodziny uważane jest za takie zdarzenie, które jest nienormalne (niepożądane, pociągające za sobą zmiany w funkcjonowaniu wszystkich członków rodziny w wielu obszarach aktywności) (Liberska, Matuszewska, 2011). Trudności odczuwane przez rodziców dziecka z niepełnosprawnością mogą również oddziaływać na babcię i dziadków, szczególnie takich, którzy są z nimi w bardzo bliskich relacjach, zamieszkują wspólne gospodarstwo.

Dziadkowie często stanowią wsparcie dla rodziców w procesie wychowywania dzieci, pomoc w zapewnieniu im bezpieczeństwa, a także są źródłem realnej pomocy w codziennym zmaganiu się z trudnościami (Appelt, 2007).

Pomoc oferowana przez dziadków dla wnuków niepełnosprawnych oraz ich rodzin (rodziców i rodzeństwa) jest zależna od wielu czynników, do których możemy zaliczyć przede wszystkim: rodzaj i stopień niepełnosprawności wnuka, wieku wszystkich wnuków (a przede wszystkim wieku wnuka z niepełnosprawnością), pozycji finansowej oraz bytowej całej rodziny. Bardzo ważnym czynnikiem jest również stan psychofizyczny całej rodziny, w tym przede wszystkim dziadków, ich wieku i zdrowia. Natomiast im głębsza jest niepełnosprawność wnuka, tym więcej pomocy wymaga cała rodzina, wzrasta tym samym zakres pomocy udzielanej przez dziadków, którzy udzielając tejże pomocy angażują bardzo duże nakłady sił (Szymanowska, 2016).

Znaczenie dziadków dla rozwoju wnuków jest oczywiste i nie do przecenienia, ale dziadkowie też potrzebują swoich wnuków. Gdy dziadkowie zaczynają się zmagać z trudnościami wynikającymi z wieku, młodzi wspierający ich mają poczucie bycia potrzebnymi oraz mają świadomość bycia potrzebnymi (Appelt, 2007). W przypadku, gdy w rodzinie jest dziecko z niepełnosprawnością, szczególnie w stopniu uniemożliwiającym samodzielną egzystencję, relacje te zostają zaburzone.

Dziadkowie, jak wykazują badania, są głównym źródłem wsparcia dla wielu rodziców (Hastings, 1997). Oni również odczuwają przygnębienie i smutek z powodu „utrąty” zdrowego wnuka. Bardzo często powodowani troską i miłością o swojego niepełnosprawnego wnuka ograniczają mu sytuacje trudne i eliminują źródła negatywnych emocji (Wawrowska, 2011).

Bardzo ważnym zagadnieniem jest pomoc emocjonalna oferowana przez dziadków rodzinie w sytuacji pojawienia się oraz wychowywania dziecka z niepełnosprawnością. Jest ona istotna głównie w momencie, gdy w rodzinie pojawia się syndrom wypalenia sił (Maciarz, 2004).

Rodzeństwo dzieci z niepełnosprawnością odczuwa często duże trudności emocjonalne, toteż dziadkowie widząc ten problem angażują się w szczególny sposób w opiekę nad tymże rodzeństwem. Starają się oni wynagrodzić krzywdę swoim pozostałym, zdrowym wnukom, która jest spowodowana zaburzonym stosunkiem czasu poświęcanego dziecku niepełnosprawnemu i dzieciom zdrowym przez rodziców (Mikołajczyk-Lerman, 2011).

Wraz ze zmianą witalności przekształceniu ulegają dotychczasowe kontakty seniorów z innymi osobami. Często aktywność seniorów ogranicza się do życia rodzinnego, wspierania dzieci i wnuków, co wpływa na poczucie satysfakcji i nadaje sens życiu. W sytuacji niepełnosprawności wnucząt, dziadkowie przejmują na

siebie część obowiązków, starają się służyć swoim doświadczeniem w wychowaniu (Szymanowska, 2016). W rodzinach z dzieckiem z niepełnosprawnością seniorzy starają się w miarę własnych możliwości zaspokajać te dziecięce potrzeby, którym nie są w stanie sprostać rodzice (Halicka, 2004; Czekanowski, 2002; Szymanowska, 2016).

Według Szymanowskiej (2016, s. 6) *w okolicznościach przedłużającego się chronicznego stresu, związanego z deficytem zdrowia w rodzinie, może nastąpić odwrócenie ról między rodzicami dziecka niesprawnego i jego dziadkami. Doświadczenia rodzinne związane z chorobą i niepełnosprawnością mogą przyczynić się do uruchomienia zjawiska parentyfikacji dziadków, tj. przejęcia przez nich, w celu podtrzymaniu homeostazy w rodzinie, realizacji określonych potrzeb psychicznych i instrumentalnych.*

## **WYWIADY Z BABCIAMI DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Informacja o badanych:

Badana 1:

Badana kobieta, w chwili badania, ukończyła 87 lat. Posiada czworo dzieci i dziesięcioro wnuków. Mieszka w mieście wojewódzkim w mieszkaniu w bloku wraz z córką, zięciem i ich czwórką dzieci (jedno z nich, najstarsze, jest osobą z głęboką niepełnosprawnością).

Najstarszy wnuk (Sz.) ma 19 lat. Jest osobą z głębokim stopniem niepełnosprawności, mózgowym porażeniem dziecięcym, epilepsją, jest niedowidzący i niedosłyszący, ma jednostronne porażenie nerwu twarzowego, skoliozę i przykurcze w stawach kończyn. Nie chodzi i nie porusza kończynami w sposób celowy, przemieszcza się (z całkowitym wsparciem innej osoby) na wózku inwalidzkim, jest karmiony dojelitowo (PEG). Chłopiec nie potrafi komunikować się, jego podstawowe potrzeby i emocje odczytywane są przez najbliższe osoby, które obserwują jego powtarzalne zachowania i mikroruchy. Na co dzień uczestniczy w zajęciach w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, na zajęcia jest dowożony specjalistycznym transportem.

Badana 2:

Badana kobieta, w chwili badania, ukończyła 85 lat. Posiada troje dzieci, dziewięcioro wnucząt oraz sześcioro prawnucząt. Mieszka w mieście wojewódzkim, w rodzinnej kamienicy. Ma do dyspozycji oddzielną kuchnię, łazienkę i dwa pokoje. Na dole mieszka jej córka wraz z zięciem, dwójką dzieci i psem. Góra kamienicy obecnie jest pusta, wcześniej zamieszkiwała ją starsza siostra badanej kobiety.

Jeden z wnuków (M.) ma 17 lat. Jest osobą z głębokim stopniem niepełnosprawności (rozwój oceniany jest, wg Profilu Osiągnięć J. Kielina, na około 1 rok życia). Chłopiec choruje na Zespół Edwardsa i Zespół Klinefeltera, ma wrodzoną niedoczynność tarczycy, epilepsję, lekki niedosłuch obu uszu, nadwrażliwość na światło słoneczne, deformacje kostne rąk, liczne alergie pokarmowe, ma skoliozę, trwale skręcone prawe biodro. Od pół roku jest karmiony dojelitowo (PEG), nie mówi, jest dzieckiem leżącym. Na co dzień uczestniczy w zajęciach w specjalnym

ośrodka szkolno-wychowawczym prowadzonym w domu rodzinnym (nauczanie indywidualne).

Tabela 1. Wywiady z babciami dzieci z niepełnosprawnością

Zadane pytanie	Badana 1	Badania 2
Proszę opowiedzieć kilka słów o sobie	<p>Większość swoich lat pracowałam na gospodarstwie rolnym, wychowywałam również tam dzieci. Pracowałam też w zakładzie gastronomicznym, jako kucharz, później sprzedawca. Aktualnie jestem od kilku lat na emeryturze. Wcześniej jeździłam do państwa S. jako gosposia (gotowałam, sprzątałam, pomagałam przy starszym panu, który miał udar i był niepełnosprawny). Obecnie pomagam córce przy dzieciach, przy małej wnuczce (19 miesięcy) oraz niepełnosprawnym wnuku (19 lat). Dwójka chłopców jest zdrowa i starsza, nie wymagają większej opieki. W nauce pomaga im córka.</p> <p>Bardzo lubię prace ogrodowe, wszystko co związane jest z kwiatami. Lubię rozwiązywać krzyżówki i oglądam teleturnieje. Nie lubię bezczynności.</p> <p>Mój mąż nie żyje od wielu lat. Nie mieszkał z nami w mieszkaniu i nie doczekał wnuków.</p>	<p>Wychowałam się w rodzinie wielodzietnej, było nas ośmioro dzieci. Matka umarła, gdy ja miałam 9 lat, najmłodsza siostra 7, a najstarszy brat 18. Były to bardzo trudne czasy – powojenne. Starsze rodzeństwo starało się dbać o to, abyśmy wszyscy mieli co jeść. Moje życie się polepszyło dopiero w roku 1958, gdy wyszłam za mąż, za mojego męża. Mąż nie żyje od kilku lat. Był bardzo dobrym człowiekiem, spokojnym. Razem wychowaliśmy 3 dzieci, 9 wnuków i 6 prawnuków. Byliśmy zgodnym małżeństwem.</p> <p>Pracowałam w zakładzie energetycznym przez 20 lat, potem poszłam na emeryturę. Zajmowałam się domem, pomagałam w wychowaniu wnuków.</p>
Jaką jest Pani osobą?	<p>Jestem pracowita, uczciwa, lubię być w ruchu, lubię rozmawiać z ludźmi. Jeżeli ktoś mnie o coś prosi, zawsze staram się dotrzymać słowa.</p>	<p>Sądzę, że jestem osobą spokojną i wrażliwą.</p>
Jaką jest Pani babcia?	<p>Opiekunczą, lubię widzieć, jak moje wnuki są uśmiechnięte, jak przynoszą dobre stopnie albo coś sprawia im radość. Staram się być cierpliwa, często czytam wnukom książki, Sz. śpiewam piosenki – jest wtedy spokojny.</p>	<p>Troszczę się o moje wnuki, jestem opiekunczą. Lubię wiedzieć, co się u nich dzieje, czy wszystko jest dobrze.</p>

<p>Jak wygląda Pani typowy dzień?</p>	<p>Wstaję rano, pomagam wybrać dzieci do szkoły, pomagam córce przy małej wnuczce i niepełnosprawnym wnuku (wnuk obecnie chodzi do ośrodka, więc mamy mniej pracy). Pomagam przy obiedzie. Często chodzimy z córką i wnuczką na osiedlowy plac zabaw, po szkole zabieramy też niepełnosprawnego wnuka. Wszyscy chodzimy też często na spacer. Czasami jeżdżę dorabiać do emerytury – sprzątam.</p>	<p>Obecnie mogę już tylko wykonywać drobne rzeczy. Głównie teraz spędzam czas przy wnuku niepełnosprawnym – siedzę przy nim i pilnuję czy wszystko jest dobrze. Jednak nie mogę już go wziąć na ręce i przenieść, przytulić na kolanach.</p>
<p>Co lubi Pani robić, gdy jest Pani sama w domu?</p>	<p>Pielęgnować kwiaty, zadzwonić do innych swoich dzieci.</p>	<p>W tej chwili mogę już tylko oglądać telewizję, bo mam kłopoty z chodzeniem (chodzę o kulach). Wcześniej bardzo lubiłam piec ciasta. Teraz też jak mam lepszy dzień to upiekę ciasto.</p>
<p>Co daje Pani radość w życiu?</p>	<p>Wychowałam dzieci na dobrych, wartościowych ludzi, za których nigdy nie musiałam się wstydić.</p>	<p>Bardzo dużą radość dają mi moje dzieci i wnuki.</p>
<p>Co Panią smuci?</p>	<p>Choroba niepełnosprawnego wnuczka, kiedy nie wiadomo jak mu pomóc a widać, że cierpi. Rozkładałam czasem ręce, bo nie mam pomysłu na nic.</p>	<p>Najbardziej mnie smuci choroba niepełnosprawnego wnuka. To, że jego stan zdrowia się pogarsza... Ale chory (niepełnosprawny) jest również mój prawnuk. Prawnuk ma obecnie 9 lat, chodzi i mówi. Gdy do nas przyjeżdża jest go wszędzie pełno, nie zawsze rozumie, gdy proszę go, aby zwolnił, nie biegał. Wnuczka rozwiodła się z mężem. Dzieci musi wychowywać sama.</p>
<p>Co Pani czuła, gdy urodził się niepełnosprawny wnuk?</p>	<p>Sama ciąża była dla nas zaskoczeniem, jednak cieszyłam się, że będę miała wnuka. Już w 30 tygodniu ciąży było wiadomo, że wnuk urodzi się chory, jednak nie było wiadomo, jak bardzo będzie chory. Nie rozumiałam całej tej sytuacji, nie docierało do mnie, że coś może być nie tak, ale każdy w to nie wierzył.</p>	<p>Ciąża córki była zagrożona. Wraz ze swoim mężem zajmowaliśmy się jej starszym synem K. Miał on wtedy 4 lata. Robiłam również zakupy i gotowałam. Zięć pracował na 3 zmiany. Gdy córka urodziła, świat zawałił się nam wszystkim. Okazało się, że dziecko jest głęboko niepełnosprawne. Nie wiedzieliśmy czy w ogóle przeżyje. Lekarze dawali marne szanse...</p>

	<p>Po narodzinach zobaczyłam wnuczkę w inkubatorze, w szpitalu. Od razu zauważyłam, że jest inny niż inne dzieci... Był płacz, próba bycia twardą, ale ciężko było pohamować ból patrząc na niego i na cierpienie córki.</p> <p>Po narodzinach wnuk pozostał w szpitalu a moje dni były przepełnione bólem, niepewnością, łzami. Zastanawiałam się czy dziecko da radę to wszystko przeżyć, bo niestety różne rzeczy się słyszało od lekarzy.</p> <p>Potem, przez ok 1,5 roku wnuk był więcej w szpitalu niż w domu (dalsza diagnostyka, ciągle infekcje, różne operacje, walka o życie i zdrowie).</p> <p>Ja w tym czasie zajmowałam się domem, starałam się pocieszyć córkę, ulżyć jej w cierpieniu. Było to trudne, bo sama nie wiedziałam, co będzie dalej.</p> <p>Z niepokojem, ale i nadzieją, patrzyłam w przyszłość.</p> <p>Gdy wnuk był w domu pomagałam na tyle, ile mogłam pomóc i na tyle, ile umiałam. Przy tak wielu chorobach dziecka może i były dni kiedy podchodził człowiek z niepokojem, ale miłość do niego dodawała sił.</p> <p>Pomoc skupiała się na pomocy w myciu, przygotowaniu mleka, karmieniu, przewijaniu. Wszystko było trudne i nowe, bo wnuk ma MPD i nie chodzi, porusza nogami i rękami. Wnuk, gdy był mały często krzyczał i płakał, nie wiedzieliśmy o co chodzi, nie mogliśmy mu pomóc – ulżyć. Lekarze mówili różne rzeczy, stawiali różne diagnozy, poprawy nie było. Było za to wiele nieprzespanych nocy.</p>	<p>Córka z wnukiem niepełnosprawnym przebywała w szpitalu (gdy był malutki), ja zajmowałam się w dalszym ciągu starszym wnukiem, który nie rozumiał do końca sytuacji. Tęsknił za mamą. Zajmowałam się domem i wnukiem, jak najlepiej umiałam.</p> <p>Przez całe swoje życie, wraz z mężem staraliśmy się żyć dla dzieci, wnuków. Gdy tylko byliśmy potrzebni staraliśmy się być zawsze do dyspozycji.</p> <p>Wnuk poszedł do przedszkola specjalnego - miał nauczanie indywidualne, do domu przychodziły panie z przedszkola i go uczyły. Przyglądałam się zajęciom, lubiłam jak się cieszył i uśmiechał. Żle się z tym czułam, jak wnuk miał gorszy dzień i był smutny. Nie chciał wtedy pracować z panią. Teraz wnuk chodzi do SOSW, też pani do niego przyjeżdża. Ta sama od kilku lat. Jest dobrze.</p> <p>Obecnie mogę już tylko porozmawiać. To ja potrzebuję pomocy i opieki. Chciałabym starać się zrobić jak najwięcej sama, aby córka miała czas dla swojej rodziny i wnuka niepełnosprawnego.</p>
--	---	---



	<p>Potem córce urodziło się 2. synów. Wtedy starałam się pomóc przy wszystkich dzieciach, tak aby miały jak najlepiej. Zajmowałam się więcej małymi dziećmi (pielęgnacja, opieka). Było bardzo ciężko. Gdy wnuczek niepełnosprawny poszedł do przedszkola, to był kolejny etap, z którym trzeba było się zmierzyć. Ciężko się rozłączyć z kimś, z kim przebywa się na co dzień i zna już się każdy jego ruch świadczący o jego samopoczuciu, o tym, w jakiej jest formie. Wiadomo było, że to ważny etap dla niego i dla mnie.</p> <p>Po pewnym czasie poszłam do pracy jako gospoia. Chciałam pracować. Mogłam trochę dorobić do emerytury. Wyjść z domu, zobaczyć jak wygląda życie innych ludzi. Nie pracowałam codziennie, więc mogłam córce dalej pomagać.</p> <p>Dużo zmieniło się, gdy wnukowi założono PEGa (żywienie dojelitowe). Wnuk był spokojniejszy, przespiał noce, przytył.</p>	
Jakie Pani ma marzenia?	Chyba jak każdy, żeby było zdrowie i jak najdłużej starczało sił. Abym była sprawna i mogła robić to, co do tej pory.	W tym wieku już marzenia są mi dalekie. Marzę o tym, aby wszyscy (cała moja rodzina) byli zdrowi.
Jak sobie wyobraża Pani swoją przyszłość?	W zdrowiu, robię to co teraz, może wolniej.	Mam już 85 lat. Proszę, aby tylko nie sprawiać nikomu problemu. Chcę być jak najdłużej osobą samodzielną.

## PODSUMOWANIE

Zgodnie z systemową teorią rodziny, każde zakłócenie w jednym z podsystemów wpływa na pozostałe elementy tego systemu (Plopa, 2005). Obecność dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie wpływa na pozostałych członków rodziny, ich relacje i funkcjonowanie. W momencie urodzenia się dziecka z niepełnosprawnością, albo nabyciem jej w toku życia, wszyscy członkowie rodziny muszą dokonać radykalnych zmian, na nowo określić swoje plany życiowe i aspiracje (Danielewicz, 2007). Rodziny te wiedzą, że nie da się wszystkim zaplanować ani przewidzieć. Czasem los

stawia przed nimi zadanie, które nierzadko wystawia ich na próbę oraz każe zmierzyć się z wyzwaniem ponad ich siły.

Babcie i dziadkowie dziecka z niepełnosprawnością często stanowią bardzo ważny filar życia rodzinnego. Udzielają swoim najbliższym pomocy, dają wytchnienie, stanowią oparcie. Często ich życie skupia się na potrzebach innych członków rodziny, jak widać na przykładzie przeprowadzonych przez nas wywiadów.

Większość badań z zakresu tej tematyki dotyczy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością oraz ich najbliższej rodziny (matek, ojców, rodzeństwa). Bardzo trudno jest odnaleźć badania dotyczące funkcjonowania dziadków tych dzieci. Nie znalazłyśmy takich, które skupiają się na emocjach, odczuciach i funkcjonowaniu seniorów żyjących w rodzinie, w której żyje również dziecko z niepełnosprawnością. Mamy świadomość, że na podstawie przedstawionych rozważań teoretycznych oraz wywiadów, nie można definitywnie stwierdzić, jak funkcjonują seniorzy w rodzinach dzieci z niepełnosprawnością. Jest wiele zmiennych, które mogą mieć na to wpływ (m.in. wiek seniora, wiek dziecka z niepełnosprawnością, cechy osobowości, rodzaj i stopień niepełnosprawności, miejsce zamieszkania, płeć itp.).

## BIBLIOGRAFIA

1. Appelt, K. (2005). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503–552). Gdańsk: GWP.
2. Appelt, K. (2007). Współcześni dziadkowie i ich znaczenie dla rozwoju wnuków. W: A. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości* (s. 79–95). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
3. Czekanowski, P. (2002). Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie. W: B. Synak (red.), *Polska starość* (s. 140–172). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
4. Danielewicz, D. (2007). Rodzina z dzieckiem z zespołem Downa. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością* (s. 123–143). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
5. Hastings, D. (1997). *Chory w domu*. Warszawa: Świat Książki.
6. Halicka, M. (2004). *Satysfakcja życiowa ludzi starych: studium teoretyczno-empiryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Medycznej.
7. Kościelska, M. (2000). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
8. Liberska, H., Matuszewska, M. (2011). Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 41–66). Warszawa: Wydawnictwo Difin SA.
9. Liberska, H. (red.). (2011). *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Difin SA.
10. Maciarz, A. (2004). *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
11. Mikołajczyk-Lerman, G. (2011). Kobiety i ich niepełnosprawne dzieci. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Sociologica*, 39, 73–90.

12. Ostrowska, A. (1994). *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Postawy społeczeństwa polskiego wobec ludzi niepełnosprawnych. Raport z badań*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
13. Ostrowska, A. (1997). Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle* (s. 80–86). Warszawa: Wydawnictwo Żak.
14. Pisula, E., Danielewicz, D. (red.). (2007). *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
15. Pisula, E., Mazur, A. (2007). Jak matki spostrzegają swoje dzieci z autyzmem? Jakościowa analiza wypowiedzi matek. W: E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością* (s. 47–73). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
16. Pisula, E. (2015). *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
17. Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Impuls.
18. Przetacznikowa, M. (1978). *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolno-Pedagogiczne.
19. Randall, P., Parker, J. (2002). *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
20. Stelter, Ż. (2011). Realizacja ról rodzinnych w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym. W: H. Liberska (red.), *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 67–94). Warszawa: Wydawnictwo Difin SA.
21. Szymanowska, J. (2016). Seniorzy w sieci wsparcia społecznego dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. *Pogranicze. Studia Społeczne*, tom XXVIII.
22. Wawrowska, E. (2011). *W rodzinie niewidomego dziecka*. W: publikacje zamieszczone na stronie internetowej Stowarzyszenia na Rzecz Dzieci ze Złożoną Niepełnosprawnością „Potrafię Więcej”.
23. Wawrzyniak, J.K. (2011). Opiekuńczo-wychowawcza rola dziadków w rodzinie. *Pedagogika Rodziny*, 1/2, s. 95–103.

Natalia Torebko\*  
Tomasz Saran\*\*

## ZNACZENIE REHABILITACJI FUNKCJI POZNAWCZYCH DLA OSÓB STARSZYCH

### *The importance of cognitive training for the elderly*

\* Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, ORCID: 0000-0002-2126-1061

\*\* Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, ORCID: 0000-0002-3800-9073

#### **ABSTRACT**

*In response to statistics indicating a constant increase in life span within the whole population and the changes in cognitive abilities that accompany ageing, there is a need to adjust psychological support methods to the clinical heterogeneity of the elderly group. In many seniors with impairments to the central nervous system, cognitive and emotional deficits develop, which may be more burdensome than the accompanying limitations of mobility. The goal of complex rehabilitation for the elderly should be the improvement of the quality of their life in illness and in functional disorders related to the processes of ageing. Therefore, it is necessary to assist a geriatric patient with neuropsychological rehabilitation, understood as organized interventions covering cognitive functions and the emotional-motivation sphere. Appropriately planned cognitive training facilitates the process of the adaptation of an elderly person and their nearest environment to the limitations resulting from the deprivations of the underlying disease process and the consequences of physiological ageing.*

*Considering the clinical heterogeneity of seniors who experience the impairment of the central nervous system, regaining optimal physical, psychological and social functioning is best pursued by utilizing various rehabilitation programmes, which are also aimed at the improvement of dysfunctions. Many neuropsychological procedures are of an experimental and intuitive character, therefore, there is a need for expanding the knowledge base concerning neuropsychological rehabilitation. At present, the programme for the rehabilitation of patients is adjusted to their individual needs and developed based on neuropsychological diagnostics and the individual psychosocial experiences of the patient. Factors related to the therapist and the therapy process itself also play an important role. The aim of the study is the presentation of the principles of the process of neuropsychological rehabilitation of the elderly.*

**Keywords:** *psychological rehabilitation, damage to the central nervous system, elderly people, quality of life*

## **STRESZCZENIE**

W odpowiedzi na statystyki wskazujące na nieustające wydłużanie się życia w skali całej populacji, a jednocześnie towarzyszący procesowi starzenia się proces zmian wydolności poznawczej, pomoc psychologiczna staje przed koniecznością dopasowania procedur do klinicznej heterogeniczności grupy osób starszych. U seniorów, w związku ze zmianami dotyczącymi ośrodkowego układu nerwowego, występują różne deficyty poznawcze i emocjonalne mogące być bardziej uciążliwe, niż towarzyszące im ograniczenia ruchowe. Ideą kompleksowej rehabilitacji osób starszych powinna być poprawa jakości ich życia w chorobie oraz w zaburzeniach funkcjonowania związanych z procesami inwolucji. Konieczne wobec tego jest objęcie pacjenta geriatrycznego rehabilitacją neuropsychologiczną, rozumianą jako zorganizowane oddziaływania na funkcje poznawcze oraz sferę emocjonalno-motywacyjną. Odpowiednio zaplanowane usprawnianie funkcji poznawczych umożliwia proces adaptacji osoby starszej i jej najbliższego otoczenia do ograniczeń wynikających z interferencji procesu chorobowego oraz następstw fizjologicznego starzenia się.

Ze względu na kliniczną różnorodność seniorów po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego, odzyskanie optymalnego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego realizowane jest poprzez rozmaite programy rehabilitacji, nastawione także na ograniczenie dysfunkcji. Wiele procedur neuropsychologicznych ma charakter eksperymentalny i intuicyjny, dlatego też istnieje potrzeba pogłębiania wiedzy dotyczącej rehabilitacji neuropsychologicznej. Aktualnie program usprawniania chorych dostosowuje się do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta i powstaje w oparciu o diagnozę neuropsychologiczną oraz indywidualne doświadczenia psychospołeczne pacjenta. Istotną rolę stanowią także czynniki związane z osobą terapeuty oraz samym procesem terapii. Celem pracy jest zaprezentowanie zasad organizacji procesu rehabilitacji neuropsychologicznej osób starszych.

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja psychologiczna, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, osoby starsze, jakość życia

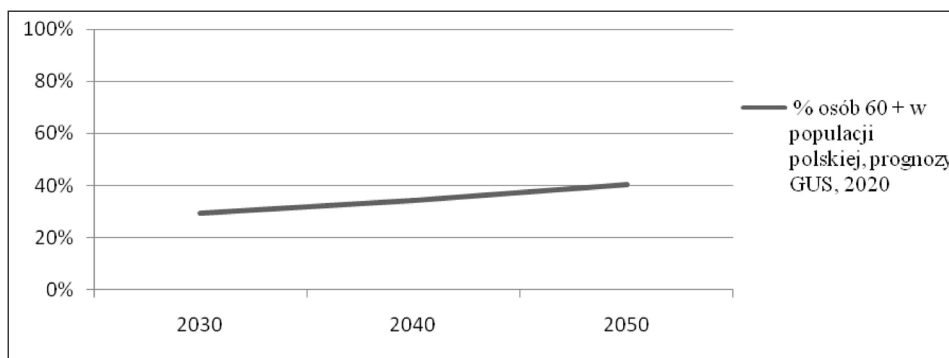
## **WPROWADZENIE**

Pojęcie starości i starzenia się, mimo pozostawania w kręgu zainteresowań coraz większej liczby ekspertów, nadal nie zostały jednoznacznie zdefiniowane. Wynika to z wieloaspektowego podejścia do obu zagadnień. Kategorie te są postrzegane odmiennie przez psychologów, socjologów, demografów, ekonomistów, a jeszcze inaczej przez przedstawicieli nauk biologicznych. O ile starość traktowana jest jako etap, stan w życiu, o tyle starzenie się jest zjawiskiem dynamicznym, procesem ciągłym i nieodwracalnym.

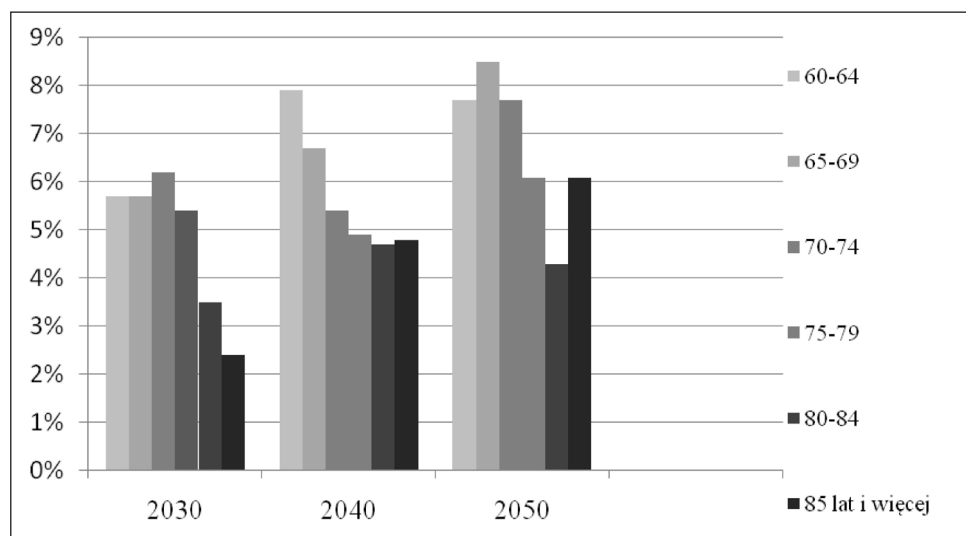
Światowa Organizacja Zdrowia za początek starości uznaje 60. rok życia. Wyróżnia w niej trzy etapy. Pierwszy pomiędzy 60., a 75. r.ż., definiowany jako wiek podeszły (tzw. wczesna starość). Kolejny od 75. do 90. r.ż. – wiek starczy (tzw. późna starość) oraz trzeci mający swój początek wieku 90. lat i powyżej, nazywany wiekiem sędziwym (tzw. długowieczność).

Niektórzy socjologowie i gerontologowie mówią o zjawiskach *siwiejącego społeczeństwa i starzenia się ludzi starych* (Peterson, 2000). Statystyki wskazują, iż w 2050 roku osoby w wieku 60.–79. lat będą stanowić około 1/4 całej ludność Unii Europejskiej, zaś w krajach wysoko rozwiniętych liczba osób w wieku 60. lat po raz pierwszy w dziejach przewyższy liczbę dzieci i młodzieży do lat 15. (Kijak, Szarota, 2013). Pojęcie starzenia się ludzi starych wskazuje natomiast na kierunek wzrastającej liczebności osób w wieku 75. lat i powyżej.

Analogiczne tendencje w Polsce potwierdza Główny Urząd Statystyczny (GUS). Pomiędzy 2030 a 2050 rokiem procentowy rozkład osób powyżej 60. roku życia wzrośnie o ponad 10% (wykres 1). Prognozuje się także, iż pomiędzy rokiem 2025 a 2040 liczebność osób w wieku 80. i więcej lat zwiększy się z 1,7 mln do 3,4 mln, czyli aż dwukrotnie (Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 rok, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2020). Dodatkowo liczba osób w wieku 85. lat i powyżej wzrośnie z 2,4% do 6,1% czyli aż o 3,7% (wykres 2). Prognozy te nie mogą być zaskoczeniem, ponieważ **kryzys demograficzny nie powstał w Polsce nagle**, ogólna tendencja utrzymuje się od ponad 40. lat.



Wykres 1. Udział procentowy osób w wieku 60. lat i więcej w populacji polskiej ogółem, prognozy GUS, 2020 rok. Opracowanie własne.



Wykres 2. Udział procentowy osób w wieku pomiędzy 60 a 85 lat i więcej w populacji polskiej ogółem, prognozy GUS, 2020 rok. Opracowanie własne.

## PRZYCZYNY I SKUTKI USZKODZENIA OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO W WIEKU SENIORALNYM

Literatura wskazuje na silny związek pomiędzy typowymi zmianami inwolucyjnymi zachodzącymi w mózgu u osób starszych, a zaburzeniem procesów poznawczych. W omawianym okresie życia ludzkiego maleją zdolności adaptacyjne mózgu. Zmniejsza się także liczba neuronów, połączeń synaptycznych, dendrytów i masa całego mózgowia. W komórkach mózgu mogą pojawiać się zmiany patologiczne takie jak płytki starcze oraz sploty neurofibrylarne. Szczególnie, wraz z wiekiem, zmniejsza się wydolność płatów czołowych odpowiedzialnych za kontrolowanie oraz koordynowanie naszych myśli i zachowań, takich jak: planowanie, inicjowanie, monitorowanie działań oraz przewidywanie ich konsekwencji, ale także pamięć operacyjną i kontrole emocji. Omawiane struktury biorą także udział w utrzymywaniu uwagi, podejmowaniu decyzji. Zmiany te powodują obniżenie funkcjonowania osoby starszej bardziej w charakterze wybiórczym, niż globalnym. Samo tempo „starzenia się” procesów neurofizjologicznych cechuje interindywidualna dysharmonia, ale i intraindywidualna heterogeniczność (Jodzio, 2013).

Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko chorób ośrodkowego układu nerwowego oraz somatycznych, również negatywnie oddziałujących na poznawczą sprawność osób w wieku starszym. Jest to kwestia istotna, gdyż sposób pracy z seniorem, który jest obciążony wymienionymi poniżej schorzeniami będzie miał charakter rehabilitacji funkcji poznawczych, a nie stymulacji, jak w przypadku osób starzejących się w sposób typowy.

Układ nerwowy człowieka zbudowany jest z kilku podsystemów współpracujących ze sobą. Ze względu na budowę możemy wyróżnić ośrodkowy (centralny) układ nerwowy (OUN) oraz obwodowy układ nerwowy. Ośrodkowy układ nerwowy składa się z mózgowia, w tym mózdzku i rdzenia kręgowego. Przyczyn uszkodzenia OUN jest bardzo wiele. Są nimi m.in.:

- zaburzenia krążenia mózgowego – wszystkie zakłócenia pracy mózgu związane z niedokrwieniem, wskutek zwężenia światła naczyń w przebiegu miażdżycy lub z odwrotną sytuacją, czyli krwotokiem, wskutek np. nadciśnienia, pęknięcia tętniaka,
- guzy – terminem tym określa się zwykle nowotwory, mogą być łagodne lub złośliwe. Łagodne najczęściej wyrastają z opon okrywających mózg. Często można je bezpiecznie usunąć w przeciwieństwie do złośliwych, ponieważ nie są dobrze ograniczone. Guzy złośliwe często naciekają otaczające struktury uniemożliwiając ich ewakuację,
- urazy czaszkowo-mózgowe np. wskutek wypadku, uderzenia,
- choroby neurozwyrodnieniowe – grupa wrodzonych lub nabytych uszkodzeń układu nerwowego, związanych z postępującym uszkodzeniem struktur i funkcji neuronów (Walsh, Darby, 2008). Do chorób neurodegeneracyjnych zaliczamy np. chorobę Alzheimera, która należy do najczęstszych przyczyn otępienia. Problem dotyczy przede wszystkim osób starszych, w wieku powyżej 60.–65. lat. Im człowiek starszy, tym większe jest ryzyko pojawienia się objawów otępienia. Szacuje się, że w Polsce żyje około 500 tysięcy osób z otępieniem, w tym 300 tysięcy z chorobą Alzheimera. Statystyki sugerują, że za 25 lat chorych będzie dwa razy więcej. Szacuje się także, iż pośród osób po 80. roku życia, nawet co piąta ma objawy demencji ([www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl), [dostęp: 4.06.2021]),
- niektóre choroby somatyczne – dysfunkcja mózgu towarzysząca objawom neuropsychologicznym to nie tylko wypadkowa czynników działających na sam mózg, ale też konsekwencja wtórna do różnych chorób somatycznych z obszaru kardiologii, endokrynologii, onkologii czy nefrologii takich jak np. niewydolność serca, choroby tarczycy, cukrzyca.

Analizując dane statystyczne z raportu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej dotyczącego Informacji o sytuacji osób starszych za 2019 rok dowiadujemy się, iż 43,3% zgonów osób w wieku 60. lat i powyżej było spowodowanych chorobami układu krążenia. Zdecydowanie częściej były one przyczyną zgonu wśród kobiet w wieku senioralnym (48,3%), niż mężczyzn (odpowiadały za 40% zgonów). Dane pokazują także, że w przypadku osób w wieku 85. lat i więcej, tylko 4 osoby na 10 umierają w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów pośród osób starszych są nowotwory, w tym nowotwory złośliwe. Ich udział wśród przyczyn śmierci seniorów z biegiem lat systematycznie wzrasta. W 2018 roku w grupie osób starszych, co czwarty zgon był spowodowany chorobami nowotworowymi. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) spośród wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych, aż ponad 73% dotyczyło osób w wieku 60. lat i powyżej. Zatrważającą skalę tego zjawiska potwierdzają najnowsze dane KRN,



iz w 2017 r. na prawie 165 tys. wszystkich zachorowań na nowotwory, ponad 121 tys. dotyczyło osób w starszym wieku. Struktura oraz częstość zgonów jest zróżnicowana według płci – zarówno dla całej populacji, jak i dla grupy osób w wieku 60. lat i więcej, zaś umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz z wiekiem (Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r., Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2020).

W związku ze stanem zdrowia, starzenie się w wymiarze psychologicznym przybiera różne wzorce na kontinuum od pomyślnego, przez typowe, po patologiczne. W starzeniu się pomyślnym senior zachowuje sprawność poznawczą, jest aktywny społecznie. W typowym natomiast następuje spadek możliwości psychofizycznych osoby oraz obecność ryzyka rozwoju demencji. Najmniej korzystną formą jest starzenie się patologiczne, powiązane z ograniczeniami społecznymi, utratą samodzielnego funkcjonowania na skutek zaburzeń poznawczych, czy otępienia (Szepietowska, 2018).

## **REHABILITACJA NEUROPSYCHOLOGICZNA JAKO JEDNA Z FORM POMOCY OSOBIE STARSZEJ**

Na uwagę zasługuje zagadnienie przyczyny przynależności do określonych wzorców starzenia się poszczególnych jednostek, innymi słowy: co decyduje, jaki typ starzenia się może prezentować dana osoba? Dychotomiczne podejście do problemu wskazuje na zróżnicowane tempo starzenia się poszczególnych struktur mózgu oraz znaczenie rezerwy mózgowej, jako przeciwdziałanie procesom neuropatologicznym, które osłabiają sprawność poznawczą seniora (Jodzio, 2013). Zdaniem prof. Szepietowskiej, rezerwa poznawcza (*CR-cognitive reserve*) to takie zasoby i/lub możliwości kompensacyjne, które pozwalają osobie z patologią OUN dobrze funkcjonować poznawczo. Dane z badań jednoznacznie dowodzą, że wyższy poziom wykształcenia, aktywność fizyczna, praca zawodowa obejmująca wyzwania intelektualne, systematyczna aktywność poznawcza oraz wspierające środowisko społeczne przyczyniają się do opóźnienia, powiązanego z wiekiem, spadku sprawności funkcji poznawczych, a nawet odroczenia procesu otępiennego (Szepietowska, 2018).

Z wiekiem obniża się poziom inteligencji płynnej, inteligencja skryształizowana może natomiast rozwijać się przez całe życie. Słabnie także pamięć epizodyczna, rozumowanie oparte na materiale werbalnym, poprawność rotacji umysłowych, przeszukiwanie wzrokowe. Obserwuje się dysfunkcje wzrokowo-przestrzenne w zakresie złożonych bodźców, kopiowania figur czy konstruowania wzrokowego. Mogą pojawiać się trudności z wybiórczością i elastycznością uwagi, nazywaniem. Obniża się fluencja słowna oraz utrudniony zostaje dostęp do słownika. Na pierwszy plan wysuwają się także problemy wykonawcze związane z mechanizmem kontroli, planowania oraz hamowania reakcji. Oznaką jesieni życia mogą być również tendencje do zapomnienia, osłabienie pamięci długotrwałej oraz operacyjnej. Należy podkreślić, iż nie każdy deficyt, trudność należy traktować jako oznakę choroby. Często stanowi on skojarzoną z wiekiem, naturalną konsekwencję osłabienia możliwości psychofizycznych seniora. Starość nie wyklucza rozwoju niektórych umiejętności np. rozwiązywania problemów,

czy wykonywania czynności rutynowych, zaś sam proces neurofizjologicznego starzenia nie prowadzi do poważnych zmian czynności intelektualnych, jednakże zaawansowany wiek, to niestety także ważny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń funkcji poznawczych i otępień. Współcześnie postęp badań medycznych zwiększył możliwość skutecznego oddziaływania na przebieg zaburzeń poznawczych (Jodzio, 2013).

W pracy z pacjentem geriatrycznym możemy zastosować różne propozycje pomocy psychologicznej, w tym:

- Interwencja kryzysowa, jako intensywne forma pomocy psychologicznej osobie lub jej rodzinie znajdującej się w sytuacji kryzysu, jaką może być stan zdrowia osoby starszej lub poziom niepełnosprawności po uszkodzeniu mózgu.
- Psychoterapia, stanowiąca niejako uzupełnienie pracy z pacjentem neurologicznym. Psychoterapia może obejmować jednostkę – seniora, ale i rodzinę. Polega na bezpośrednim kontakcie z terapeutą, opartym na sprawdzonych teoriach i technikach psychologicznych. W Polsce pomoc psychologiczna dla seniorów nie jest popularna, w przeciwieństwie do krajów np. Europy Zachodniej. Tam psychoterapia seniorów jest czymś naturalnym i wiele osób korzysta z tego typu wsparcia (Czarnecka, w: Raczkowski i in., 2021). Należy dodać, że korzystanie z tej formy pomocy wymaga od seniora stosunkowo dobrej sprawności poznawczej i zdolności do nawiązywania relacji terapeutycznej.
- Psychoedukacja, w kontekście podnoszenia świadomości pacjentów w różnych obszarach np. aspektów zdrowotnych, takich jak profilaktyka chorób, zdrowe nawyki żywieniowe.
- Wsparcie, poprzez uczestniczenie w grupach wsparcia, klubach seniora stowarzyszeniach osób z podobną diagnozą.
- Rehabilitacja neuropsychologiczna, stanowiąca, zaryzykuję stwierdzenie, że najważniejszy element w procesie rehabilitacji osoby starszej z patologią mózgową.

Rehabilitacja neuropsychologiczna (RN) to proces przywracania osób z problemami poznawczymi, jeżeli nie do poziomu funkcjonowania i tej samej pozycji społecznej, jaką miały przed zachorowaniem, to przynajmniej do takiego poziomu, który podniesie ich jakość życia oraz umożliwi w miarę pełne funkcjonowanie społeczne. Definicja obejmuje biologiczne, psychiczne i społeczne aspekty funkcjonowania pacjenta, umożliwiając całościowe podejście do rehabilitacji (Pąchalska, 2011). Oprócz poprawy stanu pacjenta w zakresie wymienionych funkcji, do celów RN należy dodać pomoc choremu i jego rodzinie w zrozumieniu istoty trudności oraz działania zmierzające do reintegracji społecznej pacjenta nakierowanej na poprawę jakości życia w chorobie.

Zrozumienie istoty trudności i przekazywanie osobie starszej oraz jej rodzinie informacji o możliwych sposobach radzenia sobie w sytuacjach codziennych należy realizować już na etapie diagnozy neuropsychologicznej. Pacjentowi warto wskazywać, jakie sfery działalności poznawczej mogą być dla niego problematyczne, ale także, które z nich nie są objęte deficytem i mogą stanowić podstawę do wspierania osłabionych funkcji, czy nowych strategii. Doinformowanie pacjenta może zmniejszać lęk przed niepełnosprawnością, czy otępieniem. Warto tu wspomnieć, iż w niektórych zespołach zaburzeń pacjent może nie być świadomy swoich trudności

np. taką sytuację mamy przy zespołach czołowych, anozognozji czy pomijaniu stronnym (Misztal, Szepietowska, 2011).

Omawiając poprawę jakości życia, jako jeden z celów RN, należy poruszyć kwestie przedmiotu oddziaływań terapeutycznych. Nie jest nią zaburzona funkcja, jak np. pamięć czy uwaga, a sam człowiek. To znaczy, że w samej rehabilitacji nie dążymy do poprawy wyników w testach neuropsychologicznych. Dążymy natomiast do przywrócenia stabilności, optymalnego poziomu funkcjonowania pacjenta, co powinno mieć odzwierciedlenie w jakości życia seniora po zakończonej rehabilitacji. Tylko takie postępowanie diagnostyczne należy uznać za etyczne (Pąchalska, 2014). Ostatnim celem RN jest likwidowanie lub minimalizowanie zaburzeń. Wyróżnia się dwa kierunki pracy: pierwszy, związany z poprawą stanu poznawczego, emocjonalnego oraz społecznego pacjenta poprzez próby likwidowania deficytu oraz drugi, niedoceniany, związany z opóźnianiem/zapobieganiem progresji objawów, czyli pogorszeniem możliwości osoby starszej przed i po terapii. Jednym z aspektów RN może być wspomniany trening funkcji kognitywnych, mający specyficzny charakter, czyli dotyczący określonej domeny poznawczej np. uwagi, pamięci operacyjnej. Ma on na celu głównie przywrócenie utraconej funkcji, ale także często jest uznawany za element wspierający funkcje poznawcze u seniorów starzejących się w sposób typowy. Odzyskiwanie utraconych funkcji np. pamięciowych, poprzez angażowanie funkcji nienaruszonych, uczenie się, kompensacja deficytów przez pomoce zewnętrzne (np. zegarki, alarmy, kalendarze) oraz optymalizacja zachowanych funkcji to tylko niektóre z metod rehabilitacji neuropsychologicznej proponowanych seniorom z osłabieniami funkcji poznawczych. Stymulacja poznawcza natomiast pomaga pacjentowi niejako utrzymać jak najlepszą kondycję psychofizyczną w starzeniu się typowym. W przypadku demencji, poprzez uwrażliwianie na otoczenie oraz wzmacnianie aktywności niezbędnych w życiu codziennym (trening czynności dnia codziennego) pod kontrolą specjalisty można zapobiec dalszej progresji objawów. RN może także bazować na wspomnieniach (terapia reminiscencyjna), na przetwarzaniu bieżącej informacji z wykorzystaniem wiedzy utajonej, czy orientacji w rzeczywistości (Misztal, Szepietowska, 2011).

Warto podkreślić, że osiągnięcia terapii są oceniane z kilku różnych punktów widzenia np. terapeuty, lekarza, seniora oraz rodziny i każdy z nich może być inny.

Wyróżniamy trzy rodzaje strategii RN (za: Maruszewski, 1974):

- I) maksymalistyczna – zakłada intensywną RN w celu przywrócenia kondycji psychospołecznej pacjenta do poziomu przedchorobowego,
- II) realistyczna – nastawiona na przywrócenie możliwości osoby na pewnym poziomie, zapewniającym jak najbardziej zbliżone do optymalnego funkcjonowanie. Także wydłużenie okresu dobrego funkcjonowania i opóźnienia postępowania objawów. Nastawiona na oszacowanie „co realnie możemy uzyskać w pracy z pacjentem?” (Misztal, Szepietowska, 2011),
- III) minimalistyczna – często stosowana w kontekście osób starszych z głębokimi i utrwalonymi deficytami oraz z licznymi obciążeniami somatycznymi. Polega na wypracowaniu nowych rozwiązań, pozwalających na utrzymanie poziomu względnej niezależności.

Rozpoczynając proces RN, tak naprawdę trudno przewidzieć, jaki rezultat ostatecznie osiągniemy, ponieważ efekt końcowy zależy do interakcji kilku wymiarów. Istotną rolę odgrywają tu zmienne związane z osobą pacjenta, terapeuty oraz samym procesem rehabilitacji, bardziej szczegółowo omówione w dalszej części artykułu.

## **CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA EFEKTYWNOŚĆ ORAZ GŁÓWNE ZASADY ORGANIZACJI REHABILITACJI NEUROPSYCHOLOGICZNEJ**

Na efektywność RN wpływają czynniki związane z osobą pacjenta, terapeuty oraz samym procesem rehabilitacji. Zmienne związane z samym pacjentem:

- a) Rodzaj, etiologia i głębokość zaburzeń. Może mieć istotny wpływ na powodzenie RN. Im bardziej złożony deficyt i im więcej czasu minęło od uszkodzenia, tym bardziej rokowania stają się niepomyślne (Misztal, Szepietowska, 2011).
- b) Wiek. Z perspektywy rozwojowej plastyczności mózgu oczywiste staje się, iż im młodszy mózg, tym większe możliwości skompensowania utraconych funkcji. Chociaż dane kliniczne wskazują, że im wcześniejsze i głębsze anomalie mózgowo np. u dzieci, tym większe i bardziej trwałe upośledzenia rozwoju (Herzyk, Siwek, 1998, w: Zawadzka, Domańska, 2007). U osób starszych pomyślne rokowania, dotyczące rezultatów terapii, opierają się na plastyczności kompensacyjnej, czyli działalności stymulowanej przemyślanymi oddziaływaniami rehabilitacyjnymi oraz spontaniczną aktywnością seniora. Warto dodać, że posiadane zasoby psychospołeczne osób starszych w wielu przypadkach sprzyjają wypracowaniu pożądanych strategii adaptacyjnych (Zawadzka, Domańska, 2007). W samej terapii z pacjentem w wieku podeszłym, warto więc próbować odwoływać się do jego doświadczenia życiowego i wiedzy.
- c) Ogólny stan somatyczny pacjenta – stan zdrowia, przebyte choroby, które niestety częściej pojawiają się w wieku podeszłym, mogą nakładać się na objawy neuropsychologiczne i znacznie utrudniać lub całkowicie uniemożliwiać działania terapeutyczne.
- d) Poziom funkcjonowania przed chorobą. Wysoka sprawność przedchorobowa pozwala pomyślnie spostrzegać wycofywanie się objawów zaburzeń funkcji psychicznych.
- e) Świadomość deficytów. W niektórych zespołach zaburzeń pacjent może nie być świadomy swoich trudności np. w zespołach czołowych, anozognozji, czy pomijaniu stronnym. Może to istotnie wpływać na skuteczność oddziaływań terapeutycznych (Prigatano, 1999; Ownsworth i Clare, 2006, w: Zawadzka, Domańska, 2007).

Czynniki związane z osobą terapeuty to jego kompetencje oraz predyspozycje osobowościowe. Przyjmuje się, że osobą prowadzącą terapię jest psycholog, neuropsycholog posiadający wiedzę i doświadczenie z zakresu neuropsychologii, ale także logopeda z wiedzą oraz doświadczeniem, z zakresu neurologopedii w sytuacji zaburzeń mowy i języka (Misztal, Szepietowska, 2011). Predyspozycje osobowościowe

terapeuty są powiązane z umiejętnym kontaktem z pacjentem, szczególnie ważnym w początkowym etapie choroby związanym z pobytem w szpitalu i dostrzeganiem pojawiających się trudności. Badacze zainteresowani tym zagadnieniem wprowadzają pojęcie walorów osobistych terapeuty, tj. zdolności empatyczne, cierpliwość, ciepło i opiekuńczość oraz o wzmacnianiu zaangażowania pacjenta w terapię przez postawę życzliwości, wspierania, ułatwiania radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi. Ważne staje się także uwzględnienie ograniczeń osoby starszej oraz elastyczne podejście do procesu terapeutycznego i modyfikowanie go w zależności od aktualnej sytuacji i potrzeb pacjenta (Zawadzka, Domańska, 2007).

Istotną refleksją podejmującą zagadnienie potrzeb jednostki w wieku senioralnym jest problematyka godności osób starszych, podlegająca oddziaływaniom wielu czynników zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Relacje z innymi ludźmi, także z terapeutami, stanowią o jakości życia ludzi w wieku podeszłym. Badania pokazują, że w Polsce dyskryminacja z powodu wieku ma głównie miejsce w obszarze ochrony zdrowia, rynku pracy i usług finansowych (Szatur-Jaworska i in., 2006, s. 217). Infantylicyzacja seniorów, stereotyp o konieczności wyjątkowego traktowania osób starszych mogą prowadzić do utraty przez nich pozytywnej samooceny oraz zaniechania dotychczasowych aktywności. Jak zauważa profesor Steuden, godność człowieka starego można postrzegać w kilku wymiarach, m.in. w zależności od sytuacji społeczno-ekonomicznej, warunków bytowych i poziomu życia. Jako przykłady działań umniejszających uszanowanie godności seniora podaje ignorowanie pacjenta, podejmowanie decyzji bez jego udziału, ograniczanie wizyt tylko do wypisania recepty, ograniczenie możliwości omówienia własnego stanu zdrowia przez osobę starszą. Podkreśla także, iż szacunek do innych i szacunek dla samego siebie, w warunkach opieki medycznej są priorytetami w doświadczaniu własnej godności. (Steuden, 2014). Bardzo ważne wobec tego staje się podejście do osoby starszej z dysfunkcją OUN bazujące na szacunku, z uwzględnieniem jej indywidualnych potrzeb oraz podkreśleniem godności, niezależnie od prezentowanego poziomu sprawności poznawczej. Niezbędne staje się także stworzenie optymalnych warunków do zapewnienia atmosfery bezpieczeństwa, podmiotowości i decyzyjności osób starszych.

W obrębie zmiennych, związanych z procesem terapii, wyróżnia się dwa ważne elementy, takie jak planowanie oraz interdyscyplinarność. Planowanie RN rozumiane jest jako element terapii, bazujący na określonych strategiach i adekwatnych metodach pracy terapeutycznej. Mając na względzie wspomnianą wcześniej elastyczność planujemy, prognozujemy na stan aktualny, wprowadzając na bieżąco ewentualne zmiany. Interdyscyplinarność ważna staje się w kontekście zaangażowania specjalistów z różnych dziedzin. lekarzy, psychologów, logopedów, rehabilitantów, ale i rodziny chorego. Stabilne i wspierające otoczenie może także wzmacniać pozytywne efekty rehabilitacji neuropsychologicznej. Badania wskazują na większą wiarę we własne możliwości pacjentów z silnym wsparciem ze strony najbliższego otoczenia i ich szybszy powrót do zdrowia (Shapiro i Sacchetti, 1993, w: Zawadzka, Domańska, 2007).

Do głównych zasad RN należą (Misztal, Szepietowska, 2011):

1. Wczesne rozpoczynanie zajęć terapeutycznych. Na wczesnym etapie rehabilitacji przyjmuje się, że ćwiczenie określonych zachowań, czy funkcji może kształtować, a nawet intensyfikować połączenia w czynnościowych układach neuronalnych, czyli mieć korzystny wpływ na reorganizację zdrowiejącego mózgu (Seniów, 2019). RN powinna być podjęta wobec tego jak najwcześniej. Za najefektywniejsze we wczesnej fazie uważa się krótkie i częste spotkania.
2. Etapowość. Początkowo celem terapii jest stymulacja poznawcza (czyli utrzymanie w jak najlepszej kondycji psychicznej pacjenta) oraz jego wsparcie. W kolejnych etapach działania terapeutyczne powinny koncentrować się na trudnościach dominujących.
3. Postawa psychoterapeutyczna terapeuty. W kontakcie z pacjentem ważne jest poszanowanie autonomii pacjenta i prawa decydowania o sobie. W trudnej sytuacji, czasem nawet kryzysowej, chory wymaga różnych form pomocy psychologicznej, nie tylko usprawniania funkcji poznawczych. Często pojawiają się symptomy zaburzeń depresyjnych i lękowych, jako reakcje adaptacyjne na sytuacje niepełnosprawności. Także samo uszkodzenie mózgu może prowadzić do organicznych zaburzeń w sferze afektywnej. Warunkiem nawiązania pozytywnych relacji jest duża wrażliwość terapeuty, także w wymiarze klinicznym.
4. Elastyczność w formułowaniu celów i strategii. Cele i strategie można planować po fazie stabilizacji objawów, zaś dynamika zmian, związanych z kondycją psychofizyczną pacjenta, wymaga uaktualnienia programu terapeutycznego. Na początku warto skupić się na emocjach pacjenta, następnie poprzez stymulacje pamięci i uwagi przejść do bardziej aktywnych form pracy z pacjentem.
5. Kompensacji. W pracy z pacjentem z uszkodzeniem OUN istotne jest bazowanie na niezaburzonych funkcjach, które zdają się być niejako „punktem wyjścia” do utrwalania potrzebnych umiejętności.
6. Stopniowania trudności, pogłębienia i indywidualizacji. Stopień trudności należy dostosować do kondycji pacjenta i jego aktualnych możliwości, mając na względzie jego stan somatyczny, wiek, zainteresowania, czy wykształcenie.
7. Terapia systemowa. Ważne, by przebieg RN wcześniej zaplanować i opracować kolejne kroki w realizacji zadań, zostawiając pacjentowi pewną swobodę w wykonywaniu zadań, która powinna prowadzić do prób samodzielnej realizacji po zakończonej rehabilitacji.
8. Organizacja pracy z chorym. Jak już wspomniano, terapia może mieć charakter indywidualny lub grupowy. Już na wczesnym etapie ważny staje się także kontakt z rodziną chorego. Warto podkreślić tu znaczenie grup wsparcia, które skupiają osoby z podobnymi deficytami. Grupy nie tylko dla rodzin, ale i dla chorych.

## PODSUMOWANIE

1. W pracy z pacjentem w wieku podeszłym należy dążyć do kompleksowej rehabilitacji, mającej na celu reintegrację psychiczną i społeczną.
2. Ze względu na kliniczną heterogeniczność osób starszych odzyskanie optymalnego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego realizowane jest poprzez rozmaite programy rehabilitacji neuropsychologicznej. Wiele procedur neuropsychologicznych ma charakter eksperymentalny i intuicyjny, dlatego też istnieje potrzeba pogłębiania wiedzy, dotyczącej rehabilitacji neuropsychologicznej.
3. W pracy z osobami starszymi i ich rodzinami ważne jest oddziaływanie edukacyjne, polegające na podkreślaniu korzyści płynących z rehabilitacji neuropsychologicznej.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Barcikowska, M. (24.03.2014). Materiały prasowe z otwartego posiedzenia Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk. Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce. Warszawa.
2. Bokajło, W., Pacześniak, A. (2008). *Równość w Unii Europejskiej. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2.
3. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.* (2020). Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa.
4. Jodzio, K., Treder, N. (2013). Heterogeniczność funkcjonowania poznawczego i jego zaburzeń u osób starszych. *Psychiatria i Psychoterapia*, tom 9, nr 1, 3–13.
5. Kijak, J., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: www.transdruk.pl.
6. Maruszewski, M. (1974). *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Warszawa: Nasza Księgarnia sp. z o.o.
7. Misztal, H., Szepietowska, E.M. (2010). Planowanie i realizacja procesu diagnozy neuropsychologicznej. W: Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 411–428). Lublin: Wyd. UMCS.
8. Misztal, H., Szepietowska, E.M. (2010). Terapia neuropsychologiczna. W: Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 429–448). Lublin: Wyd. UMCS.
9. Pąchalska, M. (2011). *Afazjologia*. Warszawa: PWN.
10. Pąchalska, M. (2014). *Rehabilitacja neuropsychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
11. Peterson, P.G. (2000). *Grey Down. How the Coming Age Wave will Transform America – and the World*. New York: Three Rivers Press.
12. Raczkowski, A., Stencel, M., Łukasiewicz J., Kowalski W., Aczynowicz, T. (2021). *Blaski i cienie jesieni życia. Wybrane aspekty funkcjonowania osób starszych*. Lublin: Innovatio Press. Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji.

13. Seniów, J. (2019). *Terapia neuropsychologiczna dorosłych chorych z uszkodzeniem mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo AKANT.
14. Steuden, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
15. Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dziegielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr.
16. Szepietowska, E., Daniluk, B. (2018). *Rehabilitacja neuropsychologiczna ujęcie holistyczne*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
17. Szepietowska, E.M. (2018). Rezerwa poznawcza: jak się starzeć pomyślnie? *Annales, Sectio J*, Vol. XXXI, 3.
18. Walsh, K., Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
19. Zawadzka, E., Domańska, L. (2007). Zasady organizacji procesu rehabilitacji neuropsychologicznej, *Annales, Sectio J*, Vol. XX, 123–135.





Mercan Yeliz\*,  
Metin Akten Ilknur\*,  
e-Care Project Groups\*\*

## OPEN AND DISTANCE EDUCATION FOR PALLIATIVE CARE AT HOME: AN INTERNATIONAL PROJECT SAMPLE

### *Edukacja otwarta i na odległość w opiece paliatywnej w domu: przykład projektu międzynarodowego*

\* Kırklareli University in Turkey.

\*\* Kırklareli University in Turkey, Ankara Provincial Directorate of Family and Social Services in Turkey, Municipal Fagaras in Romania, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji W Lublinie in Poland, Marie Curie Association – MCA Branch Smolyan in Bulgaria, Sinergia Società Cooperativa Sociale in Italy, Çanakkale 18 Mart University in Turkey, APEC in Turkey.

#### **ABSTRACT**

*The main goal of the project is innovation. The project aims to train adults through distance education. The project is an Erasmus+ and European Union project financed by the Turkish National Agency (2019-1-TR01-KA204-077109), which will proceed between October 2019 and June 2022. The target audience of the project, which is being carried out with seven different partners from five different countries, are adults with a minimum of high school education and families of patients. The project has six outputs (O). These are as follows: O1-The Curriculum of the Course, O2-The Modules of the Course, O3-A Digital Platform, O4-Series of Educational Videos, O5-A Guidebook for Trainers, O6-A Guidebook for Trainees. O1 and O2 have been completed according to the project schedule. A workshop was organized for O1 and the topics were determined, also, a Needs Analysis Questionnaire was created in this context. The prepared questionnaire was shared with the partners and the questionnaires were translated into the native language each country, in all 627 relatives of patients or caregivers in Turkey, Poland, Romania, Bulgaria, and Italy were included. According to the results obtained, the topics were revised and 15 modules were created for O2. O3, O4, O5, and O6 which were planned according to the project calendar. In this project, it is expected that adults will receive a high-quality education through training programs, create synergy with the cooperation of different institutions, increase the qualifications of those working in this field, and provide palliative patients with better quality services.*

**Keywords:** *Palliative care, e-care, open and distance education, e-learning, adult education, innovation, homecare, elderly*

## **STRESZCZENIE**

Głównym celem projektu jest innowacyjność. Ma on na celu szkolenie dorosłych poprzez edukację na odległość. Projekt opracowany w ramach programu Erasmus+ Unii Europejskiej, a finansowany przez Turecką Narodową Agencję (2019-1-TR01-KA204-077109), będzie realizowany od października 2019 do czerwca 2022 roku. Grupą docelową projektu, realizowanego z siedmioma różnymi partnerami z pięciu krajów, są osoby dorosłe z wykształceniem co najmniej średnim oraz rodziny pacjentów. Projekt ma sześć produktów (O). Są to: O1-Program kursu, O2-Moduły kursu, O3-A Platforma cyfrowa, O4-Seria filmów edukacyjnych, O5-Poradnik dla trenerów, O6-Poradnik dla stażystów. O1 i O2 zostały zrealizowane zgodnie z harmonogramem projektu. Zorganizowano warsztaty dla O1 i określono tematykę oraz stworzono Kwestionariusz Analizy Potrzeb. Przygotowany kwestionariusz został udostępniony partnerom i przetłumaczony na język ojczysty każdego kraju dla wszystkich 627 krewnych pacjentów lub opiekunów w Turcji, Polsce, Rumunii, Bułgarii i Włoszech. Zgodnie z uzyskanymi wynikami tematy zostały zweryfikowane, następnie stworzono 15 modułów dla O2. O3, O4, O5 i O6, których realizację zaplanowano zgodnie z harmonogramem projektu. W projekcie tym oczekuje się, że dorośli otrzymają wysokiej jakości edukację poprzez programy szkoleniowe, stworzą synergiczną współpracę różnych instytucji, podniosą kwalifikacje osób pracujących w tej dziedzinie oraz zapewnią pacjentom paliatywnym lepszą jakość usług.

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, e-opieka, edukacja otwarta i na odległość, e-learning, edukacja dorosłych, innowacje, opieka domowa, osoby starsze

## **INTRODUCTION**

Palliative care is an important part of integrated, people-centered healthcare (WHO, 2021). The World Health Organization reported that approximately 40 million people need palliative care each year, of which 78% live in low- and middle-income countries, and only 14% of people worldwide access palliative care services. The global need for palliative care is growing rapidly due to aging populations and the increasing burden of non-communicable and some communicable diseases (WHO, 2020).

Palliative care improves the quality of life of patients and their families or caregivers facing difficulties in life-threatening physical, psychological, social or spiritual illnesses (WHO, 2021). In 2014, the World Health Assembly resolution WHA67.19, the first global resolution on palliative care, called on WHO and its Member States to improve access to palliative care as a core component of health systems, with an emphasis on primary care and the community/ home-based care (WHO, 2021a).

In addition, it is recommended that countries strengthen palliative care services in order to reach “Goal 3: Health and Quality Life”, one of the Sustainable Development

Goals (WHO, 2021). In this context, a website with evidence-based information has been developed for caregivers in Ireland to provide essential information to help support someone receiving palliative care (Scott et al., 2019). In a study, it is recommended that activities to increase the competence and rate of caregivers should be implemented to improve the continuity and quality of care (Midtbust et al., 2018). In two different studies conducted with cancer and dementia patients, it was stated that e-learning contributed significantly to caregivers in disease management and that the family member's ability to care for their patient increased in this way; and that studies in this context should be developed and supported (Reis et al., 2003; Klimova et al., 2019).

Based on these reasons, the open and distance education project for palliative care at home was aimed at raising adults who provide palliative care services with the help of digital technologies, at educating the relatives of patients who have to take care of their patients. In addition, it was aimed to renew the knowledge of those who do this job in the context of lifelong learning principles and to facilitate the work-life of caregivers.

## **MATERIALS AND METHODS**

The project is a 32-month Erasmus + and European Union project that started in October 2019 and will last until June 2022 funded by the Turkish National Agency (2019-1-TR01-KA204-077109).

The project, carried out with seven different partners from five different countries, was accepted under the title of "Strategic Partnerships for adult education" within the scope of Center for EU Education and Youth Programmes.

The target group of the project is at least graduated from high school adults, families of the patients.

Leading partner is Kırklareli University in Turkey. Other partners "Ankara Provincial Directorate of Family and Social Services" in Turkey, "Municipal Fagaras" in Romania, "Wyzsza Szkola Ekonomii I Innowacji W Lublini" in Poland, "Marie Curie Association – MCA" Branch Smolyan in Bulgaria, "Sinergia Società Cooperativa Sociale" in Italy, "Çanakkale 18 Mart University" in Turkey and "APEC" in Turkey.

In the project, the transnational initial meeting was held in Turkey, and the final meeting is planned to be held in Turkey. Each partner has a transnational meeting planned in their country. In addition to these meetings, skype meetings are held periodically between partners, and intellectual outputs are reviewed at each meeting. All documents are uploaded to the cloud system and every partner can access any document. Every intellectual output has a leading partner and output leaders were selected based on their expertise in output. All partners can also contribute to each intellectual output. The target audience is always taken into account during the preparation of the printouts. The language of the training materials is clear and understandable, and medical terms are avoided. Videos are not very long and boring. E-mail, WhatsApp, Skype, telephone are used as communication tools.

## RESULTS

The project has six outputs (O). These are as follows:

O1- The Curriculum of the Course: In the kick-off meeting of the e-care project, the members of the partner institutions discussed the deadlines and scheduled the activities related to the Needs Analysis Questionnaire. Before preparing questions for the needs analysis, conducted a local workshop. Project staff and relevant experts revised the topics of modules by correcting the titles of modules and adding some modules additionally in this local workshop. The revised list of modules was shared with all partners and after the approval of all partners, the preparation process of the questionnaire was started. Partners prepared a draft questionnaire instrument according to the approved list of modules. While preparing the questionnaire, the issues such as “what to measure / conditions, which questions to ask, what statements to write and how to measure” were adopted by the partners as the most important elements that determine the framework of the questionnaire instrument.

A Simple Random Sampling Method was used to select the participants. Partner Organizations asked caregivers and patient relatives in their countries to complete the questionnaires and they voluntarily participated in the questionnaire. The prepared questionnaire was shared with the partners and 422 patient relatives or caregivers were reached from Turkey, 70 from Poland, 49 from Romania, 44 from Bulgaria, and 42 from Italy for the questionnaires translated into the native language of their own countries. It was found that 37.3% of the participants did not receive training on palliative care. 66% of the participants (caregivers and patient relatives) want to participate in a training program on palliative care. 76.2% of the participants do not have a palliative care certificate. 54% of the participants have worked in the care sector for 10 years or less (Except Home). 77.7% of the patient relatives have experience of caring his/her relative at home for 10 years or less. 49.6% of the participants provide home care services to their “parents” and 15.7% to their “non-relative” (Fig 1).



Fig 1. Open and Distance Education for Palliative Care at Home Need Analysis Report



Fig 2. The Curriculum of The Course Open and Distance Education for Palliative Care at Home

O2- The Modules of the Course: As a second output, the drafts of the course modules were created by the lead partner. In the draft, the learning outcomes for each module were prepared by grouping them according to their contributions to knowledge, skills and attitudes. The module structure is designed as Subjects/ Subtopics, Content, Methods/ Activities, Tools, Learning Materials and Duration. The content of the module is briefly summarized (Fig 2).

As a result, the curriculum has been prepared by sharing it among the partners under the 15 Modules listed below and completed in both word and power point formats:

Module 1: Wound Care

Module 2: Hygiene and Care in Invasive-Non-Invasive Methods

Module 3: Respiratory Issues

Module 4: Exercise and Physiotherapy in Bed

Module 5: Following Prescribed and Other Medicines

Module 6: Emergency Management

Module 7: Patients' Self Care

Module 8: Approach to Alzheimer - Dementia Patients

Module 9: Patient's Evaluation

Module 10: Pain and Symptom Management

Module 11: Communication with Patient

Module 12: Communication with Medical Institutions

Module 13: Management of Psychological Issues

Module 14: Rights of Patients and Patients' Relatives

Module 15: Nutrition

O3- A Digital Platform: The platform will help to get registration from all around. Educational materials / documents will be uploaded to this platform as much as possible and will be available to users. The digital platform will be accessible for everyone and all partners will translate it to their own language as well. The digital platform will offer an open and distance education including interactive format as well.

O4- Series of Educational Videos: Short videos will be taken for each Module and will upload on digital platform for using distance and open education. The content of the videos will be prepared by experts, which will be reliable and easy to understand. Some subjects require face-to-face training. Those who do not have this opportunity will receive visual training through the series of videos. For example, Inserting catheter, pulse measurement, body care ect. Professional health personnel will be involved in shooting videos.

O5- A Guide Book for Trainers: A manual guide book will be created for educators who will provide interactive training. The guide book, which contains information on how to use the digital platform, evaluation and measurement methods in education, the introduction of educational materials, the duration of the training program, and the definition of expected success, will serve as a guide for educators.

O6- A Guide Book for Trainees: A guide book will be prepared for the trainees. This guide will include general information about the course/program, requirements

for registration, purpose of the course/program, how to use the digital platform and brief information about certification.

## CONCLUSIONS

The expected results of this uncompleted project are as follows: Adults will be equipped with high-quality education via these educational programs, creating synergy with the cooperation of different institutions. The capacities of institutions will develop through exchanging of ideas, gaining international experience, and internationalization as well. People will be able to access and register it from anywhere or at any time and receive the service. The qualifications of the employees in this area will be enhanced. Therefore, palliative patients will get more qualified services easily.

## REFERENCES

1. Klimova, B., Valis, M., Kuca, K., Masopust, J. (2019). E-learning as valuable caregivers' support for people with dementia - A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 19(1):781. doi: 10.1186/s12913-019-4641-9.
2. Midtbust, M.H., Alnes, R.E., Gjengedal, E., Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BMC Health Serv Res.*18(1):709. doi: 10.1186/s12913-018-3515-x.
3. Reis, J., McGinty, B., Jones, S. (2003). An e-learning caregiving program for prostate cancer patients and family members. *J Med Syst.* 27(1):1-12. doi: 10.1023/a:1021040911088.
4. Scott, D., Hudson, P., Charnley, K., Payne, C., Westcott, G. (2019). Development of an eHealth information resource for family carers supporting a person receiving palliative care on the island of Ireland. *BMC Palliat Care.* 18(1):74. doi: 10.1186/s12904-019-0457-y.
5. World Health Organization (WHO) (2020). *Palliative Care*. Last Update: 5 August 2020. Accessed: <https://www.who.int/cancer/palliative/en/>
6. World Health Organization (WHO) (2021). *Palliative Care*. Accessed: 07.06.2021. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
7. World Health Organization (WHO) (2021a). *Cancer, Palliative Care*. Accessed: 07.06.2021. <https://www.who.int/cancer/palliative/en/>

**ВЕСНА ОСЕНИ**  
**ИЗБРАННЫЕ АСПЕКТЫ**  
**УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ**  
**У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

NS 2

**WIOSNA JESIENI**  
**WYBRANE ASPEKTY SATYSFAKCJI**  
**ŻYCIOWEJ OSÓB STARSZYCH**

*część 2*

**Научная редакция:**

В. Ковальский

Я. Лукасевич

Т. Ачинович

А. Рачковский

М. Стенцель

Люблин 2021





Веслав Ковальский

## ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

### *Problems of functioning in older people*

\* Высшая школа экономики и инноваций в Люблине ORCID: 0000-0001-8402-2837

#### **ABSTRACT**

*The article presents the characteristics of old age, explains the basic concepts related to the terminology of late old age (old age, aging). Characteristics of various factors of aging and its consequences are also given. The process of preparing for old age taking into account physiological and psychosocial changes in the process of ageing is discussed. In the final part of the article the forms and ways to support elderly people are discussed.*

**Key words:** *old age, older people, problems of functioning.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье представлена характеристика старости, содержатся пояснения основных понятий, относящихся к терминологии поздней старости (старость, старение). Также приводятся характеристики различных факторов старения и его последствий. Обсуждается процесс подготовки к старости, учитывающий физиологические и психосоциальные изменения в процессе старения. В заключительной части статьи рассматриваются формы и способы поддержки пожилых людей.

**Ключевые слова:** пожилой возраст, пожилые люди, проблемы функционирования.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Старость - такой же важный этап в нашей жизни, как и любой другой. Это самая разнообразная фаза жизни, не подчиняющаяся правилам, потому что она зависит от предыдущих этапов, которые протекают по-разному у каждого человека. Старость - это последняя стадия онтогенетического развития

человека, которой предшествуют такие периоды, как детство, юность и зрелость. Старость также определяется как заключительный этап процесса старения, на котором биологические, психологические и социальные процессы начинают взаимодействовать синергетически, что приводит к нарушению биологического и психологического баланса человека без возможности противостоять этому (Nowicka, 2008).

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИОДОВ СТАРОСТИ**

В то время как достаточно легко определить конец старости, которым является смерть, однако довольно трудно четко определить начало старения, которое характеризует период поздней зрелости. Мнения о границах старости разнятся на 30 лет: от 45 до 75 лет у разных авторов (Bromley, Susułowka, Wiśniewska-Roszkowska; по: Straś-Romanowska, 2005). С другой стороны, M. Switch-Gierowska (по: Kasperek-Golimowska, 2014) указывает на возраст 55 лет как на поворотную точку поздней зрелости, отмечая плавность этой границы с возможностью сдвига ее вверх или вниз примерно на 3 года. В свою очередь, согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, старость наступает в возрасте 60 лет. Вопрос о периодизации позднего зреления также остается дискуссионным. В некоторых источниках приводится трехступенчатая шкала: 60-75 лет; 75-90 лет; старше 90 лет (ВОЗ); 60-70 лет; 70-80 лет; 80-90 лет (по Kasperek-Golimowska, 2014); 60-65 лет; 65-85 лет; 85 лет и старше (Levenson, Crumpler, 1996). Другие авторы выделяют четыре стадии старости 60 - 69 лет; 70 - 74 года; 75 - 84 года и старше 85 лет. С. Клонович выступает за двухуровневую классификацию, охватывающую собственно старость и старость, без строго определенных границ (по: Straś-Romanowska, 2005).

Многие авторы избегают дальнейшего деления стадии поздней зрелости, обосновывая свою позицию тем, что образ психики и поведения взрослого и пожилого человека характеризуется значительной индивидуальной вариативностью в результате воздействия многочисленных - исторических - культурных и ненормативных - условий, а также как результат базовой сложности закономерностей изменения и развития (Cavanaugh, 1997).

Дело в том, что для разных типов поведения ход развития различен. Об этом говорится во втором законе психологии развития на протяжении всей жизни. Более того, психологи все больше осознают роль личного влияния человека на ход его собственного развития. Это влияние наиболее заметно во второй половине жизни, что усложняет картину психических изменений и затрудняет очерчивание строгих границ в исследованиях развития. Наряду с детерминистскими теориями все большее значение приобретают индетерминистские теории, раскрывающие роль сознательного участия субъекта в управлении процессами развития. Согласно одной из них, теории "освобождения", поведение человека определяет, кем он становится (Levenson, Crumpler, 1996).

Современная психология развития, как целостное направление, интересующееся психическими изменениями, происходящими в течение жизни, в равной степени фокусируется на меж- и внутриличностных изменениях. Изучение последних оправдано особенно в случае пожилых людей, для которых они являются наиболее значимыми и поэтому создают трудности в установлении общих норм и четких порогов старости. Эти трудности также обусловлены сменой поколений в биологических характеристиках человека. Антропологи утверждают, что в 20 веке процесс старения замедлился примерно на 10 лет. Осторожность в определении границ развития также обусловлена особенностями современной культуры. Общие нормы развития становятся все менее значимыми в оценке возраста развития, в то время как роль таких факторов, как образ жизни, вид выполняемой деятельности, степень вовлеченности в работу, самочувствие и т.д., возрастает (Freund, 1997).

В конечном итоге, трудности с определением однозначного порога старости и исследования этого периода связаны с индивидуальным темпом старения, неоднородным представлением о старости и преимущественными различиями в выборе возрастных критериев. Два относительно наименее спорных критерия старости - это:

- биологический критерий, определяемый ощутимыми изменениями в физиологических функциях организма;
- социо-экономический критерий, вытекающий из подчинения жизненного пространства современного человека социологическим, институциональным и экономическим факторам (Straś-Romanowska, 2000).

Эти два критерия дополняются третьим, психологическим критерием, который является наименее точным и охватывает изменения в сфере психических процессов, личности и в сфере субъективного опыта. Между изменениями, описываемыми этими тремя критериями, нет полной синхронности, поэтому иногда выделяют три категории старости:

- хронологический возраст (календарный и социально-экономический);
- биологический возраст;
- психологический возраст (Straś-Romanowska, 2005).

Выделяемые критерии поздней взрослости относятся к трем основным измерениям человеческой жизни: биологическому, психосоциальному и психолого-субъективному (Straś-Romanowska, 2000).

Однако метрический (календарный) возраст, который чаще всего используется для определения порога старости, не является единственным показателем наступления старости. Более полное описание включает календарный возраст, биологический возраст, а также психологический, социальный, экономический, общественный или юридический возраст человека (Szatura-Jaworska, 2000). Такой целостный подход к человеку указывает на необходимость определения состояния его здоровья с использованием различных показателей на многих уровнях его функционирования, например, таких как: общая

физическая подготовка, психическое состояние, энергия, жизнеспособность, жизненная активность, наличие заболеваний и инвалидности, социальное поведение, установки, убеждения, философия жизни, способ восприятия событий, себя и других людей, эмоциональные реакции, копинг-стратегии и т.д. (Kasperek-Golimowska, 2014).

В связи с этим полезной оказывается такая периодизация старости, в которой выделяются периоды старости, различающиеся не только по возрасту, но и по степени эффективности различных фракций организма. К ним относятся:

- ранняя старость - от 64 до 74 лет - так называемые “молодые старики”, для которых в большинстве случаев характерны хорошая физическая и умственная подготовка, а также социальная и экономическая независимость (Kasperek-Golimowska, 2014; Pietrasinski, 1992); это люди, которые постепенно выходят на пенсию,
- поздняя старость - (собственно, старость) примерно с 75 лет до 89 лет - так называемые “старожилы”, которые особенно подвержены физическим травмам, умственным и экологическим ограничениям, в этом возрасте обычно наблюдается значительное снижение психофизических показателей, возрастает потребность в помощи других; большинство людей в этом возрасте умирают от прогрессирующих заболеваний (Pietrasinski, 1992; Kasperek-Golimowska, 2014);
- старческий возраст - старше 90 лет - так называемые “долгожители” - небольшая группа людей, которые являются образцом оптимального старения, характеризующегося хорошей физической и психической формой, обусловленной генетически и экологически, и зависящей от активности и образа жизни, проявляемых в течение жизни (Kasperek-Golimowska, 2014).

Достижение последней стадии, то есть “долгой жизни без болезней и недугов и в полной дееспособности”, является одним из самых больших желаний человека, который на протяжении веков искал эффективные способы борьбы со старостью. Хотя существует множество способов помешать процессу старения, реальную ценность с точки зрения укрепления здоровья имеют только те, которые направлены на принятие периода старости как естественного этапа жизни человека, формирование позитивного образа старости и принятие мер, направленных на улучшение здоровья и качества жизни на этом этапе, чтобы она перестала означать болезненный упадок жизни, а стала ее достойным венцом (Kasperek-Golimowska, 2014).

В Польше принято разделять пожилой возраст по полу - для женщин это 60 лет, а для мужчин 65 лет. В классификации ООН нижний предел старости составляет 65 лет. Большинство геронтологов считают 60 лет началом старости, потому что примерно к 60 годам начинают проявляться физические, психологические и социальные характеристики старости (Kraus, 1998).

Календарный возраст не всегда совпадает с биологическим, психологическим или социальным, что объясняется индивидуализацией процесса

старения. Люди одного и того же календарного возраста демонстрируют значительные различия между собой в плане физиологического и психического здоровья, а также социального положения. Именно поэтому многие авторы подчеркивают, что люди, достигшие определенного возраста, являются “старыми” только по определению. Они утверждают, что не существует единого типа пожилого человека (Garrett, 1998).

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ**

Физиологические изменения поздней взрослости – это ретроградные изменения, основанные на потере репродуктивной способности клеток и их постепенной дегенерации. По сути, старение происходит на клеточном уровне. Накопление органических изменений делает их ощутимыми и заметными примерно к 60 годам. С медицинской точки зрения выделяют два основных типа изменений: ухудшение физической формы и так называемая множественная патология (Krzyński, 1993).

Снижение физической работоспособности проявляется в уменьшении способности к нагрузкам, повышенной утомляемости и, следовательно, в снижении активности и общем упадке сил. Это прямой результат функциональной деградации, то есть постепенного снижения функции почти всех систем организма. В большинстве случаев заметное снижение физической работоспособности является следствием болезни, а не самого процесса старения. Результаты лабораторных исследований пожилых и здоровых людей сопоставимы с результатами молодых людей. У пожилых людей не было обнаружено значительных повреждений мозга, при этом было замечено, что незначительная атрофия серого вещества не сопровождалась функциональными изменениями. Эти оптимистичные данные доказывают, что при физиологическом старении способность многих органов, важных для эффективного функционирования, остается на том же уровне, который наблюдается у более молодых людей. Проблема в том, что среди пожилых людей мало тех, кто полностью здоров (Straś-Romanowska, 2005).

Другим важным показателем биологической старости является множественная патология. Этот термин используется для обозначения одновременного возникновения нескольких заболеваний у одного и того же человека, вызванных преобладанием катаболических процессов над метаболическими (Krzyński, 1993). Она оказывает ограничивающее влияние на работоспособность органов тела и, кроме того, существенно затрудняет диагностику старости как таковой. У 80-85% людей старше 60 лет имеется хотя бы одно заболевание (часто хроническое), у 30% - значительное ухудшение слуха (чаще у женщин, чем у мужчин), у 20% - нарушение зрения, и эти дефекты неотъемлемо влияют на повседневную деятельность. Среди наиболее распространенных соматических заболеваний в пожилом возрасте - инфекционные заболевания,

связанные со снижением иммунитета, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, заболевания опорно-двигательного аппарата и эндокринной системы (в основном диабет). После 65 лет вероятность возникновения психических заболеваний возрастает. Ослабление биологических функций организма создает основу для изменений социального и психологического функционирования. Последствия этого настолько значительны, что их сравнивают с последствиями полового созревания в подростковом возрасте. В биологическом измерении критериальным фактором старости является определение активности организма (Krzywiński, 1993).

Основной категорией для описания социальной ситуации человека в пожилом возрасте является понятие “потери” или цена старения. События, связанные с потерями, обладают свойством вызывать сильные отрицательные эмоции, и если они касаются ценностей, связанных с повседневной жизнью человека, и происходят вместе, они становятся критическими - событиями, порождающими кризис. Как таковые они заставляют человека изменить прежнее отношение к реальности, переоценить цели, изменить свой образ жизни, нередко принять новую концепцию или философию жизни, а значит, пройти новую адаптацию. Кризис перехода затрагивает каждого, кто переступает порог старости, однако не все осознают его. Большинство людей знают о кризисе, но лишь 27-50% замечают его, и только 5% осознают психологические издержки старения (Straś-Romanowska, 2005).

Наиболее распространенными критическими событиями в позднем взрослом возрасте являются:

- потеря здоровья, физической формы и физической привлекательности;
- потеря близких;
- потеря социального и экономического статуса;
- утраченное чувство полезности и престижа;
- приближающаяся перспектива смерти (Straś-Romanowska, 2005).

На потерю физической привлекательности влияют:

- деформация форм тела;
- синяки и морщины на коже;
- заострение черт лица;
- слезящиеся глаза;
- скованность движений;
- тремор рук и головы и т.д. (Straś-Romanowska, 2005).

Эти характеристики, помимо прочего, способствуют формированию стереотипа о старых людях как об уродливых, неприспособленных, мрачных, и в конечном итоге снижают их самооценку, тем самым влияя на их отношения с другими людьми.

Потеря близких - второй критический факт старости. Пожилые люди чаще, чем молодые, переживают вдовство, потерю давних друзей, чаще попадают в семейные конфликты, в результате чего чувствуют себя одинокими, лишенными поддержки, в опасности. Вдовство особенно сильно сказывается на

женщинах. В Польше, например, более половины женщин старше 65 лет являются вдовами, причем 30% из них живут одни. Овдовевшие мужчины гораздо чаще, чем женщины, женятся (Krzyimiński, 1997; Błędowski, Szatur-Jaworska, Szweda-Lewandowska, 2012; Grubińska, 2013).

Еще одно критическое событие в поздней взрослой жизни - потеря прежнего профессионального и материального статуса в связи с выходом на пенсию. Согласно социологическим исследованиям, этот момент, чаще всего, представляет собой драматическое переживание, заставляет изменить образ жизни, организацию досуга, уменьшает конфликты с людьми и ухудшает материальное положение.

Однако самым важным последствием выхода на пенсию является потеря смысла, престижа и усиление чувства бесполезности. Иногда предпринимаются попытки воссоздать картину жизни после выхода на пенсию. Однако это стремление кажется спорным, потому что, хотя тип социальной роли является относительно постоянной категорией, ролевой сценарий не универсален, а специфичен для данного исторического периода. Типичные ролевые сценарии подвержены четким трансформациям под влиянием социокультурных факторов (Straś-Romanowska, 2005). Исследования М. Кохли и Дж. Мейера показывают, что способ выполнения таких ролей, как дедушка, пенсионер, родитель взрослых детей и многих других, претерпел значительные изменения за последние несколько десятилетий. Самый важный из них связан с институционализацией жизни пожилых людей (по: Dragan, 2011). Пребывание в доме престарелых обеспечивает достойные условия жизни, медицинское обслуживание, безопасность, но порождает новые проблемы.

На основе наблюдения за социальным поведением людей в поздней взрослой жизни были сформулированы следующие теории, объясняющие механизм адаптации к старости. К ним относятся: теория активности, теория абстиненции и теория стресса в пожилом возрасте (по: Dragan, 2011).

Теория деятельности имеет статус традиционной теории адаптации к старению, позволяющей человеку сохранять свою текущую жизненную активность. Оптимально стареющие люди - это те, кто остается активным, участвует в социальной жизни. На пенсии они находят себе занятия, заменяющие утраченную любовь, и заводят новых друзей (Straś-Romanowska, 2005).

Теория абстиненции сформулирована на основе обширного исследования 200 пожилых людей Э. Каммингом и У. Э. Генри из Канзасского университета. Она утверждает, что не активность, а, наоборот, исключение из социальной жизни является естественной и функционально важной потребностью развития человека в пожилом возрасте. Авторы утверждают, что замкнутость и пассивность столь же необходимы пожилым людям для достижения психологического равновесия и дальнейшего развития личности, тогда как более молодые люди нуждаются в полноценном участии в общественной жизни (Straś-Romanowska, 2005).



В. Neugarten вместе с коллегами - на основе 6-летнего исследования, в котором участвовало 59 человек - выделяют следующие типы поведения, характерные для пожилых людей:

- интегрированное поведение - проявляется у людей: активных, нацеленных на реорганизацию своей жизни; имеющих хобби; отходящих от активной жизни, стремящихся к покою и тишине;
- активное защитное поведение - выявлено у людей, которые воспринимали старость как угрозу, как то, от чего нужно защищаться; некоторые из них были гибкими, занимались различными видами деятельности, изменяя свое поведение; другие характеризовались ригидностью, иногда проявляющейся в отчаянном следовании существующим шаблонам;
- пассивно-оборонительное поведение – характерно для зависимых людей; они без протеста подчиняются изменениям, которые приносит старость, и в то же время ожидают помощи; они остаются адаптированными до тех пор, пока могут положиться на других и получают заботу. Среди них было много людей, которые замкнулись в себе и избегали активности;
- дезинтегрированное поведение - характеризует людей, страдающих от физических и психических ограничений и заболеваний, при которых нарушается нормальный процесс старения (Straś-Romanowska, 2005).

Подобные типы поведения в отношении старости представили S. Reicharg, F. Livson i P. Petersen. Они выделили следующие стратегии:

- адаптация, характерна для активных людей, которые испытывают радость от деятельности;
- отстранение;
- защита, заключающаяся в преодолении страха старости с помощью замещающих форм активности;
- агрессия, проявляется у людей, которые обижены на весь мир и бунтуют против старости;
- ненависть к себе (по Straś-Romanowska, 2005).

Теории стресса в пожилом возрасте. Согласно этой теории, сформулированной В. Neugarten, R. J. Havighursta i S. S. Tobina, критические события в жизни стареющего человека, такие как снижение общей физической формы и потеря прежнего социального и материального статуса, выступают в качестве стрессоров (по Łukasiewicz, 2019). Заставляя человека повторно адаптироваться, они лишают его приобретенных качеств, упрощают личность, обнажают его истинную природу и основные поведенческие склонности. В результате стресса старения происходит рекапитуляция цикла развития, которая проявляется в том, что факторы, имевшие такое значение в раннем детстве - физиологическое и психологическое благополучие (чувство безопасности) и потребность в общей стимуляции - становятся наиболее важными для человека. Типичным ответом на стресс старения является поведение, описываемое

метафорой лифта. Это проявляется в чередовании реакций: „Этаж вверх, этаж вниз”. Человек учится новой форме поведения, но тут же возвращается к старой (по: Straś-Romanowska, 2005).

Эффективная адаптация к старости - это искусство справляться с проблемами повседневной жизни, осуществляя личный контроль над перспективами старения и качеством жизни в условиях накопленного опыта утраты важнейших ценностей. Основами адаптации к старости являются:

- выборочная оптимизация эффективности психических функций, т.е. поддержание путем стимуляции тех функций, которые наиболее медленно разрушаются;
- постепенное принятие компенсационных мер;
- сохранение оптимизма, несмотря на издержки старения (Straś-Romanowska, 2005).

Показателем адаптации к старости является переживание „максимального удовлетворения при минимальных психических затратах”. Симптомами дезадаптации являются пассивность, зависимость, эгоцентризм, требовательное отношение к окружающей среде, уход в фантазии, враждебность и агрессивность, депрессия.

## ЗАВЕРШЕНИЕ

В целом, в психосоциальном измерении старости критическими факторами являются кризис старения, возникающий в результате накопления опыта «утраты» и адаптации к новой жизненной ситуации (Freund, 1997). Поэтому особенно важно поддерживать пожилых людей в периоды, в трудные для их жизнедеятельности. В настоящее время такой период - это время пандемии Covid-19, которая требует особого ухода и внимания к пожилым людям. В дополнение к государственным и региональным программам, таким как Senior+, Active+, Solidarity Senior Support Corps, ожидается солидарность всего общества в оказании помощи и поддержки пожилым людям, которые особенно уязвимы и могут значительно пострадать от пандемии.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Błędowski P., Szatur - Jaworska B., Szweda - Lewandowska Z., Kubicki P., (2012). Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
2. Cavanaugh J. C., (1997). Starzenie się, (w:) Bryant P. E., Colman A. M. (red.), *Psychologia rozwojowa*, Poznań: Zys i S - ka.
3. Cichocka M., (1995). Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego, (w:) B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*, t. 4, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

4. Dragan A, (2011). *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*. Warszawa: Biuro Analiz i Dokumentacji, Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych, Kancelaria Senatu.
5. Freund A. M., (1997). Individuating age salience. A psychological Perspective on the salience of age in the life cours. *Humań Development* nr 40.
6. Grubińska Z., (2013). *Domy Pomocy Społecznej w Polsce*, Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Warszawa.
7. Kasperek-Golimowska E., (2014). Starość w perspektywie edukacji promującej zdrowie, (w:) M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska (red.), *Starzenie się. Problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. Kraus S., (1998). Wiek podeszły, wiek starczy, wiek sędziwy. *Wspólne tematy*, nr 9.
9. Levenson, M. R.. Crumpler, C. A. (1996). Three Models of adults development, *Humań Development*, nr 39, s. 135- 149.
10. Łukasiewicz, J. (2019). Postawy wobec życia u młodzieży z rodzin dotkniętych eurosieroctwem w świetle badań maturzystów szkół średnich z Województwa Lubelskiego. (w:) M. Pawelec (red.). *Psychologia w zmieniającym się świecie*. Lublin: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe WSEI. ss. 79-95.
11. Nowicka A., (2008). Starość jako faza życia człowieka, (w:) A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
12. Pietrasiński Z., (1996). Dorośli. Problemy rozwoju, (w:) W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa: Fundacja Innowacja.
13. Straś-Romanowska M., (2000). Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofduktyka starości, (w:) B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja psychostymulacja i psychokorekcja*, Bydgoszcz: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy.
14. Straś-Romanowska M., (2005). Późna dorosłość. Wiek starzenia się, (w:) Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
15. Szatura-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa Oficyna Wydawnicza: ASPRA.

Надежда Клушина

## СЕРЕБРЯНОЕ ВОЛОНТЕРСТВО КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

### *Silver volunteering as a factor in the development of active longevity of elderly citizens*

\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0001-5338-8262

#### **ABSTRACT**

*In recent decades, a significant increase in the number of elderly citizens has been observed in society, a third of the population of Russia is people over 55 years old. The development of silver volunteering is accompanied by an ever-increasing number of active senior citizens against the background of an increase in their total number. In this regard, there is a real need to improve active longevity, through the constant expansion of forms of employment and areas of activity of older people involved in volunteering. The aim of the study is to analyze the influence of silver volunteering on the development of active longevity of elderly citizens and to develop recommendations for increasing the efficiency of using various forms and methods of volunteering that contribute to the active longevity of older people.*

*Materials and methods. The analysis of the use of the potential of silver volunteering in the development of active longevity of elderly citizens is based on scientific, methodological, empirical materials that reveal theoretical approaches to the problems of older people. The study used empirical research methods in the form of a survey.*

*Conclusions. Based on the results of the study, recommendations were proposed for the development of silver volunteering in the region, increasing the awareness of elderly citizens about the activities of silver volunteering, the introduction of social design in the activities of silver volunteers as an innovative technology for working with elderly citizens.*

**Key words:** *Volunteer, silver volunteer, active longevity, elderly citizens, forms and methods of silver volunteering, social projects*

## **АННОТАЦИЯ**

В последние десятилетия в обществе наблюдается значительное увеличение численности граждан пожилого возраста, треть населения России – люди старше 55 лет. Развитие серебряного волонтерства сопровождается постоянно возрастающим количеством активных пожилых граждан на фоне увеличения общего их числа. В связи с этим есть реальная потребность в улучшении активного долголетия через постоянное расширение форм занятости и направлений деятельности лиц старшего возраста, занимающихся добровольчеством. Цель исследования – проанализировать влияние серебряного волонтерства на развитие активного долголетия граждан пожилого возраста и разработать рекомендации по повышению эффективности использования различных форм и методов волонтерства, способствующих активному долголетию пожилых людей.

**Материалы и методы.** В основу анализа использования потенциала серебряного волонтерства в развитии активного долголетия граждан пожилого возраста положены научные, методические, эмпирические материалы, раскрывающие теоретические подходы к проблемам пожилых людей. В исследовании использованы эмпирические методы исследования в форме опроса.

**Выводы.** По итогам исследования были предложены рекомендации для развития серебряного волонтерства в регионе, повышения информированности граждан пожилого возраста о деятельности серебряного добровольчества, внедрение социального проектирования в деятельность серебряных волонтеров как инновационной технологии работы с гражданами пожилого возраста.

**Ключевые слова:** волонтер, серебряный волонтер, активное долголетие, граждане пожилого возраста, формы и методы серебряного волонтерства, социальные проекты

## **ВВЕДЕНИЕ**

Добровольческая активность пожилых людей может стать важной составляющей их социализации, активизации и повышения самооценки, укрепления физического и психического здоровья, психологического благополучия, устойчивости к стрессам, информационным нагрузкам и прочим вызовам современности. Существенными факторами при этом становятся здоровье и самочувствие, запас жизненной энергии, когнитивный потенциал и психологическое благополучие граждан старшего возраста.

Серебряное волонтерство – это форма добровольческой деятельности, направленная на оказание различной посильной социальной помощи, путем привлечения добровольцев из числа людей старшего возраста, занимающих активную гражданскую позицию, имеющих ценный опыт и безвозмездно участвующих в добровольческой работе.

Волонтер «серебряного» возраста (геронтоволонтер) – это человек в возрасте от 55 лет и старше, добровольно и безвозмездно участвующий в деятельности, направленной на решение актуальных социальных, культурных, экономических, экологических проблем в обществе (в том числе, касающейся помощи людям, территориям или животным), и применяющий собственные знания, и умения для осуществления этой деятельности (Албегов, 2013).

Организационно движение «серебряных волонтеров» начало складываться намного позже молодёжного волонтерского движения, но благодаря квалификации участников достигло значительного прогресса.

Люди старшего поколения сегодня — динамичная аудитория, они пользуются гаджетами, общаются в мессенджерах, стараются быть востребованными и полезными, они привыкли и умеют работать хорошо. Выход на пенсию, безусловно, дает человеку свободное время, которое многие пожилые люди занимают общением с внуками, несложной работой или же, наоборот, терзаются в поиске себя, пытаются придумать, как вновь почувствовать себя нужным для общества.

В России сегодня 21 млн. человек старше 65 лет, которые хотят быть востребованными. Динамика продолжительности жизни — положительная, процент лиц в возрасте от 60 лет и старше в России вырос с 9% до 21% в 2019 году, по прогнозам, он достигнет 26% к 2030 году. Эти цифры показывают, как важно участие в геронтоволонтерском движении позволяет гражданам пожилого возраста, чувствовать в себе физические и моральные силы, реализовывать свой внутренний потенциал, накопленный жизненный опыт, категориям граждан – получателям услуг – получить необходимую помощь, повысить качество жизни, снизить внутреннее психологическое напряжение, что, в свою очередь, будет способствовать снижению социальной напряжённости в целом (Лагутин, 2013).

Для граждан пожилого возраста добровольческая деятельность уже больше, чем увлечение, это смысл жизни. Как показала практика, сейчас молодые пенсионеры – это активные и инициативные граждане, проявляющие социальную ответственность, через участие в добровольчестве.

Пенсионеры – идеальные кандидаты в волонтеры. Ведь именно они острее чувствуют свою ответственность перед обществом и государством, именно они обладают внушительным жизненным опытом и знаниями, и именно они, не смотря на трудности, характерные для их возраста, могут стать незаменимыми партнерами и сотрудниками, потому что каждому человеку (особенно после прекращения активной трудовой деятельности) очень важно чувствовать себя нужным. Причем, волонтерство для них имеет своеобразный эффект плацебо: многие добровольцы старшего возраста отмечают улучшение самочувствия, смягчение симптомов болезней и так далее. Психологи также активно выступают за подобное вовлечение пожилых людей в общественную жизнь – помощь окружающему миру даже помогает бороться с психическими расстройствами. Поэтому, если можно так сказать, нанимая пенсионеров в качестве волонтеров, вы совершаете благотворительность в квадрате.

Сегодня в России работают множество организаций (например, проект «Молоды душой», межрегиональный ресурсный центр «Серебряный возраст», движение серебряных волонтеров «Добро Серебро» и др.), и любой пенсионер, которому еще есть что дать нашему миру, может к ним обратиться и стать частью активного гражданского общества (Мясников, 2013).

Таким образом, серебряное волонтерство есть и будет одним из основных механизмов положительного воздействия на повышение активного долголетия граждан пожилого возраста, которое проявляется в улучшении их собственного благополучия.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕРЕБРЯНЫХ ВОЛОНТЕРОВ**

В контексте исследования нами была организована работа серебряных волонтеров в ГБУСО «Краевой ЦСОН»

В начале 2019 года был внедрён пилотный проект по обучению граждан пожилого возраста навыкам блогерства – школа «Серебряных блогеров». Граждане пожилого возраста обучались созданию и ведению собственного блога в социальных сетях Инстаграм и Вконтакте. По итогам обучения, в отряде серебряных волонтеров появились 2 серебряных блогера, которые активно продвигают как свои аккаунты в социальных сетях, так и группу отряда. Также, самый активный блогер Валентина Журавлёва была приглашена на ставропольское телевидение «СВОЁ ТВ», на котором дала интервью и рассказала о том, как стала серебряным блогером, с какими трудностями столкнулась при обучении, и какими навыками блогерства владеет на данный момент.

Серебряные волонтеры приняли участие в добровольческих форумах, слётах, образовательных площадках (мастер-классы, тренинги и др.):

По итогам развития добровольческого движения «Серебряное волонтерство» в ГБУСО «Краевой ЦСОН» за 2019-2020 годы получены следующие результаты:

- Привлечено 27 серебряных волонтеров.
- Силами участников добровольческого движения «Серебряное волонтерство» оказана помощь 158 гражданам.
- Серебряными волонтерами было проведено и организовано более 40 мероприятий (из них 20 социально-бытовых мероприятий, 9 досуговых мероприятий, 4 спортивно-оздоровительных и 7 экологических).
- По образовательной программе «Шесть шагов к волонтерству» обучено 6 граждан пожилого возраста.
- В школе «Серебряных блогеров» обучено навыкам владения сетью Интернет и ведения социальных сетей 4 человека.
- Проведены 2 презентации добровольческого движения «Серебряное волонтерство» среди граждан пожилого возраста.
- В СМИ размещено 26 информационных постов о добровольческой деятельности серебряных волонтеров (<http://www.stavcson.ru>).

В 2021 году планируется внедрение нового направления - социальное проектирование – обучение написанию, защите и реализации социальных проектов, участие в грантах.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для выявления влияния развития серебряного волонтерства на развитие активного долголетия граждан пожилого возраста в ГБУСО «Краевой центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» было проведено исследование среди волонтеров серебряного возраста в количестве 30 человек.

В ходе исследования было проведено анкетирование среди серебряных волонтеров ГБУСО «Краевой центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».

Респондентам была предоставлена анкета, разработанная специально для них, содержащая 16 вопросов с полуоткрытыми формами ответов.

В ходе исследования было выявлено, что средний возраст серебряных волонтеров составляет 65-70 лет. Большая часть респондентов являются представителями женского пола.

На вопрос о продолжительности вовлеченности в добровольческую деятельность серебряных волонтеров — 40 % занимаются волонтерством около 1 года, 30 % всю жизнь занимались добровольчеством, но не афишировали об этом, 29 % опрошенных вовлечены в добровольчество от 5 до 10 лет (рис. 1). Следовательно, можно заключить, что для граждан пожилого возраста важно помогать другим людям вне зависимости от того, является ли это официальной волонтерской деятельностью, или же они занимаются этим совсем недавно.

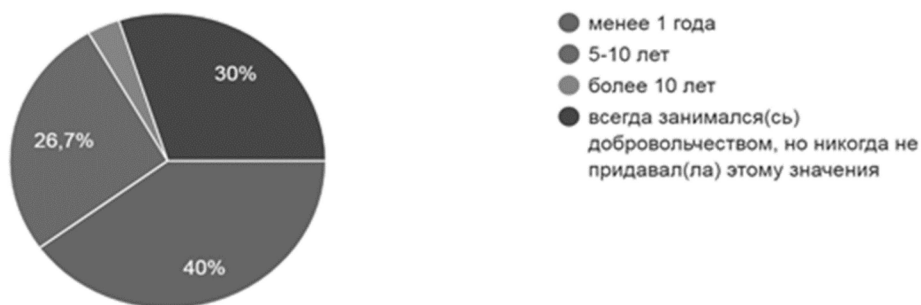


Рис. 1. Продолжительность вовлеченности в добровольческую деятельность серебряных волонтеров ГБУСО «Краевой ЦСОН»

Результаты исследования показали, что уровень удовлетворения от занятия добровольчеством у серебряных волонтеров составил 80 % (рис. 2).



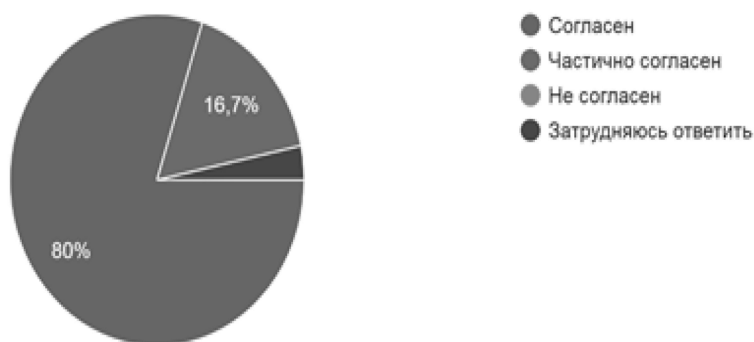


Рис. 2. Суждения серебряных волонтеров об удовлетворенности волонтерской деятельностью

На вопрос об уровне сформированности навыков общения и коммуникации с окружающими, респонденты распределились следующим образом — 80 % считают, что им стало легче общаться с окружающими после занятий волонтерством, остальные 20 % частично согласны или затруднились в ответе (рис. 3).

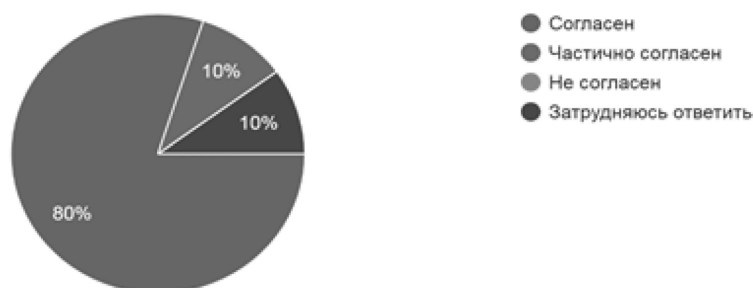


Рис. 3. Суждения респондентов по поводу навыков общения и коммуникации с окружающими

Благодаря участию в волонтерской деятельности у серебряных волонтеров появилось больше возможности общаться с новыми людьми, заводить знакомства с окружающими, в следствии чего почти все респонденты ответили положительно на этот вопрос (рис. 4).

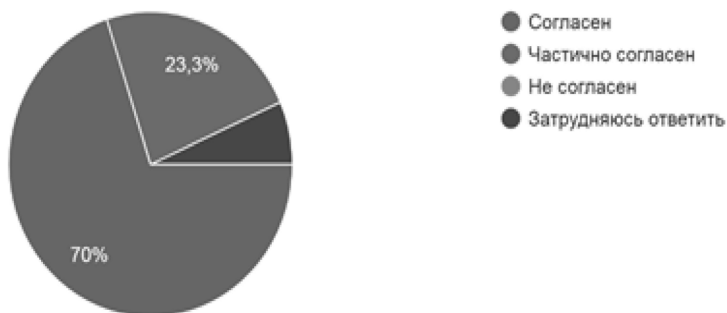


Рис. 4. Суждения респондентов по поводу круга общения с окружающими

На вопрос об уровне удовлетворения от участия в образовательных тренингах и форумах 70 % опрошиваемых положительно отреагировали, 13 % частично согласны — это говорит о том, что у пожилых людей появляется возможность учиться чему-то новому, делиться и обмениваться информацией с другими людьми (рис. 5).

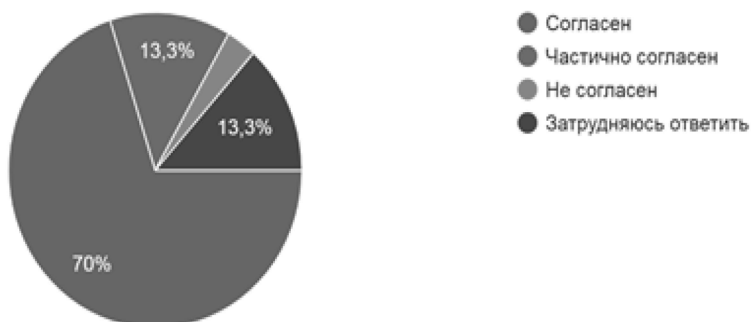


Рис. 5. Суждения респондентов по поводу удовлетворения от участия в образовательных тренингах, форумах

Важным является вопрос о привлечении серебряными волонтерами в добровольческую деятельность их друзей и знакомых. 53 % опрошиваемых респондентов часто предлагают и зовут своих знакомых присоединиться к добровольческой деятельности, 26 % реже рассказывают знакомым о добровольчестве, 16 % не видят в этом необходимости (рис. 6).

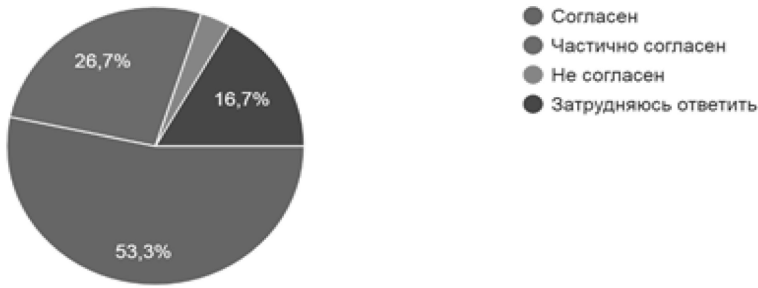


Рис. 6. Суждения респондентов по поводу привлечения в волонтерскую деятельность их друзей, знакомых

На вопрос о том, как они видят заинтересованность и вовлеченность в добровольческую деятельность своих друзей, знакомых, респонденты разделились следующим образом: 23 % согласны, 16 % частично согласны, 10 % не согласны, 50 % затруднились в ответе, следовательно, пожилым людям сложнее выходить из зоны комфорта и начинать заниматься чем-то кардинально новым, тем более решиться на это (рис. 7).

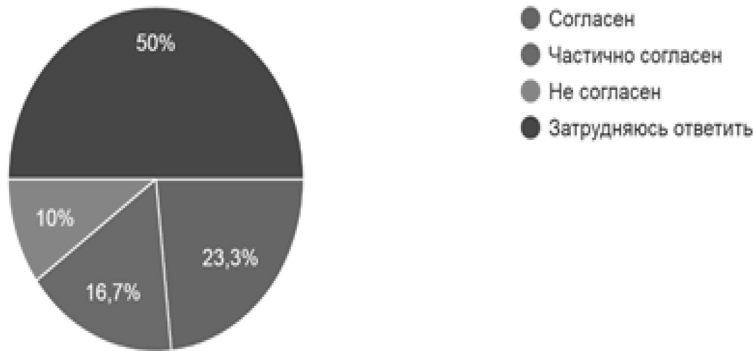


Рис.7. Суждения респондентов по поводу вовлеченности знакомых, родственников в серебряное волонтерство

На вопрос о том, хотят ли серебряные волонтеры продолжать заниматься добровольческой деятельностью — более 80 % опрошиваемых согласны продолжать волонтерскую деятельность (рис. 8).

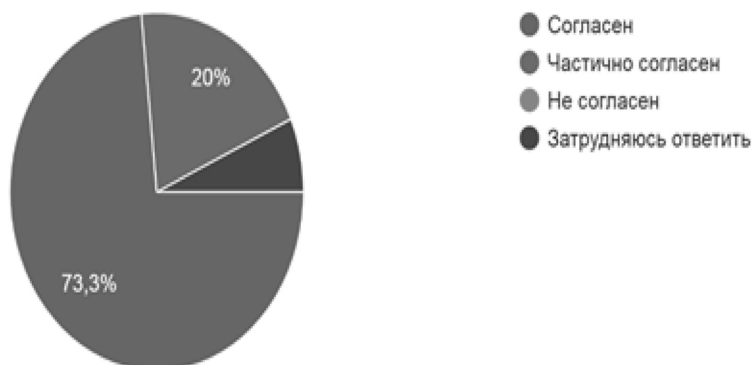


Рис. 8. Суждения респондентов по поводу возможности продолжать волонтерскую деятельность

## ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Таким образом, результаты проведённого исследования показали, что серебряные волонтеры ГБУСО «Краевой ЦСОН», удовлетворены занятиями добровольческой деятельностью. В большинстве, у них повышен уровень мотивации к активному образу жизни, наблюдается наличие интереса от участия в массовых, общественных мероприятиях, они с удовольствием привлекают к этой деятельности своих знакомых, чувствуют себя менее одинокими, а также, одной из важнейших составляющих является то, что у пожилых людей есть возможность удовлетворения своего творческого потенциала, что является следствием активной и долгой жизни. Всё вышеперечисленное говорит о том, что волонтерская деятельность благоприятно влияет на развитие активного долголетия граждан пожилого возраста, способствует решению главной цели работы с пожилыми людьми — продление жизни и увеличение интереса к ней. Но стоит учесть, что мнение респондентов, которые затруднились в ответе или не согласны, также, влияет на качество и уровень развития серебряного добровольчества в будущем.

С целью повышения развития серебряного волонтерства в регионе можно предложить следующие рекомендации:

1. Увеличение направлений работы отряда серебряных волонтеров Центра. Внедрение в добровольческую деятельность Центра социального проектирования для обучения граждан пожилого возраста навыкам написания, защиты и реализации социального проекта. Таким образом, серебряные волонтеры реализуют собственные идеи и цели в жизнь, при этом смогут получить, при возможности, грант в виде материальной поддержки для реализации своих идей.

2. Реализация комплекса мер по повышению мотивации граждан пожилого возраста к участию в волонтерской деятельности, в виде создания уникальной системы поощрения волонтеров — «кредит времени» — накопление волонтерских часов с целью их обмена в будущем на эквивалентную помощь для самого волонтера или членов его семьи.
3. Профилактика эмоционального выгорания среди серебряных волонтеров., Основным средством профилактики этого явления является возможность выбора деятельности в соответствии с наклонностями и наличие свободной воли. Важнейшим условием в связи с этим является предоставление пожилым волонтерам широкого спектра возможностей и распределение обязанностей в связи с возможностями и склонностями каждого.
4. Проведение информационных компаний по поляризации серебряного волонтерства среди граждан пожилого возраста, самими серебряными волонтерами, через социальные сети, рекламу на телевидении (сотрудничество с медиа-компаниями), личные знакомства.
5. Внедрение социального проектирования в деятельность серебряных волонтеров, как инновационной технологии работы с гражданами пожилого возраста

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Албегов Ф.Г. (2013), Добровольчество как вид инновационной деятельности и форма социальной работы. *Вестник социально-политических наук*, 12, 117-121.
2. Лагутин А.О. (2013), Волонтерская деятельность как ступень социализации личности. *Волонтер*, 3-4 (7-8), 40-46.
3. Мясников А.Л. (2013), Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о лекарствах и медицине. Москва: ЭКСМО.
4. Официальный сайт ГБУСО «Краевой ЦСОН»: <http://www.stavcson.ru>

Наталья Запасник

## АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ПЕДАГОГОВ

### *Aspects of psychological support of professional longevity of teachers*

\* Государственное учреждение образования «Гродненский областной институт развития образования» ORCID: 0000-0001-8488-5843

#### **ABSTRACT**

*In recent years in educational establishments there is an obvious tendency connected with the decision that teachers continue their pedagogical activity after they reach the retirement age. The professional and social activity of teachers who continue to teach and bring up, support and instruct pupils and students, despite the complexity of pedagogical labour and the new social status of a pensioner, make the topic of professional longevity up-to-date as a basis of high-quality and productive life of a teacher. The article is devoted to the issues of professional longevity of teachers connected with the generalization of ideas and judgments about various aspects of psychological support of a continuous productive pedagogical activity. The efficiency of the professional pedagogical activity as a component of professional longevity depends on a number of conditions and the volume of labor activity, individual style of activity, psychological professionally important qualities, the factors of maintaining adaptability to the profession among the teachers who reach the retirement age. It is obvious that professional health is closely connected with professional longevity. Based on the results obtained, practical recommendations were developed that can be used in work with teachers of retirement age.*

**Key words:** *teachers, professional longevity, psychological support, pedagogical activity.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В последние годы в образовательных учреждениях наблюдается очевидная тенденция, связанная с решением о том, чтобы учителя продолжали свою педагогическую деятельность после достижения ими пенсионного возраста. Профессиональная и социальная активность учителей, которые продолжают

учить и воспитывать, поддерживать и обучать учеников и студентов, несмотря на сложность педагогического труда и новый социальный статус пенсионера, делают актуальной тему профессионального долголетия как основу качественной и продуктивной жизни учителя. Статья посвящена вопросам профессионального долголетия педагогов, связанного с обобщением идей и суждений о различных аспектах психологической поддержки непрерывной продуктивной педагогической деятельности. Эффективность профессиональной педагогической деятельности как компонента профессионального долголетия зависит от ряда условий и объема трудовой деятельности, индивидуального стиля деятельности, психологических профессионально важных качеств, факторов сохранения адаптивности к профессии у педагогов, достигших пенсионного возраста. Очевидно, что профессиональное здоровье тесно связано с профессиональным долголетием. На основании полученных результатов были разработаны практические рекомендации, которые могут быть использованы в работе с учителями пенсионного возраста.

**Ключевые слова:** педагоги, профессиональное долголетие, психологическая поддержка, педагогическая деятельность.

## ВВЕДЕНИЕ

*Педагогический труд служит лучшим стимулятором  
в обеспечении активной и длительной жизни.*

*С. Я. Чикин*

День сегодняшний – хронический стресс. Все мы варимся в одном котле, а говорят, что в кипящем котле холодных мест нет (Ананьев, 1998). Осознание педагогом своих ресурсов в постпенсионном периоде сохраняет профессиональную адаптацию и способствует поддержке себя в условиях давления окружающей среды.

По данным многочисленных исследований, точка наивысшего напряжения и наивысшего подъема как период расцвета человеческой личности, когда раскрывается потенциал, заложенный природой, воспитанием, образованием и саморазвитием, желанием раскрыться, становится движущей силой для дальнейшего роста и совершенствования. В различных областях профессиональной деятельности так называемый «период расцвета» приходится на возраст от 20 до 45 лет. С другой стороны, известно достаточно много примеров, когда человек продолжает свою творческую деятельность и после 60-70 лет. Психологические закономерности протекания заключительной фазы продуктивной деятельности профессионала, а также специфическое действие факторов, определяющих профессиональное долголетие на этой стадии, заслуживают специального внимания (Коваленко, 2009).

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ ПЕДАГОГОВ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ**

В последние годы в учреждениях образования наметилась очевидная тенденция, связанная с решением педагогов продолжать педагогическую деятельность после наступления пенсионного возраста. Профессиональная и социальная активность педагогов, продолжающих обучать и воспитывать, поддерживать и наставлять учащихся и студентов, не взирая на сложности педагогического труда и новый социальный статус пенсионера, актуализирует тему профессионального долголетия педагогов.

Сохранение профессиональной адаптации у педагогов пенсионного возраста связано с сохранением у них смысла жизни и открытости миру. Установлено, что психологической адаптированности к профессии педагога пенсионного возраста, продолжающего работу в учреждении образования, способствуют преобладание «на дело» над направленностью «на себя» и на «на взаимодействие», преобладание внутренней мотивации и внешней положительной мотивации над внешней отрицательной мотивацией, потребность достижения успеха, высокая самооценка своей способности к самоконтролю, открытости миру, обретения целей, а также психологической гибкости (Алексеева, 2002). Всё это позволяет педагогу, не оставившему учреждение образования в постпенсионном возрасте, продолжать конструктивно и продуктивно, адекватно и естественно достигать своих профессиональных целей и удовлетворять свои потребности, переживая при этом удовлетворение своей жизненной активностью, жизнедеятельностью. В социальной геронтологии этот факт подтверждается одной из социальных теорий старения. Теория активности справедливо указывает, что возможности находить радости и ценности в жизни не исчерпываются в определённые её моменты, а сохраняются до самого конца жизни. Отход от жизни в пожилом возрасте неестественен и не может быть атрибутом счастливой старости, потому, как только сохраняя деятельность, человек может чувствовать себя удовлетворённым в старости. Активизация жизни – необходимое условие для улучшения качества жизни престарелого человека и его самочувствия в целом (Кувшинова, 2003).

## **ФАКТОРЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ПЕДАГОГОВ**

Отечественные психологи практически единодушны в том, что хорошее самочувствие в пожилом возрасте опирается на сохранение некоторого объёма трудовой деятельности. Очевидно, что профессиональное долголетие тесно связано с профессиональным здоровьем. Чем лучше профессиональное здоровье педагога, тем выше показатели профессионального долголетия, и наоборот. В свою очередь оба эти показателя связаны с определёнными характеристиками личности. Характерными особенностями педагогов-долгожителей



являются приверженность своей профессии, стремление к профессиональному росту, направленность на самораскрытие и самореализацию именно в «своей» «родной» профессиональной среде (Зотова, Переделькая, Тихомиров, 2019). При этом можно выделить следующие аспекты психологического обеспечения профессионального долголетия педагогов:

- формирование профессиональной мотивации;
- формирование адекватно высокой, устойчивой и в то же время гибкой самооценки;
- высокий профессионализм и высокий уровень профессионального педагогического мастерства;
- овладение навыками самоконтроля и саморегуляции как личностный аспект здоровья;
- всестороннее развитие интеллекта, тренировка своих интеллектуальных возможностей посредством различных умственных нагрузок;
- расширение сферы интересов за рамки профессиональной области, используя творческий аспект здоровья, развитие в себе творческой гибкости в адаптации к миру.

Успешность длительного протекания профессиональной деятельности работающего на пенсии педагога зависит от актуализации им своих личностных резервов, используя потенциал воли как способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства (Ананьев, 2006). Среди личностных характеристик специалиста, рассматриваемых в качестве факторов профессионального долголетия, большое значение имеют самооценка и мотивация. Профессионал оперирует уже готовыми знаниями о себе, в какой-то степени сформированными, полученными в разное время, в разных ситуациях. На этой стадии человек соотносит свое поведение с той мотивацией, которую реализует. Оцениваются и сами мотивы с точки зрения общественных и внутренних требований. Главным мотивационным фактором при этом является стремление работающего пенсионера к более полному проявлению своих возможностей, творческих способностей. Творчество в работе с формирующейся личностью оказывается возможным при многоуровневом её отражении в регулировании педагогического общения. Стабилизирующую роль при этом играет активная включённость в профессиональную деятельность. Этому способствует постоянное совершенствование педагогом познания участников. Успешность этой работы предполагает овладение научной психологией, её методами, знание закономерностей процесса проникновения во внутренний мир ребёнка, характера влияния на этот процесс конкретных условия и задач педагогической деятельности и особенностей личности самого педагога. На понимание личности учащегося влияют и особенности личности учителя, его жизненный опыт, отношение к объекту познания. Мастерство учителя связано с пониманием ученика. Уровни понимания личности обучаемого и уровни педагогического мастерства совпадают (Кондратьева, 1980).

## ВЫВОДЫ

Таким образом, плодотворный творческий труд, сохранение трудового тонуса, рациональная организация труда и отдыха, благоприятная социальная среда, профилактика негативных возрастных изменений и кризисов, овладение приёмами психической саморегуляции являются главнейшими факторами профессионального долголетия педагогов.

Человек обязан стремиться к здоровью, ибо здоровье – не эгоистическая цель, а долг перед окружающими (Ананьев, 2006).

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алексеева Ф.И. (2002), Психологические факторы сохранения адаптированности к профессии у лиц пенсионного возраста: на примере учителя. Санкт-Петербург: СПГУ.
2. Ананьев В.А. (1998), Введение в психологию здоровья. Санкт-Петербург: Речь.
3. Ананьев В.А. (2006), Основы психологии здоровья. Книга 1. Санкт-Петербург: Речь.
4. Зотова Н.Г., Переделькая С.А, Тихомиров М.Ю. (2019), Профессиональное долголетие как закономерный этап профессионального развития педагогов. [В:] Л.М. Митина (ред.), Наука - образование - профессия: системный личностно-развивающий подход (с. 457-460). Москва: Перо.
5. Коваленко А.В. (2009), Профессиональная деформация личности. Томск: ТПУ.
6. Кондратьева С.В. (1980), Понимание учителем личности учащегося. *Вопросы психологии*, 5, 46.
7. Кувшинова О.А. (2003), Геронтологические теории активности в пожилом возрасте. *Вестник ОГУ*, 4, 169-172.



## ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

### *Education and professional experience of older persons*

\* УО «Барановичский государственный университет» ORCID: 0000-0002-5941-1184

#### **ABSTRACT**

*For the creative and self-creative activities of older people, it is important create conditions for determining further self-development with the use of the use of self-realization of one's own potential capabilities and intellectual resources in the control system – co-management – self-management, increasing not only the efficiency activity, but also their desire for self-realization and competitiveness by means of management, trainings and discussions.*

**Key words:** *creative and self-creating action, self-reliance, elderly persons, self-realization, creative productivity, management - co-management - self-management, trainings, discussions.*

#### **АННОТАЦИЯ**

Для созидательной и самосозидательной деятельности пожилых людей важно создать условия для определения дальнейшего саморазвития с использованием самореализации собственных потенциальных возможностей и интеллектуальных ресурсов в системе управления – соуправления – самоуправления, повышающих не только эффективность деятельности, но и стремление их к самореализации и конкурентоспособности средствами управления, тренингов и дискуссий.

**Ключевые слова:** созидательная и самосозидательная деятельность, пожилые люди, самореализация, созидательная продуктивность, управление – соуправление – самоуправление, тренинги, дискуссии.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Акмеологический период развития охватывает возраст от 18 до 70 (75) лет. Истоки понятия акмеология были заложены в Древней Греции в 7 веке до нашей эры в трудах философа Апаладора. Истоки акмеологических идей мы находим в трудах выдающихся русских ученых – В.М. Бехтерева (1895), увидевшего акмеологическую и катаболическую проблематику в болезнях взрослых на фоне болезней детей, Н.Н. Рыбникова (1928), предложившего понятие «акмеология» в противовес понятию педология – наука о развитии детей. По определению Н.В. Кузьминой и А.А. Деркача, данным термином (акме – высшая точка, расцвет, зрелость, лучшая пора) принято обозначать период зрелости как самого продуктивного, творческого периода жизни субъекта (Кузьмина, Джига, 2012, Деркач, 2010). В отличие от юношеского периода акмеологический период выделяется тем, что в нем завершается общесоматическое развитие и половое созревание человека, который достигает своего оптимума физического развития. Этот период характеризуется также наиболее высоким уровнем интеллектуальных, творческих, профессиональных достижений.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

Акмеология – это первая наука о человеке и образовании, которая изучает факты и закономерности, механизмы и способы его развития на ступени зрелости, пожилого возраста, старости, включая профессиональное самознание, самосозидание, самосовершенствование как личности путем своего самоуправления и саморазвития. Предмет акмеологии, по определению Н.В. Кузьминой и А.А. Деркача, включает в себя всю психологию, построенную на концепции отражения, и собственно акмеологию – науку о законах самореализации природных потенциалов в продуктах: духовных, духовно-материализованных, материальных, которые в свою очередь могут оцениваться как процессы «акме-развития» – самодвижения к вершинам мастерства и продуктивности, процессы «каты-падения» – разрушения и саморазрушения, создаваемые средствами учебных дисциплин в свойствах участников учебного процесса (Кузьмина, Джига, 2012, Деркач, 2010).

Наиболее полную характеристику акмеологического периода дал Б.Г. Ананьев, который убедительно показал, что специальные способности обретают созидательные свойства благодаря тому, что в их структуре проявляется и усиливается действие общих способностей (Ананьев, 2001). Внутри тех или иных специальных способностей проявляется общая одаренность индивида, соотношенная с общими условиями ведущих форм человеческой деятельности. Развитие творческой готовности, т.е. многосторонних способностей, обеспечивающих успешность или продуктивность деятельности, обязывает рассматривать их стержневыми в человеке-индивиде, личности, субъекте деятельности, индивидуальности.

Б.Г. Ананьев выделил в онтогенетическом развитии человека две особые фазы (Ананьев, 2001). Первая фаза охватывает юность, молодость и начало среднего возраста. Она характеризуется общим фронтальным прогрессом функций. В частности, объем и показатели переключаемости внимания нарастают к 33 годам, а затем начинают понижаться. Наиболее высокие показатели кратковременной вербальной памяти отмечаются в возрасте 18–30 лет, а после 33 начинают снижаться. Аналогичные изменения происходят с интеллектом (Фульдс и Равен считают, что если уровень развития логической способности 20-летних принять за 100 %, то в 30 лет он будет составлять 96 %, в 40 – 87 %, в 50 – 80 %, в 60 – 75 %) (Шадриков, 2012).

Вторая фаза характеризуется специализацией психических функций применительно к определенной деятельности. Главными показателями выступают операционные механизмы, а продолжительность этой фазы определяется степенью активности человека как субъекта и личности. В этом возрасте продолжают развиваться актуальные для человека психические функции, наиболее значимые для основного вида деятельности конкретного человека. У одних людей это глазомер, точность движений, у других – мышление, память, внимание. Достижение высокого уровня развития актуальных психических функций в пожилые годы возможно в условиях оптимальной нагрузки, усиленной мотивации, операционных преобразований. Протекание пожилого периода в значительной степени определяется индивидуальными особенностями человека. На позднем этапе онтогенеза роль личности, ее социального статуса, включенности в систему общественных связей особенно велика для сохранения трудоспособности.

Б. Г. Ананьев дает следующие границы возраста: 1 – средний возраст (зрелость): 1 фаза от 21–22 лет до 35 лет; 2 фаза от 36 лет до 55–60 лет; 2 – пожилой возраст (55–60 лет до 70–75 лет); 3 – старость (75–90 лет); 4 – возраст долгожителей (старше 90 лет). Биологический возраст пожилых людей указывает на соответствие организма и его функциональных систем определенному моменту жизни человека, его образованию и профессиональной деятельности. Психологический возраст указывает на уровень адаптированности пожилого человека к требованиям окружающего мира. Социальный возраст пожилого человека определяют, учитывая соответствие положения его соответствующим в конкретном социуме нормам, его образованию и профессиональной деятельности. На динамику интеллектуальной активности пожилых людей влияет их образование и активное участие в профессиональной деятельности по своей специальности. Много примеров выдающихся ученых и деятелей искусств, которые долго сохраняли трудовую и творческую активность. И.П. Павлов создал «Двадцатилетний опыт» в 73 года, а «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» – в 77 лет. Л. Н. Толстой написал «Воскресение» – в 71 год, а «Хаджи-Мурата» – в 76 лет. Высокой творческой активностью и продуктивностью в поздние годы жизни как отмечает А.А. Деркач, «суть целей и задач, стоящих перед акмеологией и решаемых ею, состоит в создании у

будущих профессионалов актуальных знаний и умений, непосредственно применимых к конкретной профессиональной деятельности в условиях реальной ситуации» (Деркач, 2010, с. 11).

Необходимо отметить, что на Я-концепцию пожилого возраста влияет осознание им жизненных задач. Примером является Н. В. Кузьмина, у которой и в 95 лет не ослабли и не изменились основные мотивы деятельности и она является и сегодня Президентом научно-исследовательской академии акмеологических наук в Санкт-Петербурге, профессором и научным сотрудником Смольного института РАО, ведет 15 аспирантов и докторантов в Нальчике. Под научным руководством Н.В. Кузьминой защитилось 350 докторов и кандидатов психологических наук. Она продолжает вести лекции и остается до сегодняшнего дня соиздателем продуктивного субъекта образования. На своем 95-летнем юбилее она и пригласила своих учеников приехать к ней на будущее 100-летие. По ее мнению, пока творческий человек умственно работает, до тех пор он не стареет и его интеллектуальные и умственные способности развиваются и совершенствуются.

Выделяют несколько качественно своеобразных и типичных этапов профессионального развития: период роста, поиска, упрочнения, стабилизации и спада в пожилом возрасте. Стержнем всех этих уровней и этапов является самореализация личности в труде, которая имеет два полюса – от неосознанного до сознательно поставленных задач.

Совершенно очевидно, что, как только человек ставит задачу реализации себя как личности в труде, он неизбежно обращается к самосознанию себя, как профессионала. А. К. Маркова выделила пять уровней профессионального саморазвития: допрофессионализм, профессионализм, суперпрофессионализм (высший профессионализм), непрофессионализм (псевдопрофессионализм), послепрофессионализм. Все виды профессионализма сегодня представлены у описываемых нами поколений, но важна преемственность, которая обеспечивает более высокие уровни профессионализма третьего поколения с опорой на пять принципов творческого саморазвития личности:

- принцип всестороннего и гармоничного саморазвития личности (по И.П. Павлову: «Человек – система саморегулирующаяся, сама себя совершенствующая»);
- принцип проблемности;
- принцип мобилизации и релаксации;
- принцип опоры на сильные и учета слабых сторон, свойств, творческих способностей личности;
- принцип рефлексии.

Способствует достижению профессионализма особая среда, характеризующаяся такими свойствами как: направленность на оптимум личностно-профессионального развития, взаимобратность действия личности и среды, а также системная сложность – акмеологическая. Каждая из профессиональных функций осуществляется путем своеобразного общественного поведения,

строится в виде профессиональных систем поведения и обуславливающих их мотиваций, которые мы моделируем для преподавателя высшей школы, приводя во взаимодействие с акмеологической средой. Для преподавателя вуза пожилого возраста, доктора и кандидата психологических наук наиболее значимо совпадение личности с субъектом, определяемое экстерииоризацией, социальной отдачей личности, предваряемой интериоризацией культурных ценностей.

В процессе анализа работ российско-белорусских акмеологов (Н.В. Кузьмина, А.А. Деркач, Н.Д. Джига, А.С. Максимова) нами определены три основные группы средовых факторов личностного и профессионального развития пожилого человека.

Первая группа факторов: объединяющим фактором во всех исследованных определениях «акмеология образования» является то, что характерной особенностью человека, получившего качественное фундаментальное образование, является его желание дальше самосовершенствоваться, самостоятельно работать, учиться и переучиваться.

Вторая группа факторов показала, что, получая «акмеологическое образование», целеустремленный пожилой человек может состояться как индивид, личность и субъект деятельности, т.е. достичь своего «акме» (прежде всего, в процессе профессиональной деятельности даже в пожилом возрасте).

Третья группа факторов определила, что «акмеология образования» и «акмеологическое образование» рассматривают карьеру как объективный показатель преданности в достижении профессионального акме, человек, строящий карьеру, ориентирован на реализацию личностного и профессионального потенциала (Кузьмина, Джига, 2012, Джига, 20125).

## ВЫВОДЫ

По результатам исследования нами сформулированы следующие выводы:

- В процессе акмеологического образования происходит акмеологизация личности пожилых преподавателей университета (специалистов профессионального образования – акмеологов), которые осуществляют подготовку будущих специалистов в области образования, овладевающих основами психолого-педагогического искусства.
- Косвенным показателем качества подготовки специалиста в области образования в университете являются абитуриенты, которые, получив акмеологическое образование, должны быть способны к самосовершенствованию, ориентированному на достижение вершин профессионализма и продуктивной профессиональной деятельности. В процессе подразумевается содержание деятельности специалиста в той или иной области и их конкурентоспособность на рынке образовательных услуг.
- Акмеология образования интегрирует в образовательную среду знания о развитии человека даже в пожилом возрасте, о достижении



вершин в деятельности и развитии человека в различных типах и видах образовательных систем. Акмеологическое образование имеет более практическую направленность в пожилом возрасте, проявляющуюся в результате полученного качественного образования в компетентностно-профессиональном развитии личности, способной к творческому мышлению, умеющей четко определить свои жизненные перспективы и приоритеты. В рамках акмеологии на сегодняшний день разработаны акмеологические методы, модели, технологии акмеологического воздействия, определены акмеологические условия и факторы, способствующие развитию профессионализма. Современные учреждения высшего образования должны готовить творческих специалистов завтрашнего дня с широким кругозором, способных самостоятельно учиться, непрерывно обновлять свои знания, ставить и решать задачи, принимать обоснованные решения, перенимать опыт у старшего поколения, пожилых людей.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Акмеологами определены периоды пожилого возраста:

- Утрата чувства молодости;
- Снижение профессиональной активности;
- Осознание необратимости физиологических изменений;
- Приспособление к изменениям, которые происходят в организме.

К основным проблемам пожилого возраста относятся: генеративность, увлеченность собой и стагнация, а также снижение жизненных сил, физиологические изменения, эмоциональное оскудение жизненных будней, умственная ригидность.

Основная наша задача помочь пожилым людям в необходимости дифференциации своего Я, избежать чрезмерного сосредоточения на болезнях, болях, которыми сопровождается старость, трансценденция своего Я.

Уровень достижения акме зависит от саморазвития творческой индивидуальности. Креативная (творческая) жизнь в пожилом возрасте зависит в высшем своем воплощении и связана с духовной зрелостью и акме, что становится побуждающим началом самосовершенствования и развития духовных способностей.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Ананьев Б.Г. (2001), Человек как предмет познания. СПб.: Питер.
2. Джига Н.Д. (2015), Акме-психология созидания продуктивного субъекта образования. Гродно: ГрГУ им. Я. Купалы.
3. Деркач А.А. (2010), Самореализация – основание акмеологического развития. Москва: МПСИ; Воронеж: МОДЭК.

4. Шадриков В.Д. (2012), Психология способностей: хрестоматия. Москва: МПСУ, Воронеж: Модекс.
5. Кузьмина (Головко-Гаршина) Н.В., Джига Н.Д. (2012), Акме-технология оценки студентами влияния дидактического акме-ядра преподавателя на их активность и созидание акме-ядра духовных продуктов в их свойствах, обеспечивших им успешное профессиональное развитие будущей созидательной деятельности. *Преподаватель XX века*. 3, 36–39.



Снежана Воронина

## МЕДИАГРАМОТНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

### *Media literacy of elderly persons in the republic of belarus*

\* Институт социологии национальной Академии наук Беларуси ORCID: 0000-0003-4150-1090

#### **ABSTRACT**

*The article analyzes the criteria for media literacy. Based on the analysis of sociological research data, the following criteria of media literacy of older people in the Republic of Belarus are considered: the intensity of using various sources of information (media devices), the frequency of access to various channels of mass communication, as well as socio-demographic differentiation according to these criteria. The features of media consumption of the elderly in the Republic of Belarus have been revealed.*

**Key words:** *media literacy, criteria of media literacy, elderly people, media consumption.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье анализируются критерии медиаграмотности. На основе анализа данных социологических исследований рассмотрены следующие критерии медиаграмотности пожилых людей в Республике Беларусь: интенсивность использования различных источников информации (медиаустройств), частота обращения к различным каналам массовой коммуникации, а также социально-демографическая дифференциация по этим критериям. Выявлены особенности медиапотребления пожилых людей в Республике Беларусь.

**Ключевые слова:** медиаграмотность, критерии медиаграмотности, пожилые люди, медиапотребление.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Ежедневно человек сталкивается с огромным количеством информации. Для того, чтобы ориентироваться в этом потоке, необходимо иметь

определенные навыки, которые включает в себя медиаграмотность. Для людей пожилого возраста медиаграмотность приобретает особую значимость, поскольку они являются наиболее информационно уязвимой категорией.

Для Республики Беларусь вопрос медиаграмотности пожилых людей имеет важное значение в связи с тем, что доля лиц пожилого возраста постоянно увеличивается. По данным переписи населения 2019 года в Республике Беларусь проживало 2131,5 тыс. пожилых граждан (почти каждый пятый житель страны). По сравнению с переписью населения 2009 года численность лиц пожилого возраста увеличилась на 332 тыс. человек (на 18,5 %). Также в Беларуси увеличилась ожидаемая продолжительность жизни (+ 4 года к 2009) и составила 74,5 года<sup>1</sup>.

В 2015 году государства-члены ООН приняли Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Она предполагает создание условий и возможностей для качественной жизни всех граждан, в том числе относящихся к наиболее уязвимым группам населения, включая пожилых людей.

Государственная политика Республики Беларусь направлена на полноценное участие всех граждан во всех сферах жизни общества, на продление периода активного долголетия. В настоящее время невозможно полноценное включение в жизнь общества без постоянного повышения уровня медиаграмотности.

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ МЕДИАГРАМОТНОСТИ**

При оценке уровня медиаграмотности исследователи используют следующие критерии:

- наличие медиаустройств у населения (социально-демографическая дифференциация);
- интенсивность использования различных источников информации (медиаустройств);
- частота обращения к различным каналам массовой коммуникации;
- самооценка населением своего уровня медиаграмотности;
- восприятие информационного потока (способность ориентироваться в информационном потоке, отношение к недостоверной информации);
- частные индексы медиаграмотности [ЦИРКОН, 2015].

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В данной работе будут рассмотрены три первых критерия уровня медиаграмотности. По данным исследования, преобладающим источником информации у пожилых людей в Беларуси является телевидение (91,1 %). Важным источником получения информации являются периодические печатные издания (42,2 %), а также друзья, родственники, знакомые (41,8 %). Важно

---

<sup>1</sup> Цели в области устойчивого развития: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms\\_618481.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_618481.pdf)

отметить, что за период январь 2020 – январь 2021 не произошло значительных изменений в структуре медиапотребления пожилых людей (таблица 1).

Таблица 1. Популярность источников информации у пожилых людей в Беларуси, %

Источник информации	Популярность источника информации, %	
	январь 2020	январь 2021
Телевидение	91,4	91,1
Периодические печатные издания	47,2	42,2
Интернет-источники	24,2	29,2
Радио	21,9	21,2
Друзья, родственники, знакомые	53,7	41,8
Официальное информирование по месту работы	13,5	4

Примечание – источник: собственная разработка основе ежегодного мониторинга Института социологии НАН Беларуси в 2019-2020 гг. и 2021 г., проведенного по республиканской выборке, репрезентативного по полу, возрасту, региону проживания, типу населенного пункта (N = 2800 и N= 1796).

Таблица 2. Частота использования различных медиа пожилыми людьми в Беларуси, %

Вид медиа	Практически каждый день, %	Не реже 1-2 раза в неделю, %	Не реже 1 раза в месяц, %	Никогда, %
просмотр телевидения	97,3	8,3	0,67	1,67
чтение газет, журналов	20,3	33	15,7	30,7
прослушивание радио	23	10	7,3	58
использование Интернета	29,7	9,67	3,3	57

Примечание – источник: собственная разработка основе ежегодного мониторинга Института социологии НАН Беларуси в 2021 г., проведенного по республиканской выборке, репрезентативного по полу, возрасту, региону проживания, типу населенного пункта (N= 1796).

97,3 % пожилых людей смотрят телевидение практически ежедневно. Важно отметить, что 57 % пожилых людей никогда не пользуются Интернетом, а 58 % никогда не слушают радио (таблица 2).

По данным Национального статистического комитета Республики Беларуси, в 2019 году 41,3 % пожилых людей имели доступ в Интернет (в 2010 году – 2,3 %). Среди пожилых людей, проживающих в городах и

поселках городского типа, сетью Интернет пользовались 47 %, среди проживающих в сельской местности – 27,2 %. 62,4 % пожилых людей выходят в сеть ежедневно. Наиболее популярной целью использования сети Интернет среди людей пожилого возраста является поиск информации (91,8 %). 68,5 % пожилых людей используют Интернет для общения в социальных сетях, 66,5 % – для просмотра и скачивания фильмов, прослушивания и скачивания музыки, 50,6 % – для отправки, получения электронной почты, переговоров.<sup>2</sup>

Наиболее популярными Интернет-источниками получения информации у пожилых людей являются новостные Интернет-порталы, сайты (19,02 %). Интернет-порталы и сайты СМИ посещает только 4,9 % пожилых людей (таблица 3).

Таблица 3. Популярность Интернет-источников информации у пожилых людей в Республике Беларусь, %

Источник информации	Популярность Интернет-источников информации, %
Информационные Интернет-порталы, сайты широкой тематики	11,8
Новостные Интернет-порталы, сайты	19,02
Специализированные Интернет-порталы, сайты	4,26
Интернет-порталы, сайты СМИ (телеканалы, радио, газеты, журналы)	4,9
Социальные сети, блоги, форумы	16,7
Мессенджеры	22,6
Интернетом не пользуюсь	59,02

Примечание – источник: собственная разработка основе ежегодного мониторинга Института социологии НАН Беларуси в 2021 г., проведенного по республиканской выборке, репрезентативного по полу, возрасту, региону проживания, типу населенного пункта (N= 1796).

При анализе полученных данных были выявлены различия в предпочтениях источников информации в зависимости от типа населенного пункта проживания (при этом сильной статистической связи не выявлено). Например, телевидение смотрят 55,6 % пожилых людей, проживающих в городе, и 71,5 %

<sup>2</sup> По данным «Статистического обзора к Международному дню пожилых людей» Национального статистического комитета Республики Беларусь: [www.belstat.gov.by](http://www.belstat.gov.by).

проживающих в сельской местности. Различия были выявлены и в отношении использования интернет-источников (74,8 % - город, 56,4 % - сельская местность). В отношении таких источников информации, как радио и периодические печатные издания, различий выявлено не было.

Обнаружена значимая статистическая связь между возрастом респондентов и их предпочтениями в источниках информации. К примеру, с увеличением возраста возрастает и значимость телевидения как источника информации. И наоборот, с увеличением возраста значимость Интернет-источников снижается<sup>3</sup>. Статистически значимых различий между возрастом и использованием таких источников информации, как радио и периодические печатные издания, не выявлено (таблица 4).

Таблица 4. Популярность источников информации у населения Беларуси в зависимости от возраста, %

Источник информации	Популярность источника информации, %				
	возрастная группа				
	18-30 лет	31-44	45-59	60-75	76-98
Телевидение	29,3	48,7	77,0	91,1	94,8
Периодические печатные издания	5,0	10,8	28,0	42,0	21,6
Интернет-источники	97,1	90,1	64,1	29,2	3,1
Радио	12,5	15,1	20,0	21,2	24,0

Примечание – источник: собственная разработка основе ежегодного мониторинга Института социологии НАН Беларуси в 2021 г., проведенного по республиканской выборке, репрезентативного по полу, возрасту, региону проживания, типу населенного пункта (N= 1796).

В ходе исследования значимой статистической связи между образованием и предпочтениями в источниках информации обнаружено не было. Также не было обнаружено статистически значимых различий влияния пола на предпочтения в использовании источников информации.

Важно отметить, что пожилые люди используют телевидение как для получения информации (83,5 %), так и для отдыха или в качестве развлечения (74,2 %). Отличительной особенностью медиапотребления пожилых людей является то, что 71,2 % не используют мессенджеры, 51,7 % – не пользуются социальными сетями, 64,3 % – не слушают радио, 37,8 % – не читают газеты и журналы, а также 88,7 % не смотрят/не читают блоги и форумы в Интернете (таблица 5). Отсутствие альтернативных источников информации делает пожилых людей информационно уязвимыми.

<sup>3</sup> P=0,001, R Пир. = 0,48, V Крамера = 0,49, доверительный уровень = 95%



Таблица 5. Цели использования пожилыми людьми различных медиа, %

Цели использования медиа	Телевидение	Газеты, журналы	Радио	Социальные сети	Блоги, форумы в Интернете	Мессенджеры (Viber, Skype, WhatsApp, Telegram и др.)
Для получения информации	83,5	49,4	20,8	9,7	7,7	5,6
Для работы, профессиональной деятельности	7	4,4	1,3	0,7	1,5	1,5
Для отдыха, в качестве развлечения	74,2	29,8	25	10,1	1,8	4,3
Для обучения, самореализации	8,8	7	1,5	3,7	3,8	3,8
Для общения	6,7	1,9	2,3	20,0	3,3	26
Не использую	3,2	37,8	64,3	51,7	88,7	71,2

Примечание: Источник – собственная разработка на основе ежегодного мониторинга Института социологии НАН Беларуси в 2019-2020 гг., проведенного по республиканской выборке, репрезентативного по полу, возрасту, региону проживания, типу населенного пункта (N = 2800).

## ВЫВОДЫ

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

- в структуре медиапотребления пожилых людей в качестве основного источника информации преобладает телевидение;
- наличие только одного основного источника информации делает пожилых людей в Республике Беларусь наиболее информационно уязвимой категорией;
- за период январь 2020 – январь 2021 не произошло значительных изменений в структуре медиапотребления пожилых людей;
- наиболее популярными Интернет-источниками получения информации у пожилых людей являются новостные Интернет-порталы, сайты (19,02 %);
- количество пожилых людей, имеющих доступ в Интернет постоянно увеличивается;
- наличие доступа в Интернет зависит от типа населенного пункта проживания (среди пожилых людей, проживающих в городах и поселках городского типа, сетью Интернет пользовались 47 %, среди проживающих в сельской местности – 27,2 %);
- наиболее популярной целью использования сети Интернет среди людей пожилого возраста является поиск информации (91,8 %);

- существуют различия в предпочтениях пожилыми людьми источников информации в зависимости от типа населенного пункта проживания;
- существует значимая статистическая связь между возрастом пожилых людей и предпочтениями в источниках информации.

В связи с увеличением доли пожилых людей в структуре населения Республики Беларусь важной задачей является повышение качества их жизни. Повышение уровня медиаграмотности влечет за собой и повышение качества жизни пожилых людей. Необходимо учитывать вышеизложенные данные при разработке программ повышения уровня медиаграмотности пожилых людей для достижения их наибольшей эффективности.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Уровень медиаграмотности населения РФ: текущее состояние и перспективы изменения (на основе всероссийского мониторинга медиаповедения). *Исслед. группа «ЦИРКОН»*. <http://www.zircon.ru/publications/sotsiologiya-smi-i-massovykh-kommunikatsiy> – [Дата доступа: 09.06.2021].



Наталья Зычкова\*,  
Владимир Милькаманович\*\*,  
Ольга Харевич\*\*\*

## ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ИНТЕРНАТЕ, В УСЛОВИЯХ ИЗОЛЯЦИИ В СВЯЗИ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

### *Experience of social, medical, psychological and pedagogical readaptation of elderly people living in a boarding school in isolation due to the COVID-19 pandemic*

\* Владимир Милькаманович Белорусский государственный университет ORCID: 0000-0003-4962-0860

\*\* Наталья Зычкова ГУ «Дом-интернат для пенсионеров и инвалидов» ORCID: 000-0002-8979-7188

\*\*\* Ольга Харевич ГУ «Дом-интернат для пенсионеров и инвалидов» ORCID: 000-0003-2498-2446

#### **ABSTRACT**

*The article presents the experience of social rehabilitation of elderly people living in a boarding school, in conditions of isolation in connection with the COVID-19 pandemic. Due to isolation in connection with the COVID-19 pandemic, older people living in a boarding school disrupt their established and habitual living conditions, break existing social ties and relationships (for example, with attendants, relatives, close people, acquaintances from other rooms and departments of the boarding school ) and the social environment changes with varying degrees of depth. The main socio-medical, socio-psychological and socio-pedagogical directions of social rehabilitation are presented and disclosed.*

**Keywords:** *COVID-19 pandemic, elderly people, social rehabilitation, boarding school.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье представлен опыт социальной реадaptации пожилых людей, проживающих в интернате, в условиях изоляции в связи с пандемией COVID-19. В силу изоляции в связи с пандемией COVID-19 у пожилых людей, проживающих

в интернате, нарушаются устоявшиеся и привычные условия жизнедеятельности, рвутся сложившиеся социальные связи и отношения (например, с обслуживающим персоналом, родственниками, близкими людьми, знакомыми из других комнат и отделений интерната) и с разной степенью глубины меняется социальное окружение.

Представлены и раскрыты основные социально-медицинские, социально-психологические и социально-педагогические направления социальной реадaptации.

**Ключевые слова:** пандемия COVID-19, пожилые люди, социальная реадaptация, интернат.

## ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день весь мир охвачен пандемией COVID-19. И если для медицинских работников уже существуют ясные и четкие инструкции, то для специалистов социальной сферы единого принципа и конкретных рекомендаций пока не выработано.

Цель нашего исследования – передать специалистам по социальной работе свой опыт социальной работы с пожилыми и старыми людьми, проживающих в доме-интернате для пенсионеров и инвалидов г. Минска, в условиях изоляции в связи с пандемией COVID-19. Представлены и раскрыты основные социально-медицинские, социально-психологические и социально-педагогические направления их социальной реадaptации.

Дом-интернат работает в режиме изоляции вахтовым методом. Почти повсеместно жестко ограничены визиты родственников и волонтеров, а также выходы пожилых людей в город. Ухаживающий персонал заходит на работу на 14 суток, предварительно сдавая тест на коронавирус.

В доме-интернате усилены мероприятия по противодействию распространения COVID-2019. Действуют запреты на проведение культурно-массовых мероприятий. Усилены санитарно-эпидемиологические меры. Проводится дезинфекция учреждений. Ведется постоянный контроль над здоровьем пожилых людей, пациентов с хроническими заболеваниями. Организуются посвященные COVID-19 информационные собрания для постояльцев с целью повышения их осведомленности о вирусе, вызываемой ими болезни и профилактических мерах.

Также контролируется состояние сотрудников: при входе в учреждения у всех измеряется температура тела, используются антисептики для дезинфекции рук. При выявлении у работников признаков респираторной инфекции они незамедлительно направляются в медицинскую организацию или домой для вызова врача. Персонал носит маски, перчатки, периодически протирает все поверхности, дверные ручки и поручни хлорсодержащими растворами. В учреждениях сформирован необходимый запас средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств и медикаментов. Разработаны так называемые

карты маршрутизации для каждого сотрудника, чтобы исключить в учреждении пересечение потоков. Для персонала организованы санитарные пропускные пункты, есть карантинные зоны.

В столовых расставлены столы и рассаживание проживающих таким образом, чтобы между ними оставалось порядка двух метров.

Передачи от родных в целях безопасности запрещены, кроме подгузников для инвалидов I и II групп. На входе в дом-интернат стоит столик, где посылку обрабатывают антисептиком. Каждый день на медицинских постах дежурят медсестры, которые контролируют график проветривания помещений. Каждые три часа обрабатываются поверхности: ручки дверей, перила, поручни, кнопки лифтов. В учреждениях проводятся противоэпидемические мероприятия в соответствии с требованиями санитарных норм и правил.

## **ТРУДНОСТИ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЮТСЯ ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ АДАПТАЦИИ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ СУЩЕСТВОВАНИЯ И ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Жизнь проживающих в интернате пожилых людей в силу изоляции в связи с пандемией COVID-19 кардинально изменилась. Возникла реальная угроза нарушения привычных условий жизнедеятельности, разрушения устоявшихся социальных связей и отношений (с обслуживающим персоналом, родственниками, близкими людьми, знакомыми из других комнат и отделений интерната).

Для них характерен более высокий уровень риска неблагоприятных исходов и инфекционных заболеваний в связи с постоянным пребыванием в замкнутом пространстве с другими людьми. В силу этого обстоятельства для обеспечения защиты здоровья постояльцев, персонала должны приниматься особые меры предосторожности.

### ***Главная задача социальной реадaptации в интернатных условиях***

В сложившихся обстоятельствах каждому пожилому человеку необходимо не только, адекватно приспособиться к новым условиям существования, но и поддержать свои физические, эмоциональные и психологические ресурсы.

## **СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКАЯ РЕАДАПТАЦИЯ**

Объектом социально-медицинской реадaptации выступали лица, страдающие хроническими заболеваниями, а также имеющие инвалидность.

У данной категории граждан социально-медицинская реадaptация включала в себя восстановительную терапию, формирование у подопечных обновленных навыков полноценной жизни и помощь по организации быта.

Социально-медицинская реадaptация в условиях карантина решалась комплексно, с учётом всех её аспектов, с участием врачей и среднего медицинского персонала различного профиля (физиотерапия, массаж, ЛФК и др.) и специалистов других отраслей (психолога, юриста, специалиста по социальной работе и др.).

Особое внимание уделялось доступности реадaptации для всех, кто в ней нуждался. На каждого подопечного была сформирована индивидуальная программа социально-медицинской реадaptации с учетом особенностей болезни и реакции подопечного на эти мероприятия. Основным координатором реадaptационного социально-медицинского процесса был врач.

### ***Медико-социальная помощь при вторичной и третичной профилактике инвалидизирующего заболевания и инвалидности***

Работа с подопечными больными людьми осуществлялась преимущественно в индивидуальной форме. Она проводилась во время обычных визитов или в специально выделенное для этого время.

Например, при измерении артериального давления подопечный получал советы относительно тех персональных рисков для здоровья, которые влияют на его повышение (потребление алкоголя и соли, ожирение, недостаточная физическая активность).

### ***Медико-социальная помощь по повышению физической активности больных людей***

В условиях снижения социальной активности постояльцев особое внимание уделяется физической активности. Выражение нашего белорусского профессора Эдуарда Иосифовича Зборовского: «Есть закон для всех болот, что не движется – гниет!», актуально всегда.

Главной задачей специалиста по социальной работе в период изоляции и вынужденной гиподинамии было убедить пожилого человека с инвалидизирующим заболеванием (инвалидностью) в необходимости постоянного поддержания достаточной физической активности, ознакомить с основными приемами самоконтроля при физических тренировках.

Специалист по социальной работе во время во время обычных визитов или в специально выделенное время:

- обсуждал вопросы физической активности с подопечными (риск для здоровья, связанный с недостаточной физической активностью, взаимодействие их с другими факторами риска, пользу для здоровья регулярной физической активности);
- мотивировал повышение уровня физической активности путем включения физических упражнений в повседневную жизнь;

- спрашивал подопечных об их физической активности во время досуга, выясняя: «Сколько раз в неделю он выполняет какую-нибудь физическую нагрузку (включая ходьбу), которая длится 30 минут или более? Какая нагрузка была бы для него достаточно тяжелой, чтобы сбилось дыхание или участился пульс?»;
- определял тех больных людей с инвалидностью, которые нуждаются в изменении образа жизни, и мотивировал их увеличивать или поддерживать физическую активность, необходимую для нормального функционирования сердечно-сосудистой системы;
- помогал подопечным разрабатывать личные планы для программы по физической активности, советовал им относительно выбора соответствующего типа и уровня физической нагрузки, которая бы подошла к их повседневной жизни, возрасту, тренированности, состоянию здоровья, не была бы травматичной и не имела бы обратного эффекта;
- давал рекомендации по постепенному увеличению уровня физической нагрузки до оптимального с точки зрения продолжительности, частоты и интенсивности;
- наблюдал за подопечными, которым был дан совет по повышению физической активности.

Инструктора по адаптивной физической культуре проводят занятия с подопечными. Некоторые проживающие могут выполнить самостоятельно упражнения (например, для кистей рук и с помощью тренажеров, например, используют су-джок мячик).

Использование имеющихся тренажеров помогает не только разнообразить досуг но и восстановить например, чувствительность.

Игры для проживающих — это еще и в некотором роде модель окружающего мира, важный способ общения. Особенно популярны шашки, шахматы, домино.

Создание на территории интерната различных зон, например «Территория терренкур», где можно подопечным совершать пешие прогулки и заниматься скандинавской ходьбой. Они не только создают хорошее настроение, но и укрепляют здоровье, помогают поддерживать тело в тонусе.

Всегда открыты двери и в общие игровые комнаты, которые каждые 30–45 минут проветривают и обрабатывают дезинфицирующими средствами. Здесь жильцы с удовольствием рисуют, лепят из пластилина, занимаются другими доступными им видами рукоделия. Тем самым они могут реализовать свои творческие наклонности, развивают моторику. Лучшие поделки участвуют в конкурсе, например, «Карантин нам нипочем».

Несмотря на то, что учреждение работает в режиме полной изоляции, жильцы с помощью медицинских работников, инструкторов по трудовой терапии сами ухаживают за территорией. Работа на свежем воздухе для тех, кому это по силам, является не только трудотерапией, но и возможностью почувствовать свою востребованность, ощутить радость.



Никто не отменял и ежедневные прогулки на свежем воздухе. В каждом отделении есть свой уютный дворик с благоустроенными беседками, так что подопечные разных отделений не пересекаются.

В интернате можно проявить себя в мини-футболе, волейболе, скандинавской ходьбе. Все спортивные игры, занятия и прогулки организованы так, чтобы жители соблюдали необходимую социальную дистанцию

### ***Медико-социальная помощь при уходе за больным человеком***

Профессиональный высококвалифицированный медико-социальный уход и постоянная работа с мало- и немобильным больным человеком позволяет намного облегчить его состояние и улучшить качество жизни, предотвратить вероятные осложнения и обеспечить максимальный эффект от лечения и реабилитации.

Главная задача специалиста по социальной работе заключалась в поощрении желания подопечных делать то, что они по мере своих сил и возможностей могут выполнять по уходу за собой. Тогда они начинают чувствовать себя лучше и восстанавливаются намного быстрее.

Специалист по социальной работе стал наставником больного человека в его самоуходе. Он всегда при необходимости помогал клиенту умыться, принять пищу, осуществить естественные отправления и др. Однако, при этом максимально поощрял своего подопечного и способствовал ему быть самостоятельным настолько, насколько это возможно.

## **СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАДАПТАЦИЯ**

Социально-психологическая реадaptация проживающих в интернате людей пожилого и старческого возраста была направлена на сохранение их прежних социальных связей и возможную социально-психологическую поддержку. Основным координатором реадaptационного социально-психологического процесса был психолог дома-интерната.

Период вынужденной изоляции поставил задачу поддержания общения постояльцев с близкими, волонтерами. К инновационным аспектам работы в доме-интернате стало внедрение новых форм работы – онлайн-форматов. Применение онлайн-форматов во время изоляции позволяет поддерживать отношения постояльцев с родственниками, волонтерами по видеосвязи с помощью средств мобильной связи, использование мессенджеров.

Постояльцы, в том числе и с помощью родных, обеспечены мобильными телефонами и другими средствами связи для доступной им формы общения. Кто сам не может использовать средства видеосвязи, в этом помогают сотрудники учреждения.

В компьютерном классе организована связь по Skype с родственниками. Использование современных средств видеосвязи позволяет организовать линию доверия. Каждый обратившийся может получить полную информацию о

своим близком человеке, а также необходимую психологическую поддержку, консультацию врачей, администрации.

Средства видеосвязи позволяют в комнатах проживания демонстрировать картины художников, посмотреть видео-экскурсии, позитивное видео с картинами природы, виртуально побывать в других странах мира, квест-игры – все это внесло разнообразие.

Поинтересоваться здоровьем близких людей и пригласить их к аппарату можно также, позвонив на пост отделения. Номера телефонов есть на сайте учреждения в организации досуговой жизни.

Специалист по социальной работе в период изоляции действует как постоянный и объективный помощник пожилого человека, вдохновляя его использовать все свои функциональные возможности, помогает ему распознать и увидеть сильные стороны своей личности.

Главной целью помощи при психологическом консультировании была коррекция психического состояния подопечного для реадaptации к изменившейся жизненной ситуации.

Реедaptационная работа проводилась в форме информирования и консультирования с особым акцентом на становление мотиваций и стимулирование собственной активности подопечного.

Свое взаимодействие с клиентами специалист по социальной работе во время обычных визитов или в специально выделенное время осуществлял по следующей схеме:

- достичь осознания подопечным взаимосвязи между его поведением и здоровьем;
- добиться доверительного сотрудничества;
- получить от подопечного заверения, что он готов изменить свой образ жизни;
- помочь разработать план изменения поведения;
- помочь подопечному преодолеть барьеры, вставшие у него на пути к изменению своего образа жизни;
- следить за прогрессом, посредством последующих контактов.

## **СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАДАПТАЦИЯ**

Социально-педагогическая реадaptация подопечных предполагала организацию мер педагогической помощи в их социализации. В условиях карантина особенно важен этот компонент при реадaptации лиц с ограниченными возможностями. Обучение этих подопечных было направлено на овладение стандартными схемами поведения и взаимодействия, на освоение своего окружения и полноценного существования в нем.

Специалист по социальной работе обеспечивал пожилого человека обучающей информацией и помогал в выработке навыков, необходимых для достижения независимости.

В основе помощи при педагогическом консультировании лежали такие педагогические методы, как сообщение, разъяснение, показ и требование к определенным действиям подопечного.

Обучение складывалось из таких действий, как подражание, дословное или смысловое восприятие и повторение, воспроизведение, тренировка, упражнение по стандартам и правилам.

Специалист по социальной работе выбирал из общего набора методов те, которые наиболее способствовали решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения.

Несмотря на пандемию и изменившийся режим работы дома-интерната, делается все необходимое, чтобы сохранить качество жизни постояльцев, благодаря трепетному отношению и разносторонней работе всего персонала, направленной на различные аспекты жизни.

Таким образом, четкое соблюдение санитарных норм, активное внедрение современных форм социально-медицинской и психолого-педагогической реадaptации во время изоляции позволило не нарушить привычный ритм жизни проживающих в доме-интернате пожилых людей.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. В Минздраве рассказали о способах сохранения здоровья во время режима самоизоляции. <https://www.m24.ru> – [Дата доступа: 06.12.2021].
2. Мельникова Н.В. (2020), Изоляция не помеха! *Социальное обслуживание*, 7, 115 – 117.
3. Оленская Т.Л., Астапенко В.Н. (2020), Профилактика развития и прогрессирования, основных гериатрических синдромов у лиц старшего возраста в период самоизоляции: акцент на онлайн-адаптивную физическую культуру. *Врач*, 6, 69-72.
4. Чистенко Г.Н. (2020), Коронавирусная инфекция. *Мир медицины*, 2, 8–9.

Анастасия Калинина\*,  
Тереза Ачинович\*\*

## ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ТРЕВОЖНЫЕ СИМПТОМЫ И СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

### *Depression in the elderly: anxiety symptoms and ways to overcome*

\* Белорусский государственный университет ORCID: 0000-0002-5011-890X

\*\* Белорусский государственный университет ORCID: 0000-0002-0841-0421

#### **ABSTRACT**

*The article examines the factors and causes of depression in the elderly, including the situation of the COVID-19 pandemic. The symptoms of depression (depressed mood, anhedonia, increased fatigue, etc.), atypical manifestations and masks of depression, clinical features, the course of depression in old age are described. The objective and subjective methods of diagnosing depressive disorders are presented. Helping older people with depression requires an integrated approach: combining drug therapy and psychotherapy with improved quality of life and social support.*

**Key words:** *depression, symptoms, diagnosis, drug therapy, antidepressants, psychotherapy, social support, elderly people.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассматриваются факторы и причины депрессии у пожилых людей, включая ситуацию пандемии COVID-19. Описываются симптомы депрессии (подавленное настроение, ангедония, повышенная утомляемость и др.), атипичные проявления и маски депрессии, клинические особенности протекания депрессии в пожилом возрасте. Приводятся объективные и субъективные методы диагностики депрессивных расстройств. Для оказания помощи пожилым людям, страдающим депрессией, необходимо использовать комплексный подход: сочетание лекарственной терапии и психотерапии с улучшением качества жизни и социальной поддержки.

**Ключевые слова:** депрессия, симптомы, диагностика, лекарственная терапия, антидепрессанты, психотерапия, социальная поддержка, пожилые люди.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Депрессия как заболевание, по данным Всемирной организации здравоохранения, занимает одно из пяти первых мест по распространенности всех заболеваний среди населения. Ей подвержены люди всех возрастов и социальных статусов. В связи с тем, что доля пожилых в общем количестве населения растёт (более 20% населения Республики Беларусь составляют люди старше трудоспособного возраста), почти четверть всех случаев депрессии приходится на пожилой возраст (Катаргина, 2016).

## **ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Традиционно считается, что в основе депрессии лежат личностные конституциональные факторы, а триггерами – негативные жизненные события. От развития депрессии защищают психологические факторы, составляющие социальную поддержку, которая включает благоприятное семейное окружение, профессиональную занятость, материальную обеспеченность, религиозную убежденность, позитивное восприятие жизненных событий и т.д. Именно взаимодействием этих факторов определяется, разовьется у человека депрессия или нет. Этим также объясняется, почему у одних людей развивается депрессия даже при отсутствии негативных жизненных событий, а у других даже тяжелые жизненные испытания не всегда приводят к депрессии.

В последний год в связи с пандемией количество депрессивных расстройств значительно выросло. Пожилые люди подвергаются значительно большему риску смерти и тяжелого заболевания после инфицирования COVID-19. В условиях недостатка лекарственных средств и необходимого медицинского оборудования для лечения COVID-19 пожилые люди сталкивались с возрастной дискриминацией при принятии решений о медицинском обслуживании, направлении в медучреждение и спасательной терапии. Потеря близких, одиночество, страх смерти, длительные периоды изоляции и одиночества в условиях карантина, отсутствие социальной поддержки приводят к состоянию повышенной тревоги и депрессии.

В пожилом возрасте происходят физиологические и психологические возрастные процессы, к которым человеку необходимо адаптироваться. Изменяется социальный, профессиональный статус в связи с выходом на пенсию, становится труднее справляться с повседневными задачами из-за снижения познавательных процессов (нарушается память, внимание), ухудшается зрение, слух, координация движений, происходит повышение энергетических затрат на то, что раньше давалось легко, заостряются черты характера, становится трудно принимать новое, снижается уровень самоуважения. Появляется ощущение, что становишься обузой для своих родственников, что несостоятелен в профессиональной деятельности, что одинок и никому такой не нужен.

Влияние генетической предрасположенности менее значимо для развития депрессии у лиц пожилого возраста по сравнению с депрессией, начинающейся в молодом и зрелом возрасте. Число негативных жизненных событий (хронических социальных стрессоров) со временем накапливается. Жизнь пожилого человека полна утрат. Исследования показывают, что у овдовевших лиц старше 60 лет депрессивные расстройства встречаются в 9 раз чаще, чем у живущих в браке. У одиноких пожилых людей депрессивные симптомы сохраняются годами. Утрата значимых лиц, профессиональная незанятость, уход детей из семьи приводят к одиночеству, изоляции, и, в итоге, к значимой редукции социальной поддержки. Наиболее существенным стрессорным фактором является ухудшение физического здоровья. Физическое недомогание в пожилом возрасте приводит к пессимистической оценке будущего, нарушение сенсорных функций (ухудшение зрения, слуха) снижает коммуникативные возможности, усугубляет изоляцию, утрата способности самообслуживания делает пожилого зависимым. В целом, чем тяжелее инвалидизация человека, тем более вероятно появление у него депрессивных симптомов.

## СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ

Депрессия (от лат. *deprimo* — «давить», «подавить») — психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и так далее), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами (Депрессия, 2021).

Депрессивные симптомы разделяются на типичные (основные) и дополнительные. При наличии депрессии, согласно МКБ-10, должны присутствовать два основных симптома и не менее трёх дополнительных (Михайлова, 2004).

К типичным (основным) симптомам депрессии относятся:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- утрата способности радоваться, интересоваться чем-либо, испытывать удовольствие (ангедония);
- повышенная утомляемость и снижение энергии, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца).

Дополнительные симптомы депрессии включают:

- заниженную самооценку, ослабление уверенности в себе;
- самоупреки, самоуничижение;
- чрезмерное или неадекватное чувство вины;

- трудности концентрации, сосредоточения внимания, сомнения, колебания, нерешительность;
- повторяющиеся мысли о смерти, нежелании жить, суицидальные мысли и намерения;
- объективные признаки психомоторной заторможенности или тревожного возбуждения (ажитация);
- нарушение сна и аппетита.

При постановке диагноза у пожилых людей важно учитывать особенности проявлений депрессии, обусловленные поздним возрастом и затрудняющие выявление этих расстройств. Во-первых, в гериатрической практике наиболее часты неглубокие депрессии, умеренно выраженные и легкие, но их симптомы труднее и выявлять и интерпретировать, то есть сама степень выраженности клинических проявлений депрессии в этих случаях затрудняет их своевременное выявление и не способствует однозначному толкованию. Во-вторых, трудности распознавания депрессии у лиц пожилого возраста связаны с тем, что пожилые люди рассматривают депрессию не как болезнь, а как психологическую проблему. В-третьих, по данным ВОЗ, половина пожилых депрессивных пациентов в общесоматической практике страдают маскированной депрессией, которая протекает атипично и не всегда распознается вовремя.

Атипичные проявления депрессии – это отсутствие в ряде случаев жалоб на сниженное настроение или фиксация пациента на возбудимости или тревожности, а не на сниженном настроении. Для пожилых пациентов характерна большая фиксация на проявлениях соматических заболеваний, чем на особенностях своего настроения. Особого внимания заслуживают жалобы на хроническую боль – одну из наиболее частых “масок” депрессии. Сочетание депрессии и хронических болевых синдромов довольно распространено. Боль приводит к депрессии, а депрессия – к развитию боли, в т. ч. обусловленной снижением болевого порога.

При установлении диагноза депрессии в пожилом возрасте необходимо тщательное обследование т.к. под маской депрессии могут быть различные соматические заболевания. Например, при раке поджелудочной железы начальные проявления (до установления диагноза) появляется подавленность, утрата интересов, суицидальные мысли, нарушение сна. Депрессивные расстройства могут быть единственными симптомами железодефицитной анемии, дефицита витамина В12 (с анемией или без неё). Первыми проявлениями сахарного диабета могут быть тревога, подавленность. Гипотиреоз может проявляться сниженным настроением, адинамией, увеличением веса.

Л.Н. Юрьева, Т.И. Шустерман описывают клинические особенности протекания депрессии в пожилом возрасте:

- депрессивные симптомы часто воспринимаются как признаки нормального старения;
- пожилые люди реже жалуются на плохое настроение и грусть, чаще — на плохое физическое состояние, бессонницу, ухудшение памяти, нарушение аппетита;

- часто выражена тревога, тоска, страх, ипохондрические и тревожно-бредовые синдромы;
- аффективные изменения сопровождаются апатией, вялостью, недовольством, раздражительностью, ворчливостью, чувством незаслуженной обиды;
- преобладают признаки астенической депрессии с гиперестезией, раздражительной слабостью, повышенной истощаемостью, слезливостью, малодушием;
- нарушения сна: преобладает прерывистый ночной сон и раннее пробуждение с плохим самочувствием утром;
- наблюдаются когнитивные нарушения: слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться;
- выраженные вегетативные симптомы: шум и звон в ушах, головная боль, головокружение (Юрьева, Шустерман, 2019).

### **ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Для экспресс-диагностики депрессии у пожилых людей целесообразно использовать гериатрическую шкалу депрессии, которая состоит из четырех вопросов:

- Вы в основном довольны своей жизнью?
- Вы чувствуете, что ваша жизнь пустая?
- Вы боитесь, что должно произойти что-то плохое?
- Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?

Два и более негативных ответа на вопросы шкалы указывают на вероятность депрессии. (Юрьева, Шустерман, 2019).

Для выявления депрессивной симптоматики наиболее широко применяются: Шкала Бека для оценки депрессии, Шкала Цунга для самооценки депрессии. Эти шкалы заполняются самими пациентами и являются субъективными. Шкала Гамильтона для оценки депрессии и Шкала Маннтгомери-Асберг для оценки депрессии чаще используются для оценки тяжести и динамики депрессивного расстройства. Заполняются они исследователями и потому называются объективными.

### **ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ, СТРАДАЮЩИМ ДЕПРЕССИЕЙ**

Для оказания помощи пожилым людям, страдающим депрессией, необходимо использовать комплексный подход: сочетание лекарственной терапии и психотерапии с улучшением качества жизни и социальной поддержки.

Основные задачи терапии депрессивных расстройств — это купирование депрессивной симптоматики, предотвращение рецидивов и восстановление социального функционирования (Юрьева, Шустерман, 2019).



Первым этапом в лечении депрессивных пациентов пожилого возраста является объяснение больным и их родственникам того, что депрессия – это заболевание, а не слабость характера, лень, признак старости.

Наиболее важную роль в медикаментозном лечении депрессии у пожилых людей играет прием антидепрессантов. К ним относят лекарственные средства, способные повлиять на уровень нейромедиаторов в организме, в том числе — на количество серотонина и дофамина.

Антидепрессанты выполняют следующие задачи:

- купируют признаки депрессивного состояния,
- устраняют нарушения когнитивного типа,
- препятствуют дальнейшему разрушению нервной системы,
- улучшают физическое состояние больного,
- заметно повышают качество его жизни.

Некоторые препараты имеют сильные побочные эффекты; рекомендуется избегать взаимодействия сильных антидепрессантов с рядом других медикаментов. Дозировку, а также длительность приема лекарств должен назначать лечащий врач с учетом характера заболевания и индивидуальных особенностей организма.

Поддерживать медикаментозную терапию можно натуральными антидепрессантами. К ним относят настойки и отвары из трав: мяты, Melissa, розмарина, пустырника. Они не только способствуют улучшению самочувствия человека, но и не наносят вред организму.

Психотерапия — это методика вербального воздействия на психику человека в лечебных целях. Ее результатом является устранение депрессивного состояния посредством собственных усилий пациента и его контролем над своими эмоциями.

Психотерапия у пожилых людей имеет свои трудности и преимущества, связанные с возрастными изменениями психики. Применение современной психофармакотерапии требует особого внимания и осторожности. Вместе же они позволяют эффективно бороться с депрессивными расстройствами в преклонном возрасте.

К основным видам психотерапии, применяющимся на этапах организации гериатрической помощи, относят когнитивно-поведенческую психотерапию, экзистенциальную, клиент-центрированную терапию, интерперсональную (межличностную), семейную, арт-терапию, релаксирующие методики, аутогенную тренировку, медитацию и др. К менее известным методам относятся терапия воспоминаниями, терапия, направленная на решение социальных проблем, ролевая терапия и другие, в большинстве своём эклектичные варианты психотерапии депрессии.

Лечебные мероприятия должны направлять пациента на получение удовольствия. Необходимо поощрять пожилых людей устанавливать новые социальные отношения и восстанавливать старые, а также возродить или завести новые интересы к играм, домашней деятельности и церкви. Благотворное

действие оказывает активное участие во взаимопомощи и жизни других людей. Важно подчеркивать прошлые достижения и положительные взаимодействия, успокаивать и вселять надежду, постепенно изменяя мотивации от стремления к смерти на желание жить.

Улучшение качества жизни и изменение жизненных условий должно включать:

- Нахождение «опоры» в семье, общении, увлечениях;
- Побуждение к социальной активности, новым знакомствам, поддержанию старых дружеских отношений;
- Поиск новых хобби;
- Определение новых целей в жизни, осмысление всего жизненного опыта;
- Принятие своей новой социальной роли;

Во многом успех лечения депрессии зависит от поддержки и помощи близких людей.

Важно обеспечить все условия для пожилых людей, в которых они будут ощущать душевный и эмоциональный комфорт. Постоянное общение, прогулки на воздухе, внимание и участие, разнообразные развлечения – все это направлено на стабилизацию психологического состояния пожилых людей и возвращение к полноценной и разнообразной жизни.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Депрессия <http://hosp6.ru/20-patients/399-depressiya> – [Дата доступа: 06.12.2021].
2. Катаргина Е. Л. (2016), Депрессия в пожилом возрасте. <https://moks.by/content/depressia-v-pozilom-vozraste> – [Дата доступа: 06.12.2021].
3. Михайлова Н.М. (2004), Депрессии в позднем возрасте. *Русский медицинский журнал*, 14, 835.
4. Юрьева Л.Н., Шустерман Т.И. (2019), Проблема диагностики и терапии депрессии у лиц пожилого возраста. *Міжнародний неврологічний журнал*, 3 (105), 48-51.



Наталья Красовская

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЖИЗНЬЮ У МОЛОДЕЖИ И СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ В СЕМЬЕ

### *The interconnection between value orientations and life satisfaction among young people and the older generation in the family*

\* Белорусский государственный университет ORCID: 000-0003-2080-6397

#### **ABSTRACT**

*The article deals with the problem of the relationship between value orientations and life satisfaction among representatives of the older and younger generations in the family.*

*The analysis of the relationship between generations was carried out, the leading values for young people and the elderly were identified, the level of life satisfaction for each age category was determined, the relationship between human values and the level of life satisfaction was determined and practically proved, the features of the obtained correlations were analyzed.*

**Key words:** *youth, elderly people, intergenerational interaction, value orientations, life satisfaction.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрена проблема взаимосвязи ценностных ориентаций и удовлетворенности жизнью у представителей старшего и младшего поколений в семье.

Проведен анализ взаимоотношений между поколениями, выявлены ведущие ценности для молодежи и пожилых людей, определен уровень удовлетворенности жизнью у каждой возрастной категории, определена и практически доказана взаимосвязь между ценностями человека и уровнем удовлетворенности жизнью, проанализированы особенности полученных корреляционных взаимосвязей.

**Ключевые слова:** молодежь, пожилые люди, взаимоотношения поколений, ценностные ориентации, удовлетворенность жизнью.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Социальное взаимодействие между поколениями является одним из существенных факторов развития и функционирования общества, поддержания его стабильности в настоящем и будущем благодаря механизмам межпоколенной преемственности.

Однако в современных условиях дифференциация между поколениями стала более заметной. На это повлияли такие процессы как развитие рыночных отношений, совершенствование и усложнение информационных технологий. В таких условиях жизни затрудняется взаимодействие между поколениями, что может и привести даже к разрыву между ними.

Одним из значительных факторов в отдалении поколений является смена ценностей пожилых людей и молодежи, в связи с этим утрачивается связь не только с культурой в общем, но и семейными традициями, в частности. Полагают, что урбанизация в какой-то степени повлияла на этот процесс, оставила свой отпечаток в разрушении вековых традиций народа, изменении уклада жизни наших предков, что и привело к изменению отношения к культуре старшего поколения, его ценностям и идеалам.

Проблема взаимоотношений поколений обусловлена тем, что та культура, на которой воспитано одно поколение, будет пусть и не полной противоположностью, но покажется непонятной для другого поколения. Новые поколения действуют, исходя из «наследства» от всех предшествующих поколений, однако отношение к этому наследству весьма избирательно. Они принимают и развивают в нем только то, без чего невозможны дальнейшее их собственное существование и развитие, и отрицают то, что, с их точки зрения, уже устарело и утратило всякий смысл.

Семья является именно тем возможным выходом из данной ситуации. Когда наблюдается разрыв связей между поколениями, она обеспечивает трансляцию ценностей и культуры через семейные традиции и связь поколений. В результате исторической и культурной преемственности каждое новое поколение людей для осуществления своей деятельности овладевает достижениями предшествующих поколений, но каждое новое поколение берет от предыдущего лишь то, что полезно для него в изменившихся условиях, а также оно вносит и свой собственный вклад в развитие следующих поколений.

Важным условием трансляции ценностей является установление «диалога» между поколениями. Только при таком условии можно найти общий язык, понять, проникнуться системой ценностей, уважением друг к другу и преодолеть отчуждение и стереотипы. В этом случае важно осознать общечеловеческие ценности, близкие по смыслу идеи. Система ценностей человека является «фундаментом» его отношения к миру.

Изменение отношений и взаимодействий между поколениями, утрата связи с культурными и моральными ценностями и нормами связаны напрямую и с удовлетворенностью жизнью.

Когда у человека крепкая дружная семья, интересная работа, насыщенная жизнь, он чувствует себя счастливым, он удовлетворен своим состоянием и жизнью в целом. Удовлетворенность это субъективная оценка условий жизни и деятельности человека, отношений с людьми, самих людей, в том числе и самого себя. Одними из наиболее важных факторов удовлетворенности жизнью выступают смысложизненные ориентации, ценностные ориентации, установки в отношении себя.

При этом у представителей различных поколений различны как ценностные ориентации, так и оценки своей удовлетворенности жизнью. Именно поэтому целью работы стало выявление взаимосвязи ценностных ориентаций и удовлетворенности жизнью у представителей старшего и младшего поколений в семье.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для достижения поставленной цели было организовано и проведено исследование на базе «Университета третьего возраста» г. Минска.

В исследовании приняли участие 94 человека в возрасте от 14 до 78 лет, по два представителя разных поколений от одной семьи.

Для исследования ценностей поколений была выбрана методика «Опросник терминальных ценностей (ОТеЦ)» И.Г. Сенина (Сенин, 1991).

Для оценки уровня удовлетворенности жизнью была использована методика «Индекс жизненной удовлетворенности», адаптированная Н.В. Паниной (Панина, 1993). Опросник отражает общее психологическое состояние человека, степень его психологического комфорта и социально-психологической адаптированности.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

При анализе результатов, полученных в процессе исследования ценностей, было выявлено, что значимыми ценностями для старшего поколения являются:

Сохранение собственной индивидуальности – 21%;

Достижения – 21%;

Креативность – 17%;

Развитие себя – 17%;

Высокое материальное положение - 14%.

Менее значимыми ценностями для пожилых являются:

Собственный престиж – 4%;

Социальные контакты – 4%;

Духовное удовлетворение – 2%.

Из анализа представленных данных можно сделать вывод, что пожилые люди стремятся к повышению и укреплению своего материального положения,

к достижениям, развитию себя, сохранению собственной индивидуальности и стараются вносить в свою деятельность элементы креатива. Такие люди часто бывают убеждены в том, что материальный достаток является главным условием жизненного благополучия. Высокий уровень материального благосостояния для них часто оказывается основанием для развития чувства собственной значимости и повышенной самооценки. Стремятся избегать стереотипов и стараются разнообразить свою жизнь. Стремятся к самосовершенствованию, стараются в жизни добиваться наиболее полной реализации своих возможностей. Они стремятся к достижению конкретных и осязаемых результатов в своей деятельности в различные периоды жизни.

В результате анализа структуры ценностей молодежи были получены следующие результаты:

Высокое материальное положение – 16%;

Духовное удовлетворение – 16%;

Достижения – 16%;

Развитие себя – 16%;

Социальные контакты – 14%;

Сохранение собственной индивидуальности – 14%.

Менее значимыми ценностями для молодых людей являются:

Креативность – 4%;

Собственный престиж – 4%.

Анализируя полученные данные, можно сказать, что современные молодые люди ценят стабильное и высокое материальное положение, ищут возможные пути повышения своего благосостояния и стремятся быть более независимыми как в личном, так и в финансовом планах. Они стремятся к независимости от других людей и, как правило, считают, что самое важное в жизни — это сохранить неповторимость и своеобразие своей личности, своих взглядов, убеждений, своего стиля жизни, стремятся как можно меньше поддаваться влиянию. Но они не только хотят быть самостоятельными, но и стремятся к признанию, уважению, одобрению со стороны других, как правило, наиболее значимых лиц, к чьему мнению они прислушиваются в наибольшей степени, и на чье мнение они ориентируются в своих суждениях, поступках и взглядах. Кроме этого, молодежь стремится не только к постоянному и всестороннему развитию себя, но и достижению духовного удовлетворения.

В результате сравнения ценностей у представителей разных поколений, было отмечено, что они разделяют подобные ценности, но степень их выраженности различна. Такая тенденция может быть связана с тем, что пожилые люди менее активны, чем молодежь, они отстранены от трудовой деятельности. При выходе на пенсию они утрачивают свои прежние социальные контакты.

Кроме этого, зачастую жизнь пожилого человека сопровождается растерянностью, страхом, разочарованием. И справиться с этим помогает семья. По мере старения роль семьи в жизни пожилого человека возрастает: прекращение работы при достижении пенсионного возраста, часто наступающее в этот

период ухудшение здоровья и усиливающееся снижение мобильности ограничивают интересы и виды деятельности пожилых людей. Всё внимание переключается на семейные дела. Семейные контакты при этом заменяют другие утраченные контакты.

Возрастающее с годами ослабление здоровья ставит пожилого человека всё в большую зависимость от других членов семьи, он нуждается в их помощи и опеке. Находясь в семье, пожилые и старые люди могут надеяться на безопасность и независимость от трудностей, с которыми им приходится сталкиваться.

Возрастные изменения, различия в ценностях у поколений и многое другое сказывается на чувстве удовлетворенности своей жизнью, ощущении ее полноты и насыщенности.

В результате обработки полученных данных по второй методике было выявлено, что индекс жизненной удовлетворенности у молодежи значительно выше, чем у пожилых людей: 28,7 (высокий уровень) и 24,4 (средний уровень) соответственно.

Если рассматривать степень выраженности удовлетворенности жизнью, то высокий уровень характерен для 51% молодых людей и 11% пожилых; средний уровень выявлен у 28% молодежи и 44% пожилых людей; низкий уровень – у 21% молодежи и 45% пожилых.

Также в ходе исследования были выявлены различия и по остальным шкалам методики. При анализе результатов было замечено, что показатели по ним также выражены значительнее у молодежи, чем у старшего поколения. Так, у молодежи интерес к жизни составил 5,4 балла, а у пожилых людей - 4,6 балла; последовательность в достижении целей - 5,8 у молодежи и 4,7 у пожилых; согласованность между поставленными и достигнутыми целями - 5,9 и 4,9; положительная оценка себя и своих поступков - 5,2 и 4,7; общий фон настроения - 6,2 и 4,7 у молодежи и пожилых соответственно.

Исходя из представленных результатов, можно сделать вывод о том, что молодежь, в сравнении с пожилыми, - более активная социальная группа, которая испытывает больше интереса к жизни, энтузиазма, увлечена повседневной жизнью. В отношении целей молодежь более решительна, имеет четкую направленность на их достижение и более стойка к поражениям; пожилые же склонны к пассивному примирению с жизненными неудачами и покорно принимают то, что приносит им судьба. Молодежь более уверена в достижении своих целей, чем пожилые люди. Возможно, это связано с тем, что пожилые люди ощущают ограниченность своего времени жизни, а молодежь стремится реализовать как можно больше своих идей. Пожилые, в отличие от молодежи, оценивают себя ниже, возможно, на этом сказывается ощущение слабости, беспомощности. Кроме того, молодежь стремится реализовать себя, она задействована во многих сферах жизни, и такое положение дает возможность получать удовольствие от жизни.



В завершении были выявлены корреляционные взаимосвязи с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Результаты статистической обработки представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты статистической обработки данных с использованием коэффициента корреляции Спирмена

Ценности	& Индекс жизненной удовлетворенности			
	Молодежь		Пожилые	
	Spearman R	P-Level	Spearman R	P-Level
Собственный престиж	0,3	0,046	0,39	0,006
Высокое материальное положение	0,3	0,043	-0,04	0,8
Креативность	-0,1	0,4	-0,08	0,6
Социальные контакты	0,1	0,47	0,33	0,02
Развитие себя	0,3	0,03	-0,07	0,6
Достижения	-0,09	0,55	-0,01	0,9
Духовное удовлетворение	0,25	0,08	0,31	0,02
Сохранение собственной индивидуальности	0,1	0,4	-0,06	0,7

Как видим, у молодежи индекс жизненной удовлетворенности взаимосвязан с такими ценностями как: высокое материальное положение ( $R= 0,3$ ;  $p<0,05$ ); развитие себя ( $R= 0,3$ ;  $p<0,05$ ); собственный престиж ( $R= 0,3$ ;  $p<0,05$ ).

У пожилых людей индекс жизненной удовлетворенности взаимосвязан с такими ценностями как: собственный престиж ( $R= 0,4$ ;  $p<0,05$ ); социальные контакты ( $R= 0,3$ ;  $p<0,05$ ); духовное удовлетворение ( $R= 0,3$ ;  $p<0,05$ ).

Выявленная корреляционная связь между такими ценностями как собственный престиж, высокое материальное положение, развитие себя у молодежи и их уровнем жизненной удовлетворенности, может свидетельствовать о том, что достижение этих целей в своей жизни и удовлетворение потребностей, связанных с этими ценностями, оказывают влияние на чувство удовлетворенности жизнью. Но в то же время при отсутствии возможности достижения жизненных целей, связанных с перечисленными ценностями, приводит к чувству неудовлетворенности жизнью у молодого поколения.

Например, ориентация на высокий уровень дохода, стремление к постоянному развитию себя, к карьерному росту и повышению своего профессионального уровня, стремление занять определенное положение в обществе, иметь уважение в глазах других людей, но в то же время работа на низкооплачиваемой должности, отсутствие перспектив для карьерного роста, невозможность посещать различные обучающие семинары и курсы из-за возможных материальных трудностей и различных физических ограничений могут привести к снижению уровня удовлетворенности жизнью. При анализе полученных корреляционных связей можно предположить, что это связано с тем, что

молодежь это активная группа людей, в которой заложен огромный потенциал и открыты различные возможности для его реализации. Более того, молодежь ориентирована на достижение определенного положения в современном обществе и его укрепление.

При анализе корреляционной связи между такими ценностями как собственный престиж, социальные контакты, духовное удовлетворение у пожилых людей и их уровнем жизненной удовлетворенности можно предположить, что эти связи обусловлены возрастными особенностями и характеристиками данной возрастной категории. Так как в старости человек уходит от активной трудовой жизни, обрываются связи с коллегами, дети и внуки начинают жить отдельно, человек ощущает одиночество, то он стремится к расширению контактов с другими людьми. Важную роль играет связь чувства удовлетворенности жизнью и чувства собственного престижа в пожилом возрасте, так как пожилому человеку важно ощущать свою востребованность в обществе. Он стремится не только к общению с другими людьми, но и к передаче через это общение своего жизненного опыта, что и влияет на ощущение значимости в глазах других.

## **ВЫВОДЫ**

Результаты проведенного эмпирического исследования свидетельствуют о том, что молодежь и старшее поколение в рамках одной семьи разделяют одни и те же ценности, но степень их выраженности разная: у молодых людей ценности выражены значительно сильнее, чем у пожилых. Это может быть связано с тем, что молодежь - более активная группа и задействована в различных сферах жизни, а также имеет более тесную связь не только с семьей, но и обществом в целом.

Ценности человека являются одними из наиболее важных факторов удовлетворенности жизнью. У представителей различных поколений существуют отличия в оценке своей жизненной удовлетворенности. Так, удовлетворенность жизнью у молодежи связана со стремлением достигнуть высокого статуса не только в обществе, но и в глазах других людей, со стремлением к саморазвитию и материальной стабильности. В то время как у пожилых людей жизненная удовлетворенность, в первую очередь, взаимосвязана с активными социальными контактами. Семья в позднем возрасте играет главную роль в жизни человека. Пожилые люди находят умиротворение в различных увлечениях, что приводит к духовному удовлетворению.

Исходя из полученных результатов исследования, хотелось бы заключить, что крайне важно разрабатывать систему мер, способствующих межпоколенному взаимодействию, трансляции семейных и культурных ценностей, повышению уровня жизненной удовлетворенности для различных возрастных групп.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Сенин И. Г. (1991), Опросник терминальных ценностей. Ярославль: Содействие.
2. Панина Н. В. (1993), Индекс жизненной удовлетворенности [В:] А. А. Кроник (ред.), LifeLine и другие новые методы психологии жизненного пути (с. 107-114). Москва: Прогресс.

Валентина Касперович

## ЖИЗНЕННЫЙ ОПЫТ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

### *Life experience of older people*

\* Национальный Институт образования ORCID: 0000-0002-7598-0387

#### **ABSTRACT**

*The article deals with the features of the elderly, its main tasks and problems. The reasons for socio-psychological maladjustment in this age period, the possibilities and ways of self-development, the realization of the wisdom of an elderly person are shown.*

**Key words:** *elderly age, elderly person, aging, lifestyle, life experience.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассматриваются особенности пожилого возраста, его основные задачи и проблемы. Показаны причины социально-психологической дезадаптации в данном возрастном периоде, возможности и пути саморазвития, реализации мудрости пожилого человека.

**Ключевые слова:** пожилой возраст, пожилой человек, старение, образ жизни, жизненный опыт.

#### **ВВЕДЕНИЕ**

Жизнь – это река, берущая начало в утробе матери, с последующим развитием на протяжении всего отрезка во времени и пространстве, с уроками на разных жизненных этапах. Согласно учению Цицерона, пожилой возраст – самый драгоценный период жизни, страсти успокаиваются и более не туманят рассудок, кроме того, именно в этот период активизируется сокровище под названием «накопленный опыт». Многие великие люди на протяжении всего существования человеческой нации именно благодаря этому возрасту проявляли свои творческие способности. Стремление человека к совершенству, желание оставить след потомкам лежит в глубинном желании продлить жизнь (Альперович, 1998).

В словаре С. И. Ожегова пожилой человек обозначается как «начинающий стареть» (Ожегов, 1990). В чем проявление этого процесса? Период старости обозначается как заключительный этап онтогенеза, характеризуется необратимыми существенными изменениями в обмене веществ, структуре и функционировании организма, происходит постепенное ослабление реактивности клеток за счёт происходящих физико-химических изменений структуры клеточного вещества, снижение физиологических и биохимических процессов в тканях. Генетики этот процесс отождествляют с накоплением ошибок в системе хранения генетической информации с последующим замещением структур функций клеток, ведущий к зашлакованности конечными продуктами распада, нарушающимся метаболизмом в клетках (Кон, 2001). Согласно классификации ВОЗ старости отведён возраст от 75-89, а 60-74 лет – это пожилой возраст, в котором процессы старения только начинают проявляться. В этот период уже заметны снижение жизненных функций, хотя работоспособность ещё на высоком уровне, не утрачен интерес к жизни и окружающему миру. В человеческом организме одновременно протекают два взаимно противоположных процесса, при тесной связи друг с другом, – созидание и разрушение на генетическом уровне. С естественной гибелью нейронов, сглаживается возбудимость различных структур головного мозга, повышается чувствительность нервных центров к действию физиологически активных веществ – адреналину, гормонов, вызывающих сдвиги в поведении. С замедлением электрических ритмов проводящих систем в мозге, происходит снижение умственной и физической работоспособности, проявляется эмоциональная усталость.

## **ЗАДАЧИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Э. Камминг и У. Генри в своей «теории разобобществления», всех пожилых людей разделили на три группы по отношению к трудовой деятельности: бодрые и энергичные, вторая – сильные и третья – слабые (Хасанова, 2014). Для каждой группы характерен объём психической энергии для участия в деятельности. Сохраняя деятельную активность они получают удовлетворенность жизнью.

При вхождении человека в фазу пожилого возраста ещё сохранены потребности и желания жить полной жизнью, отход от общественной жизни сказывается отрицательно на всем облике, включая эмоциональную сферу. Люди этого возраста пытаются сохранить активную деятельность в обществе и в межличностном пространстве, стараясь приостановить «сокращение» социально значимых связей. Стержнем всех отношений пожилых людей становятся наработанные за жизненный цикл культурные связи. Раскрываются новые процессы отбора, компенсации и оптимизации во взаимодействии пожилых людей. Компенсация проявляется в раскрытии новых целей, способностей, и видах деятельности, создание релевантных целей с раскрытием ресурсных возможностей. Активно создаётся пожилым поколением социальная среда, в которой появляется объединение по интересам.

Э.Эриксон считает, что старость является стадией развития человека, как интегративность – целостность личности, в результате приобретённого и пройденного жизненного пути (Элкинд, 1996). По его мнению, основная задача пожилого возраста – достижение целостности, осознания и принятия прожитой жизни и людей в ней, как внутренняя необходимость. Целостность основывается на понимании того, что жизнь состоялась, и в ней уже ничто нельзя изменить, что пройдено с годами, за исключением своего отношения к остатку временного пути. Мудрость состоит в принятии собственной жизни целиком, со всеми ее взлетами и падениями, в отсутствии горечи по поводу неправильно прожитой жизни и возможности начать ее с начала, с полным принятием всех динамических процессов, связанных с преобладанием деструкций на биологическом уровне, происходящими изменениями на психологическом плане и обучение приспосабливаться к ним. Э. Эриксон полагает, что только в старости приходит настоящая зрелость и полезное чувство «мудрости прожитых лет». Мудрость – это осознание безусловного значения самой жизни перед лицом самой смерти. Неотвратимость смерти больше не страшит, поскольку пожилые люди видят продолжение себя в потомках и (или) в творческих достижениях.

## ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В то же время, некоторым пожилым людям прожитая жизнь представляется в виде упущенных возможностей, человек осознает, что начинать свой путь сначала уже поздно и упущенного не вернуть. Тогда человека охватывает отчаяние, ощущение безнадежности, он чувствует, что никому не нужен, жизнь не удалась, может возникнуть ненависть к миру и людям, закрытость, злость, страх смерти. Чувства горечи и сожаления могут в конце концов привести пожилого человека к старческому слабоумию, депрессии, сильной озлобленности и паранойяльности.

Б.Г. Ананьев изучая «парадокс завершения человеческой жизни», отмечал, что умирание форм человеческого существования наступает нередко раньше, чем физическое одряхление от старости (Ананьев, 2001). Освоение новой информации сопряжено с трудностями запоминания, проглядывается сужение интересов за счёт выпадения профессиональных привязанностей, смысл жизни укореняется только в сохранении жизни. Замыкается круг коммуникации: члены семьи, соседи, ровесники возрастные, лечащий врач, социальный работник. Это приводит к фрустрациям и разным формам социально-психологической дезадаптации.

В эмоциональной сфере пожилых людей частыми являются негативные чувства, связанные с биологическим старением, беспомощностью, ожиданием конца жизни (которые обычно рассматриваются как депрессивность) и чувство одиночества: «старость влечет за собой жизнь в изоляции, жизнь в изоляции влечет за собой одиночество» (Биксон, Пепло, Рук, 2004, с. 660).

Чувство одиночества сопровождается ощущением изолированности, страхом остаться одному, когда иссякнут физические силы и придет время умирать. В то же время у пожилых людей присутствует желание уединиться, отгородиться от окружающих. Поэтому часто пожилые люди предпочитают жить отдельно от своей семьи, но территориально близко к ней, в расчете на дозированное общение и экстренную помощь (Шагидаева, 2014).

Значимое влияние социальных сред на психическую энергию пожилых людей оказывают отрывы привычных социальных связей и отношений, что по существу усиливает физическое и психологическое одиночество. Исключения составляют не сломленные жизненными неурядицами личности. Их поведение наполнено самостоятельностью, энергичностью, они востребованы обществом и имеют возможность заниматься любимым делом, оттачивая мастерство. Их поведенческие реакции протекают в синдроме «непринятие старения и угасания», в основе которого просматривается внутренний конфликт между потребностями личности и ограниченными в силу физического и психического эволюционного процесса старения. Открываются возможности для удовлетворения потребностей. Люди, не принимающие старения, формируют отличное от всех отношение к себе, меняют самооценку, увеличивают резервные силы организма, разрушают чувство вины за пройденные уроки и свершенные ошибки, активируют внутреннюю мотивацию, повышают социальную активность, беря под контроль обстоятельства жизни. На задний план уходят эмоции, связанные с потерей профессионального будущего, человек заново включается в систему межличностных связей, осваиваются новые, личностно значимые социальные роли.

Пожилый образ жизни — это не только стадия в жизненном цикле человека, это и вид поведения, связанный с социальными потерями и отсутствием глобальных приобретений. Глобальные, намеченные жизненные задачи разрешены, ответственность уменьшается, меняется участие в социальных процессах, увеличение маргинальности и зависимости. С принятием статуса пожилого члена общества меняется и ролевая функция в семье, обязанность «добытчика» заменяется и появляется зависимость от внутренних семейных интересов. Снижение мобильности накладывает ограничение на интересы и виды деятельности, семейная среда заменяет нишу утраченных контактов. Если происходит замыкание на личной среде, то источником разнообразия интересов с набором эмоций выступают дети и внуки. Одной из главных драм пожилых людей является невостребованность, отсутствие реализации накопленного с годами потенциала и житейской мудрости, ощущение пустоты и собственной ненужности.

## **ПРОЯВЛЕНИЯ МУДРОСТИ**

Принятие на себя роли наставника, воспитателя и ответственного опекуна подрастающего поколения даёт возможность повысить социальную значимость себя в среде обитания с полной компенсацией утраты прежнего статуса.

В связи с этим, у пожилых людей теряется обреченность заканчивающейся жизни и освещается ценность возраста с его привилегиями: наличие оценочной, прочувствованной на собственном восприятии, мудрости. Именно мудрость, является мощнейшим стимулом и фактором развития общества, в багаже которой отработанные принципы и формы поведения. Мудрость – путчица для пожилых людей, она приобретает многогранную раскрываемость и наполняется значимой ценностью для поколений.

Благодаря возрастному опыту меняется и иерархия самооценок пожилых людей, на первое место выступает осмысление значимости физического здоровья и поддержание базовых функций организма. Человек собственными действиями меняет своё окружение, развивает способность справляться с жизненными трудностями.

Основная отличительная черта в пожилом возрасте – это богатство знаний и умений, приобретённых за жизненный цикл. Мудрость проглядывается в познавательном взгляде, осторожном общении, звучании речи. Пожилые, как правило, внимательно и осторожно ведут себя в социуме, стараются не навязывать своё понимание ситуации, внимательно следят за собеседником и контролируют включенность в беседу. Пережитый и проработанный опыт играет главную роль в управлении эмоциями. Пожилой человек, срастается с ролью учителя, наставника, с глубинным пониманием и осознанием своей роли. Через любовь к подрастающему поколению щедро переносятся приобретённые навыки и умения. Учитель горд за исполненный долг, за переданный урок, в глубинах его души устанавливается равновесие с осознанием, что его уроки смогут быть маячками в сложных жизненных перипетиях подрастающих поколений.

Для того чтобы долголетие рассматривать как достижение человеческой цивилизации, социального прогресса, необходимо людей преклонного возраста рассматривать как носителей знаний и опыта, а не как обузу, приносящую издержки обществу. По отношению к старости и старым людям можно судить о зрелости данного общества, так как существенное значение имеет тот факт, что старость в любой культуре определяется не только биологическими факторами, но и в значительной мере факторами общественной природы.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Альперович В.Д. (2001), Старость: социально-философский анализ. Ростов наДону: издательство СКНЦ ВШ.
2. Ананьев Б. Г. (2001), Человек как предмет познания. Санкт-Петербург: Питер.
3. Биксон Т.К., Пепло Л.Э., Рук К.С. (2004), Жизнь старого и одинокого человека. [В:] Д.Я. Райгородский (ред.) Психология старости: Хрестоматия (с. 659–685). Самара: БАХРАХ- М.



4. Кон И. С. (2001), Возраст и возрастные стратегии [В:] К. В. Сельченко (сост.), Психология возрастных кризисов: (с.41-42). Минск: ООО «Харвест».
5. Ожегов С.И. (1990), Словарь русского языка. Москва: Русский язык.
6. Хасанова Г. Б. (2014), Социальная геронтология. Москва: Инфра-М.
7. Шагидаева А.Б. (2014), Эмоциональная сфера в старости: возрастные и региональные различия. *Психологическая наука и образование*, 2, 102-115.
8. Элкин Д. (1996), Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни. Москва: Когито-центр.

## ПЕРЕЖИВАНИЕ СМЫСЛА ЖИЗНИ У ЛЮДЕЙ В ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

### *Sense of the meaning of life in late adulthood*

\* Высшая школа экономики и инноваций в Люблине ORCID: 0000-0002-9181-9403

#### **ABSTRACT**

*The article concerns the problems of the sense of life and self-esteem in people in their late adulthood. The study was aimed at capturing the relationship between the sense of the meaning of life in people of late adulthood and their self-esteem. We then analyzed the problem of whether the variable of the place of residence of the respondents (private home vs home with social assistance is a differentiating factor in their sense of the meaning of life and their level of self-esteem. In order to answer the questions surveyed using: Questionnaire about attitudes to life and the Rosenberg Self-Assessment Scale. The participants in this study group of 100 people in late adulthood, were divided into two groups of 50 people. In the first group were residents of private homes, in the other group, nursing home residents in Betania in Lublin. Studies have shown a significant relationship between the level of sense of life and the place of residence. It has been shown also that people living in a nursing home have a higher level of acceptance of death than those living in private houses.*

**Keywords:** *meaning of life, self-esteem, age late adulthood.*

#### **АННОТАЦИЯ**

Статья посвящена проблемам смысла жизни и самооценки у людей в поздней взрослости. Цель исследования: выявление взаимосвязи смысла жизни и самооценки у людей в поздней взрослости, а также анализ влияния такой переменной, как место пребывания испытуемых (частный дом или дом престарелых), на различия в переживании смысла жизни и уровня самооценки. В качестве инструментария были использованы Опросник жизненных установок и Шкала самооценки Розенберга. В исследовании приняли участие 100 человек в возрасте поздней взрослости, разделенные на две группы по 50 человек в каждой. В первую группу вошли жители частных домов, а во вторую - жители дома престарелых «Бетания» в Люблине. Исследование показало статистически значимую

взаимосвязь между уровнем смысла жизни и местом пребывания. Также было показано, что люди, живущие в домах престарелых, имеют более высокий уровень принятия смерти, чем люди, живущие в частных домах.

**Ключевые слова:** переживание смысла жизни, самооценка, поздняя взрослость.

## ВВЕДЕНИЕ

Как только человек рождается, начинается процесс, который неизбежно приближает его к старости. Вступление в эту фазу жизни влечет за собой множество специфических изменений в функционировании человека. Все более близкая перспектива смерти делает вопрос о смысле жизни все более важным для человека. Возраст поздней взрослости, которому посвящена данная статья, вносит существенные изменения в функционирование человека, которые существенно влияют на качество жизни и часто приносят ему страдания. Кроме того, на проблему старости стоит обратить внимание еще по одной важной причине. Как показывают современные демографические исследования, Польша – страна стареющая, а это значит, что в будущем у нас будет все больше и больше людей в этом периоде жизни.

## 1. ПРОБЛЕМА СМЫСЛА ЖИЗНИ

Каждый человек, живущий в этом мире, со всех сторон окружен различными явлениями, событиями, которые могут быть как благоприятными, так и, к сожалению, часто неблагоприятными. Он - существо, которое как бы ввергнуто в водоворот уходящего времени, несущего с собой различные обстоятельства, переживания, к которым никто не остается равнодушным. Личность ориентирована на будущее, которое ей неизвестно. В связи с такими важными аспектами человеческого бытия вопрос о смысле жизни становится чрезвычайно актуальной проблемой. Однако трудно дать однозначное определение понятию «смысл».

Попельский (1994), ссылаясь на понятие смысла, использует следующие семантические категории:

- структурный - заключается в охвате составных элементов целого;
- функциональный - в этом случае «смысл» заключается в постижении функций, относящихся к данной категории бытия;
- топологический - заключается в выделении определенного целого из более широкого поля сущностей;
- экзистенциальный - здесь определение смысла происходит через указание на антрополого-психологический элемент и его экзистенциальную значимость.

«Первые три значения термина «смысл» носят, скорее, эпистемологический характер. В экзистенциальном смысле он включает не только элемент познания, но и учитывает момент субъективного переживания осмысленности, т.е. как смысла собственного бытия, так и переживания себя и мира. В этом ракурсе понятие смысла тесно связано с личностным и субъективным бытием, т.е. переживанием и проживанием существования» (Popielski, 1994, с. 45).

Reker и Chamberlain, с другой стороны, дают два варианта понимания концепции смысла: внутренний «дефинитивный» смысл и экзистенциальный смысл. В первом случае он определяется ими как смысл (значение) опыта, во втором - как опыт переживания смысла. Чтобы целостно определить смысл человеческой жизни, необходимы оба эти пути. Это важно, потому что, когда человек хочет пережить смысл, то есть достичь экзистенциального смысла, он должен уметь достигать цели, которые важны для него, а также связаны с конкретными жизненными событиями, то есть смысл (значение) опыта должен иметь место (Klamut, 2010).

Согласно Skrzypińskiej (2002, с. 80), «субъективное понимание смысла жизни относится к чувству, его индивидуальному эмоциональному переживанию, касающемуся личной жизни человека».

Можно выделить такие уровни, как онтологический смысл жизни и психологический смысл жизни. Первый касается понимания жизни как жизни, то есть как явления, существующего независимо. В свою очередь, психологический смысл жизни касается субъективного жизненного опыта. Здесь смысл переживается и проживается каждым человеком индивидуально. Таким образом, онтологический смысл жизни касается жизни как объективного явления, в то время как в случае психологического смысла жизни он переживается субъективно (Klamut, 2010).

Франкл (1976) «указывает, что психологический смысл жизни - это состояние субъективной удовлетворенности личности, возникающее в результате целенаправленных и ценностно-ориентированных действий. Человек не является создателем смысла, но воспринимает его в реальности, в которой он живет (дефинитивный, внутренний смысл), и наделяет им свою собственную жизнь (экзистенциальный смысл)» (Klamut, 2010, с. 12).

В своей модели 1984 года Франкл описал функционирование личности через биологический, психологический и духовный уровни. Первый из них характеризует всех живых существ. На этом уровне взаимодействуют инстинкты, влечения и процессы обучения (Popielski, 1996, по: Klamut, 2010). На ментальном уровне важны субъективность и эмоциональность. Именно здесь находятся психические и социальные явления (Frankl, 1984, Popielski, 1996, по: Klamut, 2010). Отличительной особенностью духовного уровня является то, что он характерен только для человека. Это дает, среди прочего, возможность субъективной и преднамеренной деятельности, которая позволяет человеку выйти за пределы собственных условий или дистанцироваться от переживаний, которые приносит жизнь (Frankl, 1980, 1984, Popielski, 1993, 1996, по: Klamut, 2010).

Вопрос о смысле жизни - это постоянная тема, которой занимаются психологи. Темы, связанные с человеческой жизнью и смыслом существования, всегда были в центре интереса как психологов, так и таких научных дисциплин, как философия и социология. За многие годы было разработано множество концепций, рассматривающих вопросы смысла человеческой жизни.

Как отмечает Попельский (1994), проблеме смысла в психоанализе уделяется довольно мало внимания. Фрейд даже был склонен рассматривать его как разновидность или элемент проявления болезни. Классический бихевиоризм рассматривает проблему смысла человеческой жизни инструментально.

Проблему смысла жизни можно найти во взглядах классиков неопсихоанализа. Адлер видел процесс обретения смысла жизни в формировании социального интереса. Условием функционирования этой модели была синхронизация между присущим человеку стремлением к совершенству и ориентацией на благо других людей. Это необходимо для того, чтобы предотвратить превращение стремления к совершенству в стремление к власти, которое он считал самой примитивной формой стремления. По его мнению, такая форма стремления не только ограничивает человеческие возможности, но и побуждает к прямым действиям против других людей и, как следствие, против собственных интересов (Obuchowski, 2000). «Ориентация на эгоистические насильственные действия делают жизнь бессмысленной, потому что насильственные действия никогда не способствуют самореализации. С другой стороны, такое самосовершенствование, которое учитывает интересы всех людей, обеспечивает чувство общности, позволяет человеку чувствовать удовлетворение от своих достижений, реализует положительный психологический потенциал и, как следствие, развивается. Каждое отклонение от этого паттерна вызывает то или иное отклонение личности - психопатию или невроз» (Obuchowski, 2000, с. 257, 258).

Адлер подчеркивал, что «быть человеком - значит иметь чувство неполноценности, постоянно стремясь его преодолеть» (Адлер, 1986, стр. 80). Как он пишет далее, «чувство неполноценности властвует над духовной жизнью и может быть легко понято и выведено из чувства несовершенства, отсутствия целостности и постоянного стремления людей к совершенству» (Адлер, 1986, с. 104). Как пишет Попельский (1994, с. 194), ссылаясь на книгу Адлера, в названии которой фигурирует термин смысл, «проблемы индивидуального смысла, возможности его субъективной реализации и его влияния на целостность человеческого бытия, не находят здесь широкой разработки. Тем не менее, сама постановка темы «смысла» как психологической проблемы, привлекающей внимание к целям, ценностям, социальным обязательствам и стремлениям, имеет огромное значение».

Определенные выводы о смысле жизни можно выделить и в теории Юнга. Согласно его теории, «смысл - это архетип», «смысл - это целостный опыт», «отсутствие смысла - это общий невроз нашего времени» (Popielski, 1994, с. 194).

Как отмечает Обуховский (2000), имеются и другие подходы к пониманию смысла жизни. Здесь автор ссылается на взгляды Маслоу и Роджерса. В качестве

примера он упоминает такие области интересов гуманистической психологии, как: метапотребности, самоактуализация или самореализация. Более того, как отмечает Попельский (Popielski, 1994, с. 194), «гуманистическая психология характеризуется большой открытостью к области ценностей и смысла».

Вопрос о смысле человеческой жизни стал важным в экзистенциальной психологии. «Логотеория Франкла, как и гуманистическая психология, имеет дело с развитием потребностей, желаний и стремлений здоровых людей. Однако логотерапия подчеркивает, что человек - это личность, ориентированная по своей природе на открытие ценностей, смысла и жизненных целей» (Popielski, 1987, с. 29). Согласно Франклу (1976), человек - это не только психофизический организм, но и духовная личность. По его словам, «волю к смыслу нельзя понимать как влечение. И это не потребность, так же как состояние гомеостаза не является целью. Если бы это было влечение, человек преследовал бы смысл своего существования, чтобы удовлетворить потребность и, следовательно, восстановить состояние внутреннего равновесия. Согласно Франклу, человека, на самом деле, толкают влечения, но также привлекает смысл. Он - субъект, который по своей сути ориентируется на мир логоса и этоса» (Chojniak, 2003, с. 57). В опыте бессмысленности жизни Франкл увидел огромную угрозу человечеству (Klamut, 2010). По словам Франкла, от страданий, вызванных экзистенциальной пустотой, невозможно избавиться. Когда страдание коренится в необратимом событии, таком как смерть любимого человека, неизлечимая болезнь или потеря себя, единственный выход - верить, что они имеют смысл, недоступный нашему познанию» (Obuchowski, 2000, с. 263).

Концепция Мэя может быть включена в число теорий, которые видят смысл жизни человека в его полном личностном развитии. Он утверждал, что «мы можем понять человека только тогда, когда знаем, к чему он стремится, кем он становится». Однако познать потенциал человека и пути его реализации, возможно только тогда, когда мы воспринимаем человеческое существование во всей совокупности системы отношений, определяемых терминами: «Я - мир», «Я - ты», «Я как субъект - я как объект» (Popielski, 1987, с. 92). Согласно Опочиньской (1999, с. 129), «по мнению Мэя, особенностью состояния человека в современном мире является потеря чувства смысла. Это не потеря идентичности, это гораздо более глубокое явление, потому что оно подрывает сами основы личного бытия, то есть субъективность и свободу». Большой угрозой для человека в настоящем времени является потеря человечности (Oroczyńska, 1999). «Мэй выделяет такие характеристики человека, как сознание, свобода, трансцендентность, способность постигать смысл и значение, способность создавать символы, а также страх и чувство вины» (Oroczyńska, 1999, с. 130).

Большое внимание проблеме смысла жизни уделял Попельский. По его мнению, «понятие смысла жизни выражает глубокую, фундаментальную, но в то же время очень общую мотивацию, которая необходима как для осуществления конкретной деятельности, так и для правильной реализации каждого индивидуального человеческого существования» (Popielski, 1994, с. 187).

«Факт присутствия феномена смысла в конкретной человеческой жизни проявляется в двойной форме: «наличия» и «отсутствия». Проблема «со смыслом» начинается только тогда, когда не хватает значимых целей, когда они оказались ненадежными, ложными, неверно сформулированными и неоправданно абсолютизированными. Одним словом, когда они перестают мотивировать, теряют свою силу ориентации, взаимодействия, притяжения (Popielski, 1994, с. 189, 190). Переживание смысла жизни – «это «целостный опыт», который касается всего человека» (Popielski, 1994, с. 191). «Интересно, что «проблема смысла» проявляется у людей, живущих в странах с разным уровнем цивилизационного развития, несмотря на то, что прямые причины и способы возникновения связанных с ней экзистенциальных кризисов различны» (Popielski, 1994, с. 195). Обычно это связано с навязыванием конкретным индивидам потребительского стиля бытия, который сводится только к удовлетворению биологических и гедонистических потребностей. Хотя следует отметить, что эту проблему можно наблюдать и в более бедных и развивающихся обществах (Popielski, 1994).

С другой стороны, как отмечает Обуховский (Obuchowski, 2000), создание индивидом собственного смысла жизни требует затрат на то, чтобы быть человеком – субъектом. Это может оказаться сложным для людей, которые имеют чувство ответственности за свою жизнь, но в то же время сильно привержены внешним ценностям, вытекающим из культуры, в которой они были воспитаны. Тогда могут возникнуть сомнения в том, кем быть приятнее – субъектом или объектом.

Обуховский рассматривал понятие смысла жизни с точки зрения потребностей. Он выдвинул тезис о том, что «у нормального человека единственное направление, которое может обеспечить более высокие, зрелые формы поведения, – это направление, определяемое потребностью в смысле жизни» (Obuchowski, 1983, с. 202). Обуховский (2000) связывает смысл жизни с потребностью взрослого человека создать личную концепцию жизни, которая позволит ему реализовать себя в позитивном ключе. По его словам, если такая концепция не создана, то развитие личности такого человека не может состояться. Обуховский обращает внимание на то, какие средства выбирает человек для удовлетворения этой весьма специфической потребности. «Удовлетворение потребности в смысле жизни всегда связано с работой, с каким-то психическим усилием, потому что при этом нам приходится отказываться от многих мимолетных желаний и противостоять требованиям, несовместимым с нашими целями. Трудно представить, чтобы кто-то нашел удовлетворение потребности в смысле жизни, избегая усилий, причем организованных усилий». (Obuchowski, 1983, р. 213). Из этого следует, что основным способом удовлетворения потребности в смысле жизни является работа, характер которой может зависеть от культурных факторов, выполняемых социальных ролей или привычек, выработанных в повседневной жизни.

Обуховский обращает внимание на так называемую ограниченную форму смысла жизни. По его мнению, «даже «ограниченные» формы смысла жизни,

такие как смысл жизни, данный человеку извне, играют ограниченную во времени, но важную роль» (Obuchowski, 2000, с. 264). Преимущества ограниченного смысла жизни очевидны для пожилых людей, которые столкнулись с чем-то, что сделало их жизнь значимой, и, таким образом, они способны преодолеть трудности, которые раньше казались непреодолимыми. Придание смысла жизни в таком случае не обязательно должно быть результатом логических размышлений, вытекающих из собственной философии жизни. В этом случае важную роль играют такие факторы, как наличие интересов или интеллектуальная активность.

Обуховский отмечает, что «не существует возрастных ограничений для занятий деятельностью, которая придает смысл жизни, и что даже в более позднем возрасте эта деятельность может изменить уже, казалось бы, стабилизировавшуюся биографию. Это важный вывод для психологии личности пожилых людей» (Obuchowski, 2000, с. 266). Однако он отмечает определенную опасность. «Осуществление конкретного смысла жизни требует подчинения ему, которое всегда объективизирует, даже если смысл важен. Объективированный человек - это не только он сам. Он обретает смысл для себя, когда мир удовлетворяет условиям существования его смысла. Отсюда частая коллективистская ориентация этой категории людей, и поэтому, когда их мир меняется или теряет смысл, они - как его составляющая - тоже теряют смысл» (Obuchowski, 2000, с. 267).

Еще один польский психолог, который уделял большое внимание вопросу о смысле жизни, - Стефан Шуман. Он указал на очевидную связь между смыслом жизни и принятием определенного мировоззрения. Он видел в этом важное условие адаптации (Obuchowski, 2000). «В новой цивилизационной и культурной реальности, в которую человечество вступает в настоящее время, перед ним открываются новые задачи и возможности. Дальнейшее развитие человечества, несомненно, зависит от того, сможет ли оно выработать полностью убедительное и удовлетворительное мировоззрение и сможет ли оно реализовать его» (Szuman, 1947, по: Obuchowski, 2000, с. 259). Шуман категорически отвергает возможность искать смысл жизни за пределами жизни. По его словам, для обретения смысла жизни необходимо утверждение жизни. Шуман подчеркивает, что речь идет о зрелом и позитивном отношении к жизни, которое связано с преодолением личного пессимизма (Obuchowski, 2000).

## **2. ПРОБЛЕМАТИКА ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ**

### **2. 1. Понятие и критерии поздней взрослости**

В жизни человека наступает момент, когда он вынужден значительно сокращать свои заработки. Обычно это означает, что человек находится на пенсии. Именно с этим связывают начало позднего взросления. Для большинства таких людей это окончательное прощание с профессиональной деятельностью, хотя есть люди, которые ограничивают ее лишь частично. Очевидно,



что в большинстве случаев такой опыт дается непросто. Это связано с тем, что человек, чьей деятельностью на протяжении многих лет была оплачиваемая работа, внезапно сталкивается с новым вызовом. Теперь ему предстоит найти себя в новой реальности. Выход на пенсию означает изменение образа жизни. Большинство из нас, вероятно, хотя бы раз в жизни сталкивались с необходимостью изменить привычку. Обычно это нелегкая задача для любого человека. Еще сложнее приходится человеку в этот период жизни. Необходимость изменить свой образ жизни - не единственный опыт, с которым сталкивается человек после выхода на пенсию. Отказ от трудовой деятельности также приводит к изменению самовосприятия.

В литературе мы находим различные периодизации этого специфического периода жизни человека. Один из них выделяет три стадии, характеризующиеся своими особенностями развития:

- 60 - 75 лет - самая молодая группа среди пожилых людей, иначе называемая молодыми стариками;
- 75 - 85 лет - относятся к пожилым старикам;

после 85 лет - называются старейшими стариками (по: Janiszewska-Rain, 2005).

Steuden (2012) отмечает, что также используются такие термины, как третий и четвертый возраст. Это различие обусловлено текущим уровнем психосоциальной активности и образом жизни, характеризующим человека. Третий возраст, иногда также называемый третьим периодом, охватывает область между 60 и 90 годами. Его можно разделить на две части. Во время первой части люди обычно все еще характеризуются значительной активностью, независимостью и самостоятельностью. Вторая часть отличается от первой тем, что темп жизни человека снижается. Напротив, четвертый возраст, также известный как четвертая треть, включает людей старше 90 лет. В этот период происходит значительное снижение психофизической работоспособности, поэтому такие люди, как правило, нуждаются в поддержке окружающих.

Straś-Romanowska (2009) подчеркивает, что трудности, связанные с попыткой определить однозначный порог и стадии поздней зрелости, обусловлены такими факторами, как: индивидуальные темпы старения конкретных людей, отсутствие единого образа старости и преимущественные различия в выделении критериев старости. Автор указывает на биологический и социально-экономический критерий как на наименее спорный в обсуждаемом периоде жизни. Биологический критерий касается обнаруживаемых изменений в определенных физиологических функциях. Социально-экономический критерий, с другой стороны, связан с тем, что повседневная жизнь человека подчинена социологическим, институциональным или экономическим факторам. Существует также третий, менее точный психологический критерий. Это касается изменений в сфере психических процессов, личности и в сфере субъективного опыта.

## **2. 2. Психосоциальное измерение поздней взрослости**

В течение жизни каждый человек сталкивается с множеством сложных событий. Феномен потери играет важную роль в жизни каждого из нас. Проходя через различные этапы своей жизни, мы сталкиваемся с различными переживаниями, связанными с потерей кого-то или чего-то. Однако в поздней взрослости понятие потери приобретает особое значение. Обычно события, связанные с потерей, вызывают сильные негативные эмоции. Накопление негативных эмоций и потеря кого-то или чего-то очень важного для нас может привести к тому, что такой опыт станет так называемым критическим событием, также называемым кризисогенным событием. Она очень существенно влияет на текущую жизнь человека. Очень часто это заставляет человека изменить свое нынешнее отношение к реальности. Часто оказывается, что нынешняя концепция или философия жизни человека теряет свою обоснованность. Другими словами, человек сталкивается с необходимостью новой адаптации (Straś - Romanowska, 2009).

Одним из таких критических событий в позднем взрослом возрасте являются изменения, которые можно наблюдать в физической сфере человека и в том, как он функционирует. В пожилом возрасте проявления процесса старения становятся все более заметными во внешнем облике. Кожа таких людей становится все более морщинистой, сухой. Кроме того, с годами она становится менее эластичной и все более пигментированной. Процесс поседения волос ускоряется. Черты лица пожилого человека становятся более резкими, а мимика обедняется. Гибкость мышц всего тела также снижается, а некоторые из них даже исчезают. Тело теряет динамичность, движения рук становятся все менее точными (Steuden, 2012). Таким образом, в обсуждаемый период жизни физическое пространство существенно ограничено. Даже, казалось бы, простые занятия требуют все больших усилий. Чтобы добраться до назначенного пункта назначения, нужно прилагать все больше и больше усилий.

Еще одно критическое событие в этот период жизни - потеря близких. Мы переживаем потерю близких практически на всех этапах жизни. Однако, как отмечает Страс-Романовска (2009, с.267), «пожилые люди чаще, чем молодые, переживают вдовство, потерю давних друзей, чаще также становятся жертвами семейных конфликтов, в результате чего чувствуют себя одинокими, лишенными поддержки, и находящимися под угрозой». Kielar-Turska (2000) подчеркивает, насколько травмирующей для пожилого человека является смерть супруга. Об этом свидетельствует тот факт, что он занимает первое место среди стрессоров. Автор отмечает, что женщины чаще становятся вдовами после 60 лет, чем мужчины. Обычно такую ситуацию мужчины переносят хуже, но, с другой стороны, у них больше шансов завязать новые отношения. Brzezińska и Hejmanowski (2013) отмечают, что в этом возрасте может случиться так, что пожилым людям придется столкнуться с крайне болезненным опытом смерти собственных детей или даже внуков.

Еще одно критическое событие в пожилом возрасте – потеря социального и экономического статуса, связанная с выходом на пенсию. «Выход на пенсию знаменует собой завершение карьеры и является непростым решением для большинства людей. Некоторые люди, стремясь сделать этот переход плавным, хотят продолжать работать неполный рабочий день» (Kielar-Turska, 2000, с. 326).

Как отмечает Janiszewska-Rain (2013), для людей в возрасте 60-75 лет может возникнуть необходимость «связать багаж». Это связано с целостным представлением о своей прошлой жизни. Кроме того, женщины, у которых раньше не было времени на себя, получают возможность развивать собственную деятельность в этот период жизни. Чаще всего они вовлечены в волонтерскую, благотворительную деятельность или другие организации, часто религиозного характера.

Потеря чувства полезности и престижа также является критическим событием в этот период. «Это потеря ощущения, что человек полезен близким людям и занимает среди них значимое положение, в результате своей полезности в различных жизненных ситуациях. Чувство, о котором здесь идет речь, связано с тем, что человек просто менее способен, как умственно, так и физически, и поэтому менее способен заботиться и ухаживать за другими в манере, характерной для ранних этапов взрослой жизни. Конечно, здесь важен и тот факт, что собственные дети уже зрелые, полностью самостоятельные личности и не нуждаются в тех проявлениях заботы, которые были так необходимы им раньше» (Brzezińska, Hejmanowski, 2013, с. 644)

Очень тяжелым переживанием для людей в поздней взрослой жизни является также приближающаяся перспектива смерти. В этой фазе жизни осознание приближающегося конца человеческого существования становится чем-то чрезвычайно близким и реальным. Для каждого человека на этом этапе жизни мысль о том, что за этим этапом жизни не последует другой этап развития, становится чрезвычайно близкой и реальной. Конец этого периода жизни – смерть. Невозможно отрицать его существование, независимо от того, в какой степени человек с ним смирился (Steuden, 2012).

### **2. 3. Психологическое измерение поздней взрослости**

Старение - это довольно специфический процесс в жизни человека. Изменения, происходящие в ходе этого процесса, проявляются в организме человека через развитие определенных функций до их угасания. Следует подчеркнуть, что эти изменения происходят у разных людей с разной скоростью и в разной степени. В период поздней взрослости происходят важные трансформации в сфере личности, когнитивных функций, социальных отношений (Steuden, 2012).

В первый период поздней взрослости (60-75 лет) когнитивное функционирование остается на том же уровне, что и в средней взрослости. Видимые изменения происходят только в пожилом (75-85 лет) и старческом (после 85 лет)

возрасте (Bee, 2004, по: Janiszewska - Rain, 2013, с. 602). «Анализируя литературу, можно сделать вывод, что, несмотря на изменения, происходящие в некоторых психических функциях, интеллектуальная деятельность большинства людей остается на одном уровне примерно до 60 лет а в долгосрочной перспективе это зависит от фазы старости» (Bich, Malim, 1999, по: Steuden, 2012, с. 49).

Пожилым людям требуется больше времени для запоминания информации. То же самое относится и к их последующему восстановлению из памяти. Узнавание доставляет им немного меньше хлопот. Люди в этом возрасте также не могут вспомнить, откуда приходит информация, которую они запомнили, и как они ее получили (Simons, Bell, Schacter, Dodson, 2004, по: Janiszewska - Rain, 2013).

Исследователи, занимающиеся вопросами развития личности, очень часто ссылаются на работы Э. Эриксона. Согласно его концепции, старость приходится на 7-ю стадию развития, которая характеризуется интеграцией эго и отчаянием (Straś - Romanowska, 2009).

«Целостность можно определить как склонность ума переживать порядок, гармонию и смысл по отношению ко всему окружающему миру, людям и собственной жизни, как прошлой, так и настоящей, тогда как отчаяние связано с неспособностью принять тот факт, что в этом случае, жизнь уже прожита, все существование заканчивается» (Brzezinska, Nejmanowski, 2013, с. 632). Эриксон придерживался мнения, что для человека достижение целостности означает открытие смысла жизни и убежденность в правильности выбранного жизненного пути. Эта правильность не подлежит изменению, несмотря на осознание индивидом того, что этот путь мог бы проходить иначе (Straś - Romanowska, 2009).

Steuden (2012) обращает внимание на исследования, проведенные такими учеными, как, например, Neugarten (1968). В этих исследованиях предпринимались попытки определить особенности личности и функционирования пожилых людей. В результате были выделены такие типы личности, как интегрированный, защитный, пассивно-зависимый и неинтегрированный.

### **3. МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА РАБОТЫ**

#### **3. 1. Исследовательские проблемы и гипотезы**

Предметом исследования, предпринятого в данной статье, является переживание смысла жизни людьми в поздней взрослой жизни. На современном этапе время течет быстро, и человеку, занятому повседневными делами, некогда думать о смерти. Этап жизни, в котором вновь и вновь возникает тема смерти, - это, несомненно, период поздней взрослости. Изменения, происходящие в этот период, влияют на качество жизни человека, а приближающаяся перспектива смерти ставит вопрос о смысле его жизни. Этот этап жизни связан со специфическими изменениями в функционировании личности, включая

многочисленные страдания, связанные, в частности, со снижением работоспособности организма, ухудшением здоровья. Цель данного исследования – определить уровень переживания смысла жизни и самооценки у людей в поздней взрослой жизни.

В связи с этим возникают исследовательские вопросы:

- Как формируется переживание смысла жизни в поздней взрослости и какова его связь с уровнем самооценки?
- Является ли место проживания респондентов (частный дом или дом престарелых) фактором, дифференцирующим их переживание смысла жизни и уровень самооценки?

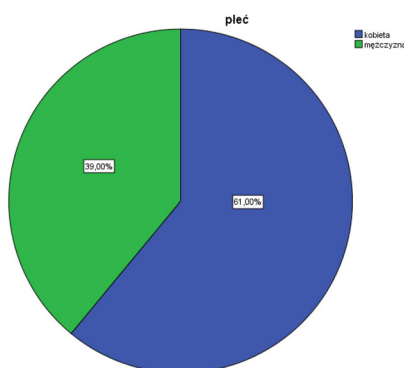
Исходя из этого, были выдвинуты следующие гипотезы исследования:

- H1: Существует значимая связь между переживанием людьми смысла жизни в поздней взрослой жизни и их самооценкой.
- H2: Жители домов престарелых существенно различаются по переживанию смысла жизни и уровню самооценки.
- H3: Место проживания пожилых людей является дифференцирующим фактором в специфике взаимосвязи между переживанием смысла жизни у людей поздней взрослости и их самооценкой.

### 3. 2. Характеристика исследуемой группы

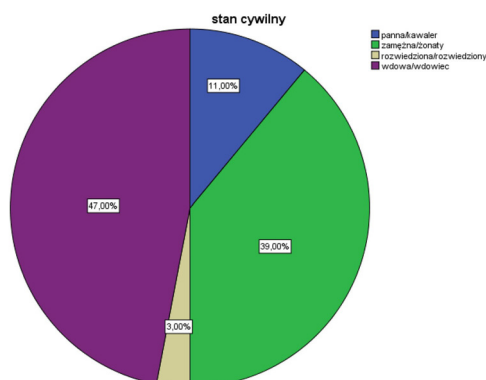
Характеристики исследуемой группы следующие:

*Диаграмма 1. Характеристика выборки по полу*



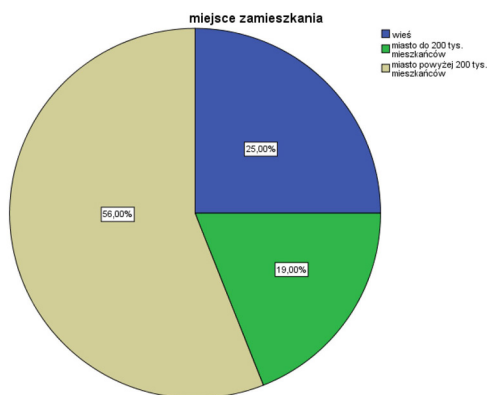
В исследовании приняли участие сто человек. Выборка состояла из 61 женщины и 39 мужчин. На рисунке 1 показано процентное распределение исследуемой группы по полу.

Диаграмма 2. Семейное положение выборки



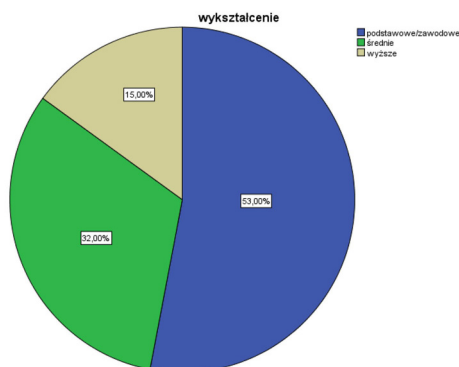
В исследовании приняли участие 11 одиноких людей, 39 женатых людей, 3 разведенных человека и 47 вдовцов. Процентное соотношение семейного положения респондентов показано на рисунке 2.

Рисунок 3. Характеристика выборки в зависимости от места проживания респондентов



Двадцать пять респондентов приехали из сельской местности. Девятнадцать человек приехали из города с населением до 200 000 человек, а 56 респондентов - из города с населением более 200 000 человек. На рисунке 3 показано распределение места жительства респондентов в процентах.

Диаграмма 4. Образование выборки



Пятьдесят три респондента имеют начальное/профессиональное образование, 32 - среднее и 15 - высшее. Данные по образованию в процентах представлены на рисунке 4.

### 3. 3. Переменные

Для исследования поставленной проблемы и проверки выдвинутых гипотез были использованы следующие предположения и переменные. В первой части будет проведен статистический анализ полученных результатов анкетирования и тестирования для проверки гипотез. В качестве переменных будут рассматриваться следующие:

- независимые переменные:
  - ▶ место жительства;
- зависимые переменные:
  - ▶ чувство цели в жизни;
  - ▶ уровень самооценки;
- Для корреляционного анализа в качестве переменных будут использоваться шкалы из методик: Опросник жизненных установок Р. Кламута (LAPS) и Шкала самооценки Розенберга (SES).

### 3. 4. Методы и инструменты исследования

Учитывая соответствие инструментов рассматриваемой проблеме исследования и их статистические параметры, были выбраны следующие методики исследования:

#### 3. 4. 1. Опросник жизненных установок (LAPS)

Опросник жизненных установок Р. Кламута является польской адаптацией опросника Life Attitudes Profile - Revised (LAP-R) G. T. Reker. Он состоит из 48

утверждений, относящихся к переживанию смысла жизни, образующих шесть простых шкал:

- Цель – «чувство ориентации в жизни на объективный смысл и ценности». Такая вера является основой для удовлетворения потребности в смысле и, как следствие, для ощущения смысла собственной жизни» (Klamut, 2010, с. 19).
- Внутренняя согласованность – «указывает на наличие чувства идентичности, веры в понимание своего собственного места в мире, своей собственной обособленности и упорядоченности своих связей с миром». (Klamut, 2010, с. 20).
- Принятие смерти – «характеризуется пониманием быстротечности человеческой природы, а сама смерть становится источником, придающим смысл человеческой жизни. Позитивное отношение к смерти связано с более глубоким размышлением и большей дистанцией по отношению к жизни, собственным действиям и выбору (Frankl, 1984; Próchniak, 2005, по: Klamut, 2010, с. 21).
- Контроль жизни – «Человек сам определяет свои возможности и, в зависимости от оценки условий и ограничений, решает действовать или воздержаться от действий. Он/она делает это с чувством ответственности за свою жизнь и действия, принимая во внимание возможные последствия». (Klamut, 2010, с. 21, 22).
- Экзистенциальная пустота – «проявляется в четырех более конкретных ссылках на собственную жизнь и окружающую среду. Это фаталистическая установка, связанная с ощущением угрозы и неспособности повлиять на реальность, коллективистская установка, выражающаяся в отказе от своей индивидуальности, и фанатизм, заключающийся в абсолютизации ценностей принятой референтной группы (Frankl, 1984, по: Klamut, 2010, с. 23).
- Стремление к достижению цели – «относится к уровню мотивации для осуществления деятельности, имеющей смысл, и способности выйти за пределы собственных обстоятельств, чтобы сосредоточиться на новой для человека, часто нетрадиционной деятельности». (Klamut, 2010, с. 23).

И две составные шкалы: личностный смысл, состоящий из цели и внутренней согласованности; и баланс жизненных установок, который подсчитывается путем сложения результатов шкал: цель, внутренняя согласованность, контроль над жизнью, принятие смерти, затем из полученного результата вычитается общий результат шкал: экзистенциальная пустота и стремление к достижению цели.

### **3. 4. 2. Шкала самооценки Розенберга (SES)**

Шкала самооценки Розенберга – автор – М. Розенберг. В 2008 году была переведена на польский язык I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek и M. Łaguna. Шкала состоит из 10 утверждений. В каждом утверждении респондент имеет



в своем распоряжении четырехбалльную шкалу, на которой он отмечает один ответ. Шкала варьируется от 1 до 4. Цифры соответствуют степени согласия респондента с данным утверждением. 5 утверждений выражены в положительной форме и 5 - в отрицательной.

Эта шкала позволяет оценить уровень общей самооценки, то есть относительно устойчивой диспозиции, понимаемой как осознанное позитивное или негативное отношение к себе.

### **3. 5. Процедура исследования**

Индивидуальные опросы людей из частных домов были частично проведены в сотрудничестве со студентами-психологами, особенно с г-ном Рафалом Лукасиком. Опросы людей в домах престарелых были проведены благодаря доброте и помощи людей, работающих там. В обоих случаях, если возникали какие-либо сомнения или неясности, респондентам помогали люди, доставившие анкеты. В связи с возрастом и состоянием здоровья респондентов, лица, предоставляющие анкеты, помогали им заполнять их. Помощь заключалась в чтении отдельных вопросов, затем, после ответа респондента, они отмечали указанный ответ. Респондентам было предоставлено достаточное время для заполнения индивидуальных анкет.

### **3. 6. Проверка гипотез**

Для проверки гипотезы (H1) о том, что существует значимая связь между уровнем самооценки и жизненными установками у испытуемых, использовался коэффициент корреляции  $r$ -Пирсона (Таблица 1). Статистический анализ показал значимую и положительную взаимосвязь между уровнем самооценки и жизненными установками опрошенных пожилых людей по следующим параметрам: цель ( $r = 0,639$ ;  $p < 0,001$ ), внутренняя согласованность ( $r = 0,634$ ;  $p < 0,001$ ), жизненный контроль ( $r = 0,468$ ;  $p < 0,001$ ), принятие смерти ( $r = 0,399$ ;  $p < 0,001$ ), личностный смысл ( $r = 0,655$ ;  $p < 0,001$ ) и баланс жизненных установок ( $r = 0,674$ ;  $p < 0,001$ ). Для других переменных связь также была значимой, но слабой. Была выявлена слабая отрицательная взаимосвязь между уровнем самооценки и экзистенциальной пустоты. Таким образом, проверенная гипотеза подтвердилась в своей основной части.

Таблица 1. Коэффициент корреляции *r*-Пирсона для шкал SES и LAPS с учетом переменной места проживания респондентов

Шкалы LAPS		SES	
		Частный дом	DPS
Цель	Корреляция Пирсона	-0,180	0,639**
	Значимость (двусторонняя)	0,210	0,001
	N	50	50
Внутренняя согласованность	Корреляция Пирсона	0,655**	0,684**
	Значимость (двусторонняя)	0,001	0,001
	N	50	50
Контроль жизни	Корреляция Пирсона	0,560**	0,604**
	Значимость (двусторонняя)	0,001	0,001
	N	50	50
Принятие смерти	Корреляция Пирсона	0,233	0,678**
	Значимость (двусторонняя)	0,103	0,000
	N	50	50
Экзистенциальная пустота	Корреляция Пирсона	0,030	-0,158
	Значимость (двусторонняя)	0,837	0,274
	N	50	50
Стремление к достижению целей	Корреляция Пирсона	-0,487**	0,521**
	Значимость (двусторонняя)	0,001	0,001
	N	50	50
Личностный смысл	Корреляция Пирсона	-0,142	0,666**
	Значимость (двусторонняя)	0,324	0,001
	N	50	50
Баланс жизненных установок	Корреляция Пирсона	0,667**	0,721**
	Значимость (двусторонняя)	0,001	0,001
	N	50	50

Далее была подтверждена истинность второй гипотезы (H2.1 и H2.2) - место проживания респондентов (частный дом или дом престарелых) является фактором, который дифференцирует уровень их переживания смысла жизни и уровень самооценки, а также специфику взаимосвязи между установками и самооценкой в исследуемых группах.

Из-за значительного расхождения в распределении результатов для некоторых шкал LAPS, для проверки гипотез в рамках этих измерений был использован U-критерий Манна-Уитни. Значения индивидуальных рангов и уровень значимости различий представлены в таблицах (2 и 3).

Таблица 2. Ранговая таблица U-критерия Манна-Уитни для отдельных групп респондентов

	Место проживания	N	Средний ранг	Сумма рангов
Цель	частный дом	50	48,14	2407,00
	дом престарелых	50	52,86	2643,00
	Всего	100		
Внутренняя согласованность	частный дом	50	47,43	2371,50
	дом престарелых	50	53,57	2678,50
	Всего	100		
Контроль жизни	частный дом	50	51,75	2587,50
	дом престарелых	50	49,25	2462,50
	Всего	100		
Принятие смерти	частный дом	50	35,05	1752,50
	дом престарелых	50	65,95	3297,50
	Всего	100		
Личностный смысл	частный дом	50	46,98	2349,00
	дом престарелых	50	54,02	2701,00
	Всего	100		

Таблица 3. Значимость различий для отдельных шкал опросника жизненных установок по U-критерию Манна-Уитни с учетом переменной места проживания

	Цель	Внутренняя согласованность	Контроль жизни	Принятие смерти	Личностный смысл
По Манна-Уитни	1132,000	1096,500	1187,500	477,500	1074,000
В Уилкоксон	2407,000	2371,500	2462,500	1752,500	2349,000
Z	-,815	-1,060	-,432	-5,335	-1,214
Асимптотическая значимость (двусторонняя)	0,415	0,289	0,666	0,000	0,225

Различия в отдельных группах оказались значимыми только для шкалы Принятие смерти ( $U=477.500$ ;  $p<0.001$ ). У лиц, проживающих в доме престарелых, средний балл по этой шкале был выше ( $M=43,70$ ;  $SD=9,836$ ) по сравнению с лицами, проживающими в частных домах. Таким образом, гипотеза в этом отношении подтвердилась лишь частично.

В таблице 4 представлен анализ значимости различий для шкалы самооценки SES и отдельных шкал LAPS, для которых распределение результатов существенно не отличалось от нормального.

Таблица 4. Анализ различий результатов анкеты  
жизненных установок с учетом переменной «место проживания»

	Место проживания	N	Среднее	Стандартное отклонение	t	уровень существенности
Экзистенциальная пустота	частный дом	50	28,00	5,761	1,388	0,168
	дом престарелых	50	26,12	7,650		
Стремление к достижению целей	частный дом	50	34,82	8,310	1,362	0,177
	дом престарелых	50	31,90	12,680		
Баланс жизненных установок	частный дом	50	94,98	27,360	-0,983	0,328
	дом престарелых	50	101,42	37,368		
Самооценка	частный дом	50	29,10	4,748	-0,831	0,408
	дом престарелых	50	30,08	6,857		

Анализ не показал существенных различий в тесте LAPS между группами, поэтому истинность гипотезы в этом аспекте не подтвердилась.

Таблица 5. Коэффициент корреляции r-Пирсона  
для шкал SES и LAPS во всей группе респондентов

	Шкалы LAPS	SES
Цель	Корреляция Пирсона	0,639**
	Значимость (двусторонняя)	,000
	N	100
Внутренняя согласованность	Корреляция Пирсона	0,634**
	Значимость (двусторонняя)	0,000
	N	100
Контроль жизни	Корреляция Пирсона	0,468**
	Значимость (двусторонняя)	0,000
	N	100
Принятие смерти	Корреляция Пирсона	0,399**
	Значимость (двусторонняя)	0,000
	N	100
Экзистенциальная пустота	Корреляция Пирсона	-0,278**
	Значимость (двусторонняя)	0,005
	N	100
Стремление к достижению целей	Корреляция Пирсона	0,299**
	Значимость (двусторонняя)	0,003
	N	100
Личностный смысл	Корреляция Пирсона	0,655**
	Значимость (двусторонняя)	0,000
	N	100

Баланс жизненных установок	Корреляция Пирсона	0,674**
	Значимость (двусторонняя)	0,000
	N	100

\*\* Корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя).

\* Корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя).

Для проверки гипотезы о различиях между респондентами, проживающими в частном доме, и респондентами, проживающими в доме престарелых, в отношении значимой взаимосвязи между уровнем самооценки и их жизненными установками, был использован коэффициент корреляции  $r$ -Пирсона (Таблица 5). Респонденты, проживающие в доме престарелых, обнаруживают такую же взаимосвязь между самооценкой и жизненными установками, как и группа пожилых людей в целом. Однако в случае с пожилыми людьми, живущими в частных домах, более высокий уровень самооценки не означает большей убежденности в том, что у них есть цели в жизни (Цель,  $r = -0,180$ ;  $p > 0,05$ ), напротив, он не мотивирует и не усиливает потребность в поиске такой цели. Те респонденты, которые ведут более активную жизнь, живя в частном доме, также характеризуются более низким уровнем самооценки (Стремление к достижению цели,  $r = -0,487$ ;  $p < 0,001$ ). Таким образом, выдвинутая гипотеза подтвердилась лишь частично.

### 3. 7. Обсуждение результатов и окончательные выводы

В вышеупомянутом исследовании предполагалось, что существует взаимосвязь между переживанием смысла жизни и уровнем самооценки у людей в поздней взрослости. Далее выявляли взаимосвязь между местом жительства испытуемых и их переживанием смысла жизни и уровнем самооценки. По результатам анализа было установлено, что две группы не отличаются по уровню самооценки.

Анализ показывает, что более высокий уровень самооценки у исследуемых пожилых людей в значительной степени связан с осознанием своих жизненных целей, ощущением собственной идентичности и согласованностью своего отношения к миру. Люди с более высокой самооценкой убеждены в своем личном влиянии на ход собственной жизни, они чувствуют ответственность за свои решения, учитывают их последствия. Для этих респондентов быстротечность жизни является элементом нормальной жизни, где жизненная активность и вовлеченность - это не способ заглушить мысли о приближающейся смерти, а способ сделать каждый момент возможностью для личностного развития и источником жизненного удовлетворения. Более высокий уровень самооценки среди опрошенных пожилых людей сопровождается способностью влиять на реальность, в которой они оказываются ежедневно. Они также с большей вероятностью будут рассматривать себя как личность, которая может жить и работать в группе, не теряя своей независимости и самостоятельности. Уверенность в собственной ценности и достоинстве позволяет воспринимать различия окружающей среды и других людей с большей терпимостью и

принятием, строить взаимоотношения в духе дружелюбия и сотрудничества вместо агрессивности и соперничества.

Принимая во внимание текущее место жительства респондентов (частный дом или дом престарелых), можно продемонстрировать различия в удовлетворенности жизнью, но только в небольшой степени. Значительные из них касаются принятия собственной смерти. Люди, проживающие в доме престарелых, демонстрируют большую отстраненность и даже принятие быстротечности жизни, ее конечности. Факт проживания в доме престарелых, а значит, уход из семейного дома, влечет за собой необходимость столкнуться с мимолетностью и относительностью определенного жизненного опыта. Конечно, сам факт проживания в доме престарелых сопровождается размышлениями о том, что важно в жизни, что неизбежно, о собственной смерти. Пребывание в собственном семейном доме (в одиночестве или с другими людьми) - как показывают исследования - может быть своего рода защитным фактором от такого жизненного отражения.

Однако на основании полученных результатов нельзя с уверенностью утверждать о причинах такого положения дел. Трудно сделать вывод, что это, например, страх перед таким размышлением, защита от него. Как и в случае с жителями дома престарелых, нельзя однозначно сказать, что это фактическое принятие смерти, или, возможно, принятие того, что другого пути не было (и нет). Результаты показывают, что жители дома престарелых сильнее и полнее смирились с такими реалиями, как быстротечность жизни или неизбежность смерти. Возможно, они лучше понимают быстротечность человеческой природы. Их позитивное отношение к смерти сопровождается более глубокими размышлениями и большей дистанцией по отношению к жизни (Frankl, 1984; Próchniak, 2005, по: Klamut, 2010).

Место проживания опрошенных пожилых людей не различает их по уровню самооценки. Как в семейном доме, так и в доме престарелых они демонстрируют схожие уровни самоудовлетворенности.

Однако при рассмотрении статистически значимых связей с параметрами чувства смысла жизни и самооценки можно отметить определенные различия между выделенными группами (жители семейного дома и дома престарелых). Для жителей дома престарелых более высокий уровень самооценки действительно неразрывно и позитивно связан с ощущением смысла жизни в различных ее измерениях. Однако это не защищает от переживания экзистенциальной пустоты, отказа от желания повлиять на свою судьбу. Кажется, что все уже решено, независимо от самооценки.

Напротив, в случае людей, живущих в частных домах, более высокая самооценка не переходит однозначно в осознание жизненных целей. Возможно, они определяются другими факторами (присутствие близких, независимость, забота о близких, сохранение «приобретений прошлого» или другие). У этих людей повышение самооценки не обязательно сопровождается принятием смерти и поиском личного смысла существования. Скорее, жизнь «в одиночку» ассоциируется с отказом от мыслей о смерти и быстротечности жизни. От группы жителей дома престарелых их явно отличает то, что более высокая самооценка связана здесь со значительно

более низкой ориентацией на поиск жизненных целей. Возможно, находясь «дома», они не обязаны этого делать; их прежние цели не утратили своей актуальности. Переезд в дом престарелых подразумевает четкой перестройки своего видения жизни и новых усилий для поиска вдохновения и приоритетов в жизни.

Результаты представленного исследования показывают проблему взаимосвязи между уровнем самооценки, чувством собственной значимости и переживанием смысла жизни в различных аспектах у людей в поздней зрелости. Существенным фактором оказался тот факт, что пожилые люди живут либо в собственном доме, либо в доме престарелых. Поэтому важна роль как членов семьи, так и персонала дома престарелых. Их поддержка особенно важна для примирения или принятия быстротечности жизни, которую переживают пожилые люди. Это помогает включиться в поиск новых приоритетов и жизненных целей, тем самым предотвращая падение в экзистенциальную пустоту и безнадежность.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Adler A. (1986), *Sens życia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
2. Aumonier. N., Beignier. B., Letellier. P., (2003), *Eutanazja*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
3. Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
4. Brzezińska A.I., Hejmanowski. Sz. (2013), *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać*. [W:] A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 623-664). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
5. Brzezińska A. (2013), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
6. Cerruti F.-R. (1987), *Leuthanasie. Approche médicale et juridique*. Tuluza: Wydawnictwo Privat.
7. Chojniak A. (2003), *Człowiek i sens. Frankla koncepcja autotranscendencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
8. de Walden - Gałuszko K. (1996), *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej*, [W:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. Lublin: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna.
9. Fenigsen R. (1994), *Eutanazja - śmierć z wyboru?*. Poznań: Wydawnictwo W drodze.
10. Frankl V.E. (1976), *Homo patiens*. Warszawa: Instytut wydawniczy PAX.
11. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, [W:] *Encykliki Ojca świętego bł. Jana Pawła II*, (2011). Kraków: Wydawnictwo AA.
12. Janiszewska-Rain. J. (2013), *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym*. [W:] A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 591-622). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

13. Katechizm Kościoła Katolickiego (1994), Poznań: Wydawnictwo Pallotinum.
14. Klamut. R. (2010), Kwestionariusz postaw życiowych, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
15. Kodeks Etyki Lekarskiej, Radziwił. K. (2004). Warszawa.
16. Łuczak. J. (1996), Etyka w opiece paliatywnej, [W:] Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Lublin: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna.
17. Łużyński. W. (2011), Eutanazja w kontekście ludzkiego cierpienia. *Studia Gnesnensia*, XXV, 331-346.
18. Nowy Słownik Języka Polskiego, red. E. Sobol (2002). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
19. Obuchowski K. (1983), Psychologia dążeń ludzkich. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
20. Obuchowski. K. (2000), Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
21. Opoczyńska M. (1999), Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
22. Popielski K. (1987), Człowiek - pytanie otwarte, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
23. Popielski. K. (1994), Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
24. Skrzypińska K. (2002), Pogląd na świat a poczucie sensu życia i zadowolenia z życia. Kraków: Oficyna Wydawnicza Inywels.
25. Słownik Wyrazów Obcych, red. E. Sobol (1999). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
26. Steuden. S. (2012), Psychologia starzenia się i starości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
27. Stolarczyk J. (1996), Słowo o eutanazji, [W:] Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Lublin: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna.
28. Straś-Romanowska. (2009), M. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. [W:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia (s.263-292), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
29. Szeroczyńska. M. (2004), Eutanazja i wspomagane samobójstwo w świecie. Studium prawno-porównawcze. Kraków: Universitas.
30. Śledzianowski J. (2010), Eutanazja - dobra śmierć czy zabójstwo człowieka. Kielc: Wydawnictwo Jedność.
31. Wojciszke B. (2002), Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Schole.





## НАРРАТИВНАЯ ПРАКТИКА В ПРЕОДОЛЕНИИ СМЫСЛОЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

### *Narrative practice in overcoming a crisis of meaning life in older people*

\* Белорусский государственный университет ORCID: 0000-0002-0841-0421

#### **ABSTRACT**

*The article is devoted to the analysis of a crisis of meaning and life in elderly people and assistance in overcoming it in the framework of narrative practice. It was found that the crisis of meaning and life in old age manifests itself in a negative assessment of life - their past, present and future; negative assessment of themselves and their importance; experience of unfreedom, lack of independence, inability to realize the meaning of life; lack and exhaustion of motivation for life; emotional emptiness; slowing of life and a feeling of landing goals; isolation and fear of solitude; tendency to problematize life. Help should take into account certain difficulties in counselling and psychotherapeutic work with older people: tendency to complain, shifting responsibility to others, lack of flexibility in thinking, fixation on memories. Given these characteristics, an effective practice in psychological care is narrative psychotherapy, which allows the client to explore his personal life story and re-examine it in a positive way, which contributes to an effective overcoming the crisis of the meaning of life. The conclusion is made that in the work with elderly people the narrative practice of retelling the actual for them at the given moment life story helps them to change their opinion and behaviour in any cut of the system of interrelation with the world.*

**Key words:** *meaning-life crisis, meaning of life, narrative practice, older people.*

#### **АННОТАЦИЯ**

Статья посвящена анализу смысложизненного кризиса у пожилых людей и оказанию помощи по его преодолению в русле нарративной практики. Было выявлено, что смысложизненный кризис в пожилом возрасте проявляется в негативной оценке жизни – своего прошлого, настоящего и будущего; негативной оценке себя и своей значимости; переживании несвободы,

несамостоятельности, невозможности реализовать смысл жизни; недостатке и истощении мотивации жизни; эмоциональной опустошенности; замедлении жизни и ощущении приземленности целей; изоляции и страхе одиночества; склонности проблематизировать жизнь. При оказании помощи следует учитывать определенные сложности консультационной и психотерапевтической работы с пожилыми людьми: стремление жаловаться, перекладывание ответственности на других, отсутствие гибкости мышления, заикленность на воспоминаниях. Учитывая эти особенности, эффективной практикой оказания психологической помощи является нарративная психотерапия, позволяющая изучить вместе с клиентом его личную историю жизни и переосмыслить ее в позитивном русле, что способствует эффективному преодолению смысло-жизненного кризиса. Делается вывод о том, что в работе с пожилыми людьми нарративная практика пересочинения, пересказывания актуальной для них в данный момент жизненной истории помогает им изменить свое мнение и поведение в любом срезе системы взаимоотношений с миром.

**Ключевые слова:** смысло-жизненный кризис, смысл жизни, нарративная практика, пожилой возраст.

## ВВЕДЕНИЕ

Пожилым возрастом играет специфическую роль в системе жизненного цикла человека, потому что именно в этот период можно понять и объяснить его жизнь как целое. Выход на пенсию – кризисный период в развитии людей пожилого возраста, сущностью которого является перестройка внутреннего переживания, человек ставится перед необходимостью решения важных для себя задач: структурирование времени; реализация новых социальных ролей; нахождение сферы приложения собственной активности, в котором представлена личность в социальной ситуации развития.

Ведущей деятельностью в период пожилого возраста А. Лидерс считает «внутреннюю работу», направленную на принятие своего жизненного пути. Осмысление прожитой жизни, пересмотр жизненного пути в «возрасте осени» неизбежно приводит человека к вопросу о смысле жизни. Постигание смысла связано с осмыслением прошлого и осознанием того, что настоящее и будущее определяется им (Лидерс, 2001).

В пожилом возрасте, с одной стороны, необходимо осознать важность работы по завершению того, что может быть завершено, с другой – ощутить границы возможного и признать несовершенство как самого себя, так и окружающего мира. Из этого положения вытекает важнейшая задача старости – выполнение жизненных задач, которые не были решены или были решены недостаточно хорошо в течение жизни (Слободчиков, Исаев, 2000). Если человек не смог успешно разрешить кризис встречи со старостью, то необходимость

изменения жизненной позиции, ценностей, установок и стереотипов поведения осознается с большим трудом, поэтому нарастает общая ригидность и неоптимальные формы преодоления жизненных проблем.

Кризис возникает, когда человек не принимает изменения, происходящие в его жизни. Кризис перемещает человека в промежуточный период, когда привычные модели мышления и поведения уже не работают, а новые еще не сформировались. Человек, находясь в пространстве между «тем, что уже разрушено» и «тем, что еще не создано», может понять, что для того, чтобы справиться с критическим периодом в жизни, он должен встретиться лицом к лицу с самим собой, всегда оставаясь один на один с тем, с чем он встречается (Слободчиков, Исаев, 2000).

Распространенной жалобой многих пожилых людей является отсутствие смысла жизни. Потеря работы, сужение круга знакомых, изменение социального статуса, снижение материального благосостояния и утрата чувства социальной защищенности для пожилых людей могут привести к потере смысла жизни (экзистенциальному вакууму). Их охватывает ощущение внутренней пустоты, и они оказываются в так называемом экзистенциальном вакууме. Не имея инстинктов, направляющих их поведение, и исчезнувших традиций, люди, оказавшись перед необходимостью выбора, не знают, чего они хотят, ради чего стоит жить. Однако, недостаточно иметь представление о смысле жизни, важно понимать, как его реализовать, и иметь все необходимые ресурсы для этого (Ачинович, 2021).

## **ПРОЯВЛЕНИЯ СМЫСЛОЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Смысложизненный кризис — это психологический кризис в развитии личности, обусловленный трудностями и противоречиями в поиске и практической реализации смысла жизни (К.В. Карпинский, 2012). К. В. Карпинский описывает феноменологию смысложизненного кризиса в личностном развитии, под которой понимает «совокупность качественно своеобразных переживаний человека по поводу собственной жизни, детерминированных противоречиями в поиске и осуществлении смысла жизни, затруднениями в смысловой регуляции индивидуального жизненного пути» (К.В. Карпинский, 2012, с. 121 ).

Рассмотрим феноменологические проявления смысложизненного кризиса у пожилых людей (Карпинский, 2012; Ачинович, 2021).

1. *Негативная оценка жизни — прошлого, настоящего и будущего.*

Пожилые люди, переживающие смысложизненный кризис, оценивая прожитую жизнь, дают ей негативную оценку, в беседе у них наблюдается общий негативный фон размышлений и переживаний по поводу прожитой жизни. «Зачем все это делалось? Какой в этом толк? Кому это было надо? Все прошло, забылось, а внутри -пустота».

Сегодняшняя (настоящая) жизнь не насыщена значимыми для человека событиями и/или делами, а наполнена мелкими незначительными обыденными событиями. «Жизнь идет по кругу, как день сурка, все время одно и то же».

Будущее представляется бесперспективным: «Будущего не будет, потому что не будет меня». «Будущее будет без меня, и я его не увижу - Зачем мне что-то делать? - Нет смысла в настоящем (деятельности, жизни)»; «Будущее будет другим, и я не знаю, каким оно будет, и не узнаю - То, что я делаю сейчас, бессмысленно, так как может оказаться бесполезным»; «В будущем это никому не будет нужно – Меня забудут».

*Негативная оценка себя и своей значимости.* При выходе на пенсию человек теряет свой социальный статус, осознает наступающие перемены в связи с неизбежностью старения, физическими ограничениями и психическими изменениями, что приводит пожилых людей к сужению круга общения, возникновению чувства ущербности и ненужности, а иногда и к тяжелым депрессивным состояниям.

*Переживания несвободы, несамостоятельности, невозможности реализовать смысл жизни.* Наиболее тяжело это состояние, если человек оказывается зависим от болезни, воспринимая это как предательство собственного тела. Ограничение способности передвигаться в пространстве, мобильности, сокращение времени на продуктивную деятельность (физическую и умственную) в течение дня часто усугубляется невостремованностью, а иногда неприятием, даже отталкиванием со стороны близких людей. В то же время, они чувствуют, что становятся зависимы от других людей. Особенно уязвимы в этой ситуации пожилые люди, которые всю жизнь были активными, независимыми или помогали другим. Они не могут принять свою личность в целом, так как чувствуют, что она стала ущербной в основных областях ее проявления в пожилом возрасте: в собственной деятельности и роли в отношениях с другими людьми. Для них характерны аутоагрессия, упреки своему «предающему телу», мысли о бессмысленности и бесполезности дальнейшей жизни. Эти чувства особенно обостряются, когда становится очевидной неспособность поддерживать привычный образ жизни. Им трудно просить и принимать помощь от окружающих, как близких людей, так и специалистов различных служб, поскольку в их понимании это подтверждает их беспомощность и некомпетентность. Они ожидают, что о них позаботятся «те, кто должен», так как они «всю жизнь выполняли свой долг».

*Недостаток или истощение мотивации жизни.* С возрастом уровень активности жизни у многих снижается, жизнь становится вялая и пассивная, человеку трудно заставить себя что-либо предпринять для исправления жизненной ситуации, для поиска новых смыслов и полезных дел. Из-за этого снижается интерес к жизни. Немалые усилия приходится прикладывать даже к тому, чтобы просто жить, выполняя текущие дела и обязанности.

*Замедление жизни и ощущение приземленности целей* – в кризисе психологическое время личности замедляется, что обусловлено «остановкой», ломкой

динамики жизнедеятельности. В молодости человек строит много планов, а в старости происходит сужение временной перспективы, теряются цели и далекая ориентация в жизни. Отсутствие важных и значимых событий приводит к тягостному переживанию времени, которое воспринимается как растянутое, пустое и утомительное хождение по кругу.

*Эмоциональная опустошенность.* Смысловой вакуум, ощущение пустоты, серости и однообразия жизни, приводит к эмоциональному вакууму, «механизации», «роботизации» процесса жизни, поскольку человек психологически не вовлекается в поток жизненных событий, а живет «на автомате», его ничто не увлекает и не вдохновляет. Такое метапатологическое состояние А. Маслоу называет «омертвлением», противопоставляя ему «живость» — состояние эмоциональной отзывчивости на всевозможные аспекты и проявления бытия (Маслоу, 1997, с. 332).

*Изоляция и страх одиночества.* Кризис смысла жизни пробуждает субъективное ощущение «отрезанности», «оторванности» от людей, групп, общества в целом, что только усугубляет внутренние проблемы. В пожилом возрасте социальных связей становится все меньше, как по количеству, так и по эмоциональной насыщенности. Старшего поколения, а также некоторых их сверстников уже нет в живых. Общение со своим привычным кругом ограничено: встречи становятся реже и короче, на них обсуждается все меньше важных тем, поскольку новые не появляются, а старые уже много раз обсуждались. Особенно это касается тех, кто больше не может работать и/или активно участвовать в какой-либо общественной деятельности. Те, кто раньше проводил большую часть времени на работе, выпадают из регулярного общения с коллегами, то есть теряют большую часть своих социальных контактов и не имеют возможности формировать новые так часто, как раньше, да и физических сил для этого может не хватать. Уменьшается и общение с детьми, которые стали взрослыми и больше вовлечены в формирование собственных социальных отношений (семья, работа, друзья, интересы и хобби и т.д.). Аналогичным образом, другие родственники, погруженные в свой собственный мир, становятся более отдаленными. Мысль о собственной ненужности для близких и значимых людей, приводит к выводу о том, что жизнь закончилась.

*Склонность человека проблематизировать жизнь.* Даже если жизнь не отягощена препятствиями и помехами для самореализации, но из-за отсутствия у личности, находящейся в кризисе, психологических средств овладения и регуляции ситуации она превращается в «бремя». Пожилой человек переживает внутренний конфликт, когда сталкивается с противоречием между некоторой потребностью и возможностью ее удовлетворения. Смысловжизненный кризис можно приравнять к высшему классу проблемностей, который «требует процессов регуляции, направленных на организацию психической активности, обеспечивающей личностную стратегию поведения и долговременные отношения с действительностью, пересмотр жизненно важных ориентиров и поиск принципиально нового смысла» (Карпинский, 2012, с. 125).

Таким образом, феноменология смысложизненного кризиса имеет внутренне дифференцированную структуру и представляет собой сложный, неоднородный комплекс переживаний. Исследователи выделяют два варианта разрешения кризиса. Конструктивный вариант, состоит в том, что человек идет на риск и открывает себя новым возможностям, преодолевая страх перемен и переходя на новую ступень развития, приобретая новый опыт и новые знания о мире и себе. Правильное понимание кризиса и отношение к нему как к трудному этапу в естественном процессе развития способно принести исцеление различных эмоциональных и психосоматических нарушений, благоприятное изменение личности для решения жизненных проблем.

Второй деструктивный вариант развития кризиса состоит в том, что пожилой человек, выбирая безопасность, останавливается в своем развитии, тем самым разрушая и ограничивая себя (Гилева, 2017).

## **СЛОЖНОСТИ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ**

При оказании помощи следует учитывать определенные сложности консультационной и психотерапевтической работы с пожилыми людьми:

1. Пожилые клиенты ведут себя как «жалобщики», то есть не признают своей ответственности за нынешнюю ситуацию и/или проблему, ищут причины в окружающих людях или обстоятельствах и считают себя неспособными участвовать в их разрешении в большей степени, чем они это уже делают.
2. Они склонны больше заикливаться на воспоминаниях, сравнивая нынешнюю ситуацию с эпизодами или периодами в прошлом. В этом самом прошлом они помнят себя во взаимодействии с какими-то конкретными людьми, поэтому у них часто возникает перенос на психолога и навязывание конкретных ролевых отношений, которые довольно трудно изменить в процессе психотерапии.
3. В пожилом возрасте снижается пластичность и гибкость мышления и устоявшихся установок, способность к обучению и переменам. Нечувствительность к новым веяниям вызывают сопротивление в работе, часто проявляющееся в обесценивании действий и профессионализма психолога.

Это отсутствие гибкости мышления, невосприимчивость к новым веяниям усугубляются по мере старения человека. Поэтому традиционные направления психоконсультирования и психотерапии, ориентированные на достижение кардинальных изменений в поведении, мышлении, восприятии себя и окружающей действительности наталкиваются на жесткое сопротивление изменениям, нежелание пожилых клиентов работать над своим участием и ответственностью в неустраивающей их ситуации, часто это проявляется и в обесценивании действий и профессионализма психолога.

Учитывая эти особенности, для эффективной психологической помощи необходимо изучить вместе с клиентом его личную историю жизни с рождения до настоящего момента, и понять, что же лучше всего подойдет в качестве следующей главы.

Попытка организовать в консультативной практике пересказывание историй, которые рассказывают сами пожилые пациенты, вместо традиционного анализа и интерпретации и переформулирования была предложена в рамках нарративной терапии М. Уайтом и Д.Эпстоном (Уайт, 2010). При этом в пересказах осуществляется смещение фокуса внимания с тем о неизбежности, бессмысленности, безнадежности, невозможности изменений, обвинений в адрес внешнего мира, на темы опыта, компетентности, достижений, мудрости, сохранности и стабильности, непрерывности процесса развития, что помогает пожилому человеку пересоздать свою жизненную историю желанным ему образом и способствует эффективному преодолению смысложизненного кризиса.

## **НАРРАТИВНАЯ ПРАКТИКА ПРЕОДОЛЕНИЯ СМЫСЛОЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА**

*Нарративная психотерапия* (от англ. narrative - история, повествование) – созданный в 80-х годах XX века психотерапевтический метод, основной единицей анализа в котором является нарратив – представления, истории, которые сложились у клиента о себе и своей жизни.

Основатель нарративной практики М. Уайт предположил, что мы воспринимаем жизненный опыт через призму историй о нас, которые рассказываем мы сами и которые другие рассказывают нам (Уайт, 2010). Эти истории складываются в социальном контексте, причем имеет место постоянный процесс смыслопорождения по мере того, как наш опыт организуется в истории: события, происходящие в различные моменты времени, связываются в последовательности на основе какого-либо сюжета или темы. Однако не существует единственной истории, которая могла бы охватить всю совокупность проживаемого нами опыта, и, хотя некоторые истории о наших жизнях становятся доминирующими и привилегированными по отношению к другим, каждый из нас состоит из множества историй и проживает полиисторийную жизнь.

В самом широком смысле нарративная психотерапия является беседой, в процессе которой люди пересказывают, т.е. рассказывают по-иному истории своей жизни. Люди – существа интерпретирующие. Постоянно переживая нескончаемую вереницу событий, они стремятся увидеть их взаимосвязанными и объяснимыми, т.е. осмысленными. В действительности жизнь человека мультиисторична. В ней состязаются за привилегированное положение разные истории. Какая-то из них доминирует. Если доминирующая история закрывает человеку возможности развития, можно говорить о существовании проблемы. Каждый момент содержит пространство для существования



многих историй, и одни и те же события в зависимости от приписываемых им смыслов и характер связей могут сложиться в разные нарративы.

Цель нарративного подхода - создать пространство для развития альтернативных, предпочитаемых историй для того, чтобы человек почувствовал себя способным влиять на собственную жизнь, в большей степени автором предпочитаемой истории своей жизни и стал бы воплощать ее, привлекая и объединяя «своих» людей в сообщество заботы и поддержки (Уайт, 2010).

**Схема работы в нарративном подходе по преодолению смысложизненного кризиса** (Манухина, 2006).

1. *Выслушивание истории клиента.*

2. *Выявление проблемной (доминирующей) истории.*

Пожилые люди рассказывают «проблемные истории», в которых они выглядят беспомощными жертвами или измученными борцами, обиженными и непонятыми, несчастными и разочарованными, часто почти уничтоженными. При этом в процессе рассказывания, человек начинает воспринимать себя и свою ситуацию именно в том ключе, в каком он предъявляет себя как героя рассказа.

3. *Экстернализация проблемы* – т.е. отделение проблемы от клиента.

М. Уайт писал: «Человек не есть проблема. Проблема – это проблема, а человек – это человек» (Уайт, 2010). Суть экстернализации состоит в том, что человек рассматривается не как вместилище проблемы, а как субъект, находящийся с ней во взаимоотношениях. Однако сложно говорить об отношениях с чем-то неопределенным, поэтому проблеме дается имя. Тогда возможным становится обсудить два их аспекта: 1) как проблема влияет на человека, 2) как человек влияет на проблему. В работе с пожилыми людьми часто используются следующие названия: беспомощность, депрессия, ранимость и плаксивость, безнадежность и т. д. На вопрос «Что с ним делает то или иное состояние?» пожилой человек часто отвечает: «Делает слабым, беззащитным». С другой стороны, вопрос, например, «Что вы делаете со своей беспомощностью?» не только вызывает удивление, но и порождает ответ, часто неожиданный для самого человека: «Я обращаюсь за помощью», который становится началом новой истории о том, как он использует эту самую беспомощность для борьбы с одиночеством или болезнью.

4. *Деконструкция истории проблемы* (от лат. de «обратно» и constructio «строю»; «переосмысление») — понятие, означающее новое понимание посредством разрушения стереотипа или включение в новый контекст.

Важно выявить и развеять конкретный социальный миф в истории клиента. Например, существует миф о «неспособности пожилых людей обеспечить себя даже самым необходимым». В то же время есть много примеров в нашей стране, когда именно пожилые люди действительно проявляют чудеса приспособляемости и находчивости. И тогда история приобретает совсем другой смысл.

5. *Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории.*

В каждой жизненной истории имеются светлые периоды радостей, удачи, преодоления трудностей. Именно эти уникальные эпизоды отслеживает психолог в доминирующем (проблемном) нарративе клиента. Выявляя их, уточняя функции, действия и способности, которые применял клиент в этих ситуациях, психолог побуждает клиента к созданию альтернативной истории, где либо проблем нет вообще, либо рассказчик их побеждает, либо проблемы способствуют его личностному развитию или получению нового жизненного опыта. У пожилых людей, обремененных жизненными трудностями, эмоциональная подвижность постепенно переходит в пониженное настроение. Они становятся склонны отмечать только тяжелые моменты и ситуации, с которыми им приходится бороться. Выявление «светлых пространств» снимает глобальность воздействия проблем на жизнь человека. Так, пожилая пара в беседе с психологом обнаруживает, что эпизоды госпитализации одного из них подтверждают не столько историю плохого ухода другого, сколько историю взаимной помощи, любви и внимания друг к другу, которыми наполнена вся их жизнь.

6. *Переименование проблемы. Называние альтернативной истории (как в ней решается проблема).*

Психолог, используя речь клиента, называет историю клиента не в терминах его неудачи, как это делает сам клиент, а на основе его достижений, навыков и личных способностей. Таким образом, клиент получает взгляд с обратной стороны на свой опыт, который наполняется осмысленной жизненной перспективой. Например, историю о «недееспособности и никчемности» можно переименовать в историю о «праве на отдых, чтобы использовать полученный опыт в личных целях»; повествование о «беспомощном больном» можно назвать «использованием возможностей для сохранения здоровья».

7. *Закрепление альтернативной истории.*

Чаще всего это нарратив о том, как они все чаще находят способы применения своего жизненного опыта, включая беседы с психологом, для организации самопомощи в усложняющейся ситуации старости.

8. *Обсуждение будущего в свете новой истории.*

В разговоре с пожилыми людьми о будущем неизменно возникает тема смерти. Независимо от того, как данный человек ее озвучивает (страх, интерес, примирение с неизбежностью смерти или др.), его отношение к смерти обязательно должно обсуждаться. Именно эти экзистенциальные переживания блокируют способность пожилых людей планировать свою жизнь. Интересно, что именно после бесед о смерти большинство пожилых клиентов начинают более свободно говорить о планах на ближайшее и даже отдаленное будущее. Более того, разговор о том, что произойдет с миром (в целом и с их близкими в частности) после их смерти, облегчает возможность обсуждения конкретных планов их реальной жизнедеятельности как сегодня, так и в ближайшем будущем.

9. *Выявление ресурсов клиента, способствующих поддержанию новой реальности в настоящем и будущем.*

Важно обсудить те хобби и интересы, которые человеку пришлось отложить в период активной социальной деятельности, и определить, какие из них стали доступны сейчас. Возможности поддержания и восстановления утраченных или прерванных контактов. Тема изоляции заменяется (частично или полностью) темой свободы, в частности, в отношении выбора образа жизни и распорядка своей жизни.

В процессе нарративной практики доминирующая история «ненужности старости» пересказывается в альтернативном «повествовании о мудрости». Обсуждается мудрость, которой пожилой человек может делиться или не делиться, но все равно является ее носителем. Если он сам хочет поделиться, то с кем именно. Какие у него есть возможности для этого. Как он это делал, делает, будет делать (Манухина, 2006).

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, феноменология смысложизненного кризиса представляет собой сложный, неоднородный комплекс переживаний. Смысложизненный кризис в пожилом возрасте проявляется в негативной оценке жизни — прошлого, настоящего и будущего, негативной оценке себя и своей значимости, переживании несвободы, несамостоятельности, невозможности реализовать смысл жизни, недостатке и истощении мотивации жизни, эмоциональной опустошенности, замедлении жизни и ощущении приземленности целей, изоляции и страхе одиночества, склонности проблематизировать жизнь.

Оценка результатов жизни влияет на переживание осмысленности прошлого, выступает в качестве одной из возможных смысложизненных ориентаций личности. Чувство продуктивно прожитого прошлого подпитывает и укрепляет перспективные притязания, удовлетворенность реализацией смысла жизни в прошлом вселяет уверенность на успех его реализации в будущем. Поэтому осмысленность жизни определяется не только перспективными целями, планами и притязаниями, но и ретроспективно оцениваемыми достижениями. В условиях смысложизненного кризиса этот механизм распадается, что может быть обусловлено двумя причинами: обесцениванием самого смысла жизни, вслед за которым обесмысливаются и прошлые достижения, либо обесцениванием «плодов» жизни, что лишает и смысл жизни необходимой поддержки. Переживания бессмысленности жизни идут «рука об руку» с переживаниями непродуктивности жизненного пути (Карпинский, 2012).

Учитывая эти особенности, эффективной практикой помощи пожилым людям в преодолении смысложизненного кризиса является нарративная психотерапия, позволяющая изучить вместе с клиентом его личную историю жизни и переосмыслить ее в позитивном русле. Нарративная практика пересочинения, пересказывания актуальной для пожилых людей в данный момент

жизненной истории помогает им изменить свое мнение и поведение в любом срезе системы взаимоотношений с миром.

Тот, кто оказывает помощь пожилым людям, должен помнить, что жизненный путь каждого человека уникален и что его прошлая деятельность достойна уважения. Ныне беспомощный и немощный - этот человек в молодости и зрелости любил и был любим, учился и работал, воспитывал детей. Осознание человеком своей ценности для семьи, родственников и общества продлит его активную жизнь, скрасит старость.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Ачинович Т. И. (2021), Смысложизненный кризис у людей пожилого возраста. [В:] М. Стенцель (ред.) Весна осени – о качестве жизни пожилых людей: в 2 т. Т. 2. Весна осени. Избранные проблемы людей пожилого возраста (с. 41-48). Люблин: Научное издательство Innovatio Press.
2. Гилева Н. С. (2017), Гендерные различия переживания жизненного кризиса в пожилом возрасте. *Наука о человеке: гуманитарные исследования*, 2 (28), 93-98.
3. Карпинский К. В. (2012), Феноменология смысложизненного кризиса в развитии личности. *Мир психологии*, 3, 121-134.
4. Лидерс А. Г. (2001), Возрастно-психологические особенности консультирования пожилых людей. *Психология зрелости и старения*, 4, 13–22.
5. Манухина Н. (2006), Нарративный подход в работе с пожилыми людьми. *Психология зрелости и старения*, 3 (35).
6. Маслоу А. (1997), Дальние пределы человеческой психики. Москва: Евразия.
7. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. (2000), Основы психологической антропологии. Психология развития человека: развитие субъективной реальности в онтогенезе. Москва: Школьная пресса.
8. Уайт М. (2010), Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию. Москва: Генезис.



Виктория Дворецкая

## СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ У ПОЖИЛЫХ ИНВАЛИДОВ

### *Socio-cultural rehabilitation as a means of developing meaningful quality people for the elderly*

\* Белорусский государственный университет ORCID: 0000-0001-7212-4094

#### **ABSTRACT**

*Modern society is constantly evolving, and one of the factors of its development can be considered the inclusion of elderly people with disabilities in society by means of developing their socially significant qualities, through the introduction of special forms and methods of work. Socio-cultural rehabilitation, carried out by specialized institutions, is the main method for achieving a high level of social life for elderly disabled people.*

**Keywords:** *socio-cultural rehabilitation, adaptation, integration, correction, elderly people with disabilities.*

#### **АННОТАЦИЯ**

Современное общество постоянно развивается, и одним из факторов его развития можно считать включение в социум пожилых инвалидов по средствам развития у них социально значимых качеств, при помощи внедрения специальных форм и методов работы. Социокультурная реабилитация, проводимая специализированными учреждениями, является основным методом по достижению высокого уровня социальной жизни пожилых инвалидов.

**Ключевые слова:** социокультурная реабилитация, адаптация, интеграция, коррекция, пожилые инвалиды.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Под социокультурной реабилитацией пожилых инвалидов понимается комплекс условий и мероприятий, позволяющих им адаптироваться в социокультурной ситуации: заниматься посильной работой; находить и использовать необходимую для практической деятельности и развлечений информацию; участвовать в ситуациях общения и пользования доступными средствами массовой информации, книгами; ухаживать за собой (Вачков, 2007).

Анализ зарубежного опыта реабилитации пожилых инвалидов показал, что социокультурная реабилитация базируется на принципе «заботясь о каждом, общество заботится и о себе самом», который предполагает, что в процессе приобщения граждан к творчеству, к социокультурным ценностям повышается уровень духовной культуры, социальная адаптация, особенно такой социально-демографической группы как пожилые инвалиды.

## **ТЕХНОЛОГИИ И СРЕДСТВА СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Технология социокультурной реабилитации пожилых инвалидов представляет собой систему приемов и методов воздействия средствами культурно-досуговой деятельности и (или) предоставления услуг пожилым инвалидам с целью восстановления (или компенсации) нарушенных или утраченных способностей к деятельности в соответствии с их духовными потребностями, интересами и потенциальными возможностями. Понятие «технологии социокультурной реабилитации» содержит две составляющие: «социальное» и «культурное». Категория «социальное» предполагает выход пожилых инвалидов на такой уровень коммуникации, который позволяет им вступать в обычные социальные контакты и взаимодействия. «Культурное» – подразумевает наполнение процесса реабилитации пожилых инвалидов конкретным культурным содержанием, освоение ими культурных ценностей, норм и традиций, указание на качество и сферу проявления их культурной активности, на результаты их творчества и обмена в процессе их социокультурной деятельности.

Технологии социокультурной реабилитации выполняют следующие функции:

- коррекционно-развивающая функция обуславливает качественную основу методов и технологий, используемых в процессе социокультурной реабилитации пожилых инвалидов. Ее направленность состоит в максимальной реализации творческих способностей, творческом саморазвитии и социальном самоутверждении;
- рекреативно-оздоровительная (восстановительная) функция технологий социокультурной реабилитации пожилых инвалидов учитывает не только

смену видов досуговой деятельности, но и компенсацию их ограничений и недостаточности в социокультурной сфере;

- социализирующая функция технологий ориентирована на процесс воспитания, общения, расширение контактов с окружающей социокультурной средой.

Применение технологий социокультурной реабилитации пожилых инвалидов должно быть подчинено требованию педагогической управляемости, что позволит специалисту по социальной работе осуществлять проектирование реабилитационного процесса, поэтапную диагностику, возможность варьирования средствами и методами коррекции. К одному из современных и принципиально новых явлений в реабилитации пожилых инвалидов относят слияние социокультурных технологий с технологиями коррекционно-компенсаторной работы, что способствует формированию социально-адаптивных знаний, навыков и умений. В результате у пожилых инвалидов значительно повышается эффективность социального развития и утверждения в обществе (Ветчинкина, 2018).

Все разнообразие средств социокультурной реабилитации укладывается в пять направлений деятельности:

- зрительское участие в массовых культурно-досуговых мероприятиях;
- участие в качестве слушателя в тематических образовательных проектах;
- арт-практики (активное творчество, связанное с любыми видами искусства, в том числе исполнительскими);
- телесно-ориентированные оздоровительные практики (фитнес, экотуризм и др.);
- волонтерские практики через участие в разовых акциях или долгосрочных проектах, в том числе арт-волонтерство, т.е. помощь в организации культурных событий.

Особым направлением социокультурной деятельности пожилых инвалидов является трудотерапия, ориентированная на развитие тонкой моторики, ориентации в пространстве, логического мышления, эстетического вкуса, расширение круга общения, релаксацию.

## **НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Все более популярным направлением в социокультурной реабилитации пожилых инвалидов становится адаптивный туризм, ориентированный на расширение жизненного пространства. В туристической деятельности человек не только отдыхает, но и осваивает наследие культурно-исторических знаний посредством своих собственных усилий и наблюдений.

Во время путешествия в рамках туристического отдыха и функционирования в социальной группе, состоящей из равных по статусу людей, совместных трапез и прогулок, общения, являющихся преимуществами адаптивного туризма, создаются условия для идентификации себя с окружающим социальным миром и приобретения в новых условиях позитивного личного жизненного



опыта. В процессе адаптивного туризма реально создаются условия для перехода из роли опекаемого объекта в роль активного субъекта воздействия, что обусловлено общением и взаимовлиянием людей.

Особое внимание следует обратить на такие средства социокультурной реабилитации пожилых инвалидов как физическая культура и спорт. Все большую популярность приобретает использование виртуальных информационных пространств, которые с помощью мультимедийных технологий и специальных технических устройств позволяют создать новую доступную социокультурную среду для пожилых инвалидов.

Одной из наиболее эффективных организационных форм социокультурной реабилитации является клуб – общественная организация, объединяющая группы людей в целях общения, совместного отдыха и развлечений, связанных с различными интересами. Клубы, как правило, имеют определённую тематическую направленность, с присущими ей традицией, символикой, стилем и методами работы, которые дают возможность максимально учитывать особенности участников клубной деятельности. Клубные объединения выполняют задачи организации досуга, создания условий для творчества участников, расширения спектра полезных знаний, умений, навыков; расширения возможностей общения и психологической поддержки; повышения социальной активности участников. Клубные объединения могут быть созданы как на базе социальных учреждений, так и учреждений культуры. Это реальная технология социального участия, т.е. инклюзивная технология, обеспечивающая повышение качества жизни собственными силами.

Клуб как организационная форма социокультурной реабилитации пожилых инвалидов, позволяет задействовать все ее средства (зрительское участие, образовательные проекты, арт-практики, оздоровительные и волонтерские практики). Если социокультурную реабилитацию осуществлять через клубные объединения, то пожилые инвалиды из объекта заботы превратятся в деятельных субъектов, способных к самоопределению. Клуб – это экономичная технология социокультурной реабилитации, поскольку функционирует не по воле официальных структур, а при наличии неформального лидера. От официальных структур, например, музея или центра социального обслуживания, требуется организация места сбора клубного сообщества и готовность к сотрудничеству, а инициативное сообщество поможет наполнить пресловутые индивидуальные программы социокультурной реабилитации инвалидов интересным содержанием.

К клубным формированиям относятся (Рогачев, 2018):

- кружки, коллективы и студии любительского художественного и технического творчества;
- любительские объединения и клубы по интересам;
- школы и курсы прикладных знаний и навыков;
- физкультурно-спортивные кружки и секции;
- группы здоровья и туризма;
- другие клубные формирования творческого, просветительского, физкультурно-оздоровительного и иного направления, соответствующего

основным принципам и видам деятельности учреждений социальной реабилитации пожилых инвалидов.

Клубные формирования в рамках своей деятельности:

- организуют систематические занятия в формах и видах, характерных для данного клубного формирования (репетиция, лекция, урок, тренировка и т.п.);
- проводят творческие отчеты о результатах своей деятельности (концерты, выставки, конкурсы, соревнования, показательные занятия и открытые уроки, творческие лаборатории, мастер-классы и т.п.);
- участвуют в общественных программах, акциях, фестивалях, конкурсах, выставках и т.п.

## ВЫВОДЫ

Социокультурная реабилитация способствует повышению самооценки, расширению творческого потенциала личности, гармоничному развитию адекватных межличностных ориентаций, формированию ценностных культурных установок для свободного проявления и утверждения своего «Я», расширению знаний об окружающем мире.

Важным моментом при проведении социокультурной реабилитации является привлечение сторонних лиц и организаций, что будет способствовать использованию потенциала науки, СМИ, театра для разработки технологий социальной и физической реабилитации инвалидов средствами культуры и искусства, обеспечит формирование современной концепции социально-культурной реабилитации пожилых инвалидов, отвечающей изменившимся общественно-политическим, экономическим условиям и запросам инвалидов.

Таким образом, социокультурная реабилитация направлена на повышение социальной активности, самооценки пожилых инвалидов, развитие навыков общения, формирование активной жизненной позиции и стремления к самостоятельному решению своих проблем, тем самым способствуя повышению уровня развития социально значимых качеств личности.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Вачков И.В. (2007), Психология тренинговой работы: содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы. Москва: Эксмо-пресс.
2. Ветчинкина Ю.А. (2018), Социокультурное пространство для людей с ограниченными возможностями здоровья. *Форум молодых ученых*, 12, 843–846.
3. Рогачева Т.В. (2019), Проблема содержания понятия «социокультурная реабилитация». [В:] С.В. Кривых, А.Д. Абашина (ред.) Воспитание и социализация в современной социокультурной среде (с. 640–644). СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена.



Людмила Анникова

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРОЕКТОВ КАК ИННОВАЦИОННОЙ ПРАКТИКИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ

### *Experience of using the project method as an innovative practice in the activities of social service institutions of the Russian Federation*

\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0001-5581-8932

#### **ABSTRACT**

*In the article, the author analyzes the experience of using the project method as an innovative practice in the activities of social service institutions on the example of a number of Russian cities: St. Petersburg, Serpukhov, Yekaterinburg, Volgodonsk, Stavropol. The features of the application of the project method in these institutions are highlighted, taking into account the specifics of activities in the field of social work and the contingent of served elderly and disabled citizens.*

*The main research method was the SWOT analysis method. With the help of this method, the author evaluates the effectiveness of activities under the “University of the Third Age” project, which is being implemented on the basis of the Regional Center for Social Services for Elderly and Disabled Citizens in the city of Stavropol. Based on the comparison of the analysis data of the internal and external environment of the project implementation and their generalization, a characteristic is given of the use of the project method in the field of solving the problems of elderly citizens and disabled people at the micro level of social work. The author concludes that the use of the project method in the system of social services for elderly citizens and the disabled can improve their quality of life through the implementation of a number of measures to improve the social protection system of the population based on the principles of public-private partnership.*

**Keywords:** *senior citizens and disabled people, project method, social service institution, method SWOT-analysis, university of the third age.*

## **АННОТАЦИЯ**

В статье автором проведен анализ опыта применения метода проектов как инновационной практики в деятельности учреждений социального обслуживания населения на примере ряда городов России: Санкт-Петербург, Серпухов, Екатеринбург, Волгодонск, Ставрополь. Выделены особенности применения метода проектов в данных учреждениях с учетом специфики деятельности в сфере социальной работы и контингента обслуживаемых граждан пожилого возраста и инвалидов.

Основным методом исследования выступил метод SWOT-анализа. С помощью данного метода автор проводит оценку эффективности мероприятий по проекту «Университет «третьего возраста»», реализуемому на базе Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в городе Ставрополе. На основе сравнения данных анализа внутренней и внешней среды реализации проекта и их обобщения дается характеристика использованию метода проектов в сфере решения проблем пожилых граждан и инвалидов на микроуровне социальной работы. Автором сделан вывод о том, что применение метода проектов в системе социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов позволяет улучшить качество их жизни благодаря реализации ряда мероприятий по совершенствованию системы социальной защиты населения на основе принципов государственно-частного партнерства.

**Ключевые слова:** пожилые граждане и инвалиды, метод проектов, учреждение социального обслуживания населения, метод SWOT-анализа, университет третьего возраста.

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время приоритетным направлением социально-экономического развития субъектов РФ является формирование нового качества жизни городских и сельских жителей, соответствующего состоянию рыночной экономики. В этой связи использование метода проектов в деятельности учреждений социального обслуживания населения является новым явлением для современной России, поскольку позволяет успешно решать отдельные социальные задачи по повышению уровня жизни населения.

Применение метода проектов как инструмента решения социальных проблем уязвимых категорий граждан в современной России – одна из малоизученных тем в теории и практике социальной работы. Значительный вклад в изучение вопросов повышения эффективности деятельности учреждений социального обслуживания посредством проектного метода внесли российские исследователи: В.Г. Афанасьев, В.А. Богданов, Э.Л. Воробьева, В.П. Малыхин, А.Н. Попов, В.М. Сафронова, А. В. Старшинова, В.Н. Якимова и другие.

## **ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ**

Несмотря на существующие исследования, особенности применения метода проектов в практике учреждений социального обслуживания населения в отечественной научной литературе разработаны недостаточно. Особый интерес для нас представляет изучение опыта его использования как инструмента решения социальных проблем пожилых граждан и инвалидов на муниципальном уровне, для которых проблема повышения уровня жизни предполагает, прежде всего, возможность выбирать вид и качество медицинских услуг, способность осуществлять полноценную жизнедеятельность, получать образование, трудиться, быть мобильным даже при ограниченных возможностях здоровья, платежеспособным покупателем всех благ и услуг, полноценно отдыхать и получать достаточную для поддержания достойной жизни пенсию (заработную плату).

В настоящее время с целью решения социальных проблем пожилых людей и инвалидов в системе социального обслуживания населения России находят применение инновационные практики, реализуемые в качестве моделей или проектов.

Например, в городе Санкт-Петербурге для повышения качества и эффективности социальной работы с пожилыми людьми реализуется проект «Модель СО 5:0», направленный на развитие сети геронтологических лечебно-профилактических учреждений – территориальных геронтологических центров, геронтологических отделений при многопрофильных больницах, отделений медико-социальной помощи, отделений надомного обслуживания, ночных служб медико-социального патронажа, которые оказывают спектр услуг социально-медицинского характера пожилым людям и инвалидам (Розанов, Рейтарова, Солдатова, Мальцева, 2016).

В городе Екатеринбурге в рамках проекта «Активное долголетие» функционируют дома малой вместимости на 10-15 мест, построенные по типу больниц и технологически неприспособленные для создания комфортных условий проживания пожилых граждан (Старшинова, 2018).

Город Волгодонск является примером муниципального образования, в котором уже не первый год активно реализуется проект «Старость+», направленный на модернизацию технологий социальной работы по решению проблем преждевременного старения (Богданов, 2017).

Метод проектов в контексте инновационного развития социальной работы с пожилыми людьми и инвалидами широко применяется в деятельности учреждений социального обслуживания города Серпухов, где с недавних пор реализуется проект «Родной очаг». Проект направлен на организацию надомной системы социально-медицинских услуг сиделок по уходу за одиночками пожилыми людьми и инвалидами. Данный вид услуг пользуется особой популярностью у пожилых людей и лиц с инвалидностью, позволяя поддерживать на должном уровне их социальный, психологический и физический статус.

В перечне оказываемых социально-медицинских услуг – более 30 различных видов услуг. Особенностью данной меры социальной поддержки в рамках проекта «Родной очаг» является то, что требования к услугам устанавливаются органами государственной власти, финансируются эти услуги из регионального бюджета, а предоставляются они НКО, что демонстрирует пример грамотной реализации принципа государственно-частного партнерства (Малыхин, 2016).

Еще один пример успешного применения метода проектов в практике социального обслуживания пожилых граждан и инвалидов находим в городе Ставрополе, где адресное обслуживание таких граждан осуществляет Краевой центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (далее – Центр).

Рассмотрим более подробно содержание проектной деятельности Центра через реализацию инновационной технологии Университет «третьего возраста».

Главной целью деятельности Университета «третьего возраста» является преодоление неактивных признаков старения посредством популяризации среди пожилых граждан и инвалидов психической и физической активности. В состав Университета входят получатели социальных услуг различного социального и материального статуса, различных профессий.

Университет «третьего возраста» работает в двух основных направлениях – обучение граждан пожилого возраста навыкам работы на компьютере и в сети Интернет, а также основам безопасности в повседневной жизни.

Специализированными направлениями деятельности Университета «третьего возраста» являются: организация праздничных мероприятий для пожилых граждан и инвалидов, индивидуальное и групповое психологическое консультирование, тренинги и сеансы релаксации, занятия со студентами и школьниками – волонтерами.

## **ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для оценки эффективности мероприятий по проекту «Университет «третьего возраста»» мы использовали метод SWOT-анализа, который в контексте нашего исследования имеет своей целью сравнение и сопоставление данных анализа внутренней и внешней среды реализации проекта и их обобщение, что позволяет получить общее представление о состоянии реализуемого проекта.

На основании анализа отчетной документации на официальном сайте учреждения (<http://www.stavcson.ru>), анализа вторичных данных (мониторинг мнения получателей социальных услуг специалистами Центра, количество опрошенных – 102 человека), мы смогли определить факторы внешней и внутренней среды, оказывающие влияние на реализацию проекта (таблица 1).

Анализ внешней среды реализуемого проекта «Университет «третьего возраста»» показал, что Центр имеет достаточно много возможностей

в перспективе развития проекта. В настоящее время наметилась тенденция перехода от поддерживающей «терапии» одиночества пожилых граждан, т. е. пассивных форм социальной поддержки, к активному долголетию, повышению уровня инициативности и социальной компетентности пожилых граждан.

Благодаря активному межведомственному взаимодействию Центра и привлечению волонтерской поддержки к участию в мероприятиях проекта, осуществляется инновационное развитие Центра, как в направлении применения метода проектов, так и в расширении спектра социальных услуг, повышению уровня социальной ответственности молодежи и других категорий населения в поддержании здоровья и активного долголетия пожилых граждан.

Таблица 1. Матрица SWOT-анализа проекта «Университет «третьего возраста»» Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов

	Положительный эффект	Отрицательный эффект
	Достоинства	Недостатки
Внутренняя среда	<p>Повышение уровня социальной, компьютерной, финансовой грамотности пожилых граждан, уровня знаний в целом;</p> <p>Сохранение активной жизненной позиции пожилых граждан;</p> <p>Повышение чувства социальной защищенности пожилых граждан;</p> <p>Межведомственное взаимодействие всех субъектов поддержки (специалистов социальной работы, волонтеров, общественности) при реализации проекта;</p> <p>Привлечение молодежи к участию в проекте способствует поддержанию и укреплению межпоколенческих связей;</p> <p>Предоставление социальных услуг на бесплатной основе</p>	<p>Узкая категория обслуживаемых граждан (только те, кто физически дееспособен, может приходить на занятия);</p> <p>Специалисты социальной работы осуществляют проектную деятельность в рамках своих должностных обязанностей, при этом зарплата за дополнительные обязанности по реализации мероприятий проекта сохраняется на одном уровне;</p> <p>Отсутствие четкой координации деятельности членов команды проекта, связанное с инновационностью проектной деятельности для Центра в целом;</p> <p>Недостаточная материально-техническая база Центра, не позволяющая в должной мере обеспечить компьютерами и современной аудио и видео-техникой занятия по проекту</p>



	Возможности, способствующие повышению эффективности мероприятий по проекту	Угрозы, препятствующие эффективности мероприятий по проекту
нешняя среда	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Трансляция опыта реализации проекта на региональном уровне;</li> <li>- Выстраивая работу с волонтерами, Центр уделяет время расширению партнерских связей;</li> <li>- Центр является единственным учреждением краевого значения, приоритетным направлением деятельности которого является социальное обслуживание на дому, и при этом развивающее проект «Университет «третьего возраста»», что расширяет спектр оказываемых им услуг гражданам пожилого возраста;</li> <li>- Центр активно взаимодействует со СМИ, – от публикации небольших рекламных сообщений о наборе в Университет, до специальных видеороликов в социальных сетях (Одноклассники, Вконтакте), которые рассказывают о мероприятиях проекта;</li> <li>- Повышение уровня востребованности мероприятий по проекту из-за большого количества одиноких пожилых граждан, нуждающихся в повышении уровня социальной, компьютерной, финансовой грамотности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Низкая заработная плата, способствующая снижению мотивации специалистов социальной работы;</li> <li>- Отсутствие дополнительного источника финансирования, зависимость финансирования от краевого бюджета;</li> <li>- Недостаточная мотивация одиноких пожилых граждан в участии в проекте из-за слабого здоровья;</li> <li>- Высокая текучесть кадров в Центре;</li> <li>- Недостаточность квалифицированных специалистов для реализации мероприятий проекта;</li> <li>- Отсутствие у пожилых граждан компьютерной техники дома, невозможность продолжать занятия в домашних условиях</li> </ul>

Однако угрозой для данной возможности может быть отсутствие дополнительного источника финансирования проекта, зависимость финансирования от краевого бюджета, что значительно снижает успешность проводимых мероприятий, ограничивает их реализацию в условиях дефицита бюджетных ресурсов, ставит под «вопрос» проведение многих мероприятий проекта.

В то же время сдерживающим фактором здесь выступает сохраняющийся низкий уровень заработной платы специалистов социальной работы, способствующий снижению их мотивации к участию в проекте.

Достаточно значимой угрозой является и недостаточность квалифицированных специалистов для реализации мероприятий проекта, поскольку часто теоретические знания, преподаваемые в вузе, «не успевают» за практической

социальной работой, постоянным реформированием сферы социального обслуживания. Эти обстоятельства лишь усугубляют такой недостаток, как высокая текучесть кадров в Центре, что способствует снижению эффективности реализации проекта.

Реальной угрозой, снижающей результативность мероприятий по проекту, являются недостаточная мотивация одиноких пожилых граждан в участии в проекте из-за слабого здоровья и отсутствие у пожилых граждан компьютерной техники дома, невозможность продолжать занятия в домашних условиях. Подобные обстоятельства относятся к внешне предсказуемым, но не регулируемым, не зависящим от специалистов Центра.

Анализ внутренней среды реализации проекта позволил установить как преимущества проекта, так и его недостатки. Ограниченный перечень обслуживаемых клиентов не позволяет в полной мере решать проблемы тяжелобольных пожилых людей. В задачах деятельности учреждения обозначена необходимость развития инновационных технологий работы с пожилыми людьми и инвалидами, однако материально-техническая база Центра не позволяет в должной мере обеспечить некоторые мероприятия по проекту (например, обеспечить достаточным количеством компьютеров и современной аудио и видео-техникой). Решение данной проблемы видится нами, в том числе, в возможности расширения партнерских связей, привлечения спонсоров, готовых помочь в приобретении соответствующей техники и оборудования.

Огромным преимуществом в реализации мероприятий по проекту является предоставление услуг по обучению граждан пожилого возраста компьютерной и финансовой грамотности на бесплатной основе, что позволяет привлечь дополнительных участников в проект.

Существенно снижает мотивацию специалистов социальной работы то, что они осуществляют проектную деятельность в рамках своих должностных обязанностей, при этом зарплата за дополнительные обязанности по реализации мероприятий проекта сохраняется на одном уровне. А отсутствие четкой координации деятельности членов команды проекта может говорить о недостатке в механизме управления проектом со стороны менеджера проекта, в качестве которого, как правило, выступает руководитель соответствующего структурного подразделения в Центре.

В целом, результаты проведенного SWOT-анализа не позволяют судить о какой-либо динамике показателей по проекту, поскольку сам проект «Университет «третьего возраста»» является инновационной практикой для Центра. Тем не менее, сегодня в деятельности Центра есть положительные примеры решения проблем одиноко проживающих пожилых людей. Совместная работа по проекту специалистов Центра и «серебряных» волонтеров служит для многих получателей социальных услуг стимулом к продолжению участия в проекте, улучшается их социальное самочувствие, повышается уровень социальной компетентности в повседневной жизнедеятельности.

## **ВЫВОДЫ**

Таким образом, проект «Университет «третьего возраста»», реализуемый в Краевом центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в городе Ставрополе, представляет собой особый ценностный ресурс, который позволяет не только организовать на высоком уровне жизнедеятельность пожилых граждан и инвалидов, но и служит инструментом воспитания молодого поколения. В связи с чем интересно будет изучать в дальнейшем опыт деятельности Центра по привлечению молодых людей в качестве волонтеров к участию в мероприятиях Университета «третьего» возраста.

Системность в работе специалистов Центра позволяет организовать регулярность проводимых образовательных мероприятий для пожилых людей и инвалидов, закрепляет достигнутый социальный эффект от мероприятий проекта и делает возможным трансляцию его положительного опыта в другие регионы РФ.

В целом, проведенный SWOT-анализ демонстрирует, что на эффективность проводимых мероприятий по проекту во многом оказывает влияние тот фактор, что Университет «третьего возраста» начал свою деятельность сравнительно недавно. Но, в то же время, существует пример реализации других перспективных направлений деятельности Центра, направленных на повышение уровня социальной адаптированности пожилых граждан и инвалидов.

В результате, внедрение метода проектов в деятельность Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов позволяет одновременно решать несколько задач в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов:

- осуществление проектной деятельности специалистами социальной работы в рамках своих должностных обязанностей способствует повышению уровня профессиональной квалификации специалистов и эффективности данной деятельности в целом;
- реализуемые мероприятия по проекту «Университет «третьего возраста»» после окончания работы по проекту продолжают существовать как традиционные формы работы Центра (сопровожаемое проживание, деятельность мобильных бригад, Служба сиделок на коммерческой основе, и т.д.);
- командная работа специалистов по проекту позволяет более рационально перераспределять ресурсы между приоритетными направлениями деятельности Центра, способствует созданию команд с учетом конкретных требований к их опыту работы, квалификации, профессиональным и личностным характеристикам, что позволяет руководителю выделить определенные критерии оценки результатов индивидуальной и командной работы над проектом;
- ориентированность на достижение конкретных результатов (повышение компьютерной грамотности пожилых граждан, организация культурного

- досуга тяжелобольных граждан, и т.д.), а не просто на выполнение традиционных трудовых функций специалистами Центра;
- улучшается механизм межведомственного взаимодействия (между госучреждением и общественностью, между различными госучреждениями (образования, здравоохранения, культуры), и т.д.).

Приведенные в нашем исследовании примеры реализации метода проектов в различных городах России демонстрируют, что в настоящее время качество жизни пожилых людей и инвалидов выступает индикатором эффективности социальной политики в отношении социально уязвимых категорий граждан, и характеризует уровень социально-экономического развития конкретного субъекта РФ. Изучение показателей качества жизни пожилых людей и инвалидов может служить методической базой для определения категорий населения со схожими социальными проблемами для разработки и внедрения эффективных социальных проектов.

В приведенных примерах находят отражение особенности социальных услуг, оказываемых пожилым гражданам и инвалидам, а также специфика сферы их социального обслуживания, которая ориентирована в большей мере на социально-медицинский аспект реабилитации данных категорий граждан.

Метод проектов как инновационная практика в деятельности учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов выполняет важнейшую функцию в социальной сфере, подходу к проблеме по-новому и нестандартно. В частности, использование метода проектов в системе социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов позволяет улучшить качество их жизни благодаря реализации ряда мероприятий по совершенствованию системы социальной защиты населения на основе принципов государственно-частного партнерства.

Большую роль в этом процессе играют качественная оценка рынка социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидов в конкретном субъекте РФ, а также внедрение комплекса мер по повышению качества социальных услуг через механизмы профессионализации социальной работы в сфере применения метода проектов.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Богданов В. А. (2017), Метод проектов в учреждениях муниципальной социальной службы как эффективный инструмент социально-педагогического сопровождения. *Вестник ТГПУ*, 8 (185). <https://cyberleninka.ru/article/n/metod-proektov-v-uchrezhdeniyah-munitsipalnoy-sotsialnoy-sluzhby-kak-effektivnyy-instrument-sotsialno-pedagogicheskogo> – [Дата доступа: 06.06.2021].
2. Малыхин В. П. (2016), Модернизация технологий социальной работы по проблемам профилактики преждевременного старения. *Отечественный журнал социальной работы*, 3, 52-57.

3. Официальный сайт Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в городе Ставрополе. <http://www.stavcson.ru> – [Дата доступа: 06.06.2021].
4. Розанов В.А., Рейтарова Т.Е. , Солдатова С.А. , Мальцева Ю.С. (2016), Между традициями и модернизацией – опыт образовательного проекта, направленного на укрепление психического здоровья молодежи и пожилых людей. *Психология зрелости и старения*, 1 (71), 67-79.
5. Старшинова А. В. (2018), Социальное проектирование в образовании и практике социальной работы. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: МНЕНИЕ ПОЖИЛЫХ КЛИЕНТОВ

### *Evaluating the effectiveness of social services: the opinion of older clients*

\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0002-8766-3522

#### **ABSTRACT**

*The article analyzes the requirements for the quality of social services for the population and the possibility of their objective assessment. The quality of social services is determined not only by the capabilities of social services (providers), but also by the individual needs of people (recipients). The aim of the study is to create an objective system for assessing the quality of social services for the elderly for a comparative analysis of providers and improving the efficiency of social services. Methodology and methods. The study (December 2020, 150 respondents) Used the formalized interview method. The methodology includes direct and indirect assessments of the services provided, calculation of partial and integral indices of satisfaction.*

*As a result of the study, conclusions were made that an integrated approach using relative values (indices) gives a fairly objective assessment of the current (current) situation and allows not only to determine a generalized assessment of activities, but also to identify problem areas in the organization of activities and management. The final assessment of satisfaction with the quality of services was J satisfactory quality of social services of th Center, integrally, 2020 = 0.9841. Comparative analysis of customer satisfaction indices allows not only to identify problematic aspects of social services for senior citizens, but also the effectiveness of both personnel and social organization.*

**Key words:** *quality, social service, efficiency, index, elderly people, quality assessment.*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье анализируются требования к качеству социальных услуг для населения и возможности их объективной оценки. Качество социальных услуг определяется не только возможностями социальных услуг (поставщиков), но и индивидуальными потребностями людей (получателей). Целью исследования

является создание объективной системы для оценки качества социальных услуг для пожилых людей для сравнительного анализа поставщиков и повышения эффективности социальных услуг. Методология и методы. В исследовании (декабрь 2020 г., 150 респ.) был использован метод формализованного интервью. Методика включает прямые и опосредованные оценки предоставляемых услуг, расчет частных и интегрального индексов удовлетворенности.

В результате исследования были сделаны выводы о том, что комплексный подход с использованием относительных величин (индексов) дает достаточно объективную оценку сложившейся (текущей) ситуации и позволяет не только определить обобщенную оценку деятельности, но и определить проблемные зоны в организации деятельности и управлении. Итоговая оценка удовлетворенности качеством услуг составила  $J_{\text{удовл. качеством соц. услуг Центра, интегрально, 2020}} = 0,9841$ . Сравнительный анализ индексов удовлетворенности клиентов позволяет не только определить проблемные аспекты социального обслуживания пожилых граждан, но и эффективность деятельности как персонала, так и социальной организации.

**Ключевые слова:** качество, социальное обслуживание, эффективность, индекс, пожилые люди, оценка качества.

## ВВЕДЕНИЕ

Сегодня общество предъявляет новые требования к качеству социального обслуживания населения. Приоритет - обеспечение объективной оценки качества работы поставщиков социальных услуг. Качество социальных услуг определяется не только возможностями социальных служб (поставщиков), но и индивидуальными потребностями людей (получателей). Система показателей качества социального обслуживания должна дать возможность сравнительного анализа организации работы, результатов деятельности разных социальных учреждений и подразделений, формирования системы оценки эффективности социального обслуживания.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Создание объективной системы оценки качества социального обслуживания пожилых для сравнительного анализа поставщиков и повышения эффективности социального обслуживания.

## МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ

В исследовании (декабрь 2020 г., 150 респондентов) использован метод формализованного интервью. Методика включает прямые и опосредованные оценки предоставляемых услуг, расчет частных и интегрального индексов удовлетворенности.

Направления исследования: информированность получателя социальных услуг; качество, полнота, доступность полученной информации; доступность социальных услуг; регулярность предоставления услуг; полезность услуг; отношение персонала к клиенту; удовлетворенность условиями предоставления услуг; удовлетворенность объемом и качеством предоставляемых услуг; организация контроля качества обслуживания; приоритетные потребности получателей услуг; детерминанты повышения качества.

Самооценка психологического состояния выявила, что большинство респондентов достаточно спокойно оценивают свою жизненную ситуацию – интегрально 77%. Налицо общее ухудшение социально-психологической атмосферы в ситуации 2020 г., определяемого ситуацией пандемии. В тоже время респонденты могли адекватно оценивать качество предоставляемой социальной поддержки. Интегрально уровень позитивной самооценки психологического состояния уменьшился и составил  $Lev_{\text{психол. сост.}} = 0,7600$ . К концу 2020 г. возросло число респондентов, не испытывающих значительных трудностей в материальном обеспечении до 70%

I. Информированность получателя социальных услуг. В условиях изменения правовых условий организации и предоставления государственных социальных услуг, реализации мероприятий пилотного проекта «Система долговременного ухода», важной задачей является определение степени информационной открытости деятельности обеспечивающей организации (Центра) для получателей услуг.

Выяснено, что все респонденты знакомы с нормами законодательства по социальному обслуживанию граждан в системе долговременного ухода (СДУ), индекс осведомленности составляет  $Lev_{\text{СДУ}} = 0,9967$ .

Информацию о социальном обслуживании получатели получают из нескольких источников, основным из которых является Центр, включая печатную продукцию и сайт Центра 60%, затем местное сообщество 30% (друзья, соседи, знакомые). Итоговая интегральная информированность получателей социального обслуживания составила  $J_{\text{информ. (возм. жалобы), интеграл}} = 0,3743$

II. Качество, полнота, доступность полученной информации. Респонденты оценивали качество информации, полученной из того или иного источника. Лучшую информацию (высокое качество, полнота и доступность) обеспечивает, по рангу, обращение к «своему» социальному работнику – 0,9767, затем газета, буклеты и листовки Центра – 0,8767, личное обращение в Центр – 0,7733, обращение по телефону – 0,6200.

Существенная разница в оценках респондентов, использовавших тот или иной источник информации лично и полагающихся на общее мнение, может быть связана в т.ч. с разным уровнем владения респондентами навыками использования современной техники, её наличием в личном пользовании. Итоговая интегральная оценка качества, полноты и доступности информации составила  $J_{\text{качество, полнота, доступность информации Центра, интеграл}} = 0,7117$ .



III. Доступность социальных услуг. Оценка респондентами доступности социальных услуг, предоставляемых Грачевским КЦСОН, показала, что работа учреждения организована на высоком профессиональном уровне, частный индекс доступности социальных услуг составляет  $J_{\text{доступн.}} = 0,9767$ . Большинство респондентов высоко оценивают заключенный с ними договор и не хотят внести в него изменений, однако общая оценка снизилась. Таким образом, договор на 2021г. достаточно адекватно отражает непосредственную жизненную ситуацию, нужды и потребности получателя социальных услуг  $Adeq_{\text{адекватность договора - НЖС клиента}} = 0,9667$ .

Работники Центра поддерживают социальную активность клиентов. В условиях системы долговременного ухода активность клиента оценивалась по нескольким параметрам. Это поддержание активности клиента путем его знакомства с содержанием его индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ)  $J_{\text{активности клиента, содержание ИППСУ}} = 0,9867$ ; участие клиента в составлении его ИППСУ  $J_{\text{активности клиента, составление ИППСУ}} = 0,9333$ ; участие в составлении своей индивидуальной программы реабилитации и абилитации / адаптации (ИПРА)  $J_{\text{активности клиента, сост. ИПРА}} = 0,6304$ ; участие в составлении своего индивидуального плана ухода (ИПУ)  $J_{\text{активности клиента, сост. ИП}} = 0,8833$ . Интегрально активность получателя социальных услуг в системе СДУ, включая оценки его информированности о содержании обслуживания, участия в составлении его программ ИППСУ, ИПРА и ИПУ составит  $J_{\text{активности клиента, СДУ}} = (0,9867+0,9333+0,6304+0,8833)/4 = 0,8584$ .

Интегральный индекс удовлетворенности доступностью социальных услуг в пилотном проекте СДУ, интегрально составил  $J_{\text{доступн., СДУ интеграл., 2020г.}} = 0,9327$ .

IV. Регулярность предоставления услуг. Важнейшим аспектом предоставления социального обслуживания в системе долговременного ухода является организация комплексного межведомственного обслуживания (социальная защита и здравоохранение) и информированность получателя о номенклатуре и периодичности предоставления услуг. Ответы на вопросы о регулярности посещения получателя социального обслуживания какими-либо специалистами местной больницы или поликлиники выявили, что внедрения СДУ в эти учреждения не произошло.

Частные показатели, характеризующие те или иные аспекты регулярности предоставления услуг отсутствие пропусков в плановом посещении клиентов (0,9933) и отсутствие опозданий персонала (1,0) определили интегральный индекс регулярности предоставления социальных услуг вырос и составил  $J_{\text{регулярн, интеграл.}} = 0,9967$ .

V. Полезность услуг. Полезность оценивалась клиентами Центра как действие поддержанию здоровья и характер улучшения жизни клиента после постановки на обслуживание и после перехода на обслуживание по системе СДУ. Видно, что улучшение здоровья клиентов (1,0) с переходом на СДУ имеет место, а качество жизни (0,8933) несколько снижается. Интегральный индекс полезности составил  $J_{\text{полезности услуг, интеграл.}} = 0,9467$ .

VI. Отношение к клиенту персонала Центра. Оценивая отношение персонала к клиенту, респонденты в большинстве случаев отметили, что к ним относятся внимательно, вежливо и корректно  $J_{\text{ввк}} = 1,0$ . Респондентов устраивает в целом в 2020 г. поведение и внешний вид работников Центра,  $J_{\text{адекватн. поведения и внешн. вид}} = 0,9733$ . Однако имеют место случаи принуждения клиентов и отдельные конфликтные ситуации в течение года. Интегральный индекс отношения персонала к клиентам снизился по сравнению с 2019 г. и составил  $J_{\text{отношение персонала, интеграл., 2020г.}} = 0,9872$

VII. Удовлетворенность условиями предоставления услуг. Респонденты оценивали условия предоставления услуг: чистоту и оборудование территории Центра и его отделений. Отметим, что по мнению клиентов необходимо обратить внимание на состояние, чистоту, удобство санитарно-гигиенического оборудования, приспособленность его для использования лицами с ограниченными возможностями здоровья. Интегральный индекс снизился и составляет  $J_{\text{условиями предоставл. услуг, интеграл. 2020}} = 0,7909$ .

VIII. Удовлетворенность объемом и качеством предоставляемых Центром услуг. Все респонденты знакомы с перечнем услуг, могут внести необходимые изменения в заключенный договор, что свидетельствует об открытости работы учреждения (приоритет СДУ). В целом респондентов устраивает набор предоставляемых услуг: частный индекс удовлетворенности возрос и составляет  $J_{\text{удовл. набором услуг, СДУ}} = 0,9667$ . Получатели социальных услуг Центра в целом удовлетворены объемом предоставления услуг и их качеством, поскольку частные индексы значительно превышают средний уровень (0,5).

Частные индексы оценки социальных услуг, предоставляемым в соответствии с российским законодательством (ФЗ №442-ФЗ) оценены клиентами весьма высоко:  $J_{\text{соц.-быт.}} = 0,993$ ;  $J_{\text{соц.-мед.}} = 0,9551$ ;  $J_{\text{соц.-правов.}} = 0,8929$ ;  $J_{\text{соц.-психол.}} = 0,9412$ ;  $J_{\text{соц.-пед.}} = 0,8889$ ;  $J_{\text{соц.-труд.}} = 0,8889$ ;  $J_{\text{соц.-коммун.}} = 0,9706$ . Обеспеченность средствами реабилитации/абилитации составила  $A_{\text{средств реабил., СДУ}} = 0,8867$ . В тоже время респонденты отметили, что в рамках реализации пилотного проекта СДУ появились новые услуги – социально-бытовые – 70% ответов, социально-медицинские – 24% ответов.

Интегральный показатель удовлетворенности клиентов объемом и качеством оказываемых услуг в системе СДУ составляет  $J_{\text{объемом и кач., интеграл., 2020}} = 0,9315$ .

IX. Организация контроля качества обслуживания. Одной из задач оценки качества социальных услуг является выявление характера текущего контроля процесса оказания услуг (труда социального работника). Администрацией Грачевского Центра осуществляется контроль обслуживания, индекс степени контроля со стороны руководителей подразделений составил  $Lev_{\text{контроля, 2020г.}} = 0,9133$  Выяснено, что плотный контроль осуществляется с точки зрения 84,6% респондентов.

X. Приоритетные потребности получателей социальных услуг Центра. Анализ ответов респондентов о предпочтениях и интересах в

социально-культурной области жизнедеятельности показал, что клиенты социальной защиты – лица старшего возраста и инвалиды предпочитают в основном пассивный отдых и развлечения. Информационная среда большинства клиентов пожилого возраста сформирована печатными и визуальными источниками (книги, СМИ). Среди направлений информирования респонденты выделяют темы: поддержания здоровья 54%; о событиях в мире 15%, о политике государства 11%. Однако, интегрально сохраняющийся интеллектуальный потенциал для расширения социальной коммуникации клиентов Центра снизился.

Подавляющее большинство респондентов связывает улучшение качества работы социального работника с созданием нормальных условий труда - обеспечение транспортом 25% ответов и современной техникой 34%; 18% ответов - с работой в СДУ; 14% - с работой в команде; 9% - с использованием форменной одежды. Таким образом, приоритетным направлением повышения качества социального обслуживания получателей социальных услуг является обеспечение работников современными орудиями и предметами труда, повышение эффективности деятельности за счет рационализации и цифровизации деятельности и совершенствования организации труда.

Респонденты отметили, что с внедрением СДУ их жизнь изменилась: стало больше технической поддержки в организации жизни – 36%; увеличилось общение – 23%; возросла самостоятельность в быту– 21%; стало интереснее жить, расширился досуг – 12%. Препятствием осталась жизнь 4% респондентов.

Итоговая удовлетворенность качеством социальных услуг, предоставляемых Грачевским центром социального обслуживания населения, составляет:  $J_{\text{удовл. качеством соц. услуг Центра, СДУ интеграл}} = 0,9841$ .

## **ВЫВОДЫ**

Комплексный подход с использованием относительных величин (индексов) дает достаточно объективную оценку сложившейся (текущей) ситуации и позволяет не только определить обобщенную оценку деятельности, но и определить проблемные зоны в организации деятельности и управлении. Итоговая оценка удовлетворенности качеством услуг составила  $J_{\text{удовл. качеством соц. услуг Центра, интегрально, 2020}} = 0,9841$ . Сравнительный анализ индексов удовлетворенности клиентов позволяет не только определить проблемные аспекты социального обслуживания пожилых граждан, но и эффективность деятельности как персонала, так и социальной организации.

Дина Денисенко\*,  
Надежда Клушина\*\*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ

### *Assessment of the quality of social services within the system of long-term care for the elderly and disabled*

\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0003-2618-2650

\*\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0001-5338-8262

#### **ABSTRACT**

*The introduction of long-term care for the elderly and disabled is becoming increasingly urgent. The main task of the pilot project is to maintain a decent standard of living for people of age. Six regions were included in the experiment to build a long-term care system in 2018. From 2019, the project is being implemented in the Stavropol region.*

*During the course of the study, a questionnaire of recipients of social services was organized in order to determine the quality of social services and to process the results of the questionnaire survey of citizens.*

*And the results of the study show that the work of the institution is organized at a high professional level: more clients can make changes to their contract, almost all respondents have a constant connection with their social worker. The main issues and problems faced by the recipients of social services are solved with the help of the institution's specialists. There is satisfaction with the accessibility of social services, their usefulness, volume and quality. There is no problem of "imposing" services. There are no complaints about the behavior of employees and comments to the appearance of the staff.*

**Keywords:** *social services for elderly and disabled citizens, long-term care system, quality of social services.*

#### **АННОТАЦИЯ**

Введение системы долгосрочного ухода за людьми пожилого возраста и инвалидами становится все более актуальным. Главная задача пилотного проекта состоит в сохранении достойного уровня жизни людей в возрасте. В

эксперимент по построению системы долговременного ухода в 2018 году включились шесть регионов. С 2019 года проект внедряется в Ставропольском крае.

В ходе проведения исследования организовано анкетирование получателей социальных услуг с целью определения качества социального обслуживания и обработка результатов анкетного опроса граждан.

Анализ результатов исследования показывает, что работа учреждения организована на высоком профессиональном уровне: большинство клиентов может внести изменения в свой договор, практически все респонденты имеют постоянную связь со своим социальным работником. Основные возникающие вопросы и проблемы получатели социальных услуг решают с помощью специалистов учреждения. Отмечается удовлетворенность доступностью социальных услуг, их полезностью, объемом и качеством. Отсутствует проблема «навязывания» услуг. Нет претензий к поведению работников и замечаний к внешнему виду персонала.

**Ключевые слова:** социальное обслуживание пожилых граждан и инвалидов, система долговременного ухода, качество социальных услуг.

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема старения населения характерна для значительного числа стран мира. Одна из тенденций, наблюдаемых в последние десятилетия в развитых странах – рост абсолютного числа и относительной доли в населении пожилых людей. В России также существует «тенденция к увеличению в составе населения числа лиц пожилого возраста и инвалидов» (Кузьминова, 2019). Возрастает число людей, которые по разным причинам не могут сами себя обслуживать и ограничены в жизнедеятельности.

Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Вопросы реализации государственной политики в социальной сфере в настоящее время приобрели особую актуальность (Макаров, 2018).

Развитие государственной социальной политики в современных условиях постоянно требует новых механизмов, форм и методов ее реализации, основанных на оказании населению необходимого комплекса социальных услуг (Башкирцева, 2019, Киселева, 2019). Введение системы долговременного ухода за людьми пожилого, старческого возраста и становится все более актуальным.

## ОПИСАНИЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Главная задача пилотного проекта состоит в сохранении достойного уровня жизни людей в возрасте. При этом каждый человек вправе

самостоятельно решить, в какого рода помощи он нуждается и где будет ее получать. В эксперимент по построению системы долговременного ухода в 2018 году включились шесть регионов, где проблема стоит наиболее остро. В рамках пилотного проекта в них прошла подготовка и создание «дорожных карт» системы долговременной помощи, а также дана оценка обеспеченности социальными услугами (Щербинина, 2020). С 2019 года проект внедряется в Ставропольском крае.

## **СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ**

Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста подразумевает оказание помощи не только полностью обездвиженным гражданам. Это тщательно продуманная и комплексная поддержка, включающая в себя содействие при первых признаках потери пожилыми людьми функциональных способностей. В рамках проекта создаются условия для долговременного проживания ухаживающего человека, который будет оказывать помощь в осуществлении повседневных физиологических и социальных потребностей в жилье, питании, гигиене, общении и досуге. Оказывающий подобные услуги персонал обеспечивает повышение качества жизни пожилого человека вне зависимости от тяжести заболеваний, проявляющихся симптомов и прогнозов. Долговременный уход осуществляется до конца жизни нуждающегося (Филатова, 2015, Щербинина, 2020).

Перечень оказываемых услуг включает: контроль жизненно важных показателей здоровья (измерение давления, уровня сахара в крови и т. д.); контроль приема и дозировки необходимых лекарственных препаратов; оказание медицинской помощи (если позволяет квалификация); вызов скорой помощи при необходимости; приготовление еды и помощь в приемах пищи; замену и стирку постельного белья; купание, одевание, переодевание; уборку квартиры и мытье посуды; покупку продуктов, лекарств и других необходимых товаров; -оплату коммунальных услуг; сопровождение на прогулках и в походах к врачу.

Долговременный уход не имеет возрастных ограничений. Основное условие – наличие того или иного нарушения (в том числе, так называемое «здоровое старение»), которое ограничивает возможности самообслуживания и мешает вести полноценную жизнь.

Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами имеет свои слабые стороны, которые непосредственно сказываются на качестве предоставляемых услуг. Причиной являются такие факторы, как отсутствие единства в системе управления и финансирования; межведомственная разобщенность; отсутствие стандартов контроля обслуживания и результатов помощи в учреждениях и по регионам; острый дефицит кадров для обеспечения ухода; отсутствие единой системы обучения и переподготовки

специалистов в области долговременного ухода; недостаточная информированность семей, задействованных в уходе, о возможности получения помощи.

На сегодняшний день проведена значительная работа по разработке нормативно-правовой основы внедрения системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.09.2020 № 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе» определены цели и задачи по внедрению системы долговременного ухода следующим образом:

Цель системы долговременного ухода: обеспечить гражданам, нуждающимся в постороннем уходе, поддержку их автономности, самореализации, здоровья, качества жизни, предоставив им право выбора формы социального обслуживания (на дому, в полустационарной форме социального обслуживания, стационарной форме социального обслуживания или их сочетание), технологий социального обслуживания или сочетания данных форм и технологий одновременно.

Задачи по внедрению системы долговременного ухода: 1) совершенствование порядка выявления граждан, нуждающихся в постороннем уходе, и включение данных граждан в систему долговременного ухода; 2) расширение перечня социальных услуг по видам социальных услуг и разработка стандартов социальных услуг, предоставляемых в рамках системы долговременного ухода; 3) развитие и внедрение технологий социального обслуживания, используемых в системе долговременного ухода; 4) поддержка организаций и граждан, в том числе добровольческих (волонтерских) организаций и волонтеров, содействующих развитию системы долговременного ухода; 5) обеспечение мер поддержки граждан, осуществляющих уход; 6) развитие инфраструктуры организаций, в том числе негосударственных, обеспечивающих оказание ухода гражданам, нуждающимся в постороннем уходе; 7) подготовка кадров для системы долговременного ухода; 8) организация межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода, включая отработку механизмов обеспечения согласованности деятельности уполномоченных органов, организаций и их работников; 9) обеспечение информационной поддержки системы долговременного ухода и технологий социального обслуживания, используемых в системе долговременного ухода.

Таким образом, долговременный уход за пожилыми людьми на дому является особенно актуальной проблемой, система долговременного ухода развивается, создается нормативная основа функционирования системы.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Оценка качества предоставления социальных услуг является важнейшим элементом системы социальной защиты населения. Она не только позволяет

проводить контроль качества обслуживания, предоставляет базу для анализа и принятия управленческих решений, но и обеспечивает обратную связь, необходимую для любой устойчивой и способной к развитию системы (Атабиева, 2015). Между тем, в области исследования проблем социального обслуживания в сфере услуг еще не решена задача разработки целостной, единой методологии оценки качества обслуживания, которая включала бы в себя все аспекты — начиная с оценки реакции потребителя с помощью анкетирования и заканчивая налаживанием системы статистического учета и анализа параметров оценки. В связи с введением в действие Национальных стандартов социального обслуживания населения повышаются требования к деятельности социальных служб, специалистов социальных учреждений.

Удовлетворение запросов населения – основная цель оказания государственных и муниципальных услуг. Степень удовлетворенности клиентов представляет собой наиболее значимый критерий. Система показателей качества включает показатели удовлетворенности потребителей. Основные факторы оценки качества социальных услуг представлены в Национальном стандарте Российской Федерации ГОСТ Р 52142-2003 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг». Основными факторами, влияющими на качество социальных услуг, предоставляемых населению учреждениями, являются: наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение (далее - документы); условия размещения учреждения; укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация; специальное и табельное техническое оснащение учреждения (оборудование, приборы, аппаратура и т.д.); состояние информации об учреждении, порядке и правилах предоставления услуг клиентам социальной службы (далее - клиенты); наличие собственной и внешней систем (служб) контроля за деятельностью учреждения.

Политика государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Грачевский комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – ГБУСО «Грачевский КЦСОН») в области качества предоставляемых социальных услуг направлена на полное удовлетворение нужд получателей социальных услуг, компенсацию дефицитов самообслуживания, непрерывное повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, и отражает основные цели, задачи и принципы деятельности учреждения в области качества, документально оформленные и принятые к обязательному выполнению.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В ходе проведения исследования организовано анкетирование получателей социальных услуг с целью определения качества социального обслуживания и обработка результатов анкетного опроса граждан.



В соответствии с положениями Федерального закона от 28.12.2013 г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» качество предоставляемых социальных услуг оценивалось как комплекс показателей, определяющих доступность, регулярность, полезность услуг, удовлетворенность получателей услуг их качеством, отношение персонала социального учреждения к получателям социальных услуг. Оценивались качество условий предоставления социальных услуг, включая информированность населения о предоставляемых социальных услугах.

Анкетирование проведено в ноябре 2020г. В опросе принимали участие граждане пожилого возраста и инвалиды, обслуживаемые ГБУСО «Грачевский комплексный центр социального обслуживания населения», проживающие в селе Грачевка.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования опрошено 76 респондентов, из которых 27,6% - мужчины, 72,4% – женщины. Распределение респондентов по возрасту представлено на рис. 1.

Рисунок 1. Распределение респондентов по возрасту



Из числа опрошенных граждан 54% не имеют инвалидности (рис. 2.). Большинство лиц с ограниченными возможностями здоровья имеют II гр. инвалидности (33%).

Рисунок 2. Распределение респондентов по наличию инвалидности



На вопрос «Как Вы оцениваете Ваше материальное положение?» большинство получателей социальных услуг (55,3%) выбрали ответ «Средств достаточно для жизни», 9,2% ответили «Полностью обеспечен(а) материально», испытывают материальные затруднения (средств хватает только на самое необходимое или средств не хватает) 35,5% респондентов.

Рисунок 3. Материальное положение респондентов (самооценка)



В настоящее время важным критерием оценки качества является степень информационной открытости деятельности учреждения для получателей услуг. В ходе исследования установлено, что все получатели социальных услуг ознакомлены с нормами законодательства по социальному обслуживанию граждан. Организацией, предоставляющей социальные услуги гражданам, является ГБУСО «Грачевский КЦСОН», иные государственные, частные организации, либо предприниматели респондентам не известны.

Получатели социальных услуг получают информацию о деятельности учреждения в основном посредством печатной продукции учреждения, от работников учреждения.

Респонденты информированы о введении системы долговременного ухода, услугах, предоставляемых в рамках системы долговременного ухода, и стандартах предоставления услуг.

Опрашиваемые граждане знают о возможности влияния на качество социального обслуживания и при необходимости могут обратиться к работнику учреждения (57%), посредством личного обращения в учреждение (27%) или по телефону (16%).

Как показали результаты опроса, доступность предоставляемых ГБУСО «Грачевский КЦСОН» социальных услуг отмечена на высоком уровне. 100% получателей социальных услуг отметили отсутствия ожидания необходимого социального обслуживания.

100% респондентов высоко оценивают заключенный с ними договор и не хотят вносить в него изменений. Таким образом, по оценке получателей социальных услуг их договор адекватно отражает непосредственную жизненную ситуацию, нужды и потребности получателя социальных услуг. Помимо этого, при заключении договора на социальное обслуживание работники учреждения поддерживают социальную, физическую активность получателя социальных услуг, учитывают наличие и отсутствие ресурсов и дефицитов самообслуживания.

100% получателей отметили отсутствие проблем при получении или оформлении новой услуги от социального работника. Большинство респондентов имеют со своим социальным работником постоянную связь.

В целом респонденты высоко оценили регулярность предоставления услуг. Частные показатели, характеризующие те или иные аспекты регулярности предоставления услуг, представлены на рисунке 4.

Рисунок 4. Оценка регулярности предоставления социальных услуг



100% получателей социальных услуг в той или иной степени при опросе подтвердили улучшение качества жизни, содействие поддержанию здоровья, улучшение психологического состояния после приема на социальное обслуживание (рис. 5).

Повышение «полезности» услуг связано с уточнением и детализацией индивидуальной программы предоставления социальных услуг, расширением перечня социальных услуг в рамках системы долговременного ухода, увеличением времени пребывания у получателя услуги. 97% респондентов отметили, что не могут обойтись без услуг учреждения, что указывает на высокий профессионализм сотрудников, отсутствие «навязывания» услуг.

Рисунок 5. Оценка полезности социальных услуг



В ходе анкетирования установлено, что все респонденты знакомы с перечнем услуг, могут при необходимости внести изменения в заключенный договор, что свидетельствует об открытости работы учреждения. В целом получателей устраивает набор предоставляемых услуг.

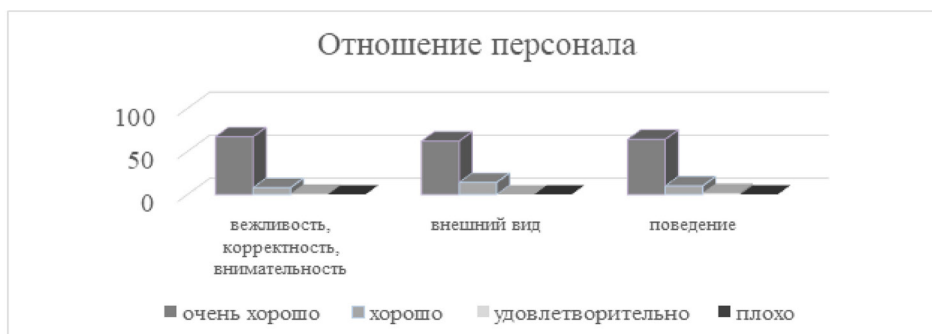
Получатели социальных услуг в целом удовлетворены объемом предоставления услуг и их качеством (рис.6).

Рисунок 6. Оценка качества предоставляемых социальных услуг



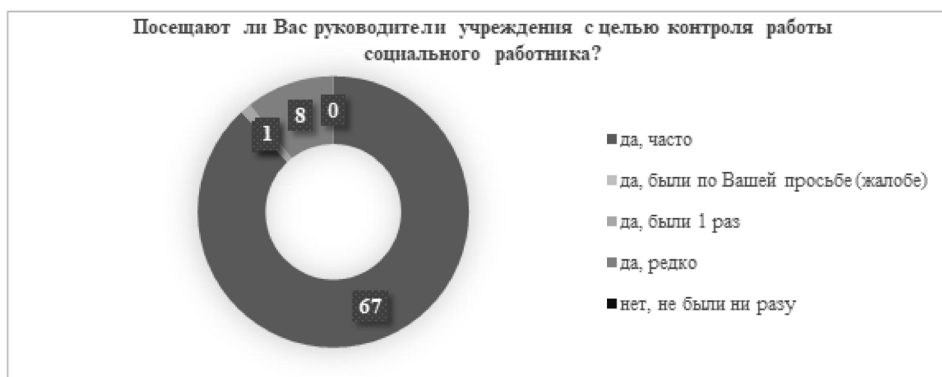
Немаловажным критерием оценки качества предоставления социального обслуживания является отношение персонала к получателю социальных услуг (рис. 7). Опрашиваемые респонденты в целом отметили корректное поведение, внимательное и вежливое поведение работников. Конфликтов с персоналом не отмечено. Получателей устраивает внешний вид работников учреждения, отсутствуют случаи принуждения получателей к выполнению неприятных им действий.

Рисунок 7. Оценка отношения персонала к получателям социальных услуг



Определение характера текущего контроля над процессом предоставления услуг является одной из важнейших задач мониторинга качества социальных услуг. Службой контроля учреждения осуществляется регулярный контроль обслуживания. По мнению 89% получателей услуг контроль осуществляется в достаточной мере, редкий контроль отметили 10% респондентов. Вынужденный контроль в обследуемой выборке не проводился (жалоб не поступало). Недостаточный контроль/отсутствие контроля отметили 1% респондентов (рис. 8).

Рисунок 8. Оценка качества контроля над деятельностью сотрудников



## ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ результатов исследования показывает, что работа учреждения организована на высоком профессиональном уровне: большинство клиентов может внести изменения в свой договор, практически все респонденты имеют постоянную связь со своим социальным работником. Основные возникающие вопросы и проблемы получатели социальных услуг решают с помощью специалистов учреждения. Отмечается удовлетворенность доступностью социальных услуг, их полезностью, объемом и качеством. Отсутствует проблема «навязывания» ненужных услуг. Нет претензий к поведению работников и замечаний к внешнему виду персонала.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Атабиева З.А., Виндижева А.О., Жугова О.А. (2015), Инновационные подходы к оценке качества социального обслуживания пожилых людей в регионе. *Современные проблемы науки и образования*, 1-1 <https://science-education.ru/ru/article/view?id=19198>
2. Башкирцева Е. А. (2019), Заботясь о пожилых, мы думаем о будущем (Инновации в деятельности комплексного центра социального обслуживания населения). *Социальное обслуживание*, 12. 35-38.
3. Внедрение системы долговременного ухода. *Официальный сайт благотворительного фонда помощи инвалидам и пожилым «Старость в радость»* <https://starikam.org/sdu/> (9)
4. Киселева С. В. (2019), Внедрение инновационных технологий в систему социального обслуживания населения старших возрастов и ограниченных возможностей. *Социальное обслуживание*, 12, 45-52.
5. Кузьмина Т. И. (2019), Комплексный центр: практика реализации эффективных технологий социального обслуживания населения. *Социальное обслуживание*, 9, 46-50.
6. Макаров А. С. (2018), Приоритетные направления работы с гражданами старшего поколения в Иркутской области. *Социальная работа*, 2, 11-13.
7. Национальный стандарт Российской Федерации «Социальное обслуживание населения ГОСТ 52496-2005. Контроль качества социальных услуг» <http://docs.cntd.ru/document/1200043281>
8. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.09.2020 № 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе» <https://legalacts.ru/doc/prikaz-mintruda-rossii-ot-29092020-n-667-o-realizatsii/>

9. Федеральный закон от 28.12.2013г. №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_156558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/)
10. Филатова Е. Л. (2015), Опыт реализации социально значимого проекта «повышение качества жизни инвалидов методами физической и психологической реабилитации». *Социальное обслуживание*, 3, 33-34.
11. Щербинина Л. С. (2020), Внедрение системы долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами в комплексном центре социального обслуживания населения. *Социальное обслуживание*, 7, 66-68.

Виктория Литвиненко\*,  
Надежда Клушина \*\*

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

### *Recommendations for improving the efficiency of the governance system in social service centers of elderly aged citizens*

\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0002-6492-8620

\*\* Северо-Кавказский федеральный университет ORCID: 0000-0001-5338-8262

#### **ABSTRACT**

*The advancement in the field of social services and the provision of social services is driven by various innovations and innovations. This depends on the ability of social service managers to find innovative solutions to the problems they face. Innovation entails the creation, adaptation and adoption of new approaches to the provision of social services. Improving the efficiency in the management of the social service system is an important direction in the development of not only regional social policy, but also state social policy.*

**Keywords:** *efficiency, quality of life, senior citizens, social service centers, management system, social service system.*

#### **АННОТАЦИЯ**

Продвижение в сфере социального обслуживания и предоставления социальных услуг обусловлено различными нововведениями и инновациями. Это зависит от способности руководителей учреждений социального обслуживания находить новаторские решения проблем, с которыми они сталкиваются. Инновации влекут за собой создание, адаптацию и принятие новых подходов к предоставлению социального обслуживания. Повышение эффективности в сфере управления системой социального обслуживания является важным направлением в развитии не только региональной социальной политики, но и государственной социальной политики.



**Ключевые слова:** эффективность, качество жизни, граждане пожилого возраста, центры социального обслуживания, система управления, система социального обслуживания.

Качество социальных услуг зависит от нескольких показателей – ресурсов организации и деятельности сотрудников. Качественно услуги будут предоставляться только в том случае, если специалисты по социальной работе учреждения заинтересованы в этом. Любая деятельность учреждения строится на управлении. От эффективности управления зависит работа организации, следовательно, от деятельности сотрудников зависит конечный результат. В этом контексте разработка программы по повышению эффективности управления системой социального обслуживания граждан пожилого возраста на региональном уровне является актуальной.

Целью разработанных рекомендаций является повышение эффективности управления системой социального обслуживания граждан пожилого возраста на региональном уровне.

Для повышения эффективности управления системой социального обслуживания в центрах социального обслуживания граждан пожилого возраста необходимо:

1. Изучить эффективность системы привлечения ресурсов для выполнения профессиональной деятельности.  
Так, изучение эффективности системы привлечения ресурсов поможет распределить имеющиеся средства на различные категории деятельности. Планирование расходов – одна из важнейших составляющих управления организации.
2. Определить эффективность использования ресурсов организации.
3. Определить эффективность системы контроля в учреждении.  
Система контроля в учреждении – это комплексная система поддержки управления организацией, направленная на координацию взаимодействия систем менеджмента и контроля их эффективности.
4. Проанализировать и внести коррективы в систему мотивации персонала.  
Система мотивации персонала играет важную роль в развитии организации. Она стимулирует деятельность сотрудников и улучшает производительность труда. Такая система может стать для организации важным шагом стратегического развития, расширить горизонты и увеличить потенциал роста.
5. Проводить опросы сотрудников, коллективные собрания, проводить анализ применения теорий мотивации.  
Проведение опросов сотрудников, коллективных собраний необходимо для того, чтобы выявить сильные и слабые стороны организации. Такая рекомендация поможет извлечь максимум выгоды и базировать деятельность в направлении роста и развития организации.

6. Изучить эффективность системы обучения персонала в организации.  
Обучение персонала в организации – значимый фактор, рассматриваемый в аспекте управление организацией. Любое обучение в организации – это направление в сторону развития организации, повышения результативности деятельности.
7. Участие организации в региональных программах по повышению навыков и умений персонала.  
Участие в мероприятиях, проводимых региональными организациями социальной сферы – это еще один элемент успеха организации. Поскольку с помощью такого рода мероприятий организация может выйти на новый уровень управления. Здесь важную роль имеют конкурсы для сотрудников организации, конкурсы на лучшую организацию, конкурсы на выигрыш грантов и др.
8. Создать горячую линию или психологический кабинет для персонала организации, с целью решения различного рода проблем (психологические, эмоциональное выгорание и т.д.).  
Эмоциональное выгорание является одной из часто встречающихся проблем специалистов по социальной работе. Такое выгорание происходит в результате аккумуляции отрицательных эмоций без соответствующего освобождения от них. Такое состояние ведет к истощению энергетических и личностных ресурсов человека. Поэтому создание горячей линии, психологического кабинета является обязательным на пути к повышению эффективности управления системой социального обслуживания.
9. Премировать сотрудников за переработку, за активность и инициативность, за повышение квалификации, за работу в праздничные дни,
10. Создать систему накопления премиальных баллов, которые можно использовать по различным направлениям (санаторно-курортное лечение, материальная поддержка, премия, натуральная помощь в виде продуктов и лекарств).  
Создание такой системы поможет повысить мотивацию сотрудников и увеличит их трудовую деятельность, что в свою очередь приведет к повышению качества социального обслуживания граждан пожилого возраста. А этот аспект повысит эффективность управления системы.
11. Предоставлять сотрудникам возможность прохождения бесплатного медицинского осмотра, который будет включать основные направления на выявление отклонений по медицинским показателям.
12. Создать в организации услугу для сотрудников «Социальный автобус» (возможность персонала воспользоваться бесплатным транспортом).
13. Создать в организации услугу для сотрудников «Социальная столовая» (возможность персонала воспользоваться бесплатным обедом).
14. Применение современных методик управления персоналом.

15. Создание в организации медитаций, направленных на избавление сотрудников от стресса, а также на улучшение отношений внутри организации между сотрудниками.
16. Необходимо увеличить работу с различными социальными центрами, образовательными организациями и др. учреждениями, с целью обмена опытом сотрудниками (социальное партнерство). Обмен опытом является одним из наиболее эффективных методов повышения эффективности управления. Этот метод используют многие престижные предприятия и организации для развития персонала. Обмен опытом открывает широкие возможности для профессионального роста специалистов организации, способствует расширению их кругозора, а также развивает взаимодействие между подразделениями и целыми организациями.
17. При приеме на работу в центры социального обслуживания граждан пожилого возраста, устраивающимся сотрудникам нужно проводить тесты, направленные на выявление у них способностей и желания работать в этой сфере с этой категорией людей. Это важно, поскольку пожилые люди являются довольно сложной категорией нуждающихся, в силу своего возраста, мировоззрения, окружения и т.д. Подходящий для этой должности сотрудник поможет не просто повысить эффективность управления, повысить производительность труда, но и разобраться и решить проблемы нуждающегося с наиболее высокой эффективностью, чем не заинтересованный сотрудник (согласно тесту профориентации).
18. Необходимо обновлять кадровый состав организации в случае выхода сотрудников на пенсию. Это позволит сделать деятельность организации инновационной и ориентированной на развитие и совершенствование системой организации.
19. Необходимо расширять полномочия сотрудников. Такая система управления используется во многих странах и имеет положительную динамику. Во-первых, это помогает достичь результата за короткий срок, а во-вторых любое повышение значимости сотрудника в компании является повышением его мотивации и стимула к производительности.
20. Необходимо определить факторы, определяющие качество; технологию контроля качества.
21. Необходимо проводить дополнительные курсы по повышению знаний специалистов. Нужно учесть, что такие курсы должны быть непрерывны. А для этого, можно разработать систему непрерывного обучения специалистов. Такая система поможет не только обучать специалистов инновационным формам, методам и технологиям социального обслуживания граждан пожилого возраста, но и контролировать то, как сотрудники проходят это обучение. Контроль может осуществляться с помощью различных практических заданий, тестов и ответов на вопросы.

Разработанные рекомендации направлены на повышение эффективности управления системы социального обслуживания в центрах социального обслуживания граждан пожилого возраста. Рекомендации были разработаны с учетом проведенного исследования на базе одного из центров социального обслуживания в городе Ставрополе, с учетом выявленных проблем и минусов при построении управления организацией.



## Z recenzji:

Na tle współczesnej literatury naukowej, wydawanej zarówno w Polsce, jak i poza jej granicami, wielodyscyplinarna monografia naukowa w całości poświęcona fenomenologii starości oraz mechanizmom i prawidłowościom procesu starzenia się człowieka, stanowi dużą rzadkość. Proponując obiektywny i wyważony pogląd na możliwości i ograniczenia, zyski i straty wieku podeszłego w strukturze kompletnego cyklu ludzkiego życia, monografia przyczynia się do obalenia wciąż rozpowszechniającego się w społeczeństwie pesymistycznego stereotypu postrzegania seniorów. Na podstawie głębokiej syntezy teorii, empirii i praktyki, autorzy monografii ukazują istotne czynniki, niezbędne składniki i niezawodne kryteria dla optymalizacji fizycznego, społecznego i psychicznego funkcjonowania człowieka w okresie starzenia się. Tekst książki zawiera wiele pożytecznych wskazówek, pozwalających na prowadzenie satysfakcjonującej egzystencji w późnej porze ludzkiego życia, wskazówek kierowanych zarówno dla osób w wieku podeszłym, jak i dla ich opiekunów.

**Prof. dr hab. Konstantyn Karpiński**

**Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie**

20-209 Lublin, ul. Projektowa 4

tel.: +48 81 749 17 77

[www.wsei.lublin.pl](http://www.wsei.lublin.pl)

**ISBN wersja elektroniczna: 978-83-66159-75-4**

 **WSEI** LUBLIN  
WYDAWNICTWO NAUKOWE  
*INNOVATIO PRESS*