ASPEKTY PSYCHOSPOŁECZNE ŻYCIA OSÓB W WIEKU PODESZŁYM A MOŻLIWOŚCI OPIEKI

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF LIFE FOR THE ELDERLY AND CARE OPTIONS

Małgorzata Bosacka[1], Grażyna Bączyk[2], Agnieszka Ulatowska[2]

[1] Kierunek pielęgniarstwo
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie
[2] Zakład Praktyki Pielęgniarskiej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.43

STRESZCZENIE

W ostatnich dziesięcioleciach wydłuża się czas życia ludzi i stale rośnie liczba osób w wieku podeszłym w polskim społeczeństwie. Starość postrzegana jest jako klęska, a ludzi starych odbiera się jako uciążliwy balast. Taki stan rzeczy stanowi wyzwanie dla polityki społecznej i socjalnej.
Celem pracy jest zwrócenie uwagi na psychospołeczne aspekty życia ludzi starych mające wpływ na zapotrzebowanie na opiekę.
Celem działań opieki zdrowotnej nad osobami starszymi powinno być utrzymanie seniorów w możliwie jak najdłuższej niezależności i samodzielności.
Za priorytet w polityce zdrowotnej i społecznej trzeba uznać rozwój domowej opieki geriatrycznej w połączeniu z opieką socjalną i społeczną. Należy starać się zwiększać liczbę miejsc w ośrodkach domów pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych. Konieczne jest tworzenie sieci placówek oferujących osobom wymagającym stałej pomocy opiekę stacjonarną, całodobową, finansowanych z innych możliwych źródeł (samorządy, organizacje pozarządowe, fundacje, sponsorzy).

SŁOWA KLUCZOWE: starość, opieka pielęgniarska.

ABSTRACT

Human life expectancy has been extending in recent decades and the number of the elderly people in Polish society is constantly rising. An old age is perceived as failure and the elderly people as a heavy burden. Such a state of affairs is a challenge for social and welfare policy.
The aim of the article is to draw attention to psychosocial aspects of life of the elderly.
The aim of health care activities over the elderly should be to keep them independent and unaided as long as possible.
The development of geriatric care along with social care and welfare must be considered the priority in health and social policy. The accommodation in health care centres and nursing homes should be increased. It is necessary to establish the network of institutions offering the onsite 24h care for people requiring constant care and such institutions should be financed from other possible sources (local governments, non-governmental institutions, foundations, sponsors).

KEYWORDS: elderly age, nursing care.

Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki

W ostatnich dziesięcioleciach na całym świecie obserwuje się demograficzne starzenie się populacji ludzkiej wyrażone poprzez systematyczny wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie. Proces ten skupia uwagę badaczy z wielu dziedzin oraz specjalistów polityki społecznej. Do przyczyn zwiększania się liczby seniorów zaliczyć można m.in. spadek liczby urodzeń oraz wydłużanie czasu trwania życia ludzkiego. Problem demograficznego starzenia się ludności dotyczy również Polski i ma on większą skalę, niż wcześniej prognozowano. Z najnowszych danych GUS wynika, że za zaledwie 25 lat dwie trzecie gospodarstw domowych będzie liczyło tylko jedną lub dwie osoby, a odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej będzie systematycznie wzrastał. W roku 2013 liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, w tym około 5,7 mln stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. Dla porównania w latach 1989–2013 liczba osób w podeszłym wieku wzrosła aż o 1,9 mln. W tym okresie w subpopulacji seniorów najwyższe tempo przyrostu dotyczyło osób w wieku co najmniej 80 lat. Ich udział w ogólnej liczbie ludności Polski podwoił się – z niespełna 2% w 1989 r. do prawie 4% w 2013 r. [1].

Należy więc spodziewać się dalszego demograficznego starzenia się ludności w Polsce, a tempo tego procesu należeć będzie do najszybszych w Unii Europejskiej [2]. Niezaprzeczalnie więc opieka geriatrycz-

na stanowić będzie główne wyzwanie dla świadczeń zdrowotnych. Z kolei zachodzące zmiany demograficzno-kulturowe powodują, że rodziny coraz częściej przekazują sprawowanie opieki nad osobami starszymi instytucjom w tym wyspecjalizowanym.

Celem pracy jest zaprezentowanie psychospołecznych aspektów życia ludzi starszych oraz zapotrzebowania seniorów na opiekę. Z uwagi na wzrost odsetka tej grupy w populacji oraz wobec powszechnej wśród młodych ludzi marginalizacji i wykluczenia osób starych zasadne wydaje się podjęcie tego tematu. Efektywna opieka medyczna nad pacjentem starszym musi być dobrze przemyślna.

Starość to końcowy okres życia człowieka, który nieuchronnie kończy się śmiercią, a prowadzi do niego naturalny, długotrwały proces fizjologiczny zwany starzeniem się. Starość należy do tych etapów życia ludzkiego, które ulegają najszybszym zmianom, a dotyczy to np. wydłużania czasu trwania życia. Tendencja ta spowodowana jest prawdopodobnie postępem społecznym i cywilizacyjnym. Z czynników, które mają na to wpływ, wymienić można: poprawę warunków mieszkaniowych, uzyskiwanie wyższych dochodów, łatwiejszy dostęp do opieki lekarskiej oraz promowany zdrowy styl życia. Znaczny wpływ ma także rozwój oświaty i edukacji zdrowotnej [3].

W drugiej połowie XX wieku na skutek zwiększającego się odsetka ludzi w podeszłym wieku powstała interdyscyplinarna nauka zwana gerontologią.

Nauka ta dotyczy starzenia się i starości, a zajmuje się zagadnieniami z zakresu biologii, genetyki, medycyny, psychologii oraz socjologii i demografii [4].

Niezależnie od tego, że kres ludzkiego życia przypada na późniejsze lata, to gatunkowy okres życia dla człowieka jest cały czas taki sam i wynosi około 120 lat. O ile łatwiej jest określić koniec starości, o tyle trudniej wskazać początek starzenia się. Zbiorowość seniorów nie jest bowiem homogeniczna i ma potrójny charakter. Amerykańska literatura gerontologiczna zawiera podział osób starszych na trzy grupy wiekowe: ,,młodych starych" (66–74), ,,starych starych" (75–84) i „najstarszych starych" (85 lat i więcej). W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób z najstarszej grupy wiekowej. Przykładowo wg prognozy GUS dla Polski liczba osób w wieku 65–74 lat ma wzrosnąć w latach 2003–2030 o 36%, 75–84 lata – o 90%, zaś powyżej 85 lat – o 136%. Proces ten jest związany z charakterystycznym dla schyłku XX wieku zjawiskiem: ,,siwienia siwych", czyli zwiększaniem się odsetka osób najstarszych. Sytuacja ta dotyczy zwłaszcza społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych gospodarczo [5].

Biorąc pod uwagę to, że upływające lata nie zawsze decydują o sprawności fizycznej i psychicznej, starość ma charakter wielowymiarowy. Nie jest ona jednolitym odcinkiem życia, ale rozciąga się przez okres kilkudziesięciu lat i przechodzi przez różne fazy. Jest związana z określeniem w literaturze wieku kalendarzowego i biologicznego. Proces starzenia u każdego człowieka przebiega w odrębny sposób, ponieważ indywidualne jest zarówno tempo, jak i nasilenie tego zjawiska. Kondycja osób w podeszłym wieku zależy bowiem od istniejących chorób przewlekłych, prowadzących do niesprawności wielu narządów, oraz od procesu fizjologicznego starzenia się. W prawidłowej, fizjologicznej starości wiek metrykalny będzie zgodny z wiekiem czynnościowym, natomiast w patologicznej – wiek czynnościowy będzie starszy od wieku metrykalnego [6].

Proces starzenia może przebiegać w sposób naturalny, fizjologiczny, bez powikłań chorobowych. Jest określany wówczas jako starzenie prawidłowe. Może on jednak przebiegać również jako starzenie przedwczesne, patologiczne, wywołane chorobami i innymi, negatywnymi bodźcami. Czynnikami mającymi wpływ na szybkość biologicznego starzenia są zachowania zdrowotne danego osobnika, np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieodpowiednie warunki pracy oraz złe nawyki higieniczne. Na tempo procesu starzenia wpływają również brak ruchu, higieny wypoczynku i snu oraz stresujący tryb życia w odwiecznej pogoni za pieniądzem [7].

Niezwykle ważnym czynnikiem w dynamice procesu starzenia jest również nastawienie psychiczne do własnej starości. Pogorszenie sprawności umysłowej, wyrażone trudnościami z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem, oraz utrata pełnionych dotychczas ról społecznych są często przyczyną obniżonej samooceny i izolacji [8].

Poznanie istoty starzenia się, a dokładnie mechanizmów wpływających na proces, jest problemem nurtującym ludzkość od wielu pokoleń. Panuje powszechne przekonanie, że zrozumienie przyczyn starzenia się pozwoli znaleźć złoty środek, który zapewni wieczną młodość. Niestety, pomimo licznych prób, nikomu nie udało się odszukać ,,eliksiru młodości". Powstało natomiast wiele teorii usiłujących wyjaśnić proces starzenia się człowieka. Pośród 300 teorii starzenia wyodrębnić można teorie dotyczące przyczyn biologicznych, psychologicznych oraz socjologicznych.

Wśród psychologicznych teorii starzenia wyróżnić można teorie poznawcze i osobowościowe. Teorie poznawcze wskazują na to, że poziom funkcjonowania intelektualnego uzależniony jest od wieku, wykształcenia, środowiska, w którym żyje senior, oraz od rodzaju wykonywanych zadań. Badacze sugerują, że u osób wykształconych, cechujących się wysokim poziomem intelektualnym pojawia się w podeszłym wieku nieznaczne

pogorszenie aktywności poznawczej. Znacznie większe pogorszenie sprawności intelektualnej obserwuje się u seniorów z niższym poziomem wykształcenia [9].

Koncepcje osobowościowe zakładają natomiast, że na skutek ewaluacji charakteru człowieka starego pogorszeniu ulega jego funkcjonowanie społeczne. Do cech osobowości, które wpływają na szybkość starzenia, zaliczyć można: neurotyzm, sumienność oraz otwartość na doświadczenia.

Istnieją teorie, które wskazują na związek funkcjonowania społecznego ze stanem psychicznym osoby starszej. Przykładem takiego podejścia jest koncepcja „zegara społecznego". Zakłada ona, że senior najgorzej znosi wydarzenia nieoczekiwane, np. śmierć dziecka, która jest bardziej obciążająca niż utrata współmałżonka. Na skutek wydarzeń nagłych osoba starsza doświadcza izolacji i stygmatyzacji społecznej.

Kolejna z teorii, tzw. koncepcja niezaangażowania, mówi o konieczności wycofania się seniora do „swojego świata" po to, aby utrzymać odpowiedni do życia poziom satysfakcji. Taka rezygnacja spowodowana jest zmianą pełnionych dotychczas ról społecznych oraz osłabieniem relacji międzyludzkich.

Jedną z socjologicznych teorii starzenia się jest koncepcja kumulacji stresów. Zgodnie z nią to kumulacja krytycznych zdarzeń, takich jak: spadek ogólnej sprawności, utrata statusu społecznego i materialnego, jest odpowiedzialna za przyspieszenie procesów starzenia. Czynniki te zmuszają człowieka starego do readaptacji, pozbawiają nabytych cech oraz upraszczają osobowość.

Zupełnie inaczej postrzegana jest starość w „teorii wycofania się". Zgodnie z nią naturalną i funkcjonalnie ważną potrzebą w starości jest wyłączenie z życia społecznego. Rezygnacja i postawa pasywna to naturalny etap starzenia się człowieka. Styl życia zgodny z tą teorią nazwano „stylem bujanego fotela". Ma on sprzyjać analizie wspomnień, ponownej interpretacji dawnych zdarzeń i odkrywaniu ich nowych znaczeń [10].

Powstało wiele teorii starzenia się, niektóre z nich wzajemnie się uzupełniają, inne stanowią odmienne próby wyjaśnienia tego zjawiska. Obecnie uważa się, że proces ten związany jest zarówno z upływem czasu, jak i z uwarunkowaniami genetycznymi oraz szkodliwymi czynnikami środowiska.

Starzenie człowieka, nawet to fizjologiczne, bez powikłań wywołanych procesem chorobowym, wraz z upływem lat ogranicza sprawność seniora i jego zdolność do samodzielnego funkcjonowania. Wykonywanie codziennych czynności, takich jak: higiena osobista, zakupy, gotowanie i sprzątanie, sprawia osobie starszej trudności. W literaturze poświęconej osobom starszym często spotykamy się z pojęciem sprawności funkcjonalnej. Pojęcie to oznacza umiejętność radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego. Określana jest ona również jako zdolność bycia niezależnym od osób trzecich w zakresie podstawowych czynności życiowych, takich jak poruszanie, odżywianie, utrzymanie higieny ciała i kontrolowanie zwieraczy [11]. Utrata samodzielności powoduje konieczność zapewnienia opieki seniorowi, a jej poziom jest zależny od zaistniałych deficytów.

Wśród czynników ograniczających sprawność funkcjonalną seniora można wymienić powstające zmiany inwolucyjne dotyczące aspektów fizycznych, psychicznych i społecznych wpływające na jego jakość życia.

Zmiany inwolucyjne występujące u ludzi w wieku podeszłym dotyczą m.in. układu nerwowego. Na skutek produkcji zmniejszonej liczby neuroprzekaźników, takich jak dopamina i acetylocholina, odpowiedzialnych za przekazywanie informacji pogarszają się zdolność szybkiego wnioskowania, czas i precyzja reakcji na bodźce. Komórki mózgowe są coraz mniej aktywne metabolicznie, zużywają mniej tlenu i glukozy. W wyniku tych procesów zaobserwować można często u seniora zmianę sposobu myślenia, postrzegania otoczenia, zachowania i osobowości. Następuje osłabienie zdolności zapamiętywania informacji. W głównej mierze dotyczy to informacji zmagazynowanych w pamięci krótkotrwałej, tzw. świeżej. Informacje wcześniej zgromadzone w pamięci długotrwałej pozostają w niej utrwalone i dostępne do późnej starości. Spowolnienie czasu i precyzji reakcji na bodźce to najpewniejszy psychofizyczny wskaźnik starzenia się organizmu [12].

U osób w wieku podeszłym zaobserwować można również pewne zmiany osobowości. Odnosi się to do takich cech jak: motywacja osiągnięć, pewność siebie czy też poziom podejmowanej aktywności. Zauważa się zachowawcze i obronne nastawienie wobec otoczenia, unikanie innowacji i zmian. Charakterystyczny jest również wysoki poziom lęku przed osamotnieniem. Pasywna postawa ludzi starszych jest najprawdopodobniej uruchamiana pod wpływem zachwianego poczucia bezpieczeństwa i bezradności wobec własnej starości. Wraz z upływem lat maleje u większości osób starszych zakres ich zainteresowań. Spowolnieniu ulega możliwość przystosowania do nowych zaistniałych sytuacji. Jednocześnie seniorzy mają nasiloną potrzebę bycia akceptowanym, przy małym potencjale sprostania wygórowanym w ich oczach wymogom otoczenia. Obserwowana jest tendencja do uporu ze skłonnością do trwania przy starych przyzwyczajeniach, określana mianem „uporu starczego". Uwypukleniu ulegają często negatywne cechy charakteru, takie jak: skąpstwo, gadulstwo czy zazdrość. Typowym objawem starości jest również obniżenie intensywności przeżyć pod postacią zobojętnienia uczuciowego. Zaobserwować można również negatywny wpływ emocji na procesy myślenia

dedukcyjnego. W przypadku zaistnienia warunków stresowych emocje osiągają wyższy poziom pobudzenia i dłużej trwa ich powrót do stanu wyjściowego [12, 13].

Na skutek pojawiających się chorób somatycznych, najczęściej przewlekłych, znacznie ograniczających sprawność fizyczną i psychiczną może wystąpić pogorszenie nastroju, a niekiedy nawet depresja. Dotyczyć to może osób, którym lekarz zakomunikował, że najlepsze okulary czy też aparat słuchowy nie poprawią całkowicie wady wzroku ani słuchu. Narządy zmysłów odgrywają ogromnie ważną rolę w realizacji codziennych zajęć domowych. Upośledzenie ich funkcji uniemożliwia oglądanie telewizji, czytanie prasy, robótki ręczne lub majsterkowanie. W takiej sytuacji dzień powszedni dla wielu starszych osób traci po prostu sens.

Zmiany zachodzące w psychice człowieka starego powodują konieczność przebudowania obrazu własnej osoby po to, aby ocenić realistycznie możliwości własnego działania. W sytuacji ograniczeń funkcjonowania psychicznego ewaluacji ulegają role społeczne, jakie pełni osoba w wieku podeszłym. Przebieg procesu starzenia zależy bowiem w dużym stopniu od sytuacji, w której znalazł się senior na progu starości. Do najważniejszych zmian w życiu osoby w wieku podeszłym należy przejście na emeryturę, wiążące się z całkowitą zmianą trybu życia. Skorzystanie ze świadczenia emerytalnego bądź rentowego oznacza najczęściej pogorszenie sytuacji materialnej seniora. Stan spoczynku zawodowego wiąże się również ze zmianą dotychczasowych układów i relacji międzyludzkich. Na skutek utraty środowiska współpracowników zmienia się krąg osób, z którymi senior utrzymywał kontakty towarzyskie [13, 14]. Z powodu zmiany systemu obowiązków i zależności osoba starsza zaczyna dysponować zbyt dużą ilością czasu wolnego, którego nie potrafi wypełnić. Najistotniejszą jednak konsekwencją przejścia na emeryturę jest utrata znaczenia społecznego, prestiżu oraz wzrost poczucia bezużyteczności. Uwolnienie od codziennych obowiązków zawodowych, przyjęte początkowo z entuzjazmem, z czasem przekształca się w tęsknotę za uregulowanym trybem życia. Senior odczuwa brak kontaktów międzyludzkich oraz rozczarowanie bezużyteczną egzystencją. Emeryturę odbiera jako odsunięcie na boczny tor życia, a nie jako nagrodę za przepracowane lata pracy. Na pierwszy plan wysuwają się problemy natury psychicznej, takie jak: troska o jutro, poczucie beznadziejności, nerwowość, napięcie emocjonalne. Długotrwałe przeżywanie poczucia straty może dać początek poważnym kryzysom psychicznym [15].

Stosunek społeczeństwa do starości jest zmienny dziejowo. W dawnych stuleciach szacunek do ludzi starych i ich pozycja społeczna były większe niż w obecnych czasach. Osoby starsze odgrywały ważne role społeczne, powierzano im rządy, korzystano z ich doświadczenia i wiedzy. Obecny stosunek społeczeństwa konsumpcyjnego do procesu starzenia i starości nie napawa optymizmem. Społeczny stereotyp człowieka starego jest przyczyną dyskryminacji i traktowania starzenia się jako klęski. Człowiek stary uważany jest za osobę schorowaną, zniedołężniałą, niemogącą pracować, wymagającą opieki. Jednocześnie o ludziach starych zwykło mówić się jak o uciążliwym balaście, który należy izolować społecznie. Niestety na przekór tendencjom demograficznym świat wielbi młodość, a w mediach dominuje negatywny obraz człowieka starego – niepotrzebnego, niedołężnego, nienadążającego za tempem współczesnego życia. Bardzo często reprezentanci mediów, mając dobre intencje, w niewłaściwy sposób formułują tematy dotyczące starości, np.: „Polska załamie się pod ciężarem starych ludzi". Starość przedstawiana jest jako strata, ciężar, koszt. Takie podejście wynikające z braku wiedzy na temat procesu starzenia niekorzystnie wpływa na kształtowanie postaw społecznych u młodych ludzi wobec seniorów [16, 17].

Istotnym negatywnym wydarzeniem w życiu osoby starszej jest utrata współmałżonka. Jest to wydarzenie silnie traumatyczne, umieszczone na początku skali najbardziej stresogennych wydarzeń życiowych. Wdowieństwo dotyczy najczęściej kobiet. Feminizacja starości jest zjawiskiem powszechnie spotykanym we współczesnym świecie. W Polsce ponad połowa kobiet po 65. roku życia to osoby samotne. Zdecydowana większość z nich również mieszka samotnie. Singularyzacja, czyli pozostawanie w jednoosobowym gospodarstwie domowym, u osób w wieku starszym staje się sytuacją przymusową, do której dochodzi na skutek śmierci współmałżonka. Z prognoz GUS wynika, że w 2030 roku 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzone przez seniorów w wieku ⩾ 65 lat, przy czym 17,3% stanowić będą osoby powyżej 80. roku życia [18].

U większości osób starszych bezpośrednio po stracie współmałżonka dochodzi do obniżenia jakości życia i zadowolenia z niego. Problem ten jest wynikiem pogorszenia sytuacji materialnej wdowy, gdyż powszechnie wiadomo, że emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż mężczyzn. Strata współmałżonka jest związana także z prozaicznymi kłopotami dnia codziennego, takimi jak np. realizowanie zadań finansowych i administracyjnych, którymi dotychczas zajmował się mąż. Podobnie wdowiec staje w obliczu konieczności prowadzenia gospodarstwa domowego bez wcześniejszego przygotowania. Osobie starszej brakuje nagle współmałżonka, z którym konsultowała podejmowanie ważnych decyzji życiowych, spędzała razem czas wolny, dzieliła obowiązki domowe. Przede wszystkim jednak zostaje zerwana

więź emocjonalna łącząca dwoje osób, i to bezpowrotnie. Dla wielu seniorów jest to strata, której nie można zrekompensować w żaden sposób. Powoduje ona u nich stan odrętwienia i apatii. W tym trudnym okresie przeżywania żałoby senior najczęściej nie ma wsparcia społecznego, pozostaje samotny. Równie często jednocześnie następuje utrata przyjaciół i rówieśników, co potęguje uczucie samotności. Istnieje różnica między samotnością a osamotnieniem. Samotność to stan, w którym znajduje się senior, kiedy umiera jego współmałżonek. Osamotnienie oznacza natomiast izolację od otoczenia. Można żyć wśród ludzi i doświadczać uczucia osamotnienia. Z tego powodu cierpią wieloletni pensjonariusze domów opieki, którzy będąc wśród ludzi, mając stałą opiekę, czują się osamotnieni. Do przyczyn osamotnienia zalicza się izolację z powodu nietrzymania moczu czy stolca, upośledzenie narządów zmysłów bądź też trudności w poruszaniu [15, 19, 20]. Niejednokrotnie bywa tak, że senior czuje się osamotniony, będąc w otoczeniu najbliższych sobie ludzi. Rodzina, mając na uwadze dobro osoby starszej, podejmuje za nią decyzje, bez jej wiedzy i zgody, oczekując akceptacji. Senior z kolei godzi się na wszystko, będąc pod presją rodziny, w obawie o swój dalszy los, wychodząc z założenia, że lepiej być osamotnionym we własnym domu niż wśród pensjonariuszy domów opieki społecznej.

Osoby starsze to grupa społeczna pozostawiona sama sobie, dyskryminowana, pomijana, najchętniej zapominana. Właśnie dlatego niezmiernie pilne wydają się działania na rzecz poprawy kondycji zdrowotnej i sytuacji społeczno-bytowej tej grupy osób. Należy dążyć do poprawienia i utrzymania sprawności funkcjonalnej, zarówno w sferze fizycznej, jak i poznawczej oraz emocjonalnej. Bezsensowne wydaje się wydłużanie trwania życia człowieka bez poprawy jakości życia. Aktualnie koniecznym priorytetem w polityce zdrowotnej i społecznej w Polsce powinien być rozwój domowej opieki geriatrycznej wraz z profesjonalnymi usługami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi. Istotne również wydaje się zapewnienie opieki socjalnej i społecznej.

Osoby w podeszłym wieku potrzebują również poczucia przynależności do grupy oraz kontaktów interpersonalnych ze swoimi rówieśnikami. W 2013 roku w ramach projektu Centrum Inicjatyw Senioralnych w Poznaniu przeprowadzono badania dotyczące jakości życia osób starszych. Ankieterzy zapytali 500 seniorów o ich życie społeczne. Z badań wynika, że aż 13,1% badanych odczuwa samotność. Seniorzy bardzo rzadko wychodzą z domu, sporadycznie spotykają się ze znajomymi, a co piąty nie spotyka się wcale. Zdaniem autorów raportu konieczne jest wdrożenie działań wspierających odbudowę więzi sąsiedzkich. Należy zachęcać i mobilizować osoby starsze do wychodzenia z domu. Wspólne spotkania w osiedlowym klubie seniora czy emeryta pozwolą osiągnąć zadowolenie z kontaktów towarzyskich z osobami o podobnych zainteresowaniach, systemach wartości i sposobach postrzegania otaczającej rzeczywistości [21, 22].

Przykładową formą sprawowania opieki nad osobą starszą jest geriatryczny oddział dzienny. Pomysł ten został zaczerpnięty z Wielkiej Brytanii, gdzie dzienny szpital geriatryczny jest elementem Narodowej Służby Zdrowia. Tamtejszy oddział dzienny świadczy opiekę w zakresie pomocy lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacji, terapii zajęciowej i logopedii. Oferuje również pełne wyżywienie i transport. Najczęściej funkcjonuje przy szpitalu o charakterze ogólnym lub geriatrycznym, a jego głównym zadaniem jest rehabilitacja seniorów w celu poprawy i utrzymania sprawności funkcjonalnej [23].

Na podobnych zasadach funkcjonowania powstał w 2000 roku Oddział Psychogeriatryczny Dzienny przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie. Oddział ten stanowi propozycję pośredniej formy sprawowania opieki nad osobami starszymi, łącząc pomoc szpitalną i środowiskową. Pensjonariusze mają możliwość skorzystania z diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, bez konieczności hospitalizacji w warunkach stacjonarnych. Taka forma opieki skierowana jest do osób niewymagających bezwzględnej hospitalizacji całodobowej. Pozwala ona na otoczenie pacjenta holistyczną opieką, a jednocześnie umożliwia zmniejszenie ogólnych kosztów ponoszonych przez placówki medyczne. Oddział liczy 20 chorych, przyjmowanych na zasadzie turnusu trwającego około 8 tygodni. Pensjonariuszami są osoby, które ukończyły 65 lat, obciążone przewlekłymi chorobami grożącymi utratą sprawności. W ramach prowadzonych zajęć pacjenci mogą skorzystać z całej gamy zabiegów fizykalnych i ćwiczeń ogólnousprawniających. W międzyczasie seniorzy doskonalą umiejętności manualne pod sprawnym okiem terapeuty zajęciowego. Pobyt w oddziale doskonale wpływa na samopoczucie pacjentów, na poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, sprzyja nawiązywaniu nowych znajomości, przyjaźni, zapobiega społecznej izolacji. Taka forma opieki geriatrycznej umożliwia zastosowanie holistycznego podejścia do seniora. Poprawia jego sprawność funkcjonalną, co pozwala na dłuższe utrzymanie samodzielności [24].

Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej w Poznaniu pozyskało środki finansowe z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przeznaczone na *Rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych* na lata 2012–2013. Dzięki temu Stowarzyszenie realizowało działania zmierzające do poprawy jakości i poziomu życia osób starszych po-

przez organizowanie zajęć edukacyjnych oraz sportowo-ruchowych z uwzględnieniem rozwoju zasobów osobistych. W ramach programu opieką objęto 65 osób w wieku 60–84 lat, przy czym najliczniejszą grupę stanowiły osoby między 72. a 78. rokiem życia. Celami programu były poprawa sprawności psychoruchowej, a co za tym idzie – funkcjonowania społecznego, zapobieganie izolacji społecznej, poprawa jakości i poziomu życia osób starszych poprzez organizowanie zajęć edukacyjnych, sportowych i warsztatów o charakterze poznawczym. Zajęcia prowadzone były w formie indywidualnej i grupowej. Spotkania w grupach zacieśniły więzi koleżeńskie i zachęciły seniorów do wychodzenia z domu i zmiany trybu życia. Dzięki zajęciom sportowym poprawie uległa kondycja fizyczna beneficjentów programu oraz wzrosło poczucie wiary we własne możliwości. Uczestnicy mieli możliwość zdobycia praktycznej umiejętności posługiwania się językiem angielskim, co przełożyło się na poprawę funkcji poznawczych. Dzięki uzyskaniu wymiernych korzyści poprzez realizację tego programu Stowarzyszenie pozyskało kolejną dotację z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na lata 2014–2020 w ramach programu *Akademia aktywności 60+* [25].

W 2007 roku Rada Miasta Poznania powołała Miejską Radę Seniorów, której celem jest wpływ na sprawy dotyczące społeczności najstarszego pokolenia. Do jej zadań należą zapoznawanie się z problemami seniorów oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów, monitorowanie potrzeb seniorów, formułowanie wniosków służących rozwojowi działalności na rzecz seniorów oraz upowszechnianie współpracy władz miasta i partnerów pozarządowych na rzecz środowiska osób starszych. Wszystkie te działania mają służyć zapobieganiu pomijania i wykluczania seniorów z uczestnictwa w życiu społecznym oraz poprawie jakości ich życia. Lokalne podmioty polityki społecznej mają największe możliwości w realizacji działań umożliwiających pomoc osobom najstarszym swojej społeczności poprzez m.in. zwiększanie liczby miejsc w domach opieki społecznej w formie stacjonarnej i dziennej [26].

Pozytywną cechą w obrazie człowieka starego obecną w mentalności społecznej jest jego mądrość. W wyniku zgromadzonych doświadczeń życiowych senior, oczywiście sprawny intelektualnie, ma umiejętność rozwiązywania dylematów, trafnego przewidywania zdarzeń oraz znoszenia przeciwności losu. Cechy te pozwalają nabrać dystansu do różnych przeżyć, odczuwać sens życia i przybrać mądrą postawę wobec rzeczywistości [13]. Spodziewać się można, że seniorzy, których życie przebiegało harmonijnie, na starość będą przejawiać nadal chęć do aktywnego życia, pozostaną zainteresowani otaczającą ich rzeczywistością i zaangażowani w bieżące sprawy [27, 28].

Osoby w wieku podeszłym mogą realizować potrzebę kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami poprzez udział w uniwersytetach trzeciego wieku (UTW). Obecnie w Polsce działa 110 uniwersytetów trzeciego wieku, które zrzeszają około 25 tys. seniorów. Umożliwiają one realizację marzeń z młodości o studiowaniu, z których musieli zrezygnować z przyczyn finansowych lub losowych. Pozwalają na ciągłe kształcenie osób, które zrezygnowały już z kariery zawodowej, ale nadal mają potencjał intelektualny, który można wykorzystać. Ułatwiają też nawiązywanie znajomości, spędzania miło czasu wolnego z osobami o podobnych systemach wartości i sposobach rozumienia otaczającej rzeczywistości. Aktywizują intelektualnie, psychicznie i fizycznie swoich słuchaczy. Ułatwiają komunikację z otoczeniem, uczą samodzielności i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. UTW proponują całą gamę zajęć poprawiających sprawność fizyczną, począwszy od gimnastyki ogólnousprawniajacej, poprzez naukę pływania, nordic walking, na kursach tańca towarzyskiego skończywszy. Oferują one również naukę języków obcych, naukę obsługi komputera, treningi pamięci, edukują w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Dzięki ustawicznej edukacji seniorzy wzmacniają dobrostan psychofizyczny, a co za tym idzie – utrzymują należytą pozycję w społeczeństwie. Przekłada się to na umiejętność radzenia sobie w nowych, trudnych sytuacjach, np. dzięki umiejętności posługiwania się komputerem senior potrafi skorzystać z internetowej rejestracji do lekarza [29, 30].

Pogorszenie sprawności funkcjonalnej osób starszych wiąże się z koniecznością zapewnienia im właściwej opieki. Mimo iż celem polityki społecznej jest umożliwienie ludziom starszym pozostania jak najdłużej we własnym środowisku i bycia samodzielnym, w końcu senior staje przed koniecznością skorzystania z pomocy osób trzecich. Podejmowanie obowiązków opiekuńczych nad seniorem najczęściej odbywa się przy udziale rodziny, gdyż państwowy system opiekuńczy nie jest na tyle wydolny, aby sprostać tym zadaniom na obecną skalę. Z badań wynika, że opieka nad osobą starszą, szczególnie zniedołężniałą często prowadzi do wyczerpania fizycznego i psychicznego opiekuna. Dodatkowo opiekę utrudnia niski poziom wsparcia ze strony instytucji publicznych, takich jak: opieka środowiskowa czy wolontariat. Wyczerpanie sił opiekuna prowadzi często do przedwczesnego umieszczenia seniora w ośrodku stacjonarnym [31].

W ramach świadczeń pochodzących z NFZ na rynku funkcjonują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) oraz hospicja. Osoby starsze mogą skorzystać również ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresie opieki dłu-

goterminowej realizowanych w miejscu zamieszkania. Dostępne są również świadczenia pielęgniarskie realizowane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.

W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) prowadzona jest opieka całodobowa, obejmująca świadczenia o charakterze opiekuńczym, pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym. Do ZPO przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczna jest kontynuacja leczenia farmakologicznego oraz zabiegi pielęgniarskie niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania, wyrażająca się wartością w skali Barthel poniżej 40 punktów. Pobyt pacjenta w placówce ma charakter tymczasowy, najczęściej trwa około kilku tygodni. Celem pobytu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym jest umożliwienie choremu powrotu do środowiska domowego.

Kolejną formą realizacji świadczeń opiekuńczych dla osób starszych są zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) zapewniające całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską. W ZOL umieszczani są pacjenci wymagający długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością w skali Barthel poniżej 40 punktów. Ośrodki te przeznaczone są dla osób, które przebyły fazę leczenia szpitalnego, obecnie nie wymagają hospitalizacji, lecz ze względu na zły stan zdrowia i trudną sytuację rodzinną potrzebują stałej opieki. Czas pobytu pensjonariusza w ZOL ma charakter okresowy (możliwie do 6 miesięcy).

W ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują domy pomocy społecznej (DPS). DPS ustawowo świadczy usługi bytowe, opiekuńcze i pielęgnacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formie wynikającej z potrzeb osób w nim przebywających [32]. Pensjonariusze tych domów wymagają pielęgnacji z powodu niepełnosprawności fizycznej bądź psychicznej, ciągłej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, takich jak toaleta ciała, ubieranie, odżywianie, zaspokajanie potrzeby wydalania, przemieszczanie. Wymagający stałej opieki seniorzy, którzy chorują na schorzenia przewlekłe, uniemożliwiające ich samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym mogą złożyć wniosek o przyjęcie do domu pomocy społecznej dla osób przewlekle, somatycznie chorych. Osoby z chorobami psychicznymi są kierowane do domów pomocy społecznej dla przewlekle, psychicznie chorych. W DPS opieka ma charakter holistyczny, prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który realizuje: usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację i psychoterapię. Mieszkaniec domu pomocy społecznej ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej. Świadczenia te są realizowane na takich samych zasadach jak u osób mieszkających we własnym domu.

Inną formą opieki, z jakiej może skorzystać senior, są hospicja. Zapewniają one całodobową pomoc lekarską i pielęgniarską przeznaczoną dla osób terminalnie chorych.

Głównymi zadaniami tych placówek są poprawa jakości życia chorych nieuleczalnie, leczenie bólu przewlekłego, ulga w cierpieniu oraz wsparcie psychiczne dla członków rodzin [33].

Formę opieki przeznaczoną dla osób starszych, łączącą opiekę geriatryczną z opieką paliatywną, realizuje Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" dla Dorosłych działające od 1997 roku w Poznaniu. Dużą grupę świadczeniobiorców hospicjum stanowią pacjenci z wielkimi zespołami geriatrycznymi oraz przewlekłymi schorzeniami wymagający leczenia bólu przewlekłego. W 2001 roku hospicjum utworzyło ogólnie dostępną Poradnię Geriatryczną. W ramach poradni oferującej kompleksową opiekę nad seniorami przyjmują specjaliści z różnych dziedzin, jak: geriatra, psychiatra, dermatolog, diabetolog, neurolog, okulista, reumatolog, hematolog, laryngolog, chirurg ogólny i chirurg naczyniowy. Z poradnią współpracuje także powstała przy hospicjum pielęgniarska opieka długoterminowa. Poradnia świadczy usługi nie tylko na miejscu, powstał również geriatryczny zespół wyjazdowy. Obejmuje on opieką holistyczną pacjentów geriatrycznych, których stan zdrowia nie pozwala dotrzeć o własnych siłach do poradni. Wspiera jednocześnie członków rodzin i osoby opiekujące się obłożnie chorymi. Efektywność pracy w poradni podnoszą osoby z zespołu wolontariuszy przygotowane do opieki nad ludźmi starszymi [33].

W ramach pomocy pielęgniarskiej ambulatoryjnej kontraktowanej ze środków publicznych na rynku funkcjonuje pielęgniarska opieka długoterminowa. Z tej pomocy mogą skorzystać osoby przewlekle chore przebywające w domu, które nie kwalifikują się do leczenia w szpitalu, lecz z powodu istniejących problemów zdrowotnych wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich. Opieką długoterminową mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, niepełnosprawni, którzy uzyskali w skali Barthel od 0 do 40 punktów. Zostają oni objęci domową opieką pielęgniarską cztery razy w tygodniu po 1,5 godziny dziennie. Pielęgniarka opieki długoterminowej współpracuje z lekarzem rodzinnym oraz z pielęgniarką POZ [34, 35].

Po wyczerpaniu możliwości skorzystania z opieki finansowanej ze środków w ramach NFZ pozostają usługi komercyjne. Obecnie na rynku pojawia się coraz wię-

cej placówek oferujących opiekę nad seniorem zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i w postaci domów dziennego pobytu. Średni miesięczny koszt pobytu osoby starszej w takim ośrodku świadczącym opiekę całodobową wynosi około 3500 złotych [32]. Niestety biorąc pod uwagę wysokość emerytur polskich seniorów, możliwość skorzystania z takiej opieki jest nierealistyczna. Pozostaje więc jedynie perspektywa skorzystania z opieki rodziny, jeśli takową senior ma. Z badań przeprowadzonych przez Bień na dużej grupie osób starszych wynika, że w Polsce opieką nad seniorami zajmują się opiekunowie związani więzami rodzinnymi (dzieci, wnukowie, rodzeństwo). Taka sytuacja spowodowana jest prawdopodobnie wielopokoleniowym charakterem zamieszkiwania specyficznym dla naszego kraju (w Polsce 68,5% mieszka z rodziną, w Europie – 47%). Z badań wynika również, że w Polsce stosunkowo większa niż w innych krajach Europy Zachodniej (Niemcy, Wieka Brytania, Włochy) grupa osób podejmuje się opieki nad seniorem w domu. Opieka nad seniorem w krajach Europy Zachodniej pełniona przez rodzinę jest rzadziej i ma mniejszą intensywność. Z przeprowadzonych badań jednocześnie wynika, że w Polsce uczestnictwo pomocy instytucjonalnej (ośrodki publiczne, wolontariat, sektor prywatny) jest bardzo niewielkie w porównaniu z krajami Europy Zachodniej [36].

Podsumowując, konieczne wydają się działania zmierzające do usprawniania i poszerzania opieki nad ludźmi starszymi. W planowaniu tej opieki należy brać pod uwagę dane statystyczne, sytuację socjalną, warunki mieszkaniowe i ekonomiczne seniora. Priorytetem w realizowanej polityce zdrowotnej i społecznej powinien być rozwój domowej opieki geriatrycznej w połączeniu z opieką socjalną i społeczną. Należy starać się zwiększać liczbę miejsc w funkcjonujących ośrodkach DPS i ZOL. Konieczne wydaje się także tworzenie sieci placówek oferujących osobom wymagającym stałej pomocy opiekę stacjonarną całodobową, finansowanych z innych możliwych źródeł (samorządy, dodatkowe ubezpieczenia, organizacje pozarządowe, fundacje, sponsorzy). Dużym zainteresowaniem z pewnością mogą cieszyć się placówki dziennego pobytu finansowane w ramach NFZ, skierowane dla osób samotnych, ale na tyle samodzielnych w samoobsłudze, aby mogły skorzystać z tej oferty.

Powinno tworzyć się kompleksowe programy profilaktyki zdrowotnej w postaci różnorodnych form aktywności seniorów w celu utrzymania jak najdłużej sprawności funkcjonalnej, mobilności, niezależności i autonomii. Sprawny fizycznie senior dbający o własne zdrowie może być przykładem i wsparciem dla innych swoich rówieśników. Bowiem utrata samodzielności pociągnie za sobą konsekwencje natury medycznej, społecznej oraz ekonomicznej.

Władze polityczne, administracja i organizacje pozarządowe powinny prowadzić nieprzerwane działania na rzecz nauczania ustawicznego, dzięki którym starsze pokolenie będzie mogło stale aktualizować swój poziom wiedzy. Pozwoli to przełamać powstające bariery informacyjne i komunikacyjne, które uniemożliwiają korzystanie z dostępnej oferty usług medycznych.

U schyłku życia niepełnosprawna osoba starsza, która pracowała, wychowała dzieci, przyczyniła się do rozwoju swojego społeczeństwa, oczekuje traktowania z godnością. Celem wszystkich poczynań podmiotów działających w sferze polityki, opieki zdrowotnej i społecznej, gospodarki i kultury powinno być przesłanie, że seniorzy nie są ciężarem wpływającym na zaniżanie statystyk i wyników finansowych społeczeństwa, lecz są niezaprzeczalnym bogactwem, źródłem mądrości życiowej i dowodem rozwoju cywilizacji.

Piśmiennictwo

1. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: GUS; 2014, http://www.stat.gov.pl (data dostępu: 22.01.2015).
2. Błędowski P. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia; 2012. 11–23.
3. Drews DE. Proces starzenia jako reakcja na stres: obciążenia allostatyczne i zespół kruchości. W: Sawiński K (red.). Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2014. 7–23.
4. Pędich W. Procesy starzenia się człowieka. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2006. 2–12.
5. Szukalski P, Kałużna D. Demografia starości. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Jakość życia w starości – mity i rzeczywistość. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2009. 7–15.
6. Kłodzińska-Berkau M. Blaski i cienie procesu starzenia. W: Czabański A (red.). Poznańskie zeszyty humanistyczne. Poznań: Rys; 2007. 117–123.
7. Wieczorkowska-Tobis K. Wszyscy się starzejemy. W: Leońska L (red.). Profile starości. Poznań: Wydawnictwo Miejskie; 2000. 34–39.
8. Wołowicka L. Jakość życia seniorów z perspektywy stanu zdrowia. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Jakość życia w starości – mity i rzeczywistość. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2009. 16–23.
9. Parnowski T. Psychologiczne starzenie się człowieka. W: Grodzicki T, Kocemba T, Skalska A (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica; 2006. 31–36.
10. Stuart-Hamilton I. Czym jest starzenie się? W: Chrobocińska E (red.). Psychologia starzenia się. Poznań: Zysk i S-ka; 2006. 13–43.

11. Karabanowicz A, Parnas A, Ślusarz A et al. Ocena sprawności funkcjonalnej w chorobach układu nerwowego. Ann UMCS. 2005; 352–354.
12. Schiefele J, Staudt I, Dach MM. Zmiany somatyczne związane z procesem starzenia. W: Galus K (red.). Pielęgniarstwo geriatryczne. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 1998. 4–6.
13. Straś-Romanowska M. Wymiar psychologiczno-podmiotowy. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Warszawa: PWN; 2004. 270–282.
14. Straś-Romanowska M. Mądrość ludzi starych. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Warszawa: PWN; 2004. 282–287.
15. Jóźwiak A. Wybrane problemy psychogeriatryczne. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Jakość życia w starości – mity i rzeczywistość. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2009. 61–68.
16. Krzyżowski J. Co tracimy na starość. W: Doroba A (red.). Psychogeriatria. Warszawa: Medyk; 2005. 71–82.
17. Mess E, Wojtowicz M. Analiza potrzeb osób starszych u schyłku życia. W: Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii 2014. Materiały konferencyjne. 03.10.2014. Poznań.
18. Grzeszek I. Stereotyp starości. W: Kuchcińska M (red.). Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna. Bydgoszcz: Akademia Bydgoska; 2004. 117–121.
19. Szatur-Jaworska B. O sposobach mówienia o starości. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014. 5–10.
20. Błędowski P. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035. W: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia; 2012. 11–23.
21. Kowalik S. Motywacja do rehabilitacji osób w starszym wieku. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2011. 51–64.
22. Głęboka A, Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starych. Gerontol Pol. 2005; 4: 255–259.
23. Suchecka J. To musi być miasto dla starszych ludzi. Gazeta Wyborcza, 13.01.2012; 1–15.
24. Szczerbińska K. Modele opieki geriatrycznej w świecie. Służ Zdr. 2000; 61–64: 35–37.
25. Bosacka M. Oddział geriatryczny dzienny jako element opieki nad pacjentem w wieku podeszłym. W: Ocena sprawności funkcjonalnej chorych hospitalizowanych w oddziale dziennym. Praca magisterska. Poznań; 2009. 45–49.
26. Jakrzewska-Sawińska A, Sawiński K. Geriatria wyzwaniem naszych czasów. W: Sawiński K (red.). Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej ,,Hospicjum Domowe"; 2014. 37–45.
27. Paprzycka J. Działalność Miejskiej Rady Seniorów na rzecz osób starszych. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2011. 23–26.
28. Łazar M. Zasoby osób starszych: w kontekście potrzeb i przekonań na temat starości. W: Steudent S, Stankowska M, Janowski K (red.). Starzenie się z godnością. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2011. 151–165.
29. Stelcer B. Potencjał rozwojowy seniorów. W: Sawiński K (red.). Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2014. 47–59.
30. Canda ER, Nakashima M. Positive dying and resiliency in later life: A qualitative study. J Aging Stud. 2005; 19: 109–125.
31. Konieczna-Woźniak R. Uniwersytety Trzeciego Wieku i ich miejsce w starzejącym świecie. W: Konieczna-Woźniak R. Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Poznań: Eruditus; 2001. 39–55.
32. Bień B. Rodzina w opiece nad człowiekiem starszym – sytuacja w Polsce i w Europie. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2007. 20–26.
33. Bartoszak R. Geriatryczny mieszkaniec domu pomocy społecznej. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2011. 141–143.
34. Kuziara T. Człowiek stary w instytucji opiekuńczej. Rola i odpowiedzialność pielęgniarki w domu pomocy społecznej w świetle obowiązujących przepisów prawnych, http://www.nipip.pl (data dostępu: 26.10.2015).
35. Jakrzewska-Sawicka A, Wołowicka L, Sawiński K, Wieczorowska-Tobis K. Opieka nad ludźmi starszymi w Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" w Poznaniu. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej ,,Hospicjum Domowe"; 2007. 112–114.
36. Szwałkiewicz E. Pielęgniarska opieka długoterminowa w geriatrii – kierunki rozwoju. W: Jakrzewska-Sawińska A (red.). Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej. Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe"; 2007. 65–71.

Artykuł przyjęty do redakcji: 08.02.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.05.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Małgorzata Bosacka
ul. Elizy Orzeszkowej 12a/12
62-200 Gniezno
tel. kom.: 509 631 970
e-mail: mbosacka@o2.pl
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie