

Mariola SIBILSKA

## **Opieka długoterminowa nad człowiekiem starym w placówkach opiekuńczo-leczniczych**

### **Wprowadzenie**

Pisząc o starości i starzeniu, uwzględnia się różne aspekty życia seniorów. Tematyka ta stała się atrakcyjna i popularna w związku z problemami demograficznymi, z jakimi boryka się nasze społeczeństwo. Starość często wiąże się z opieką nad chorymi i zniedołężniałymi osobami, a to nie jest już atrakcyjnym tematem. Aby podjąć problematykę opieki długoterminowej nad ludźmi starszymi, należy przypomnieć definicję starości i starzenia.

W rozwoju ontogenetycznym okres starości to ostatnia faza regresywna rozwoju człowieka, w której zachodzą zmiany inwolucyjne. Starość to czas przygotowania siebie i najbliższych do własnego odejścia, to stopniowe zmniejszanie pełnienia określonych ról społecznych, a także powolne godzenie się na przemijanie.

Definicje starości, procesu starzenia się oraz teorie przyczyn jej powstawania zależą od dyscypliny naukowej podejmującej tę problematykę, stąd nie ma jednoznacznego stanowiska. Starość według Adama Zycha to efekt procesu starzenia się, w którym kolejno następują zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne prowadzące do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu procesowi. Starość jest więc okresem życia człowieka następującym po wieku dojrzałym, jest ona zjawiskiem statycznym, natomiast starzenie się – jako proces – jest zjawiskiem dynamicznym<sup>1</sup>. Z biologicznego punktu widzenia starzenie się jest stopniowym, postępu-

---

<sup>1</sup> A. Zych, *Leksykon gerontologii*, Kraków 2007, s. 163.

jącym i nieodwracalnym zmniejszeniem zdolności organizmu do zachowania homeostazy<sup>2</sup>, to powolne osłabienie funkcji poszczególnych zmysłów, narządów i układów.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych starość opisano jako „objawy i oznaki ogólne” w grupie R 50 – R 69, stawiając starość (R 54) wśród objawów złego samopoczucia, zmęczenia (R 53) i omdlenia, zapaści (R 55)<sup>3</sup>. Tak zakwalifikowana i zdefiniowana starość oznacza, że wiek starczy predysponuje do rozwijania się chorób zarówno organicznych, jak i psychicznych. Narastanie problemów zdrowotnych w procesie starzenia może doprowadzić do ograniczenia sprawności i samodzielności. Jedną z głównych cech starości jest wielochorobowość, wymagająca specyficznego objęcia opieką tę kategorię osób. Zadaniem stawianym współczesnym społeczeństwom jest stworzenie warunków sprzyjających funkcjonowaniu osób starzejących się, a wobec utraty przez nie sprawności i samodzielności również zapewnienia im pomocy i profesjonalnej opieki.

W dobie obecnych przemian demograficznych jedną z form wsparcia jest opieka długoterminowa nad seniorami. Z uwagi na powszechnie występujące i postępujące zjawisko starzenia się społeczeństw nabiera ona coraz większego znaczenia nie tylko w krajach wysoko rozwiniętych, lecz także w Polsce. Intensywnie zachodzące przemiany społeczne determinują konieczność ukierunkowania polityki społecznej na potrzeby przewlekle chorych i zniedołężniałych seniorów<sup>4</sup>. Jej kreatorami w Polsce są Ministerstwo Zdrowia (MZ) oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Z mocy ustawy zasadniczej państwo zapewnia odpowiednią opiekę obywatelom po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zgodnie z konstytucją każdy obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Ponadto konstytucja mówi, iż obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W kolejnym jej punkcie określono, że władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2010, s. 110.

<sup>3</sup> *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10. Re wizja dziesiąta. Kategorie 3-znakowe*, Warszawa 2005, s. 56.

<sup>4</sup> B. Bień, *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*, „Gerontologia Polska” 2012, t. 21, nr 2, s. 3–33.

<sup>5</sup> Konstytucja RP art. 67, 68, 70.

Organizacja opieki w Polsce przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej opiera się głównie na czterech obowiązujących ustawach. Są nimi: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o Działalności Leczniczej, Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 kwietnia 2004 r. (DzU z 2004 r., nr 64 poz. 593 z późn. zm.) i Ustawa o ubezpieczeniach społecznych z dn. 13 października 1998 r. (DzU z 2013 r. poz. 1442), która obejmuje ubezpieczenia emerytalne, rentowe, w razie choroby i wypadkowe. Państwo organizuje opiekę socjalną i zdrowotną dla grupy seniorów, którzy z różnych przyczyn jej wymagają. Osoby w podeszłym wieku borykają się z powolną utratą sprawności, utratą samodzielności, z samotnością, niskimi dochodami i chorobami. Opieka socjalna to zasiłki, opieka domowa, opieka w domach seniora dziennego pobytu czy też opieka stała w domach pomocy społecznej – domach seniora, domach złotej jesieni, domach kombatanta. Opieka zdrowotna nad chorym seniorem jest zapewniana w środowisku pacjenta, tj. w domu, lub w warunkach szpitalnych, a długofalowo w placówkach opiekuńczych. Jedną z form opieki nad przewlekle chorymi seniorami jest opieka długoterminowa.

Opieka długoterminowa sprawowana jest nad osobami wymagającymi stałej (ciągłej) opieki osób trzecich z powodu przewlekłych schorzeń oraz zmniejszonego stopnia samodzielności i możliwości samoobsługi. Jest ona działaniem trudnym, bardzo praco- i czasochłonnym, jednak może być sprawowana zarówno w warunkach domowych, jak i stacjonarnie w placówkach, tj. zakładach opiekuńczo-leczniczo-pielęgnacyjnych<sup>6</sup>.

Leczenie seniorów jest długotrwałe, wymaga wszechstronnej opieki interdyscyplinarnego zespołu. Oddziały geriatryczne zapewniają opiekę specjalistyczną, którą cechuje szybkie rozpoznanie, postawienie diagnozy i podjęcie leczenia. Kontynuację leczenia pospecjalistycznego i opiekę nad zniedołężniałym, ograniczonym chorobowo seniorem przejmują instytucje, które w ramach opieki długoterminowej świadczą usługi w warunkach domowych lub w stacjonarnych ośrodkach. Do takich należą zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne i hospicja.

## **Działalność zakładów opiekuńczo-leczniczych**

Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) to placówka świadcząca usługi medyczne, zapewniająca ciągłą opiekę i nadzór medyczny nad osobami przewlekle

---

<sup>6</sup> NFZ, *Opieka długoterminowa*, Zarządzenie nr 87/2013/DSOZ Prezesa NFZ z załącznikami, [www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=5848](http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=5848) (21.05.2014).

chorymi, znieдоłączniałymi w ramach opieki długoterminowej. Definiują ją przepisy NFZ jako opiekę nad osobami wymagającymi stałej opieki osób trzecich z powodu przewlekłych schorzeń, zmniejszonego stopnia samodzielności i zmniejszonej możliwości samoobsługi lub jej utraty<sup>7</sup>. Celem pracy zakładu opiekuńczo-leczniczego jest objęcie całodobową, kompleksową opieką, stanowiącą kontynuację leczenia, pielęgnację i rehabilitację osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, zakończyły proces intensywnego leczenia specjalistycznego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji. Ze względu na ogólny stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym osoby te wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji<sup>8</sup>. Zadaniem ZOL-u jest również przygotowanie seniora i jego rodziny do pełnienia samoopieki, samopielęgnacji w warunkach domowych.

Opieka w ZOL-u sprawowana jest przez interdyscyplinarny zespół, do którego należą: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, opiekunowie medyczni, personel pomocniczy oraz terapeuta zajęciowy, logopeda, pracownik socjalny/administracyjny, psycholog, dietetyk i duchowny. Działalność zakładów jest oparta na obowiązujących przepisach MZ i w ramach kontraktowania usług opiekuńczych i leczniczych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pobyt w tego typu placówkach jest współfinansowany przez podopiecznego/pacjenta i NFZ, który poprzez kontraktowanie usług opłaca świadczenia medyczne, tj. badania, konsultacje, zakup leków, środków pielęgnacyjnych, opiekę profesjonalnego personelu medycznego oraz sprzęt medyczny, rehabilitacyjny, transport. Kwoty pozyskane od podopiecznych to 70% miesięcznych dochodów według obowiązujących przepisów<sup>9</sup>. Opłaty te powinny pokryć koszty miesięcznego wyżywienia, pranie, sprzątanie, amortyzację i konserwację sprzętu, media oraz płace personelu pomocniczego.

Zasady przyjęcia osoby w wieku podeszłym do opieki długoterminowej w ZOL-u są uregulowane prawnie przez MZ i NFZ. Podstawą do przyjęcia i objęcia opieką jest złożenie pełnej dokumentacji. Jest ona analizowana przez zespół medyczny placówki, który na mocy decyzji kwalifikuje daną osobę do objęcia opieką w ZOL-u w trybie stabilnym lub pilnym według co miesiąc weryfikowanej listy osób oczekujących w kolejce. Istotnym kryterium decydującym o przyjęciu podopiecznego do opieki, oprócz chorobowości, jest ocena

---

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 25 czerwca 2012 r. (DzU z 2012 r., nr 0, poz. 731); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 30 sierpnia 2009 r. (DzU z 2009 r., nr 140, poz. 1147 ze zm).

jego stanu psychoruchowego wg skali Barthel<sup>10</sup>, wskazującej poziom funkcjonalności potencjalnego podopiecznego.

Kryterium dyskwalifikującym przyjęcie do opieki w ZOL jest sprawność psychoruchowa powyżej 40 pkt wg skali Barthel, aktywna choroba zakaźna, aktywna choroba nowotworowa, aktywna choroba psychiczna, uzależnienia (narkomania, alkoholizm) oraz stan terminalny, który wymaga opieki hospicyjnej.

### **Opieka nad chorym seniorem na przykładzie ZOL-u przy 116 Szpitalu Wojskowym w Opolu**

Na terenie województwa opolskiego funkcjonuje 14 zakładów opiekuńczo-leczniczych, część z nich to placówki niepubliczne. W samym Opolu funkcjonują 2 placówki, łącznie dysponujące 140 łózkami. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy 116 Szpitalu Wojskowym w Opolu jest jednostką publiczną zapewniającą całodobową kompleksową opiekę osobom ciężko chorym, w tym w dużej mierze osobom w podeszłym wieku. Placówka działa na podstawie umowy z NFZ i zasadzie kontraktowania usług, spełniając obowiązujące wymogi i zapewniając kompleksową opiekę przez interdyscyplinarny zespół. Została ona powołana 12 lat temu rozkazem komendanta szpitala i pierwsi pacjenci zostali przyjęci 31 października 2001 roku.

Początki działalności były bardzo trudne. Usytuowanie ZOL-u razem z Oddziałem Chirurgii uniemożliwiało zapewnienie odpowiedniej jakości usług. Był wówczas wspólny korytarz, sale 5-osobowe, dostęp tylko do jednej łazienki i toalety. Kontraktowanie kilku tylko świadczeń z ówczesną Kasą Chorych nie pokrywało kosztów utrzymania placówki w zakresie usług medycznych, co powodowało braki personalne, niedostateczną ilość środków na leki i sprzęt.

Zaangażowanie rodzin w opiekę nad swoimi bliskimi zaowocowało wówczas powołaniem Stowarzyszenia na rzecz Podopiecznych ZOL „Tęcza”. Z biegiem czasu pozyskano całe piętro szpitalne, co pozwoliło na zwiększenie liczby łóżek, a tym samym możliwość przyjęcia większej liczby podopiecznych, wymagających całodobowej opieki. Zmiany kontraktowania z NFZ pozwoliły także na rozwój i poprawę jakości świadczeń opiekuńczych.

Zakład mieści się w strukturach Szpitala Wojskowego. Sytuacja ta zapewnia stałą, całodobową opiekę lekarską, dostęp do szybkiej diagnostyki. Obecnie do dyspozycji podopiecznych jest 40 specjalistycznych łóżek. Podopieczni zakładu przebywają w pokojach 2-, 3- i 4-osobowych wyposażonych w sprzęt zapewniający komfort pobytu. Pokoje 1-osobowe przeznaczone są dla pacjentów

---

<sup>10</sup> NFZ, *Opieka długoterminowa...*

w stanie wegetatywnym wymagających bezpośredniego dostępu do sprzętu medycznego.

Podopieczni mogą korzystać z sali gimnastycznej wyposażonej w gabinet usprawniania leczniczego, w którym prowadzone są ćwiczenia ruchowe, masaże i inne zajęcia rehabilitacyjne wspomagające leczenie, np. inhalacje, światłolecznictwo. Jest też świetlica, w której prowadzona jest terapia zajęciowa oraz zajęcia z logopedą. Tu organizuje się spotkania świąteczne, zebrania rodzin podopiecznych. Zajęcia logopedyczne to przede wszystkim systematyczne nauczanie mowy osób z afazją po udarach, urazach mózgu czy w wyniku choroby otępiennej, gdy mowa jest słabo zrozumiała, niewyraźna, występuje ogromna dysfunkcja aparatu artykulacyjnego oraz zaburzone rozumienie mowy i problemy z wypowiedzeniem pojedynczych słów. Logopeda prowadzi ćwiczenia języka i warg, uczy wypowiadać powoli pojedyncze głoski, proste wyrazy z podporą wzrokową. Terapia polega też na czytaniu pojedynczych wyrazów, zwrotów dwuwyrzowych z przejściem do trudniejszych form, głośne ich wypowiadanie przez seniora. Kolejnym ćwiczeniem jest nazwanie lub krótki opis przedstawianych na obrazkach przedmiotów, czynności czy części ciała. Systematyczne ćwiczenia pozwalają uzyskać prosty logiczny kontakt werbalny z seniorem dzięki poprawie wymowy. Terapia zajęciowa prowadzona jest trzy razy w tygodniu po 2–3 godziny z grupą osób z różnymi zaburzeniami. Podopieczni poprzez wykonywane prace i czynności z terapeutą uczą się małej motoryki, tj. wykonywania precyzyjnych, celowych ruchów przy malowaniu, rysowaniu czy układaniu puzzli, klocków i figurek. Podopieczni wykonują obrazki, układanki i świąteczne dekoracje. Nabywają umiejętności samoobsługi poprzez ćwiczenia samodzielnego jedzenia łyżką, widelcem, picia z kubka, czesania się czy kremowania twarzy i rąk. Zajęcia wspierane są muzykoterapią – słuchanie i wspólne śpiewanie znanych piosenek oraz wspólne oglądanie krótkich filmów. Są prowadzone zajęcia stymulujące zmysły i funkcje poznawcze poprzez rozwiązywanie krzyżówek, testów, rebusów i quizów, a także organizowanie inscenizacji tematycznych. Spotkania terapeutyczne to wspólne spotkania podopiecznych, to rozmowy, które wpływają na rozwój kontaktów międzyludzkich i pozwalają na miłe spędzenie czasu i poczucie bycia potrzebnym. Podopieczni wraz z personelem ZOL-u budują pozytywne relacje. Wzajemne zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i szacunku zapewniają dobrą jakość życia przebywającym tu seniorom oraz zminimalizowanie ich cierpień i zaakceptowanie własnego stanu zdrowia. Większość osób chętnie uczestniczy w zajęciach usprawniających, także rehabilitacyjnych, uważając je za najważniejszy punkt dnia.

Cele statutowe ZOL-u realizowane są poprzez sprawowanie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, leczenie farmakologiczne, ustalanie i stosowanie odpowiedniej

diety, zapewnianie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz koniecznych badań diagnostycznych, zgodnie z zakresem lekarza POZ. Placówka zapewnia usprawnianie ruchowe i działania fizjoterapeutyczne, stymulację metodami terapeutycznymi i psychoterapeutycznymi do aktywności życiowej oraz zapobiega powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia. Przygotowuje rekonwalescenta i jego rodzinę lub opiekuna prawnego do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych oraz stara się zmniejszyć skutki upośledzenia ruchowego i przygotować w miarę możliwości do samodzielnego życia. Przygotowanie to polega na opanowaniu umiejętności samodzielnego spożywania posiłków, utrzymania własnej higieny, wykonywania prostych czynności oraz poruszania się na wózku inwalidzkim lub przy chodziku. Aby to osiągnąć, trzeba mieć wsparcie i zaangażowanie rodziny. Obecnie nie zawsze się to udaje z powodu braku w naszym społeczeństwie właściwej świadomości co do istotnego znaczenia roli rodziny przy sprawowaniu opieki długoterminowej nad seniorami. Brak współpracy, zaangażowania członków rodziny w opiekę skutkuje tym, iż sami seniorzy, zniechęceni, nie dostrzegają celu ćwiczeń, uczenia się na nowo prostych czynności. Przykłady można mnożyć. Najczęściej rodzina zwalnia się sama z opieki nad starszą osobą w momencie, gdy ona trafia do ZOL-u. Zdarza się, że rodzina ogranicza się do 1–3 krótkotrwałych wizyt w miesiącu. Są osoby, które nie mają żadnych odwiedzin, dla których pielęgniarce i terapeuci stają się najbliższymi osobami. Jest też grupa osób, u których więzi rodzinne są bardzo silne, a członkowie ich rodzin mocno angażują się w pomoc, w opiekę nad schorowanym starszym rodzicem. Poprzez częste odwiedziny, dobrą współpracę z zespołem terapeutycznym budują przyjazną atmosferę, a tym samym minimalizują dyskomfort pobytu seniora w obcym, innym niż dom, miejscu, jakim jest ZOL.

Aby stworzyć dobrą opiekę, personel zakładu nie tylko dba o profesjonalną obsługę medyczną – pielęgnację, rehabilitację, lecz także stara się stworzyć ciepły, domowy klimat. Pomieszczenia, pokoje dekorowane są kwiatami, obrazami itp. Często są to przedmioty prywatne podopiecznych, ich ulubione fotografie, pamiątki, dewocjonaalia. Rodziny są zachęcane do tego, by tworzyły przytulny domowy kącik w pokoju seniora przedmiotami, które mogą stworzyć klimat ciepła, przytulności i bliskości z rodziną. Wiszący ulubiony obraz, zdjęcie bliskich przy łóżku czy zegar na szafce i kwiaty na parapecie, grające cicho radyjko zapewniają starszym bezpieczną, ciepłą atmosferę. W okresie Świąt Wielkanocnych i Bożego Narodzenia wszystkie pomieszczenia zakładu są ozdobione różnorodnymi stroikami przyniesionymi przez rodziny oraz wykonanymi przez podopiecznych i młodzież ZSZ w Opolu. Aby sprostać wielu potrzebom podopiecznych, personel placówki stara się dobrze współpra-

cować z rodzinami, wspierając je w najtrudniejszych chwilach, w obliczu pogorszenia stanu zdrowia i w obliczu śmierci.

Osoby przebywające w ZOL to osoby przewlekle chore, w większości z ciężkimi zaburzeniami somatycznymi, którym towarzyszą zaburzenia psychoorganiczne. Opieką długoterminową nad osobami chorymi w okresie 12 lat (listopad 2001 r. – listopad 2013 r.) w ZOL-u objęto 862 osoby, w tym: w wieku powyżej 65. r.ż. było  $\leq 728$ , co stanowi 84,5% wszystkich podopiecznych, w tym 425 kobiet, co stanowi 49,3% wszystkich podopiecznych, i 303 mężczyzn – 35,1%. Do domu wypisano w stanie optymalnego zdrowia 168 osób (19,48%), 53 osoby przekazano do DPS (6,1%) oraz 173 osoby przekazano do innych placówek (20,1%). W tym czasie zmarło 303 seniorów. Przeciętny pobyt w ZOL-u to średnio 5,5 miesiąca, a dla osób w wieku 65 lat i powyżej wynosi: 4 miesiące 3 tygodnie.

W ZOL-u przebywają osoby, które są w podeszłym wieku, obciążone przewlekłymi chorobami typowymi dla tego okresu życia, stwarzające ogromne problemy opiekuńcze. Najczęściej jest to: choroba Parkinsona, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne. W ZOL-u znajdują się osoby po udarach niedokrwiennych i krwotocznych, z plegią, tj. niedowładem połowicznym lub całkowitym. Przebywają tu też osoby, u których występują choroby towarzyszące starości, np. miażdżycy uogólniona, cukrzyca typu II z powikłaniami, niewydolności krążenia oraz nietrzymanie moczu i stolca. W wielu przypadkach występują zaburzenia psychiczne: schizofrenie, zespoły maniakalne, paranoidalne oraz wynikające z postępującej choroby somatycznej – zaburzenia psychoorganiczne (charakteropatie, depresje, dystynie). Pacjentów tych cechuje zmienność nastrojów, przechodzą oni od stanów euforii po głęboki smutek, apatię i stupor. Często zmieniają oni radość w gniew, złość wobec siebie i otoczenia. Zdarzają się pobudzenia przechodzące w agresję.

Zróżnicowanie pacjentów ze względu na ich stan zdrowia wymaga indywidualnego podejścia. Rodziny powinny współpracować z personelem, ukierunkowując się na zaspokojenie potrzeb podopiecznych. W placówce personel nie ogranicza się tylko do zaspokajania potrzeb biologicznych, lecz także potrzeb przynależności, użyteczności i uznania, satysfakcji z życia, poczucia bezpieczeństwa i niezależności. Najczęściej już przed przyjęciem osoby do opieki rodzina, ubiegając się o miejsce w placówce, przedstawia swoją sytuację rodzinną, wydolność opiekuńczą, przez co okazuje swój stosunek do osoby oddawanej pod instytucjonalną opiekę. Rodzina jako grupa społeczna ma do spełnienia istotne funkcje wobec swoich starych członków: moralne i ekonomiczne, opiekuńczo-zabezpieczającą, socjo-psychologiczną oraz emocjonalno-ekspresyjną<sup>11</sup>. Ale

<sup>11</sup> Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1976.



poza rodziną i personelem z podopiecznymi ma kontakt też młodzież, która przyjeżdża z ZSZ w Opolu. Klasa fryzjerska 4 razy w roku organizuje Dni Fryzjerskie dla podopiecznych, klasa licealna – mikołajki i pastoralki. Młodzież przychodzi z życzeniami świątecznymi i stroikami. Podopieczni mają częsty kontakt ze studentami fizjoterapii i pielęgniarstwa, którzy w ZOL-u odbywają praktyki zawodowe. Poprzez kontakty z ludźmi chorymi w podeszłym wieku młodzież kształtuje własną postawę oraz świadomość własnej nieuniknionej starości<sup>12</sup>. Takie spotkania dwóch pokoleń wpływają bardzo pozytywnie na obie grupy. Seniorzy czują się ważni, docenieni, chętnie rozmawiają z młodymi ludźmi, a młodzież uczy się empatii i szacunku do osób w podeszłym wieku.

Pobyt osób przebywających w ZOL-u jest poniekąd ich odizolowaniem, oderwaniem od dotychczasowego świata, niezależnie od ich pierwotnego czy też aktualnego stanu psychicznego. Dlatego osoby te często „kłóca” się z otaczającą rzeczywistością i nie godzą na taki stan rzeczy. Początkowo buntują się, bo nie chcą być traktowane instrumentalnie, przejawiają swoje niezadowolenie złością czy agresją lub zamykają się w sobie. Ludzie starsi oczekują od otoczenia, aby traktować ich poważnie, po partnersku, a nie jako uciążliwy, trudny dodatek do naszego życia. W rzeczywistości jest to często problem samych ludzi starych dopóty, dopóki oni sami nie poczują, że są integralną częścią naszego życia, które zaczyna się od momentu pocucia ich wartości dla dalszego życia w rodzinie i otoczeniu, aż do samego końca. Rolą zespołu terapeutycznego ZOL-u i rodzin jest pomoc w odnalezieniu tego pocucia, sprostanie oczekiwaniom seniorów poprzez zapewnienie im spokoju, bezpieczeństwa i pełnej akceptacji.

#### THE LONG-TERM CARE FOR ELDERLY PEOPLE IN THE CARE – THERAPEUTIC INSTITUTIONS

##### S u m m a r y

In times of the current demographic changes, the long-term care is gaining the importance due to common and progressive phenomenon of aging of the societies. A key challenge for today is to create conditions for encouraging elderly people in the society to be more active as well as in case of diminishing physical abilities and self-reliance, to provide them support and professional care.

Carrying out of a long-term care for senile and chronically ill seniors by institutions and family, brings a responsibility for its quality. Such care has got a medical dimension as well as a pedagogical one. The article indicates creators of the policies, its implementation and finally an activity of the permanent nursing care facilities on example of the Opole Permanent Nursing Care Facility, enclosing the educational aspect of the performed senior care as well as engagement of the family.

---

<sup>12</sup> M. Sibilska, *Oczekiwania i możliwości realizacji wsparcia psychicznego podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu*, [w:] *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*, red. S. Rogala, Opole 2008, s. 83–95.

