

Piotr Szukalski

Uniwersytet Łódzki

LUDZIE BARDZO STARZY – „KŁOPOTLIWA” KATEGORIA KLIENTÓW PRACOWNIKÓW ZAWODÓW POMOCOWYCH?

Abstract

The oldest old – “inconvenient” clients for helping profession workers?

Observed and expected increases in number of people aged 80+ is reason to focus on their specific requirements towards helping profession workers. The oldest olds have specific health problems, communication needs, and they reach the final stage of their life. Each of the mentioned above characteristics is related with need for special professional competences of helping profession workers. The main aim of the paper is (1) presentation how demographic change will affect increase in needs for care for the oldest old; and (2) identification of specific problem of the subpopulation to underline professional requirement that should be met by the helping profession workers.

Key words: helping professions, qualifications, the oldest old

Wprowadzenie

Starzenie się ludności jest zjawiskiem, które w pełni dotarło do świadomości opinii publicznej w Polsce. Szybki wzrost liczby seniorów, jaki nastąpił w ostatnich kilku latach i jaki nastąpi w latach nadchodzących, stał się przyczyną szeregu reform systemu emerytalnego i rynku pracy, mających zmniejszyć długofalową uciążliwość zachodzących zmian demograficznych dla finansów publicznych. Zdecydowanie mniej uwagi skupia szybki wzrost liczby osób bardzo starych, współwystępujący ze starzeniem się ludności.

Wyraźny wzrost prawdopodobieństwa występowania poważnych problemów zdrowotnych wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup seniorów sprawia, że osoby najstarsze mają zdecydowanie częściej kontakt z przedstawicielami szeroko pojętych zawodów pomocowych w porównaniu z osobami, które dopiero niedawno przekroczyły początek starości.

Choć pracownicy zawodów pomocowych mają tak częsty kontakt z osobami bardzo starymi, nie są specjalnie przygotowani do rozwiązywania szeregu specyficznych dla tej grupy problemów. Jest to przejaw słabości systemu zinstytucjonalizowanego wsparcia społecznego, w tym i pomocy społecznej, związany z nieumiejętnością i niegotowością do

przygotowania się na przewidywalne potrzeby wyłaniające się z przemian struktury wieku ludności. Patrząc z tej perspektywy, interesująca nas w niniejszym artykule subpopulacja skupia klientów szczególnie kłopotliwych ze względu na niepełne przygotowanie osób zawodowo pomagających do zaspokajania ich szczególnych potrzeb.

Cel niniejszego opracowania jest dwojaki. Po pierwsze, uświadomienie skali potrzeb, jaka pojawi się w nadchodzących latach w związku ze wzrostem liczby osób bardzo starych. Po drugie, identyfikacja tych specyficznych problemów najstarszych klientów, które wymagają specjalistycznego przygotowania od osób wykonujących zawody pomocowe, ile jeżeli problemy te mają być rozwiązane w sposób właściwy.

Kim są osoby bardzo stare?

W przypadku tytułowej kategorii osób bardzo starych pojawiają się problemy definicyjne z jednoznacznym określeniem, kto wchodzi w skład tej subpopulacji. Choć wszyscy zdają sobie sprawę z różnicy typowego stanu zdrowia, a w rezultacie sprawności i samodzielności, osób znajdujących się w różnych fazach starości, brakuje jednoznacznej cezurze wieku umożliwiającej dokonanie podziału. Dzieje się tak wskutek często występującej w indywidualnym przypadku rozbieżności pomiędzy wiekiem kalendarzowym (a zatem tym mierzonym w pełnych, ukończonych latach) a wiekiem funkcjonalnym (tj. mówiącym o możliwości samodzielnego wykonywania pewnych czynności).

Ze względów czysto praktycznych wyodrębnia się jednak na uznaniowej bazie dwie lub trzy subpopulacje seniorów, umożliwiające wydzielenie zbiorowości osób bardzo starych.

W pierwszym przypadku używany jest – stosowany od lat sześćdziesiątych XX wieku we Francji – podział na osoby w trzecim wieku i w czwartym wieku. Do pierwszej z tych kategorii zaliczane są te osoby, które – choć już niesamodzielne ekonomicznie, to znaczy utrzymujące się ze świadczeń społecznych – wciąż są samodzielne funkcjonalnie. Kategorię osób w IV wieku tworzą z kolei osoby niesamodzielne na obu powyższych płaszczyznach, umowną zaś granicą pomiędzy tymi dwiema grupami jest wiek 80 lat.

Drugi podział, stosowany w amerykańskiej gerontologii od lat dziewięćdziesiątych, wyodrębnia trzy grupy o zmniejszającej się sprawności i niezależności: młodych starych (*young old*, tj. osoby w wieku 65–74 lata), starych starych (*old old* – osoby w wieku 75–84 lata) i najstarszych starych (*the oldest old* – osoby w wieku 85+ lat).

W niniejszym opracowaniu zbiorowość osób bardzo starych utożsamiana będzie ze zbiorowością wyodrębnioną na podstawie pierwszej z powyższych klasyfikacji. Wydaje się, że w warunkach środkowoeuropejskich zasadne jest trzymanie się niższej granicy, to jest 80 lat, wciąż bowiem stan zdrowia Polek i Polaków oraz ich długość życia przemawiają za uznaniem, iż zaawansowana starość zaczyna się u nas wcześniej niż w krajach o bardziej sprzyjających warunkach życia. Dodatkowo, istniejące badania wskazują, iż w okolicach wieku 80 lat przekroczony jest 20% udział deklaracji o potrzebie

bycia wspomaganym, bardzo szybko rosnący wraz z dalszym podwyższaniem się wieku badanych (Błądowski 2012: 468).

Wzrost liczby ludzi bardzo starych w powojennej Polsce

Starzenie się ludności utożsamiane jest ze wzrostem liczby i odsetka seniorów, najczęściej definiowanych jako osoby w wieku 65 lat i więcej. Istotnie w powojennej Polsce liczba takich osób wzrastała bardzo dynamicznie (tabela 1).

Jednakże cechą współczesności jest występowanie tak zwanego podwójnego starzenia się ludności, a zatem sytuacji, gdy wzrostowi liczby seniorów towarzyszy bardzo szybki wzrost liczby nestorów, najstarszego ich odłamu. Ogólnie występuje zasada, że z im w wyższym wieku subpopulacją mamy do czynienia, tym szybsze tempo przyrostu. Nie inaczej działo się i w powojennej Polsce. Choć liczba seniorów wzrosła ponad czterokrotnie, to liczba osób mających przynajmniej 80 lat rozrosła się ponad ośmiokrotnie, zaś liczba osób mających przynajmniej 90 lat ponad dwunastokrotnie (tabela 1)¹. W rezultacie obecnie populacja ta obejmuje już 4% ludności Polski.

Tabela 1. Liczba osób w wieku 80 lat i więcej w Polsce w latach 1950–2011 (w tys.) i prognoza na lata 2015–2030

Rok	Wiek						
	65+	80+	80–84	85–89	90–94	95–99	100+
1950	1318,2	180,3	117,1	45,7	12,5	4,7	0,3
1960	1788,5	213,0	141,7	54,6	13,3	3,0	0,4
1970	2736,3	334,7	228,0	82,7	20,2	3,6	0,3
1978	4053,5	479,6	323,1	115,2	33,8	7,0	0,4
1988	3757,1	739,9	484,8	196,5	47,0	10,1	1,6
2002	4852,6	827,7	489,8	228,9	91,7	15,8	1,5
2011	5230,1	1347,7	815,9	405,0	100,7	23,0	3,1
2015	6074,4	1567,1	862,7	497,9	175,4	26,3	4,8
2020	7193,6	1684,4	864,1	535,0	228,3	52,4	4,6
2030	8646,5	2205,9	1315,1	515,1	273,8	86,4	15,4

Źródło: Dane narodowych spisów powszechnych, GUS 2014b.

Podwójne starzenie się ludności jest spowodowane długookresowymi zmianami poziomu umieralności, a dokładniej skumulowanym efektem redukcji natężenia zgonów na wcześniejszych etapach życia. Dodatkowo w polskich realiach proces ten

¹ Czytelników zainteresowanych dokładniejszą prezentacją danych odsyłam do innych opracowań, np. Szukalski 2006; 2014.

przyspieszony jest „prawami demograficznymi wojny”, a zatem długookresowymi konsekwencjami odraczania decyzji prokreacyjnych w czasach niepokoju (obie wojny światowe) i „odrabiania straconego czasu” w następującej po takich burzliwych okresach fazie kompensacji. To właśnie faza kompensacji po zakończeniu II wojny światowej odpowiada za spodziewany za 10 lat bardzo szybki wzrost liczby „sędziwych starców”, wraz z osiągnięciem przez pierwsze, urodzone po wojnie roczniki wieku 80 lat (tabela 1).

Co więcej, nie należy zdziwić się, jeśli rzeczywisty wzrost liczby osób najstarszych będzie większy od bieżących prognoz Głównego Urzędu Statystycznego. Szacunki te bowiem są bardzo podatne na przyjęte założenia na temat umieralności, stąd w przypadku kilku ostatnich wersji projekcji ludnościowych pojawiały się znaczące rozbieżności prognozowanej liczby ludzi w interesującym nas wieku (tabela 2).

Tabela 2. Liczba osób w wieku 80 lat i więcej w latach 2015–2035 według prognoz GUS z lat 1997–2014 (w tys.)

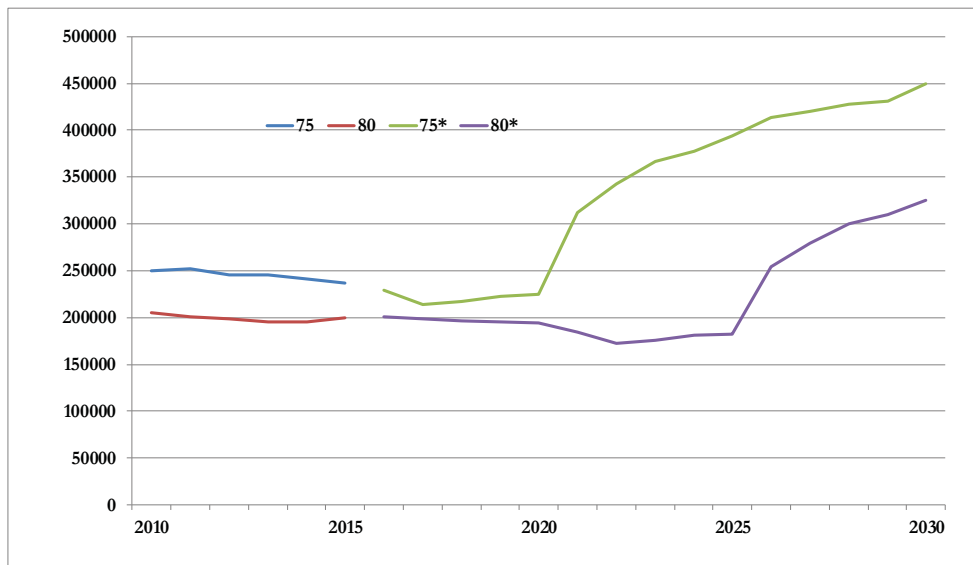
Prognoza z roku	2015	2020	2025	2030	2035
1997	1 281	1 336	–	–	–
1999	–	1 358	–	1 821	–
2003	1 471	1 548	1 536	2 053	–
2008	1 488	1 566	1 537	2 005	2 574
2014	1 560	1 684	1 680	2 206	2 869

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS 1999, 2009, 2014b; RRL, 2000.

Wystąpienie zatem bardziej sprzyjających warunków zdrowotnych doprowadzić może do jeszcze szybszego wzrostu populacji najstarszych Polaków. Skalę potencjalnych różnic najlepiej obrazuje prognoza GUS z 2014 roku, która – wychodząc od rzeczywistych wielkości obserwowanych w roku 2013 – na koniec roku 2015 przewidywała 1,560 mln osób w wieku 80 lat i więcej, dzięki zaś większej redukcji umieralności rzeczywista liczba nestorów była o 7 tys. wyższa.

Tym, co w praktyce powinno zainteresować decydentów odpowiadających za politykę społeczną i osoby ją wdrażające, jest informacja o spodziewanym w najbliższych latach szybkim wzroście osób, w przypadku których oczekiwać można pojawienia się zapotrzebowania na pomoc ze strony instytucji publicznych i organizacji pozarządowych (rysunek 1).

Rysunek 1. Liczba osób dożywających wieku 75 i 80 lat w Polsce w latach 2010–2030



* Wartości prognozy GUS z 2014 roku.

Źródło: GUS 2014a; 2014 b.

Wystąpi bowiem w pewnym momencie skokowy wzrost liczby osób osiagających wiek 80 lat, a pięć lat wcześniej równie dynamiczny wzrost liczebności osób, które zgodnie z dzisiaj obowiązującym prawem nabywają uprawnienia do szczególnego traktowania ze względu na osiagnięcie wieku związanego z zakładaną, szybko narastającą niesamodzielnością – to jest osób w wieku 75 lat. Od roku 2021 nastąpi bardzo szybki wzrost liczby osób osiagających wiek 75 lat, od 2026 osób 80-letnich – za każdym razem w ciągu jednego roku kalendarzowego liczba osób osiagających dany wiek wzrośnie o 40%. Podejrzewać zatem należy, że – zakładając brak większych zmian stanu zdrowia i sprawności – radykalnie zacznie narastać zapotrzebowanie osób najstarszych na usługi wspomagające.

W dalszej części niniejszego opracowania chciałbym się skupić na tych problemach związanych ze wzrostem liczby osób bardzo starych, które bezpośrednio odnoszą się do zawodów pomocowych, głównie na tych kwestiach, które determinują jakość oferowanego wsparcia.

Rozrost zapotrzebowania na opiekę zinstytucjonalizowaną

Wzrost liczby osób bardzo starych bezpośrednio przekłada się na wzrost zapotrzebowania na opiekę świadczoną w instytucjach. Zaznaczyć przy tym należy trzy odmienne źródła tego zjawiska. Po pierwsze, wspomniane już źródło demograficzne – wzrost liczby osób starszych wskutek zarówno czynnika kohortowego (coraz liczniejsze roczniki rodzące się w latach bezpośrednio powojennych), jak i wzrostu prawdopodobieństwa dożycia do zaawansowanego wieku. Po drugie, źródło epidemiologiczne – poprawa stanu zdrowia ludności przejawiająca się paradoksalnie coraz większą liczbą osób, które – doświadczając ciężkich chorób i wynikających stąd ograniczeń funkcjonalnych – są w stanie z nimi dalej żyć, niekiedy przez lata. Po trzecie, źródło społeczne – zmniejszenie się wagi i odpowiedzialności rodziny jako instytucji w pełni przejmujących zadania opieki nad chorymi i niezdolnymi członkami.

W przypadku instytucji opieki długoterminowej występuje zjawisko bardzo wyraźnej nadreprezentacji wśród jej klientów osób bardzo starych. Przykładowo w Wielkiej Brytanii na przełomie pierwszej i drugiej dekady XXI wieku osoby w wieku 85 lat (tak niestety – zgodnie z przedstawioną wcześniej amerykańską klasyfikacją – grupowane są dane w międzynarodowych bazach danych) stanowiły 51,6% mieszkańców instytucji opieki długoterminowej (*nursing care*), podczas gdy jedynie ich 39,8% uzyskiwało wsparcie w dotychczasowym środowisku (tzw. *home/community care*). Powyższe wielkości przyjmowały w tym czasie wielkości odpowiednio: w Finlandii 49,5% i 38,2%, Belgii 46,7% i 29,9%, w kanadyjskim Ontario 52,3% i 33,5%, a w amerykańskim stanie Michigan 37,5% i 24,0% (OECD 2013: 130). Zaznaczyć przy tym trzeba, że we wszystkich omawianych populacjach zbiorowość osób 85+ wciąż nie przekracza 3% ludności ogółem.

Podwójne starzenie się prowadzi do wzmożonego i niezaspokojonego w pełni wzrostu popytu na usługi instytucjonalne i środowiskowe. Niedorozwój usług instytucjonalnej opieki długoterminowej występuje we wszystkich krajach rozwiniętych, gdzie zazwyczaj osoby mające korzystać z tego typu formy pomocy spędzają kilka miesięcy w kolejce. Oczekiwanie występuje nawet w przypadku sytuacji oczywistych – przykładowo w Wielkiej Brytanii tak zwane *delayed transfer*, czyli oczekiwanie na miejsce w instytucjach opieki długoterminowej przez osoby zajmujące łóżka szpitalne zakwalifikowane do wspomnianych instytucji na podstawie kryteriów klinicznych lub decyzji wielodyscyplinarnego zespołu, obejmuje po 4–5 tys. osób zmuszonych corocznie spędzać łącznie 100–120 tys. dni w oczekiwaniu na swoje miejsce (OECD 2013: 73–74).

W Polsce dokonane kilka lat temu szacunki wpływu przemian demograficznych na zapotrzebowanie na usługi oferowane przez DPS wskazywały na podwojenie się popytu na miejsca w tego typu placówkach osób w wieku 75 lat i więcej pomiędzy rokiem 2007 a 2035 (zmiana z 26,6 tys. na 51,9 tys.) przy założeniu jednoczesnego braku zmian częstości występowania niepełnosprawności i utrzymania się częstości korzystania z DPS przez starsze, niepełnosprawne osoby (Szweda-Lewandowska 2009). Zaznaczyć należy, że obecne prognozy mówią o wyższej liczbie najstarszych seniorów, choć jednocześnie ostatnia dekada przyniosła wyraźną poprawę stanu zdrowia seniorów.

Bez wątplenia zatem powyższe zmiany świadczą o istniejącym i narastającym potencjalnym popycie na pracę w organizacjach i instytucjach pomocowych działających na rzecz najstarszych Polek i Polaków. Praca taka jednak powiązana jest z szeregiem problemów w praktyce, które przedstawione zostaną w dalszych partiach niniejszego artykułu.

Brak wzorców udanego życia dla osób najstarszych

Decydenci, chcąc ograniczyć problemy wynikające ze wzrostu liczby i odsetka seniorów, podejmują działania na rzecz wdrażania różnorodnych koncepcji teoretycznych zwiększających samodzielność i niezależność seniorów. Koncepcje aktywnego starzenia się, zdrowego starzenia się czy pomyślnego starzenia się zdają się przekształcać z postulatów sformułowanych przez naukowców w projekty polityczne wspierane przez decydentów różnego szczebla. Z perspektywy omawianej w niniejszym opracowaniu zasadne jest podkreślenie tego, że we wszystkich tych trzech koncepcjach sformułowanych z perspektywy odpowiednio nauk społecznych, medycznych i psychologicznych brakuje jednoznacznych dezyderatów odnoszących się do zbiorowości osób bardzo starych i do późnej starości jako etapu życia.

Dążenie do samodzielności i produktywności, chęć zachowania sprawności, czy aspiracje odnośnie do zachowania wysokiej jakości życia oraz samozadowolenia i samooceny, a zatem najważniejsze elementy powyższych koncepcji, słabo przenoszą się do praktyki oddziaływania na przebieg późnej starości. W rzeczywistości nie ma żadnych wzorców udanego życia po 80., 85. roku życia, a zatem w sytuacji pojawiania się coraz bardziej widocznych ograniczeń samodzielnego funkcjonowania. Nie wiemy, co jest tak naprawdę realnym do osiągnięcia celem publicznych działań na rzecz osób sędziwych. W rezultacie dostępne dokumenty strategiczne i działania praktyczne w zasadzie skupiają się na aktywizowaniu młodszych seniorów, tych starszych dostrzegając dopiero w sytuacji utraty samodzielności. Jak bowiem aktywizować osoby na tyle sprawne, że potrafią samodzielnie przygotować sobie posiłek, umyć się, ubrać, zrobić niewielkie zakupy, ale jednocześnie niezbyt skłonne do opuszczenia własnego mieszkania poza niezbędnymi sytuacjami (zakupy, wizyta u lekarza, rodziny)? Wszak znane nam i stosowane sposoby aktywizacji seniorów wymagają zazwyczaj wyjścia z domu i wykonywania pewnych czynności w grupie. Nie ma wzorców wspierania osiemdziesięciolatków w ich środowisku domowym w taki sposób, aby zachęcić ich do aktywizowania się w domu. Aktywizacja ma w tym przypadku inny od zwyczajowo rozumianego charakter – w większym stopniu opiera się na samorozwoju poprzez samodzielny kontakt z mediami, książką i na świadomym unikaniu czynników prowadzących do problemów zdrowotnych niż na zachęcaniu i umożliwianiu wykonywania różnorodnych czynności w grupie. Kluczem jest w takim przypadku redefinicja pojęcia „sprawstwo”, tak by obejmowało również i te czynności, które zazwyczaj społeczeństwo traktuje jako mniej wartościowe, które uwzględniają też bardziej pasywne pojmowanie sprawstwa (Phillipson 2015: 89–91).

Nieznajomość problemów zdrowotnych wieku zaawansowanego

Pracownicy zawodów pomocowych często wyrażają obawy przed pracą z osobami najstarszymi, zdając sobie sprawę z problematyczności swej wiedzy na temat kłopotów zdrowotnych w tej populacji. Nie chodzi przy tym o dobrze rozeznane tak zwane wielkie problemy geriatry (czyli najczęstsze, specyficzne problemy wieku starczego), z reguły omawiane na każdym kursie przygotowującym do pracy z seniorami. Chodzi o typowe dla interesującej nas kategorii wieku problemy wielochorobowości, wielolekowości i efekt domina.

Wielochorobowość to współwystępowanie kilku przewlekłych chorób, w tym zazwyczaj chorób somatycznych i psychicznych (Wieczorkowska-Tobis 2011). Zazwyczaj w polskich realiach ze względu na bardzo ograniczony dostęp do geriatrów każda z tych chorób leczona jest jako oddzielna jednostka chorobowa, a zatem niezależnie od pozostałych problemów zdrowotnych. Prowadzi to do wielolekowości, czyli jednoczesnego zażywania wielu (przynajmniej pięciu) leków mających skutki uboczne, niekiedy znoszące działanie innych branych medykamentów, które stają się zbędne (polipragmazja) (Rajska-Neumann i in. 2012). Co więcej, w przypadku takiego właśnie podejścia do niezależnego leczenia pojedynczych chorób pojawia się tak zwana spirala chorób i terapii, przejawiająca się tym, że w związku ze skutkami ubocznymi leki wskazane przez jednego lekarza specjalistę uruchamiają problemy zdrowotne nakazujące udanie się do kolejnego lekarza, analizującego następną, wyodrębnioną jednostkę chorobową.

Dodatkowo pojawia się efekt domina polegający na tym, że załamanie się równowagi zdrowotnej przez uszkodzenie/chorobę jednego narządu u osób bardzo starych, odznaczających się brakiem rezerw fizjologicznych, często pociąga za sobą lawinowe narastanie uszkodzeń/chorób innych narządów. Efekt ten niekiedy prowadzi do słabo widocznych dla osób postronnych rezultatów, gdy na przykład wskutek braku łaknienia następuje narastanie problemów z hipertermią czy omdleniami warunkujących pojawianie się kolejnych problemów zdrowotnych. Owa słaba widoczność wzmacniana jest przez częste występowanie niespecyficznych objawów choroby, czyli objawów odmiennych od typowych dla młodszych grup wieku.

Pracownicy zawodów pomocowych traktowani są często przez osoby bardzo stare jako osoby współodpowiedzialne za ich stan zdrowia, reprezentując „system opieki”. Tymczasem brakuje im fachowej wiedzy na temat rzeczywistych problemów zdrowotnych swych klientów i potencjalnych sposobów ich wspomaganie w tym zakresie. Rozwiązaniu tego problemu nie sprzyja brak – postulowanych od zawsze – interdyscyplinarnych zespołów wspomagających, w przypadku których specjaliści z zakresu ochrony zdrowia udzielić mogliby fachowego wsparcia.

Autodyskryminacja, dyskryminacja zwielokrotniona i wtórna

Ważnym z praktycznego punktu widzenia pojęciem jest ageizm, czyli dyskryminacja ze względu na wiek. Termin ten oznacza uprzedzenia, stereotypy i wynikające z nich działania różnicujące ludzi tylko ze względu na ich wiek czy – szerzej – fazę życia, w której się znajdują. Choć ageizm dotyczy każdego etapu życia, zazwyczaj odnosi się przede wszystkim do dwóch jego etapów – początkowego (dzieciństwo i młodość) i końcowego (starość)². Skupiając się na starości, chciałbym wspomnieć jedynie o trzech typach dyskryminacji ze względu na wiek – dyskryminacji zwielokrotnionej, autodyskryminacji i dyskryminacji wtórnej.

Rozpocząć jednak należy od stwierdzenia, że bardziej zaawansowany wiek samoistnie prowadzi do obniżania ocen stawianych danej jednostce przez zewnętrznych obserwatorów, którzy zazwyczaj bezwiednie łączą wiek z daną, typową sytuacją zdrowotną, stopniem sprawności funkcjonalnej i samodzielności. W rezultacie w przypadku interesującej nas subpopulacji występują zdecydowanie bardziej negatywne oczekiwania obserwatorów odnośnie do sprawności i możliwości niezależnego od innych życia. Taki zakładany związek między wiekiem a stanem zdrowia i samodzielnością był skądinąd przyczyną, dla której – chcąc uniknąć traktowania wszystkich seniorów tak samo niezależnie od ich rzeczywistej sprawności funkcjonalnej – Bernice Neugarten wprowadziła na początku lat siedemdziesiątych – obok „młodych starych” – wspomnianą wcześniej kategorię „starych starych”, a kilkanaście lat później Matilda White Riley i Richard Suzman dodatkowo wyodrębnili „najstarszych starych” (Suzman i in. 1992: 3).

Niedobrze być seniorem, a zwłaszcza nestorem, ale niedobrze jest też być kobietą, osobą słabiej wykształconą, mieszkańcem wsi itp. Z dyskryminacją zwielokrotnianą mamy do czynienia w przypadku występowania naraz u jednej osoby kilku cech, z których każda samodzielnie prowadzi do gorszego traktowania danej osoby. Łącznie w takim przypadku występuje znaczące pogorszenie się sytuacji seniora spełniającego któreś z dodatkowych kryteriów samodzielnie prowadzących do wspomnianej wcześniej jednoczynnikowej dyskryminacji. W praktyce oznacza to, że sędziwe kobiety o niskim poziomie wykształcenia zamieszkujące wsie najczęściej stykają się z przejawami dyskryminacji indywidualnej ze strony swego najbliższego otoczenia (członków rodziny i społeczności lokalnej), jak i dyskryminacji instytucjonalnej – ze strony instytucji pomocowych wiedzących, że pewne kategorie potencjalnych klientów w sytuacji nieuzyskania pomocy nie będą w kłopotliwy sposób wyrażać swego niezadowolenia.

Rezultatem występowania ageizmu jest bardzo częste zrozumienie okazywane przez seniorów dla dyskryminacji ze względu na wiek, przejawiające się najpełniej niedostrzeganiem gorszego traktowania, minimalizowaniem związanych z tym doświadczeń, usprawiedliwianiem osób i instytucji wykazujących praktyki dyskryminacyjne. Pośrednią konsekwencją jest autodyskryminacja, polegająca na świadomym unikaniu podejmowania

² Zainteresowanych szerzej tym zagadnieniem odsyłam do innych opracowań, zob. np. Szukalski 2008; Broda- Szatur-Jaworska, Szukalski 2014; Wysocki, Dylus, Pawlus 2016.

działań – tych wymagających od innych pomocy albo tych konkurujących o pewne zasoby z jednostkami z innych grup wieku. Najpełniej autodyskryminacja przejawia się zrozumieniem lub poszukiwaniem mniej lub bardziej racjonalnego uzasadnienia dla nieuzyskania wsparcia dla realizacji własnych zamierzeń i marginalizowaniem własnych potrzeb. Wiele wskazuje, że autodyskryminacja narasta z wiekiem, wraz z tak zwanym ateizmem *implicite*. Termin ten oznacza uprzedzenia i praktyki dyskryminacyjne oparte na świadomym, celowym – a niekiedy racjonalnym z punktu widzenia podmiotu – podłożu, jego zaś poziom jest mało zmienny wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku. Psycholodzy wyjaśniają ów fakt długotrwałym przesiąkaniem przekonania o „gorszości” osób starszych (związanym z obserwacją od dziecka przypadków – zwłaszcza ekstremalnie – nieudanej starości) i naturalną obawą przed okresem życia poprzedzającym śmierć (Levy, Banaji 2002: 51).

Z kolei w przypadku dyskryminacji wtórnej chodzi o pojawiające się gorsze traktowanie osób trwale zajmujących się osobami dyskryminowanymi. Ci bowiem, którzy z takimi jednostkami się kontaktują i przebywają, w powszechnej opinii przejmują ich pewne cechy – wszak „z kim przestajesz, takim się stajesz”. W przypadku osób bezpośrednio pracujących z seniorami – pracowników DPS, lekarzy geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych czy innych osób zajmujących się usługami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi – z jednej strony występuje proces nakładania pewnych cech ich klientów na nie same, z drugiej zaś – osoby te w sytuacji artykułowania swoich związanych z wykonywanym zawodem potrzeb edukacyjnych czy potrzeb inwestycyjnych związanych z zaspokajaniem potrzeb swych klientów spotykają się z lekceważeniem, przypinaniem łatki opiekunów drugiej kategorii. W interesującym nas przypadku najbardziej widocznym przejawem dyskryminacji wtórnej są dyskusje na temat rozdziału środków finansowych związanych z realizacją zadań z zakresu pomocy społecznej, gdzie w przypadku działań fakultatywnych pierwszeństwo przypisywane jest z reguły działaniom ukierunkowanym na rodziny, dzieci, rozpoczynającą dorosłe i samodzielne życie młodzież.

Wspomniane wyżej rodzaje (auto)dyskryminacji ze względu na wiek i dyskryminacji wtórnej rzutują na sposób pracy osób zawodowo zajmujących się świadczeniem usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych osób bardzo starych. Z jednej strony wpływają na poszerzenie pola wyboru przez włączenie i tych bezkarnych zachowań wobec klienta, które ocenić należy w kategoriach etycznych jednoznacznie negatywnie jako pomijanie, lekceważenie i zaniedbanie. Z drugiej strony – szereg osób mających pracować z najstarszymi klientami może odczuwać niechęć i niezadowolenie z tej pracy, patrząc na niski prestiż związany ze wspomaganiami tej kategorii i na powiązany z tym proces negatywnego etykietowania.

Trudności komunikacyjne

Kolejnym praktycznym problemem jest nieumiejętność komunikowania się z osobami bardzo starymi. Ogólnie, w opracowaniach o charakterze poradników, podkreśla się specyficzne umiejętności i predyspozycje potrzebne w kontaktach z seniorami, zazwyczaj

nie wyróżniając między nimi tych młodszych i starszych (Kowalski 2016; Ray, Phillips 2014). Zaawansowany wiek rzutuje na specyficzne potrzeby komunikacyjne najstarszych seniorów na dwa sposoby – poprzez efekt kohorty (a zatem przynależność do grupy urodzonej w pewnym okresie historycznym) i stan zdrowia. Z jednej strony kontakt z nestorem to kontakt z osobą, której system wartości, system odniesień, rozumienie kontekstu sytuacyjnego, zasoby językowe ukształtowały się w dalekiej przeszłości, gdy osoby te były dziećmi i młodymi ludźmi. Trudności tamtych okresów po dziś dzień przejawiają się w polskich warunkach niskim poziomem wykształcenia interesującej nas ludności czy specyficznym używanym językiem. Z drugiej strony w dużej części interesująca nas populacja składa się z osób z poważnymi ograniczeniami zmysłów używanych w komunikacji – słuchu i wzroku. Problemy ze słuchem – do których wiele osób nie chce się na początkowym etapie przyznać – prowadzą do niezrozumienia nieusłyszanych informacji i bardzo często ich zniekształcenia za pomocą mechanizmu domyślania się niedosłyszanych słów³. Problemy ze wzrokiem prowadzą do trudności z wykorzystywaniem w kontakcie z nestorami komunikacji pozawerbalnej. Szereg problemów zdrowotnych (np. udar, chroniczne bóle) prowadzi do ograniczania przez najstarszych klientów ich zaangażowania w komunikację pozawerbalną, utrudniając odczytanie informacji i emocji.

Powyższe kwestie są zazwyczaj pomijane w przygotowaniu do pracy z osobami najstarszymi, co prowadzi do konieczności wypracowywania przez każdą mającą z nimi kontakt zawodowy osobę własnych sposobów komunikowania, co nie zawsze się udaje.

Nieumiejętność pracy z osobami umierającymi

Sędziwi starcy to osoby, które w naturalny sposób odznaczają się wysokim poziomem „mobilności temporalnej”. W większości dobrze zdają sobie sprawę z ograniczeń czasowych odnośnie do ich przyszłości, co najpełniej przejawia się mizérią czy wręcz brakiem planów do zrealizowania. W przypadku wielu nestorów cierpiących na poważne choroby przygotowanie do oczekiwanej niedługo śmierci trwa tygodniami czy miesiącami, a dzięki postępowi technologicznemu czasami i latami. Chcąc nie chcąc, towarzyszące im osoby również stają się świadkami owych przygotowań, a na ostatnim etapie i umierania.

Coraz częściej takimi świadkami stają się osoby pracujące w zawodach pomocowych. Dzieje się tak wskutek postępującej medykalizacji i instytucjonalizacji śmierci. Medykalizacja ostatniej fazy życia to coraz częstsze powiązanie prowadzących do zgonu chorób z długotrwałą i bezpośrednią interwencją specjalistów z zakładów otwartej, a przede wszystkim zamkniętej, opieki medycznej. W efekcie następował w długim okresie wzrost znaczenia szpitali i innych zakładów opieki medycznej (przede wszystkim hospicjów, ale

³ Ten niedoceniany problem odpowiada za ponad połowę codziennych nieporozumień komunikacyjnych, dodatkowo prowadząc do postrzegania seniorów jako osób o niższej sprawności poznawczej (Baltes, Mayer 1999).

również innych instytucji, np. w polskich warunkach zakładów opiekuńczo-leczniczych czy zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych) jako miejsca zgonu, a zatem instytucjonalizacja śmierci. Choroby cywilizacyjne i degeneratywne – typowe, współczesne przyczyny zgonów, występujących głównie u osób starszych i tych bardzo starych – przejawiają się bowiem zazwyczaj symptomami prowadzącymi do długiego, niekiedy wieloletniego, leczenia, a w swych ostatnich stadiach prowadzą często do hospitalizacji (Pennec i in. 2013).

W rezultacie takich zmian zaobserwować można w długim okresie wyraźną zmianę typowego miejsca zgonu. W przypadku danych dla Polski ograniczeni jesteśmy czasową dostępnością danych, mogąc określić zachodzące zmiany jedynie dla ostatnich 45 lat (tabela 3).

Tabela 3. Rozkład zgonów według miejsca śmierci w Polsce w latach 1970–2015 (jako % ogółu zgonów)

Rok	Liczba zgonów	% zgonów występujących:			
		W szpitalu	W innym zakładzie opieki zdrowotnej	W domu	W innym miejscu
1970	268645	35,9	0,6	62,9	
1980	353164	42,7	0,5	49,1	6,9
1990	390343	46,6	1,5	45,2	6,2
1995	386084	47,2	2,1	44,6	6,1
2000	368028	50,1	3,0	40,9	6,0
2005	368285	50,8	5,1	38,1	6,0
2010	378478	50,2	6,2	37,8	5,8
2015	394921	51,5	7,9	35,3	5,3

Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Roczników Demograficznych GUS*, 2006: 376; 2016: 366.

Blisko 60% umierających w ostatnich latach umiera w instytucjach zatrudniających pracowników z zawodów pomocowych. Ludzie ci bardzo często nie są przygotowani do udzielania – poza specjalistycznymi usługami wynikającymi z profesjonalnych kwalifikacji – umierającym wsparcia w zakresie koniecznego przygotowania do nieuniknionego końca. Nie są również w jakikolwiek sposób przygotowani do przeżywania stresu stąd wynikającego, co przyspiesza pojawienie się wypalenia zawodowego (Łuszczynska 2014). Profesjonaliści – chcąc zachować niezmaczoną zdolność do podejmowania nieskażonych emocjami decyzji – bronią się przed kontaktem ze śmiercią innymi zubożeniem i ich uprzedmiotowieniem.

W nadchodzących latach zwiększać się będzie i liczba zgonów i w zdecydowanie większym stopniu liczba umierających „sędziwych starców” (Szukalski 2014). Należy zatem oczekiwać, że pracownicy zawodów pomocowych częściej stykać się będą

z umierającymi, nie będąc na to przygotowani. Podobnie jak nie są przygotowani do wspomagania rodzin takich osób mimo istnienia przykładów pracy socjalnej w takich okolicznościach (Wolfer, Rynnion 2008).

Podsumowanie

Z punktu widzenia praktyki życia społecznego nauka nie powinna zajmować się jedynie analizowaniem tych problemów, które już się wyłoniły, ale przede wszystkim koncentrować się na tych problemach, których przyszłe zaistnienie jest wysoce prawdopodobne. W przypadku populacji osób bardzo starych już dziś możemy mówić o dalszym, pewnym ich rozroście, świadomość zaś istnienia już dziś występujących kłopotów z satysfakcjonującym zaspokojeniem ich potrzeb przez pracowników zawodów pomocowych tym bardziej zachęca do dokonania swoistego ich przeglądu.

Mam nadzieję, że powyższy – niepełny i subiektywny – przegląd powodów, dla których ludzie bardzo starzy są kłopotliwym klientem pomocy społecznej oraz pracowników innych zawodów pomocowych, nie doprowadzi nikogo do stwierdzenia, że potrzebne są dodatkowe standardy, wymagania systemu wspomagania. Byłby to przejaw „współczującego ageizmu” (*compassionate ageism*), prowadzącego w imię troski o dobro nestorów do pogłębiania odnoszących się do nich stereotypów i uprzedzeń (Binstock 2010).

Główny wniosek płynący z niniejszego opracowania odnosi się do konieczności rozbudowania profesjonalnego przygotowania do pracy na rzecz osób bardzo starych w sytuacji szybkiego wzrostu ich liczebności w nadchodzących latach. Zakres wiedzy gerontologicznej i przydatnych umiejętności praktycznych w przypadku kształcenia pracowników zawodów pomocowych ograniczony jest bowiem zazwyczaj do kontaktu z seniorem „w średnim wieku”, to jest już z problemami zdrowotnymi i ograniczeniami funkcjonalnymi, lecz bez wspomnianych w niniejszym opracowaniu specyficznych charakterystyk. Rodzajem uzupełnienia braków mogłaby być – zgodnie z metodą *learning by doing* – praca w interdyscyplinarnych zespołach z przedstawicielami zawodów medycznych, umożliwiającą wzmocnienie medycznej strony kwalifikacji zawodowych niezbędnych w pracy z ludźmi bardzo starymi. Wcześniej jednak takie interdyscyplinarne zespoły musiałyby się urzeczywistnić, przestając być głównie dezyderatem.

Bibliografia

- Baltes P.B., Mayer K.U. (red.) (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Binstock R.H. (2010). *From compassionate ageism to intergenerational conflict?*. „The Gerontologist”, 50 (5): 574–585.
- Błądowski P. (2012). *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się*

- ludzi w Polsce. Termedia, Warszawa: 449–466; <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 21.12.2016).
- Broda-Wysocki P., Dylus A., Pawlus M. (red.) (2016). *Dyskryminacja seniorów w Polsce. Diagnoza i przeciwdziałanie*. Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa.
- GUS (1999). *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- GUS (2003). *Prognoza ludności na lata 2003–2030*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2003-2030,1,2.html> (dostęp: 21.12.2016).
- GUS (2009). *Prognoza ludności na lata 2008–2035*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa; http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosc_i_na_lata2008_2035.pdf (dostęp: 21.12.2016).
- GUS (2014a). *Baza Demografia*, zasób internetowy. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa; <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/> (dostęp: 21.12.2016).
- GUS (2014b). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa; http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosc_i_na_lata_2014_-_2050.pdf (dostęp: 21.12.2016).
- Kalbarczyk-Stęclik M., Nicińska A. (2013). *Ostatni rok życia Polaków w świetle danych SHARE. Analiza porównawcza*. „Studia Demograficzne”, 1 (163): 53–72.
- Kowalski Z. (2016). *Wyzwania w komunikacji z pacjentem w wieku podeszłym*, w: M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak (red.), *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 223–230.
- Levy B.R., Banaji M.R. (2002). *Implicit ageism*, w: T.D. Nelson (red.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. MIT Press, Cambridge–London: 49–75.
- Łuszczynska M. (2014). *Praca socjalna wobec śmierci i umierania*, w: M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska (red.), *Starzenie się. Problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*. „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 18: 65–83.
- OECD (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Organization for Economic Co-operation and Development, OECD Publishing, Paris; <https://www.oecd.org/els/health-systems/a-good-life-in-old-age-9789264194564-en.htm> (dostęp: 21.12.2016).
- Pennec S., Gaymu J., Monnier A., Riou F., Aubry R., Pontone S., Cases Ch. (2013). *In France, where do people live in their last month of life and where do they die? „Population”*, 68 (4): 503–532, https://www.ined.fr/fichier/rte/General/Publications/Population/articles/2013/population_en_2013_4_france_end_of_life_death_place_of_death.pdf (dostęp: 21.12.2016).
- Phillipson Ch. (2015). *The political economy of longevity: Developing new forms of solidarity for later life*. „The Sociological Quarterly”, 56: 80–100, doi: 10.1111/tsq.12082.
- Rajska-Neumann A., Wiczorkowska-Tobis K., Mossakowska M., Skalska A., Ślusarczyk P., Świech M., Grodzicki T. (2012). *Farmakoterapia u osób starszych w Polsce*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne*

- starzenia się ludzi w Polsce. Termedia, Warszawa: 379–390; <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 21.12.2016).
- Ray M., Phillips J. (2014). *Praca socjalna ze starszymi ludźmi*, tłum. J. Szmagałski. IRSS, Warszawa. RRL 2000, *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 1999–2000*, Rządowa Rada Ludnościowa, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych, Warszawa.
- Suzman R.M., Manton K.G., Willis D.P. (1992). *Introducing the oldest old*, w: R.M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (red.), *The oldest old*, Oxford University Press, Oxford–New York: 3–14.
- Szatur-Jaworska B., Szukalski P. (red.) (2014). *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom*. Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Szukalski P. (2006). *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy*, w: J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź: 115–150; <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/5597> (dostęp: 21.12.2016).
- Szukalski P. (2008). *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź: 153–184; <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3607> (dostęp: 21.12.2016).
- Szukalski P. (2014). *Ludzie bardzo starzy w Polsce – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej?* „Studia Demograficzne”, 2 (166): 57–78; <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/11159> (dostęp: 21.12.2016).
- Szweda-Lewandowska Z. (2009). *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*. „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”, 231: 243–254.
- Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodzicki T. (2012). *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia, Warszawa: 467–494; <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 21.12.2016).
- Wieczorowska-Tobis K. (2011). *Specyfika pacjenta starszego*, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrici*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 18–27.
- Wolfer T.A., Runnion V.M. (2008). *Dying, death, bereavement in social work practice: Decision cases for advanced practice*. Columbia University Press, New York.