

KSZTAŁTOWANIE JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH W DOMACH OPIEKI SPOŁECZNEJ

Streszczenie: W referacie przedstawiono problemy starzenia się ludności Polski oraz warunki życia w dwóch wybranych Domach Opieki Społecznej. Dokonano oceny wyposażenia Domów z punktu widzenia zasad ergonomii i nakreślono kierunki możliwej poprawy jakości życia pensjonariuszy poprzez działania korekcyjne z zakresu ergonomii.

1. WSTĘP

Mieszkanie – czy prywatne, czy lokum w Domu Opieki jako jego namiastka, pełni rolę azylu, miejsca odpoczynku i prywatności. Z definicji niejako powinno być bezpieczne, wygodne, estetyczne, swojskie i „przyjazne” dla użytkownika. Użytkownicy mieszkań są bardzo różnorodni – różnią się między sobą płcią, stylem życia, upodobaniami, wykształceniem, wiekiem, stopniem niepełnosprawności. Prywatne mieszkania są odbiciem cech ich właścicieli. Czy pomieszczenia mieszkalne w Domach Opieki Społecznej też mogą być zindywidualizowane stosownie do cech ich użytkowników? Do jakiego stopnia jest to możliwe i uzasadnione technicznie i ekonomicznie? Jaki ma to wpływ na jakość życia pensjonariuszy? Jaką rolę może pełnić ergonomia w kształtowaniu jakości życia? Na te pytania należy szukać konstruktywnych odpowiedzi. Starość jest przyszłością prawie wszystkich ludzi i najczęściej przynosi dolegliwości zdrowotne, zubożenie, degradację pozycji społecznej, samotność, niepełnosprawność fizyczną i psychiczną. Definicje niepełnosprawności, jakości życia i ergonomii można znaleźć w literaturze i nie ma sensu ich tu przytaczać. Nowy obszar znaczeniowy powstaje jednak przy połączeniu tych pojęć, co wyznacza nowe możliwości badań teoretycznych i działań praktycznych.

2. STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI I JEGO KONSEKWENCJE

Zjawisko osobniczego starzenia się jest związane z naturalnym, biologicznym cyklem życia każdego organizmu. Ta faza życia człowieka charakteryzuje się powolną, systematyczną degradacją wielu funkcji egzystencjalnych i społecznych. Po przekroczeniu pewnego stopnia degradacji przychodzi niepełnosprawność.

Starzenie się społeczeństwa polega na wzroście liczebnego udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności. Jest zwykle konsekwencją wydłużania się czasu życia i jednoczesnej malejącej liczbie urodzeń. Przyjmuje się, że demograficznie „stare” społeczeństwo to takie, w którym odsetek ludzi po 60 roku życia przekroczył 12%. Wiek starości demograficznej jest określany wiekiem nabywania ogólnych uprawnień emerytalnych, czyli górną granicą wieku produkcyjnego. Szacuje się, że w Polsce w roku 2010 w wieku poprodukcyjnym będzie 14,5% ogółu ludności, czyli prawie 6 mln. osób. W Polsce rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę mężczyzn wynosi 58,7 lat, a kobiet – 55,2 lat (przeciętnie o 5,5 roku krócej od wieku normatywnego: dla mężczyzn 65 lat, dla kobiet 60 lat, w większości zawodów) [Bińczycka-Anholcer M., 1997].

Problem niepełnosprawności rozpatrywany jest przede wszystkim w odniesieniu do ludzi w wieku produkcyjnym. Obrazuje to kierunek polityki społecznej państwa, wiążącej się z zabezpieczeniem medycznym, socjalnym, rentowym, rehabilitacyjnym oraz stwarzaniem miejsc pracy chronionej. Zbyt rzadko natomiast zwraca się uwagę na problem niepełnosprawności ludzi w wieku podeszłym. Niepełnosprawność związana z wiekiem traktowana jest jako coś naturalnego i nieuchronnego, nieomal jako „egzekwowanie sprawiedliwości dziejowej” – ponieważ wszyscy, w mniejszym lub większym stopniu jesteśmy na nią skazani. Formuła lekarska: „stan pacjenta zgodny z wiekiem” oznacza zarówno bezradność medycyny, jak i akceptację zjawiska niepełnosprawności starczej. Paradoxem jest, że wiele problemów ludzi starych ma źródło w szybkim rozwoju cywilizacji technicznej. Do początków XX wieku świat się zmieniał dość powoli i ludzie starzy cieszyli się szacunkiem społeczeństwa z powodu mądrości życiowej, doświadczenia, rozważań, stateczności. Obecnie seniorzy nie nadążają za szybkim tempem życia, zmianami zrodzonymi z rozwoju techniki, ogromem informacji docierającej z całego świata. Rodzi to brak szacunku do starości, lansowany jest wzorzec w postaci osoby młodej, zdrowej, wysportowanej, przebojowej, bogatej i pięknej (wystarczy popatrzeć na reklamy telewizyjne lub billboardy). Seniorzy tracą szacunek do samych siebie: za niedołęstwo, poczucie zbędności i ciężaru dla innych, brak społecznej akceptacji. Na domiar złego rodzina nie może lub nie chce zajmować się dziadkiem lub babcią, bo model rodziny wielopokoleniowej i patriarchalnej dawno już przestał być atrakcyjny dla młodych. Seniorzy zostali osamotnieni, izolowani, opuszczeni. Jest to najsłabsza grupa społeczna. O dzieci dbają rodzice, szkoła, istnieje instytucja Rzecznika Praw Dziecka. Nie ma natomiast Rzecznika Praw Seniora; osoby starsze mogą szukać pomocy, wsparcia i rady w Kościele – ale czy to wystarczy?

Niepełnosprawność to suma wielu czynników: socjomedycznych (odporność na zachorowania, doznane urazy i zatrucia, wady wrodzone, poziom życia, procesy starzenia się organizmu), rozwój nauk medycznych i paramedycznych (przedłużenie życia, opieka medyczna, higiena, szczepienia ochronne), procesy społeczno – demograficzne (redukcja opieki rodzinnej, izolacja rodzinna i społeczna, warunki ekonomiczne).

Do problemów niepełnosprawności, także tej związanej z wiekiem podeszłym, należy podchodzić interdyscyplinarnie, bowiem wszystkie czynniki mające wpływ na ten stan są równie ważne. Wiele problemów osób niepełnosprawnych można rozwiązać lub złagodzić, korzystając z wiedzy ergonomicznej przy kreowaniu świata artefaktów dla tej grupy ludzi. Najbardziej znane są działania ergonomiczne na rzecz osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym, nakierowane na potrzeby usprawniania procesów pracy i nauki. Obecnie konieczna jest intensyfikacja działań ergonomicznych (nie tylko w postaci likwidowania barier architektonicznych) na rzecz osób starszych niepełnosprawnych – zarówno z powodów czysto humanitarnych, jak i społecznych i ekonomicznych. Dotyczy to przecież 6 milionów ludzi w Polsce. Z wyników tych działań skorzystają także osoby młode, jeszcze-sprawne.

3. WARUNKI ŻYCIA PENSJONARIUSZY DOMÓW OPIEKI SPOŁECZNEJ

Przeprowadzono badania ankietowe na temat warunków życia pensjonariuszy dwóch Domów Opieki Społecznej funkcjonujących w powiecie śremskim (Woj. Wielkopolskie) [Kmieciak K., 2001]. Wyniki badań nie pozwalają na formułowanie wniosków w oparciu o reguły statystyki, lecz stanowią *case study* charakterystyczne dla wielu tego typu obiektów.

Pierwszy z Domów znajduje się w mieście, blisko kościoła i centrum handlowo-usługowego, lecz w znacznej odległości od szpitala, ośrodka zdrowia oraz parku. Mieszka w nim 120 osób w starszym wieku. Drugi Dom położony jest w odległości ok. 3 km od najbliższej miejscowości, w rozległym parku, lecz zlokalizowany jest na wzniesieniu, co

niektórym osobom stwarza poważne utrudnienia lokomocyjne. Mieszka tu 80 starszych osób cierpiących na przewlekłe, somatyczne choroby. Domy mają charakter środowiskowy, a organem założycielskim jest powiat. Koszty pobytu w Domu określone są ustawą o pomocy społecznej (art. 35 pkt. 1 ust. 1). Z budżetu państwa za pośrednictwem powiatu przekazywane są dotacje celowe w wysokości 1200,- zł miesięcznie na pensjonariusza. Opłaty wnoszone przez pensjonariuszy stanowią 70% ich dochodów, z wyjątkiem najuboższych, którzy są zwolnieni od opłat. Takie zasady odpłatności rodzą pewne konflikty wśród mieszkańców, ponieważ za identyczne usługi płacą oni różne kwoty.

Budynki mają dwie i trzy kondygnacje, wyposażone są w windy, wspólne pomieszczenia sanitarne (łazienki z wannami, natryskami i umywalkami oraz osobno ubikacje) na każdym piętrze (jedno na 6 – 10 osób). W czynnościach sanitarno-higienicznych pomaga zwykle personel Domu. Pokoje są głównie wieloosobowe (od 1- do 6-osobowych). Swobodne manewrowanie wózkami inwalidzkimi w niektórych pokojach jest niemożliwe, również szerokość korytarzy jest nieodpowiednia, o czym świadczą zadrapania i obicia na ścianach. W każdym Domu znajdują się sale rehabilitacyjne, z których mogą także korzystać chorzy i niepełnosprawni mieszkańcy powiatu. W obu Domach jadalnie są wspólne dla pensjonariuszy, a posiłki są regularnie podawane o stałych porach dnia. Istnieje też możliwość samodzielnego przygotowania sobie posiłku w osobnej kuchence.

Pensjonariusze Domów podczas wywiadów zasygnalizowali wiele problemów związanych z funkcjonowaniem placówek. Najczęstszym z nich jest alkoholizm. Osoby w wieku 46 – 60 lat, które borykają się z tym problemem, z reguły kierowane są do Domów Opieki Społecznej przez samorządy lokalne nie uwzględniające specyfiki tych placówek. Cała odpowiedzialność za osoby uzależnione od alkoholu spada na barki personelu Domów, który nie jest przygotowany zawodowo do opiekowania się i leczenia tych ludzi. Alkoholicy wywołują wiele konfliktów, utrudniają funkcjonowanie placówki i burzą spokój seniorom. Inne podłoże konfliktów między pensjonariuszami to różnice kulturowe, mentalne i ekonomiczne.

Do Domów Opieki Społecznej przyjmowani są ludzie, którzy nie mogą lub nie potrafią normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Najczęstsze powody to:

- zniedołężnienie związane z wiekiem, demencja starcza, reumatyzm, miażdżyca, choroba Alzheimera, kalectwo, choroby układu krwionośnego, oddechowego,
- utrata sił i odporności uniemożliwiająca samodzielne życie,
- brak pomocy i opieki ze strony rodziny lub krewnych,
- zła sytuacja materialna,
- złe warunki mieszkaniowe,
- konflikty rodzinne.

Mieszkańcy Domów przyjmują różne postawy i zachowania w okresie starości. Większości z nich starość kojarzy się z klęską życiową, przyjmowana jest z trwogą i goryczą. Wielu starych ludzi popada w apatię, bezczynność, wycofuje się z życia psychicznie i fizycznie. Są niezaradni, niedołężni, schorowani, oczekują na pomoc i opiekę innych. Niewielu seniorów zaakceptowało swój wiek i pomimo zmniejszonej sprawności fizycznej starają się być aktywni, korzystać z wypracowanej pozycji i cieszyć się każdym dniem.

Jakość życia w każdym wieku w dużym stopniu zależy od przyjętej postawy życiowej i cech charakterologicznych. Warunki zewnętrzne powinny takie postawy kształtować i umacniać – i tutaj można dostrzec rolę ergonomii w kształtowaniu świata technicznego seniorów.

4. ROLA ERGONOMII W KSZTAŁTOWANIU JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB STARSZYCH

Wyniki badań ankietowych prowadzonych wśród mieszkańców wybranych Domów Opieki Społecznej wskazują na funkcjonalną poprawność rozwiązań architektonicznych i rozmieszczenia pomieszczeń w budynkach. Choć większość urządzeń stosowanych w pomieszczeniach spełnia swoje funkcje, można jednak w ich konstrukcjach zidentyfikować wiele nieprawidłowości, które ludziom starym utrudniają posługiwanie się nimi.

Dla pensjonariuszy Domów Opieki Społecznej szczególne znaczenia ma sypialnia, pełniąca również rolę pokoju dziennego. Podstawowym meblem jest tu łóżko lub tapczan, na którym wielu seniorów spędza większość czasu. Ankietowani na ogół pozytywnie wyrażali się na temat swoich Domów, lecz istnieje duże prawdopodobieństwo, że ich opinie nie były w pełni szczere. Często słyszało się wypowiedzi z wyraźną nutą rezygnacji i zobojętnienia: „tu jest dobrze, tylko czekać teraz na śmierć; gdzie mi będzie lepiej, tu mam wszystko”. W odpowiedzi na bardziej wnikliwe i szczegółowe pytania skarżyli się jednak na bóle kręgosłupa, bezsenność, kłopoty z wchodzeniem po schodach, ciasnotę, drętwienie nóg przy długotrwałym siedzeniu w fotelu, zmęczenie oczu i senność podczas czytania. Te odczucia mogą być skutkiem wadliwych, nieergonomicznych rozwiązań konstrukcji łóżek, foteli, nieodpowiedniej (z punktu widzenia możliwości osób starszych) geometrii schodów i poręczy, złego oświetlenia, braku odpowiedniego przewietrzania pomieszczeń oraz obecnością dodatknych jonów w powietrzu wskutek promieniowania kineskopu telewizora.

Architekci i projektanci wyposażenia domów i mieszkań dla osób starszych i niepełnosprawnych powinni większą uwagę zwrócić na specyficzne ograniczenia i potrzeby użytkowników. Niezbędne jest *stricte* ergonomiczne podejście do projektowania takich obiektów: *primum homo*. Dom Opieki Społecznej powinien być domem nie tylko z nazwy – powinien być bezpiecznym i przytulnym miejscem, w którym seniorzy będą czuli się „u siebie”, a nie w hotelu czy szpitalu – choćby najbardziej luksusowym.

W ocenianych Domach Opieki Społecznej można było dostrzec kilka powtarzających się błędów i usterek, np.:

- przewaga liczebna sypialni i pokoi wieloosobowych, nie zapewniających niezbędnego minimum prywatności i intymności,
- zbyt niskie i wąskie łóżka, utrudniające zmianę pozycji,
- brak wymaganego dostępu do łóżka z trzech stron,
- często – brak poręczy lub uchwytów przy łóżkach, które ułatwiałyby wstawanie lub zmianę pozycji,
- niewłaściwe wyprofilowanie „rusztu” łóżka i brak materaców antyodleżynowych,
- nadmierny hałas przenikający do sypialni z zewnątrz,
- brak właściwej regulacji temperatury i wilgotności powietrza oraz przewietrzania (ludzie starsi wymagają wyższej temperatury powietrza, niż ludzie młodzi),
- brak balkonów lub loggi, zwłaszcza w pokojach osób mających trudności z przemieszczaniem się,
- niewłaściwe, niefunkcjonalne oświetlenie sztuczne w pokojach,
- konstrukcja półek i szafek dostosowana do osób chodzących, lecz utrudniająca korzystanie z nich ludziom na wózkach inwalidzkich,
- brak w łazienkach tzw. baterii termostatycznych, dostarczających ciepłej wody o temperaturze bezpiecznej, uniemożliwiających poparzenie się,
- brak w łazienkach i toaletach zaworów uruchamianych łokciem, kolanem, stopą lub poprzez najechanie kołem wózka (alternatywnie – stosownie do potrzeb),
- występowanie barier komunikacyjnych (progi, schody, wysokie krawężniki).

Łatwo można zauważyć, że powyższe usterki wynikają przede wszystkim z przyczyn finansowych, a w mniejszym stopniu z powodów braku materiałów, sprzętów lub wiedzy. Niestety, w pewnym stopniu są też rezultatem braku wyobraźni projektantów i architektów.

5. WNIOSKI

Prowadzenie badań ankietowych wśród pensjonariuszy Domów Opieki jest utrudnione z powodu dużej nieufności mieszkańców, wynikającej z obawy o swe miejsce w tej lokalnej społeczności oraz o możliwość narażenia się personelowi, a także – braku wiedzy o problematyce, która jest przedmiotem badań. Konieczne jest wprawdzie zdobycie zaufania i sympatii seniorów.

W świetle przeprowadzonych badań – nawet tak fragmentarycznych – widać wyraźnie, że ergonomia ma do zaoferowania wiele wskazówek na temat projektowania i wyposażania Domów Opieki Społecznej. Dużym i często powtarzanym błędem jest projektowanie dużych budynków wielokondygnacyjnych, które muszą być wyposażane w windy i podjazdy. Lepsze rozwiązanie to zespół kilku parterowych pawilonów dla kilkunastu osób każdy, połączonych krytym ciągiem komunikacyjnym z budynkiem jednopietrowym (dla osób mobilnych), usytuowanych w parku, w niedużej odległości od centrum miasta, z dobrą komunikacją miejską. Dla ludności wiejskiej dom opieki powinien być usytuowany w niewielkiej miejscowości, w której jest gmina, szpital i parafia.

Istnieje tendencja do lokalizowania Domów Seniora w lasach, na peryferiach, z dala od miejskiego gwaru. Mieszkańcy rzeczywiście mają tam zapewniony spokój, lecz jednocześnie czują się nadmiernie odizolowani od społeczeństwa, wyrzuceni poza nawias, zapomniani. Powoduje to lęki, osamotnienie, intensyfikuje myśli o śmierci. Być może lepszym rozwiązaniem, spotykanym w krajach zachodnich, byłoby sąsiedztwo tętniących życiem i radością przedszkoli, szkół lub domów dziecka. Stwarzałoby to szansę na nawiązywanie więzi między seniorami i dziećmi; ludzie starsi czuliby się potrzebni, a dzieci uczyłyby się obcowania z „babcią” i „dziadkiem” oraz szacunku dla siwych włosów – ponieważ we współczesnych rodzinach takich kontaktów jest coraz mniej.

Pensjonariusze powinni mieszkać w pokojach jedno- lub dwuosobowych, z łazienką i aneksem kuchennym dla dwóch lub trzech pokoi. Wyposażenie pokoi w sprzęty powinno uwzględniać rodzaj i stan niepełnosprawności mieszkańców (inne są wymagania np. osób niedowidzących, a inne - osób na wózkach inwalidzkich). Oczywistą koniecznością jest eliminacja wszelkich barier komunikacyjnych i informacyjnych w budynku i jego otoczeniu.

Urzędowa nazwa: „Dom Opieki Społecznej” na większość pensjonariuszy działa przygnębiająco. Każdy z Domów powinien mieć swą własną nazwę, brzmiącą pogodnie i optymistycznie, np. Dom Złotej Jesieni, Spokojna Przystań, Rezydencja Orchidea itp.

Główną przeszkodą utrudniającą działania zmierzające do poprawy jakości życia seniorów jest brak pieniędzy. System świadczeń emerytalnych powoduje znaczne niekiedy zubożenie ludzi starszych, a reforma służby zdrowia, wprowadzająca odpłatność za leczenie pozbawia wielu ludzi możliwości ratowania swego zdrowia. Opieka państwa nad osobami niepełnosprawnymi ulega daleko idącej redukcji. W najbliższym czasie nie można spodziewać się jakichkolwiek zmian na lepsze, z powodu znanych trudności finansowych państwa. W tej sytuacji pożądane i niezbędne są wszelkie działania, w szczególności nawet bardzo drobne udogodnienia i ergonomiczne korekty sprzętów i pomocy technicznych, aby ludziom starszym uczynić świat bardziej przyjazny i zrozumiały.

LITERATURA

1. Bińczycka-Anholcer M.; *Holistyczne – interdyscyplinarne podejście do problemu niepełnosprawności osób w wieku podeszłym*, materiały Międzynarodowej Konferencji „Ergonomia Niepełnosprawnym” MKEN, Łódź, 1997, s. 13-24
2. Charytonowicz J. *Profilaktyka zdrowotna w kształtowaniu meblarskiego wyposażenia mieszkania*, materiały Międzynarodowej Konferencji „Ergonomia Niepełnosprawnym” MKEN, Łódź, 1998, s. 35-41
3. Hulek A., *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. PZWL, Warszawa, 1986
4. Kmiecik K., *Koncepcja racjonalizacji działań ergonomicznych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych*, praca magisterska, Politechnika Poznańska, Wydz. Budowy Maszyn i Zarządzania, Poznań, 2001 r. (promotor: E.Tytek)

CREATING QUALITY OF LIVING OF THE ELDERLY AND THE DISABLED IN THE OLD PEOPLE’S HOMES

Abstract: The problems of the Polish population ageing and the quality of living in two chosen old people’s homes are presented in the paper. The homes’ equipment is evaluated from the ergonomics perspective. The paper also presents possible directions for the improvement of the quality of living of the homes’ residents through ergonomic corrections.