

**Anna Ślifirczyk, Martyna Krukowska, Wiesława Piątek, Wiesław Gołąbek**

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

## **Formy aktywizacji mieszkańców domów pomocy społecznej**

**Streszczenie:** Aktywność to synonim życia stały i dopasowany do możliwości danej osoby wysiłek. Jest on warunkiem prawidłowego rozwoju, umożliwia prowadzenie twórczego i harmonijnego życia, stanowi podstawę leczenia wielu chorób, opóźnia procesy starzenia się.

Celem pracy jest ukazanie istniejących form aktywności w domach pomocy społecznej na przykładzie mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Kozuli.

Materiał empiryczny zgromadzono w 2013 roku przy pomocy autorskiego kwestionariusza wywiadu.

Domy pomocy społecznej są nie tylko miejscem zapewnienia opieki, ale także substytutem utraconego domu rodzinnego. Ponadto zaspokajana jest w nich potrzeba aktywności mieszkańców w zakresie aktywności prostej (poprzez pracę, czynności samoobsługi) jak i twórczej.

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz przestudiowanej literatury o tematyce procesu starzenia się sformułowano następujące wnioski. Główne formy aktywności pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej to: czynności samoobsługowe (zabiegi higieniczne, pranie, sprząatanie); aktywność fizyczna (spacery, praca w ogródku); zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne; terapia zajęciowa; rekreacja (zabawy, ogniska, wieczorki, wycieczki); oraz odpoczynek bierny (oglądanie telewizji). Mężczyźni najchętniej z zajęć terapeutycznych wybierają zajęcia rehabilitacyjne, a kobiety tkactwo (gobeliny i krosna). Ulubioną formą spędzania czasu wolnego przez kobiety jest oddawanie się modlitwie i odpoczynek bierny, gdy mężczyźni w tym czasie oddają się najczęściej tylko odpoczynkowi biernemu

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, dom pomocy społecznej, osoba starsza

### **Wstęp**

Do domu pomocy społecznej kierowani są ludzie, którym nie można zapewnić opieki i pielęgnacji w ich własnym środowisku. Do placówek tego typu przyjmowane są osoby z powodu wieku, sytuacji życiowej, rodzinnej, materialnej lub mieszkaniowej oraz osoby przewlekle chore, wymagające stałej opieki. Dom pomocy społecznej stanowi nowe miejsce życia dla ludzi, którzy z różnych powodów są pozbawieni możliwości zamieszkania wśród bliskich. Trafiając do domu pomocy społecznej człowiek staje wobec konieczności zbudowania na nowo kontaktów interpersonalnych i nauczenia się życia w nowych warunkach (Bergier, 2001).

Dom pomocy społecznej świadczy całodobową opiekę i zaspokaja potrzeby: bytowe, zdrowotne, edukacyjne, kulturalne, społeczne i religijne mieszkańców. Człowiek zamieszkując w takim domu zrywa z naturalnym środowiskiem, zmienia otoczenie i warunki życia. Ludzie starzy wkraczają w świat nowych niezanych wcześniej sytuacji. W związku z tym należy im stworzyć możliwość szybszej adaptacji w nowym środowisku. Kontakty te opierają się na wspólnocie zamieszkania, sąsiedzkiej, religijnej, pracy i wspólnocie zainteresowań.

Celem domów pomocy społecznej jest: zapewnienie pomocy w czynnościach codziennego życia, związanych z posiłkami, higieną osobistą i pomieszczeń; zapewnienie wsparcia w sytuacjach trudnych życiowo (samotność, ograniczenia sprawności funkcjonowania w życiu codziennym); tworzenie wspólnoty ludzi żyjących w jednym domu; integracja z innymi mieszkańcami (Kozaczuk, 1995).

Dom pomocy społecznej to nowe środowisko, nowa sytuacja i nowi ludzie, a zatem bardzo ważnym zjawiskiem są kontakty interpersonalne wśród pensjonariuszy. Powstanie wspólnoty mieszkańców prowadzi do przełamania izolacji, tworzenie więzi emocjonalnych, kontaktów sąsiedzkich osób mających podobne zainteresowania. Celem domów pomocy społecznej jest tworzenie takich warunków, które umożliwiają mieszkańcom godne życie (Kozaczuk, 1995).

Osoba niosąca pomoc ludziom w podeszłym wieku powinna zrozumieć nie tylko ich pozytywne uczucia ale i negatywne takie jak: gniew, strach, frustracja czy niepokój. Nowi mieszkańcy mają problem z poznaniem zasad funkcjonowania domu pomocy społecznej. Po jakimś czasie może ujawnić się choroba- instytucjonalizm, poprzez którą rozumie się pewien zespół zmian w psychice charakteryzujący się: zaburzeniem zainteresowań, utratą więzi emocjonalnych, apatią. Stąd wynika bardzo ważna funkcja domu pomocy społecznej funkcja opiekuńcza, polegająca na roztoczeniu nad każdym mieszkańcem czulej opieki. Augustyn Bańka rozumie pomoc, jako „udzielanie wsparcia komuś znajdującemu się w jakiejś potrzebie, na przykład spowodowanej chorobą, kalectwem czy utratą środków do życia (...). Pomaganie to realizowanie obiektywnych celów poprzez dostarczanie obiektywnych środków zabezpieczających konkretne potrzeby ze względu, na które wymagają one wsparcia” (Bańka, 2010).

Mieszkańcy domów opieki społecznej wymagają opieki w różnym stopniu, w zależności od ich stanu, i tak w stopniu minimalnym opiekun powinien stymulować aktywność mieszkańca poprzez organizowanie jego najbliższego środowiska. Ten rodzaj pomocy należy stosować wobec tych osób, które dobrze sobie radziły w swoim dotychczasowym środowisku, a w DPS-ie znalazły się z różnych przyczyn losowych. Stopień opieki umiarkowany odpowiedni jest dla osób, które nie są w stanie zadbać o siebie, wymagają dopilnowania i nadzoru. Nie powinno się ich wyręczać przy czynnościach związanych z samoobsługą. Stopień znaczy pomocy polega na wspieraniu pensjonariusza, który bez pomocy nie jest zdolny do właściwej aktywności. Wspieranie ma chronić przed wegetacją. Rolą opieku-

na jest współpraca przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Intensywny stopień opieki objawia się wyręczaniem mieszkańca domu pomocy we wszystkich czynnościach, samodzielnie nie jest on w stanie funkcjonować (Wujek, 2006).

### **Aktywizacja jako forma opieki w domach pomocy**

Aktywność to synonim życia stały i dopasowany do możliwości danej osoby wysiłek. Jest on warunkiem prawidłowego rozwoju, umożliwia prowadzenie twórczego i harmonijnego życia, stanowi podstawę leczenia wielu chorób, opóźnia procesy starzenia się. Jest to taki obszar działania, który daje człowiekowi szansę wyrażania siebie w formie dostępnej i bardzo indywidualnej, określanej jego możliwościami, upodobaniami, zwyczajami (Kozaczuk, 1995).

Aktywność w szerokim rozumieniu definiowana jest najczęściej, jako regularna akcja bądź działanie. Na gruncie psychologii aktywność jest traktowana, jako działanie uwarunkowane czynnikami osobowościowymi. Aktywność ludzką można więc rozpatrywać jako sposób poznania społecznej rzeczywistości, jako ogólną właściwość psychiczną przejawiającą się w działaniu, zarówno w jego aspekcie fizycznym jak i intelektualnym.

Przez fizyczne przejawy działania rozumieć należy zachowania, reakcje itp. Intelektualny zaś aspekt stanowią idee, myśli, pomysły, inicjatywy, nie zawsze znajdujące możliwość przerodzenia się w czyny. Rozpatrując problem aktywności człowieka należy uwzględnić zarówno tendencje dynamiczne, tkwiące w samej jednostce i mobilizujące ją do działania, jak i konkretne społeczno-historyczne warunki, w których funkcjonują owe jednostki.

Starość u większości ludzi ma przebieg niepomysłny, jest okresem malejącej sprawności życiowej, pogarszającej się sytuacji ekonomicznej oraz zmniejszania się pozycji społecznej. Starzenie się jest procesem stopniowej degradacji fizycznej, psychologicznej i społecznej. Zapobieganie tym procesom jawi się jednym z głównych zadań gerontologii. Aktywność ruchowa, a także czynna postawa psychiczna i społeczna są elementami profilaktyki geriatrycznej, której celem jest utrzymanie człowieka starego jak najdłużej w stanie niezależności i sprawności życiowej (Bajurna, 2011).

Aktywność ruchowa osób starszych jest pożądanym czynnikiem ułatwiającym zachowanie dobrej kondycji i komfortu życiowego. Wpływa ona na przedłużenie okresu samodzielności, uniezależnia od opieki osób drugich, niesie radość i satysfakcję. Aby aktywizacja ludzi starych przyniosła korzyści, musi uwzględniać zarówno wskazania jak i przeciwwskazania związane z zaawansowaniem i stanem zdrowia aktywizowanych osób (Bergier, 2001).

Potrzeba aktywności jest potrzebą fizjologiczną. Stanowi ona podstawę sensu życia i jeżeli nie jest odpowiednio zaspokajana prowadzi do izolacji i przekonania

o bezwartościowości. Mieszkańcy powinni aktywnie uczestniczyć w życiu domu tak, aby nadawać mu ostateczny kształt i rytm.

Głównym zadaniem pracowników domów pomocy społecznej powinno być mobilizowanie mieszkańca do aktywności, ukierunkowanie jego działania, stwarzanie warunków do aktywizacji, a także inicjowanie różnych form aktywności. Nie można dopuścić do monotonii i stereotypów. Wspierający charakter pracowników powinien polegać na doradztwie, organizacji i doborze wyposażenia. Wybrane formy aktywności powinni prowadzić wykwalifikowani pracownicy. Aktywizacja fizyczna i ćwiczenia rehabilitacyjne podlegają pionowi medycznemu: pielęgniarce, rehabilitantom i konsultacjom lekarskim. Twórcze formy aktywności powinny być prowadzone przez terapeutów zajęciowych i specjalistów takich jak muzyk, plastyk. Istotnym staje się rozpoznanie barier aktywności, które dają szansę realnego zaplanowania różnych form aktywności, stosowanych ze względu na stan fizycznej wydolności mieszkańca, jego dotychczasowych przyzwyczajęń i wzorców środowiskowych. Znaczne ograniczenia sprawności są barierami aktywizacji o charakterze fizycznym, niechęć do nawiązania kontaktów z nowymi osobami stanowi barierę o charakterze psychologicznym (Kawczyńska-Butrym, 1999).

W literaturze gerontologicznej spotykamy się z dwoma skrajnymi względem siebie poglądami na temat filozofii starzenia się. Jeden z nich mówi o starzeniu się polegającym na stopniowym wycofaniu się z ról i obowiązków. Drugi natomiast proponuje zastąpienie aktywności zawodowej innym rodzajem czynności, obowiązków i kontaktów (Dis, 2008). Do teorii drugiej przychylają się także lekarze, wskazując istotne znaczenie aktywnego trybu życia nawet w podeszłym wieku. Teoria odpowiedniej aktywności daje ludziom starszym szansę korzystania z możliwości edukacyjnych, wypoczynku i rozrywki, dbania o swoją sprawność, a także pełnienia nowych ról w życiu społecznym. Celem aktywizacji człowieka jest: utrzymanie sprawności fizycznej i społecznej; usamodzielnienie i pobudzenie zaradności w wykonywaniu podstawowych czynności samoobsługowych; nauczanie współdziałania w grupie i w środowisku; utrzymanie bądź obudzenie wiary w sens życia; pogłębienie i rozwijanie zainteresowań; likwidacja nudy i jednostajnego trybu życia (Wiśniewska-Roszkowska, 1986).

Stosowanie różnych form aktywizacji uzależnione jest od dwóch czynników. Po pierwsze indywidualnych cech podopiecznych, na które składa się: wiek, zainteresowania, wykształcenie i rodzaj wykonywanego zawodu oraz kondycja fizyczna. Po drugie czynniki związane z warunkami, jakim dysponuje dom pomocy społecznej, takie jak: standard domu pomocy społecznej (warunki lokalowe, brak barier architektonicznych, sale gimnastyczne, rehabilitacyjne, terapeutyczne, biblioteka); autorytet pracowników realizujących program aktywizacji; zaakceptowanie podopiecznego takim jaki jest. Dbanie o zdrowie i sprawność fizyczną,

podejmowanie aktywności edukacyjnej, udział w działaniach społecznych to jedne z podstawowych potrzeb aktywności, jakie podejmują ludzie starsi.

Aktywność fizyczna, troska o zdrowie jest coraz silniej uświadamianą potrzebą współczesnych seniorów. Przejawia się ona w formie wypoczynku czynnego, czyli spacerów, wycieczek, gimnastyki, zabawy ruchowej a także tańca, który jest niewątpliwie nową i atrakcyjną propozycją ruchową dla osób starszych. Prężnie rozwijającą się dziedziną jest działalność edukacyjna promowana w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Edukacja to także uczestnictwo w kulturze, zwiedzanie wystaw, chodzenie do teatru, kina, uczestnictwo w zespołach artystycznych. Społeczna działalność mieszkańców polega na organizowaniu życia towarzyskiego i wypoczynku. Duże znaczenie ma samopomoc koleżeńska ułatwiająca adaptację nowym pensjonariuszom (Zaorska, 2012).

### **Formy terapii zajęciowej**

Aktywność w szerokim rozumieniu definiowana jest najczęściej jako regularna akcja bądź działanie. Czynności dnia codziennego konieczne do egzystencji jak i uczestnictwo w zajęciach proponowanych przez terapię zajęciową są aktywnością na miarę możliwości seniorów. Osoby z ograniczoną sprawnością mają potrzebę tej najprostszej aktywności. Ich działanie jest ograniczone ale istnieje. Ludzie starsi, przebywający w łóżkach nie mogą być aktywni fizycznie, ale mogą słuchać muzyki, czytać książki, rozmawiać lub wykonywać proste czynności z samoobsługi. Mieszkańcy sprawni fizycznie nie wymagają opieki, sami organizują sobie czas wolny lub też korzystają z rodzajów aktywności jakie proponuje dom pomocy społecznej w postaci terapii zajęciowej.

Terapia zajęciowa „to pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych i umysłowych, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności fizycznej i psychicznej (Klimek, 2012).

Terapia zajęciowa to działanie wielokierunkowe, oparte na wykorzystaniu tkwiącego w każdym człowieku potencjału rozwojowego, niezależnie od stopnia niesprawności. To szansa na wyrażenie siebie w dostępnej i indywidualnej formie, określonej wewnętrznymi i zewnętrznymi predyspozycjami. Celem terapii zajęciowej jest włączenie mieszkańca w życie domu i społeczeństwa, jak również jego psychiczne i fizyczne usprawnienie (Tarkowski, 2001).

Zwolnienie tempa życia jest przywilejem ludzi starszych. Wkraczający w okres trzeciego wieku powinni zdać sobie z tego sprawę. Po aktywnym życiu zawodowym przychodzi czas na rozwijanie swoich zainteresowań, pasji, wykonywanie tego, na co zawsze brakowało czasu. Takiej aktywności na emeryturze trzeba się nauczyć poprzez uświadomienie sobie swoich możliwości. Wychowanie do starości powinno uwzględniać wszystkie aspekty tego problemu. Aktywność ludzi



starszych uzależniona jest od stanu zdrowia, charakteru wykonywanego zawodu jak i stylu życia.

## **Cel pracy**

Celem pracy jest ukazanie istniejących form aktywności w domach pomocy społecznej na przykładzie mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Kozuli.

## **Materiał i metody badawcze**

Materiał empiryczny gromadzono w okresie od stycznia do lutego 2013 roku przy pomocy autorskiego kwestionariusza wywiadu. Wywiad przeprowadzono z wybranymi mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej w Kozuli, którzy na miarę swoich możliwości są aktywni. Stosując technikę wywiadu brano pod uwagę szczerść wypowiedzi mieszkańców DPS uwzględniając, że są to osoby starsze, niedosłyszające, niedowidzące, mające często upośledzoną sprawność manualną. W trakcie przeprowadzania wywiadu z pensjonariuszami zadawano pytania i wyjaśniano wątpliwości.

Dom Pomocy Społecznej w Kozuli to dom dla osób przewlekle i somatycznie chorych, zapewnia całodobową opiekę. Położony jest na peryferiach Białej Podlaskiej, posiada 220 miejsc. Wywiad przeprowadzono z czterdziestoosobową, losowo wybraną grupą mieszkańców, tj. 22 kobietami i 18 mężczyznami.

## **Wyniki**

Respondentów przydzielono do 5 przedziałów wiekowych. Pierwszą grupę stanowiły osoby w wieku do 50 lat - jedna kobieta i jeden mężczyzna, co łącznie stanowi 5%. Kolejny przedział obejmował osoby w wieku od 50 do 60 lat - kobieta i 2 mężczyzn łącznie 7,5% badanej grupy. Grupa trzecia o granicach wieku 60 do 70 lat obejmowała 6 kobiet i 6 mężczyzn, co stanowi 30% grupy badanej. Najliczniejszą grupę stanowią osoby znajdujące się w wieku 71 - 80 lat - 37%, odpowiednio 8 kobiet i 7 mężczyzn. Pensjonariusze w wieku powyżej 80 lat stanowili 20% z tego 6 kobiet i 2 mężczyzn.

Większość badanych mieszkańców (60%) jest sprawnych ruchowo, 32,5% porusza się przy pomocy laski, balkonika lub wózka inwalidzkiego, natomiast 7,5% pensjonariuszy to osoby leżące.

Badani przebywający w domu pomocy społecznej znaleźli się tu z różnych powodów, z czego 40% w następstwie sytuacji zdrowotnej, jako osoby wymagające opieki osób drugich. Trudne warunki mieszkaniowe zmusiły 27,5% pensjonariuszy do zamieszkania w Kozuli. Kolejnym powodem była samotność, która dotknęła 17,5% badanych. Zła sytuacja rodzinna zmusiła 10% respondentów

do przeprowadzki do DPS-u, zaś 2 mężczyzn (5%) postanowiło tam zamieszkać z własnej woli.

Dla 40% badanych zamieszkanie w domu pomocy społecznej było koniecznością. Dużym przeżyciem dla 32,5% było oderwaniem od środowiska rodzinnego, natomiast 22,5% traktuje to jako kolejny etap w życiu. Zamieszkanie w DPS w opinii 5% badanych było decyzją życiową.

### **Analiza aktywności mieszkańców DPS**

Aktywność jest fizjologiczną potrzebą każdego człowieka. Powoduje, że ludzie starają się zaspokoić ją za wszelką cenę, a gdy nie są w stanie tego zrobić samodzielnie, oczekują pomocy innych osób.

Człowiek stary, aby zacząć żyć aktywnie w nowych warunkach, musi poznać personel i współmieszkańców. Stwarzanie w DPS warunków do zaspokajania potrzeb aktywności sprawia, że ludzie mimo swoich dolegliwości mogą czuć się szczęśliwi. Mają szansę wykonać to, co potrafią, biorą udział w zajęciach proponowanych przez terapeutów zajęciowych i wybierają taką formę twórczości, która odpowiada ich indywidualnym upodobaniom i możliwościom.

Dom pomocy w Kozuli umożliwia rozwój zainteresowań mieszkańców poprzez realizowanie się w różnych formach terapii zajęciowej. Warsztaty przygotowano w pomieszczeniach niskiego parteru, gdzie funkcjonuje również kaplica, punkt biblioteczny, świetlica oraz sala telewizyjna.

Personel medyczno-opiekuńczy zachęca i umożliwia chorym mieszkańcom udział w różnych zajęciach usprawniających, podtrzymujących kondycję fizyczną. Sale rehabilitacyjne i terapii zajęciowej tętnią życiem. Pensjonariusze korzystają z masażu wodnych, usprawniają kończyny, pracują nad właściwą wagą ciała. Rehabilitanci pracują także z osobami leżącymi (gimnastyka w łóżku chorego) dla których ćwiczenia oddechowe, zmiana pozycji ułożenia, pionizacja to prosta aktywność.

Pracownicy terapii dopasowują bogactwo proponowanych zajęć do możliwości poszczególnych osób. Dobrze dobrana terapia zajęciowa działa uspokajająco. Różnorodność form terapii zajęciowej w DPS pozwala mieszkańcom wybrać dla siebie odpowiednią i dopasowaną czasowo. Niektórym pensjonariuszom w wyborze aktywności należy pomóc i dopasować do ich indywidualnych możliwości. Są też mieszkańcy, którzy wykazują duże zainteresowanie zajęciami i samodzielnie dokonują wyboru.

Pensjonariusze, którzy sami sobie organizują czas wolny stanowią 80% badanych, ale to właśnie propozycja terapii zajęciowej daje możliwość aktywnego spędzania czasu. Przy odpowiedniej zachęcie 12,5% mieszkańców podejmuje próbę uczestnictwa w niektórych zajęciach. Osoby, które do pracowni terapii zajęciowej

nie zgłaszają się nigdy stanowią 7,5%. Chętnie natomiast przychodzą na występy, wieczorki, ogniska, itp.

Samostanowienie, to ważna potrzeba każdego człowieka. Badania wykazały, że seniorzy mają szansę wyboru i decydowania o sobie, dlatego też powołano Samorząd Mieszkańców, którego członkami są wszyscy pensjonariusze. Celem samorządu jest inicjowanie, prowadzenie i wspieranie działań zmierzających do lepszej dbałości o interesy mieszkańców i skuteczniejsze zaspokajanie ich potrzeb.

**Tabela 1.** Uczestnictwo badanych pensjonariuszy w zajęciach terapeutycznych

Wyszczególnienie	Płeć	Często	Rzadko	Nigdy	Ranga
Stolarka	K	-	-	22	-
	M	2	4	12	III
Tkactwo (gobeliny, krosna)	K	16	2	4	I
	M	-	1	17	-
Robótki ręczne (szydelko, haft)	K	4	3	15	V
	M	-	-	18	-
Szycie na maszynie	K	8	5	9	IV
	M	1	2	15	IV
Makrama	K	2	1	19	VI
	M	5	1	1	II
Uczestnictwo w rehabilitacji	K	10	5	7	III
	M	8	4	6	I
Wyroby ze sznurka	K	11	5	6	II
	M	-	2	16	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania w formie kwestionariusza.

Z danych ujętych w tabeli 1 wynika, że kobiety najczęściej interesuje praca przy krosnach i tkanie gobelinów. Miejsce drugie zajmują prace ze sznurka (wytwarzane imitacje warzyw, sowy, lalki), trzecie - uczestnictwo w zajęciach usprawniających fizycznie w sali rehabilitacyjnej. Nieco mniej kobiet zajmuje się szyciem na maszynie, robótkami ręcznymi i makramą.

Wśród mężczyzn największym zainteresowaniem cieszyły się zabiegi rehabilitacyjno-lecznicze. Na drugim miejscu Panowie wybierali makramę, chętnie się jej uczyli oraz zajęcia na stolarni, podczas których naprawiali uszkodzone krzesła, taborety, wykonywali ramki do obrazów.

Wielu pensjonariuszy wykonuje prace na rzecz Domu oraz pełni w nim ważne funkcje. Jeden mieszkaniec jest kościelnym, a inny opiekuje się akwariem. Kobiety dbają o kaplicę i bibliotekę. Codziennie mieszkańcy pomagają w obieraniu warzyw, mężczyźni wiosną i latem koszą trawę.



Latem mieszkanki Domu samodzielnie zbierają wiśnie, jagody i przygotowują wypieki, którymi uatrakcyjniają spotkania okolicznościowe. „Mikrofon dla wszystkich” - pod tym hasłem został zapoczątkowany cykl spotkań czwartkowych, angażujący wszystkich seniorów do czynnego lub biernego uczestnictwa. Występy indywidualne mieszkańców z własnym programem artystycznym, konsumpcja wspólnie pieczonego ciasta i zabawa przy muzyce, to skrócony opis spotkań, które były inspiracją do utworzenia zespołu „Kozulanka”. Jest to grupa muzyczno-kabaretowa, która sama ustala swój repertuar, próby odbywają się dwa razy w tygodniu. Mieszkańcy chętnie występują na przeglądach, jeżdżą z występami do zaprzyjaźnionych domów, klubów seniora. Pierwszymi recenzentami przygotowanych programów artystycznych są współmieszkańcy, którzy chętnie przychodzą na premiery. Jest to przykład połączenia terapii zajęciowej z rozrywką.

Bariera lęku u ludzi starszych, niepełnosprawnych wydaje się poważną przeszkodą w stawaniu się aktywnym. Indywidualna zachęta do uczestnictwa biernego i obserwacji staje się owocna. Dotychczasowi obserwatorzy stają się z czasem aktywnymi uczestnikami, natomiast ich miejsce zajmują nowi, podobnie niepewni, ale z ciekawością podpatrujący pracę innych.

Wspólne spotkania stały się niejako odpowiedzią na chęć bycia razem, potrzebę rozmów na różne tematy, często podejmowanych spontanicznie. To zaspokojenie różnych potrzeb na gruncie sytuacji towarzyskich, doskonale pokazuje, że możliwe jest aktywne, wartościowe, umiejętne spędzanie wolnego czasu.

Poza regularnymi zajęciami popularne stają się także okazjonalne wyjazdy np. na grzyby i jagody. Mieszkańcy sami wyszli z taką propozycją do personelu. Grzybiarze część swoich zbiorów przeznaczają na potrzeby kuchni z myślą o potrawach wigilijnych.

W miarę możliwości pensjonariusze chętnie uczestniczą w jedno lub kilkudniowych wycieczkach. Zwiedzili już Częstochowę, Świętą Lipkę, Licheń, Kodeń, Romanów i Janów Podlaski. Popularnością cieszą się także okolicznościowe zabawy taneczne, pikniki i ogniska.

Pozytywnym zjawiskiem jest włączenie się pensjonariuszy w życie Domu. Godziny ranne i przedpołudniowe wypełnione są zabiegami rehabilitacyjnymi, pracą w terapii zajęciowej, spotkaniami z psychologiem czy muzykoterapią. Po południu natomiast czas wolny mieszkańcy poświęcają realizacji indywidualnych zamiłowań (tabela 2).

**Tabela 2.** Formy spędzania czasu wolnego przez badanych pensjonariuszy

Wyszczególnienie	Płeć	Często	Rzadko	Nigdy	Ranga
Czytanie prasy	K	1	6	15	V
	M	8	5	5	IV
Czytanie książek	K	4	8	10	IV
	M	3	2	13	V

Oglądanie telewizji	K	15	4	3	II
	M	13	5	-	III
Słuchanie radio	K	13	9	-	III
	M	14	4	-	II
Modlitwa	K	22	-	-	I
	M	8	10	-	IV
Odpoczynek bierny	K	22	-	-	I
	M	15	3	-	I
Spotkania towarzyskie	K	17	5	-	II
	M	14	4	-	II

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania w formie kwestionariusza.

Kobiety spędzają czas wolny na modlitwie, jak również odpoczywają biernie. Lubianym zajęciem, które zajmuje II miejsce w układzie rangowym jest oglądanie telewizji i spotkania towarzyskie. Słuchanie radia kobiety stawiają na trzecim miejscu. Chętniej czytają książki niż prasę.

Mężczyźni natomiast po zajęciach zorganizowanych chętnie odpoczywają biernie, na drugim miejscu są spotkania towarzyskie i słuchanie radia. Mężczyźni rzadziej niż kobiety oglądają telewizję. Pensjonariusze w podobnym stopniu poświęcali czas na modlitwę i czytanie prasy bieżącej zaś czytanie książek jest rzadkim zajęciem wśród mężczyzn.

Życie Domu jest tak zorganizowane, by każdy mógł znaleźć sobie w nim miejsce i czuł się przydatnym. Problem wyzwalania aktywności wśród mieszkańców DPS w Kozuli jest przedmiotem specjalnej troski. Pracownicy wiele pracy wkładają w poszukiwanie rozwiązań, które wprowadziłyby osoby starsze, niepełnosprawne na drogę aktywności oraz ułatwiły akceptację własnej sytuacji życiowej.

## Dyskusja

Długość życia wykazuje zróżnicowanie w wymiarze indywidualnym i populacyjnym, ale także pod względem płci - kobiety żyją średnio 6 lat dłużej niż mężczyźni. W Polsce średnia długość życia wynosi obecnie 75,8 lat (dla kobiet 80,1 lat, a dla mężczyzn 71,5 lat) (Mały rocznik statystyczny, dane z 2010). Sytuacja demograficzna w Polsce i na świecie oraz związany z nią rosnący odsetek osób starszych w społeczeństwie zrodziły wiele problemów natury medycznej, społecznej i ekonomicznej. Stały się one przyczyną coraz większego zainteresowania problemami osób starszych.

Próba łagodzenia zmian demograficznych i społecznych promowaną przez Unię Europejską (UE) i Światową Organizację Zdrowia (WHO), jest wdrażanie koncepcji aktywnego starzenia się. Jej celem jest umożliwienie osobom starszym jak najdłuższego pozostawania samodzielnym i aktywnym w życiu przez pod-

trzymanie produktywności ekonomicznej i aktywności społecznej. Waga problemu jest niezwykle istotna, dlatego też rok 2012 był ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (Zgli-szyński, 2012).

Podstawą działalnością Domów Pomocy Społecznej jest zaspokajanie potrzeb jego mieszkańców, a to wymaga zapewnienia opieki, poszanowania praw i godnego traktowania pensjonariusza, wyzwiania i podtrzymywania aktywności, rehabilitacji. Najistotniejszą zasadą właściwego funkcjonowania placówki jest uwzględnienie podstawowych wartości, takich jak: godność osobista, prawo do intymności i niezależności, polegające między innymi na możliwości dokonywania wyboru, zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, nieskrępowane kontakty ze środowiskiem, harmonijny i pełny rozwój osobowości jednostek i ogółu mieszkańców (Szarota, 1998).

W przeprowadzonych badaniach porównywano uczestnictwo badanych pensjonariuszy w zajęciach terapeutycznych oraz formy spędzania czasu wolnego przez kobiety i mężczyzn.

Terapia zajęciowa to usprawnianie i leczenie za pomocą określonych czynności, zajęć i pracy, które mają wartość kształcącą, wychowawczą, a także leczniczą. Inaczej jest to leczenie „przez pracę”. Terapia zajęciowa jako środek leczniczy oddziałuje na ogólną sprawność fizyczną i psychiczną jednostki lub miejscowo na zwiększenie sprawności i siły danej grupy mięśni lub kończyny. Dla każdego człowieka (także tego dotkniętego ciężarem choroby czy lat) praca posiada wartość naturalną i społeczną, pomimo ciężaru i trudności, które ze sobą niesie (Pikuła, 2008). W obecnej koncepcji leczenia dąży się do tego, ażeby osoba dotknięta schorzeniem lub urazem nie pozostała przez dłuższy czas beczynna. Możliwie wcześnie wprowadza się zajęcia czynne, stopniowo przechodzi do bardziej intensywnych, aż do osiągnięcia pełnej sprawności fizycznej i ogólnej aktywności (Pikuła, 2008).

Z badań przeprowadzonych w DPS Kozuła wynika, że pensjonariusze chętnie uczestniczą w terapii zajęciowej. Widoczne są różnice w wyborze konkretnych zajęć wynikające z płci mieszkańców. Kobiety bardziej interesuje praca przy krosnach, tkanie gobelinów, prace ze sznurka (wytwarzane imitacje warzyw, sowy, lalki), niż uczestnictwo w zajęciach usprawniających fizycznie w sali rehabilitacyjnej. Natomiast wśród mężczyzn największym zainteresowaniem cieszyły się zabiegi rehabilitacyjno-lecznicze. Na kolejnych miejscach Panowie wybierali makramę, chętnie się jej uczyli oraz zajęcia na stolarni, podczas których naprawiali uszkodzone krzesła, taborety, wykonywali ramki do obrazów.

W badaniach przeprowadzonych przez Malinowską, na grupie 30 osób zamieszkujących w domu pomocy społecznej i 30 osobach mieszkających w domach własnych bądź rodzinnych, wynika, że 40% respondentów deklaruje uczestnictwo w zajęciach grupowych. Widoczna jest natomiast różnica pomiędzy pensjonariu-

szami DPS, a pozostałymi badanymi, (50% mieszkańców DPS bierze udział w takich zajęciach, a jedynie 27% mieszkańców domów rodzinnych). Seniorzy, którzy korzystają z zajęć grupowych, deklarują, że uczestniczą w nich dość często. Jeśli na zajęciach zdarza się nieobecność, to wynika ona najczęściej z problemów zdrowotnych lub chwilowej niechęci (Malinowska, 2010).

Jak wykazują badania M. Halickiej i J. Halickiego, aktywność ludzi starych w czasie wolnym przybiera różną postać. Wymienili oni pięć typów aktywności w czasie wolnym. Aktywność rekreacyjno – hobbystyczna: zaliczają do niej spacer, zajęcia sportowe, pracę w ogródku lub na działce, uprawianie tzw. zajęć „miłośniczych”, jak malarstwo, muzyka, rękodzieło, a także wyjścia do kina, teatru czy na koncert. Aktywność receptywna, do której wpisują oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie gazet i książek – najczęściej realizowane w warunkach domowych. Aktywność zorientowana publicznie czyli działalność społeczna i polityczna oraz publiczna działalność w parafii. Aktywność integracyjna to głównie spotkania i różne działania, szczególnie o charakterze naukowo-szkoleniowym, towarzyskim i usługowa działalność charytatywna. Przykładami aktywności są: kluby seniora, koła gospodyń, grupy samopomocowe, Uniwersytety Trzeciego Wieku, spotkania z przyjaciółmi, towarzyskie spotkania w restauracji, kawiarni oraz praca charytatywna. Ostatni typ to inne rodzaje aktywności pojedyncze formy aktywności, które nie mieściły się w wyżej omówionych typach. Wśród wymienionych pięciu typów najbardziej popularne okazały się aktywność receptywna i integracyjna (Halicka, 2002). Powyższe rodzaje aktywności podczas czasu wolnego również zauważamy u mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Kozuli.

W badaniach przeprowadzonych przez Malinowską najchętniej wybieraną przez respondentów formą odpoczynku był odpoczynek pasywny, bierny. Wśród kobiet dominującą formą było oglądanie telewizji oraz odpoczynek w pozycji leżącej, a następnie czytanie. Wśród mężczyzn najczęściej pojawiała się oglądanie telewizji, czytanie oraz odpoczynek w pozycji leżącej (Malinowska, 2010).

Podobne obserwacje w swoich badaniach uzyskała Tokaj. Wyniki pokazują, że ponad 90% badanych interesuje się bierną formą odpoczynku. Czytelnictwo znajdowało się na drugim planie i deklarowane było przez 80% badanych. Z badań tych wynika także, że 40% badanych osób na własne hobby, a dominujące formy zainteresowań to: robótki ręczne, majsterkowanie, wędkarstwo, grzybobranie oraz rozwiązywanie krzyżówek (Tokaj, 2000).

Jedną z najbardziej widocznych różnic, którą zauważyły Filipek oraz Królowska-Waś była pozycja potrzeb religijnych, która u kobiet uplasowała się na drugim miejscu, a u mężczyzn dopiero na ósmym. Wynika z tego, że modlitwa jest ważniejszą potrzebą dla kobiet niż dla mężczyzn. Przyczyną tego może być starszy wiek badanych pensjonariuszek, niż ankietowanych mężczyzn. Im człowiek starszy, tym bardziej skłania się ku wartościom duchowym, częściej myśli

o własnej starości i nadchodzącej śmierci. Różnica ta może być również wynikiem predyspozycji kobiet i mężczyzn w tym zakresie. Panie są bardziej wrażliwe emocjonalnie, więcej czują, widzą i słyszą. Dlatego też częściej uciekają się w wewnętrzny świat modlitwy, rozpamiętując własne życie i tym samym kształtując swój stosunek do starości i śmierci. Świat mężczyzn, to świat przedmiotów, często nie doceniają oni wartości duchowych (Filipek, 2006).

Mieszkańcy DPS-u w Kozuli podobnie, jak badani przez Filipek i Królikowską-Waś, zadeklarowali, iż kobiety czas wolny szczególnie poświęcają na modlitwie, jak również odpoczywają biernie. Lubianym zajęciem jest oglądanie telewizji i spotkania towarzyskie. Słuchanie radia kobiety stawiają na kolejnym miejscu i chętniej czytają książki niż prasę.

Mężczyźni natomiast po zajęciach zorganizowanych chętnie odpoczywają biernie, uczestniczą w spotkaniach towarzyskich i słuchają radia. Mężczyźni rzadziej niż kobiety oglądają telewizję.

Poza regularnymi zajęciami popularne stają się także okazjonalne wycieczki jedno lub kilkudniowe oraz wyjazdy np. na grzyby i jagody. Popularnością cieszą się także okolicznościowe zabawy taneczne, pikniki i ogniska.

Domy pomocy społecznej są nie tylko miejscem zapewnienia opieki, ale także substytutem utraconego domu rodzinnego. Zasadniczą rolę odgrywa włączenie pensjonariuszy w życie społeczne placówki i zaangażowanie we współpracę na rzecz nowego środowiska. Powinny one zapewnić godziwą egzystencję każdemu, kto przekroczy ich próg. Ponadto zaspokajana jest w nich potrzeba aktywności mieszkańców w zakresie aktywności prostej (poprzez pracę, czynności samoobsługi) jak i twórczej. Dają one także możliwość samostanowienia oraz kontaktowania się ze środowiskiem zewnętrznym. Zapewniają komfort i wygodę jak i fachową opiekę.

Każda forma spędzania czasu wolnego jest dobra, o ile akceptuje ją podopieczny. Praca odpręża umysłowo, pozwala zapomnieć o goryczy noszonej na dnie serca. Instruktorzy terapii zajęciowej są gotowi organizować chętnym życie kulturalno-rekreacyjne.

## **Wnioski**

Na podstawie przeprowadzonych badań o tematyce procesu starzenia się sformułowano następujące wnioski.

1. Główne formy aktywności pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej to: czynności samoobsługowe (zabiegi higieniczne, pranie, sprząatanie); aktywność fizyczna (spacery, praca w ogródku); zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne; terapia zajęciowa; rekreacja (zabawy, ogniska, wieczorki, wycieczki); oraz odpoczynek bierny (oglądanie telewizji).



2. Mieszkańcy współorganizują życie w DPS, a prace wykonywane przez pensjonariuszy zapewniają im poczucie akceptacji.
3. Mężczyźni najchętniej z zajęć terapeutycznych wybierają zajęcia rehabilitacyjne, a kobiety tkactwo (gobeliny i krosna).
4. Ulubioną formą spędzania czasu wolnego przez kobiety jest oddawanie się modlitwie i odpoczynek bierny, gdy mężczyźni w tym czasie oddają się najczęściej odpoczynkowi biernemu.

## Bibliografia

1. Bajurna B. (2011), Różnorodność problemów występująca w starszym wieku. Pielęgniarstwo Polskie.
2. Bańka A. (2010), Bezrobocie. Poznań.
3. Bergier J. (2001), Praca, sport i wypoczynek osób niepełnosprawnych. Biała Podlaska.
4. Digs J. (2008), Activity theory of ageing [w:] Encyclopedia of Aging And Public Health, S. Loue, M. Sajatovic (red.), Springer, s. 79–81.
5. Filipek M., Królikowska-Waś K. Hierarchia potrzeb kobiet [http://mazowsze.hist.pl/29/Rocznik\\_Zyrardowski/656/2006/23582/](http://mazowsze.hist.pl/29/Rocznik_Zyrardowski/656/2006/23582/) 2014.07.09.23:12
6. Halicka M., Halicki J. (2002), Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych [w:] Polska starość, B. Synak (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
7. Kawczyńska-Butrym Z. (1999), Diagnoza pielęgniarstwa. Warszawa.
8. Klimek A. (2012), Terapia zajęciowa. Kraków.
9. Kozaczuk L. (1995), Terapia zajęciowa w DPS.
10. Malinowska I. M. Potrzeby osób starszych Poznań 2010 <http://www.memento-malinowska.pl/mgr.pdf> 2014.07.09.
11. Mały Rocznik Statystyczny Polski, Warszawa 2011, 114 - 131.
12. Piłkuła N. (2008), Radość chrześcijańska. Biblijno- teologiczne podstawy radości, Polonia Sacra R XII (XXX) nr 24/68, s. 272., s. 189–218
13. Szarota Z. (1998), Wielofunkcyjna działalność DPS (domów dla osób starszych), Kraków.
14. Tarkowski Z., Jurkiewicz E. (2001), Indywidualny Plan wsparcia mieszkańców DPS.
15. Tokaj A. (2000), U progu starości. Poznań, str. 106-107.
16. Wiśniewska-Roszkowska K. (1986), Nowe życie po sześćdziesiątce, IWZZ, Warszawa.
17. Wujek T. (2006), Wprowadzenie do andropedagogiki. Warszawa.
18. Zaorska Z. (2012), Dodać życia do lat. Lublin wyd. 3 zmienione.
19. Zgliczyński W. (2012), Aktywność społeczna osób starych w Polsce w ramach wolontariatu i uniwersytetów trzeciego wieku Studia BAS Nr 2(30), s. 129–150 [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/46378D8F3688BB9CC1257A37002A89CC/\\$file/BAS\\_30-7.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/46378D8F3688BB9CC1257A37002A89CC/$file/BAS_30-7.pdf) 2014.07.09

*Liczba znaków ze spacjami: 35 944*