



**Krzysztof Balon, Grażyna Rutkiewicz, Joanna Staręga-Piasek,
Katarzyna Stec, Izabela Szmaglińska, Mirosława Zielony**

Standard pracy socjalnej z osobą starszą



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Spis treści

1	Misja, cele i strategia pracy socjalnej z osobami starszymi.....	3
1.1	Misja i cele.....	3
1.2	Zalecana strategia działania	3
2.	Zakres pracy socjalnej z osobami starszymi.....	4
2.1.	Zakres podmiotowy	4
2.1.1.	Kategoryzacja grupy docelowej na potrzeby pracy socjalnej.....	4
2.1.2.	Kategorie związane z funkcjonalnym stanem zdrowia	4
2.1.3.	Kategorie społeczno-ekonomiczne.....	5
2.1.4.	Matryca profili klienta na potrzeby pracy socjalnej z osobami starszymi.....	6
2.2.	Zakres rzeczowy.....	7
2.2.1.	Specyfika postępowania z osobami starszymi.....	7
2.3.	Elementy składowe usługi praca socjalna z osobami starszymi/etapy postępowania pracownika socjalnego (realizatora usługi).....	9
2.3.1.	Etapy metodycznego postępowania w pracy socjalnej z osobą starszą.....	9
2.4	Ramy czasowe przeznaczone na wykonanie usługi: praca socjalna	15
Załączniki		22
1	Informacje o starości i procesie starzenia się	22
1.1.	Uwagi ogólne	22
1.2.	Stereotypowa sylwetka hipotetyczna osoby starszej	24
1.3.	Charakterystyka szczegółowa procesu starzenia.....	25
1.4	Opis pracy socjalnej z wybraną kategorią osoby starszej.....	26

1 Misja, cele i strategia pracy socjalnej z osobami starszymi

1.1 Misja i cele

Misja: wzmacnianie dobrostanu osoby starszej (jednostki), w tym: utrzymywanie, wspieranie i poszerzanie niezależności osobistej oraz aktywności poprzez wzmacnianie jej zdolności sprawczej; rozwiązywanie (lub pomoc w rozwiązywaniu) problemów w osobistych związkach z innymi osobami oraz szerszym otoczeniem.

Cel ogólny: synchronizacja indywidualnej sytuacji osoby starszej i jej potrzeb z otoczeniem.

Cele szczegółowe:

- Uzyskanie lub utwierdzenie akceptacji swojej osoby i swoich potrzeb.
- Akceptacja, pobudzenie lub podtrzymanie współdziałania z partnerami i otoczeniem we wzmacnianiu dobrostanu osoby starszej, w szczególności z:
 - członkami rodziny,
 - pracownikami socjalnymi,
 - personelem medycznym,
 - personelem opiekuńczym,
 - psychologami.

1.2 Zalecana strategia działania

Każda interwencja w stosunku do osoby starszej rozpoczyna się pracą socjalną realizowaną z jej immanentnymi zasadami i formami. Praca socjalna jest elementem towarzyszącym wszelkim innym formom pracy z osobą starszą, w szczególności zaś świadczeniu usług społecznych (por. szczegółowe cele pracy socjalnej).

Osoby starsze powinny być zachęcane do aktywnej współpracy i jednocześnie motywowane do realizacji strategii postępowania uzgodnionej z pracownikiem socjalnym. Pracownik socjalny w swym działaniu powinien pamiętać o przeciwdziałaniu uzależnienia się osoby starszej od pomocy w taki sposób, aby nie dopuścić do utrwalania się zależności od pomocy pracownika socjalnego. Bardzo ważne jest wzmacnianie mocnych stron osoby starszej, przywracanie bądź utrwalanie posiadanych zasobów, energii, kompetencji i takie ich umiejętnie podtrzymywanie/ odzyskiwanie by zapewnić osobie starszej kontrolę nad najbliższym otoczeniem i własnym światem. Wszystkie te działania powinny konsekwentnie budować i utrwalac inne spojrzenie na otaczającą rzeczywistość. Powinny pomóc w rozpoznawaniu i uświadamianiu swoich mocnych stron, budowaniu poczucia satysfakcji z posiadanego doświadczenia, pokazania zdolności i umiejętności, by w konsekwencji prowadzić do pozbycia się pasywności oraz budowania własnego pozytywnego wizerunku i poczucia bycia potrzebną i wartościową osobą.

Rekomendowanym modelem interwencji jest uzależnione od indywidualnej sytuacji osoby starszej oraz społecznego kontekstu jej funkcjonowania, połączenie elementów indywidualnej, grupowej i środowiskowej pracy socjalnej. Należy przy tym uwzględniać specyficzne cechy psychospołeczne grupy docelowej (por. załącznik 1).

2. Zakres pracy socjalnej z osobami starszymi

2.1. Zakres podmiotowy

2.1.1. Kategoryzacja grupy docelowej na potrzeby pracy socjalnej

Na potrzeby standardu pracy socjalnej z osobami starszymi zdefiniowano łącznie 243 profile klienta. Klasyfikacja ta opiera się na wyróżnieniu:

- 9 kategorii związanych z funkcjonalnym stanem zdrowia;
- 27 kategorii społeczno-ekonomicznych.

Wypada jednak zauważyć, że duża część populacji osób starszych charakteryzuje się różnymi rodzajami niepełnosprawności (zwłaszcza aparatu ruchowego, związanych z postrzeganiem zmysłowym, wywołanych chorobami somatycznymi, czy też związanych z zaburzeniami na tle nerwowym i psychicznym, takimi jak: gościec, cukrzyca, różne schorzenia o charakterze demencyjnym, SM, choroba Parkinsona, etc.). Z niepełnosprawności tych w oczywisty sposób wynikają konsekwencje również dla pracy socjalnej. W ramach standardu pracy socjalnej z osobami starszymi problematyka ta znajduje odbicie w kategoryzacji grupy docelowej związanej z funkcjonalnym stanem zdrowia.

2.1.2. Kategorie związane z funkcjonalnym stanem zdrowia

- **Kategoria 1:** klient może poruszać się swobodnie w domu i poza domem, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać.
- **Kategoria 2:** klient może poruszać się z trudnością poza domem, a swobodnie w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać.
- **Kategoria 2P:** klient może poruszać się z trudnością poza domem a swobodnie w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresję, obsesje uporczywe poczucie zagrożenia itp.).
- **Kategoria 3:** klient nie może poruszać się poza domem, ale może swobodnie poruszać się w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure.
- **Kategoria 3P:** klient nie może poruszać się poza domem, ale może swobodnie poruszać się w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (np. depresję, obsesje uporczywe poczucie zagrożenia itp.).
- **Kategoria 4:** klient może poruszać się z trudnością w domu, może z trudem sporządzać posiłki zimne, a także w ograniczonym zakresie zadbać o higienę osobistą, nie może sprzątać mieszkania.

- **Kategoria 4P:** klient może poruszać się z trudnością w domu, może z trudem sporządzać posiłki zimne, a także w ograniczonym zakresie zadbać o higienę osobistą, nie może sprzątać mieszkania; zarazem klient wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (np. depresje, obsesje uporczywe poczucie zagrożenia itp.).
- **Kategoria 5:** klient nie wstaje z łóżka.
- **Kategoria 5P:** klient nie wstaje z łóżka; zarazem wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (np. depresje, obsesje uporczywe poczucie zagrożenia itp.).

2.1.3. Kategorie społeczno-ekonomiczne

Wyróżnionych 27 kategorii społeczno-ekonomicznych opiera się na (1) kombinacji stopnia możliwości wspomaganie klienta przez osoby bliskie lub braku takiego wspomaganie, (2) kompetencji komunikacyjnych klienta oraz (3) sytuacji materialnej klienta, przy czym dla każdego z tych indyktorów przyjęto dla uproszczenia skalę trzystopniową.

Podstawowym indykatorem społeczno-ekonomicznym jest stopień możliwości wspomaganie klienta przez osoby bliskie lub brak takiego wspomaganie. Skala obejmuje trzy sytuacje (stopnie):

- **R** (sytuacja typu „rodzina”): klient zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobami bliskimi będącymi w stanie i wyrażającymi gotowość wspierania klienta;
- **B** (sytuacja typu „bliskość bliskich”): klient mieszka sam; w zadowalającej odległości zamieszkują jego bliscy będący w stanie i wyrażający gotowość wspierania klienta;
- **J** (sytuacja typu „jednoosobowo”): klient mieszka sam i nie może liczyć na wsparcie osób bliskich.

Kolejnym indykatorem są kompetencje komunikacyjne klienta. Kompetencje komunikacyjne obejmują następujące rodzaje aktywności:

- czytanie książek i prasy,
- oglądanie telewizji,
- słuchanie radia,
- korzystanie z komputera/Internetu,
- spotkanie się z przyjaciółmi/znajomymi,
- uczęszczanie do kina/teatru/klubu,
- udział w grupie samopomocowej/organizacji pozarządowej/aktywność wolontaryjna,
- samodzielne załatwianie spraw w urzędach/bankach.

Skala obejmuje trzy stopnie:

- stopień I:** klient jest aktywny na co najmniej pięć z wymienionych wyżej ośmiu sposobów.
- stopień II:** klient jest aktywny na co najmniej trzy z wymienionych wyżej ośmiu sposobów.
- stopień III:** klient jest aktywny na co najwyżej jeden z wymienionych wyżej ośmiu sposobów.

Trzecim, uzupełniającym indykatorem, charakteryzującym sytuację materialną, jest miesięczny dochód klienta (w sytuacji typu **R**: per capita) niezależnie od źródeł jego powstania. Skala obejmuje trzy możliwości:

- w** (dochód wysoki): wyższy od średniej płacy krajowej;

□ **s** (dochód średni): niższy od średniej płacy krajowej, ale wyższy od kryterium dochodowego udzielania świadczeń z pomocy społecznej;

□ **n** (dochód niski): niższy lub równy kryterium dochodowemu udzielania świadczeń z pomocy społecznej.

Przykładowo zaliczenie klienta do kategorii społeczno-ekonomicznej „B.II.w” oznacza, że klient:

- mieszka sam, jednakże w zadowalającej odległości zamieszkują jego bliscy będący w stanie i wyrażający gotowość wspierania klienta;
- jest aktywny na co najmniej trzy z następujących ośmiu sposobów: czytanie książek i prasy, oglądanie telewizji, słuchanie radia, korzystanie z komputera/internetu, spotykanie się z przyjaciółmi/znajomymi, uczęszczanie do kina/teatru/klubu, udział w grupie samopomocowej/organizacji pozarządowej/aktywność wolontaryjna, samodzielne załatwianie spraw w urzędach/bankach;
- dysponuje dochodem miesięcznym wyższym od średniej płacy krajowej.

2.1.4. Matryca profili klienta na potrzeby pracy socjalnej z osobami starszymi

Tabela 1. Profile klienta na potrzeby pracy socjalnej z osobami starszymi.

Kryteria społ.- ekonom.	FUNKCJONALNY STAN ZDROWIA								
	Klienci wymagający usług opiekuńczych								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P

J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P
---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------	------------

Przykładowy „odczyt” profilu klienta z matrycy.

Oznaczenie R.I.s.2P charakteryzuje klienta, który:

- zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobami bliskimi będącymi w stanie i wyrażającymi gotowość wspierania klienta;
- jest aktywny komunikacyjnie na co najmniej pięć z następujących ośmiu sposobów: czytanie książek i prasy, oglądanie telewizji, słuchanie radia, korzystanie z komputera/Internetu, spotykanie się z przyjaciółmi/znajomymi, uczęszczanie do kina/teatru/klubu, udział w grupie samopomocowej/organizacji pozarządowej/aktywność wolontaryjna, samodzielne załatwianie spraw w urzędach/bankach;
- dysponuje dochodem miesięcznym niższym od średniej płacy krajowej, ale wyższym od kryterium dochodowego udzielania świadczeń z pomocy społecznej;
- może poruszać się z trudnością poza domem a swobodnie w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać; zarazem wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresje, obsesje, uporczywe poczucie zagrożenia itp.) (w danym przypadku raczej schorzenia inne niż demencja ze względu na kompetencje komunikacyjne).

2.2. Zakres rzeczowy

2.2.1. Specyfika postępowania z osobami starszymi

Starość nie musi być barierą i problemem, a osoba starsza ciężarem dla najbliższych i otoczenia. Ze starością są związane pewne szczególne zachowania, skłonności i należy o tym pamiętać.

- Bariery:
 - problemy wynikające z barier ekonomicznych (brak stałych dochodów lub niskie świadczenia, dodatkowe wydatki związane ze stanem zdrowia i niepełnosprawnościami osoby starszej a nawet najbliższych członków jej rodziny w sposób istotny wpływają na możliwości pełnego zaspokojenia niezbędnych potrzeb osoby starszej, itp.);
 - problemy wynikające z barier fizycznych (architektoniczne, urbanistyczne, utrudniony dostęp do środków komunikacji i transportu, itp.);
 - problemy wynikające z barier psychicznych (zaburzona samoocena, wycofanie się, nieśmiałość, trudności radzenia sobie ze stresem, zaburzony kontakt i komunikacja, zaburzone relacje z otoczeniem, itp.);
 - problemy społeczne i kulturowe (stereotypowe postrzeganie osób starszych, izolacja społeczna, utrudniony dostęp do informacji rehabilitacji, leczenia, brak ofert kulturalnych i sportowych, różnice kulturowe i pokoleniowe, itp.);

- problemy wynikające z niepełnosprawności (im cięższa i bardziej złożona niepełnosprawność, tym więcej barier różnego rodzaju, a co za tym idzie większe trudności w ich pokonywaniu i utrwalanie się postaw eliminacyjnych, pasywnych – sprzężenie barier powoduje zmniejszenie lub nawet pozbawienie szans, itp.).

- Problemy które mogą się pojawić:

- problemy w pełnieniu ról społecznych;

- utrata wpływu na osobę starszą przez najbliższych;

- pogłębiająca się izolacja społeczna, ograniczenie kontaktów towarzyskich;

- niska motywacja osób starych (czasem też i członków ich rodzin), lęk przez stygmatyzacją społeczną prowadzący do apatii, postaw wycofania, autoizolacji;

- zaniedbania w stosunku do własnej osoby (niedbały ubiór i wygląd, nieprawidłowa higiena, itp.);

- odmowa przyjęcia pomocy i wsparcia;

- osoby starsze mogą obawiać się, że interwencja pracownika socjalnego będzie zagrożeniem dla ich niezależności;

- często osoby starsze mają problem z dotrzymaniem terminu oraz zrozumieniem w jakim celu muszą okazywać pracownikom socjalnym dokumenty.

Jednym ze skutecznych sposobów niwelowania problemów jest właściwe przygotowanie oraz ciągłe doskonalenie umiejętności i uzupełnianie wiedzy pracowników socjalnych – głównie poprzez uczestnictwo w specjalistycznych szkoleniach/ kursach/ warsztatach z zakresu pracy oraz budowania relacji z osobami starszymi.

Postępowanie z osobami starszymi

Przy budowaniu relacji pracownika socjalnego z osobą starszą i jego rodziną należy:

- skoncentrować się na obecnie występującym problemie/ problemach osoby starszej;
- pamiętać o prawie osoby starszej do właściwego i taktownego budowania wzajemnych relacji (prawo do „gorszych dni”, złego samopoczucia i nastroju - w takich przypadkach zawsze należy wykazać się cierpliwością, taktem lub ustalić kolejny termin spotkania);
- należy motywować osoby starsze do codziennej, systematycznej aktywności oraz regularnej dbałości o higienę i stan zdrowia (np. profilaktyka, wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, specjalistów, rehabilitantów, itp.);
- wykorzystywać zasady wsparcia interdyscyplinarnego (pomoc społeczna, instytucje kultury, edukacji, sportu, zdrowia, organizacje pozarządowe, wolontariat itp.);
- budowanie kompleksowego skutecznego systemu wsparcia;
- monitorowanie zasobów środowiska i proponowanie nowych form aktywizacji, wsparcia i pomocy;

- w bezpośrednim kontakcie z osobą starszą pracownik powinien utrzymywać stały kontakt wzrokowy (nie może być on uciążliwy);
- pamiętać o upewnieniu się, czy jest niezbędna pomoc w wykonaniu jakiejś czynności;
- pamiętać o tym, że osoba starsza ma prawo do prywatności i szacunku (zawsze zwracamy się w formie grzecznościowej Pani/Pan, nigdy po imieniu i protekcyjnie);
- pamiętać o możliwości wystąpienia zaburzeń zachowania lub czynności motorycznych związanych ze stanem zdrowia osoby starszej (nie reagujemy na niekontrolowane odruchy).

Obawy o przyszłość oraz zapewnienie właściwej opieki i bezpieczeństwa towarzyszą nie tylko osobie starszej ale także jej najbliższym. Niezbędne jest więc wsparcie emocjonalne nie tylko ze strony pracownika socjalnego, ale też innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji (grupy wsparcia, członkowie organizacji pozarządowych itp.). Niezwykle ważne są też kontakty z ludźmi młodymi, dziećmi, wnukami, prawnukami. Również posiadanie przyjaciół i znajomych w sposób istotny wpływa na lepszą kondycję psychofizyczną osób starszych.

2.3.Elementy składowe usługi praca socjalna z osobami starszymi/etapy postępowania pracownika socjalnego (realizatora usługi)

2.3.1.Etapy metodycznego postępowania w pracy socjalnej z osobą starszą¹

2.3.1.1.Ocena /diagnoza

Na ocenę/ diagnozę sytuacji związanej z problemem osoby starszej, składają się następujące działania pracownika socjalnego:

- Rozpoznanie sytuacji związanej z problemem osoby starszej:
 - przyporządkowanie klientowi określonego profilu;
 - zidentyfikowanie problemu (problemów), w rozwiązaniu których dopomóc ma praca socjalna oraz ustalenie ich priorytetowości;
 - zdefiniowanie zasobów własnych klienta, jego osób bliskich i otoczenia – istotnych dla rozwiązania problemu (problemów);
 - przeprowadzenie *Wywiadu – rozpoznanie sytuacji*;
- Pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem osoby starszej;
 - Pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem osoby starszej przy wykorzystaniu narzędzia obligatoryjnego dla tej grupy docelowej - *Wywiad z osobą starszą* i w razie potrzeby poprzez wykorzystanie narzędzia fakultatywnego - *Arkusze obserwacji kondycji psychofizycznej osoby starszej*

¹ W ramach opracowania „Narzędzia pracy socjalnej – wstęp” (powstałego w fazie modelu projektu 1.18, zadanie 2) uogólnione dla wszystkich kategorii klientów, zostały zasady prowadzenia pracy socjalnej na wszystkich etapach metodycznego postępowania przy wykorzystaniu odpowiednich narzędzi pracy socjalnej. Przy pracy z osobą starszą należy wziąć pod uwagę wskazówki dotyczące poszczególnych etapów, które zostały zawarte w wyżej wymienionym opracowaniu.

- Opracowanie diagnozy – na podstawie zebranych informacji, przy wykorzystaniu narzędzia obligatoryjnego ogólnego – *Diagnoza – ocena sytuacji*;

Pracownik socjalny na etapie oceny/ diagnozy, dokonuje zatem identyfikacji profilu klienta oraz, wychodząc ze związanych z danym profilem szczególnych jego cech i predyspozycji, dokonuje analizy jego specyficznej sytuacji. Pracownik socjalny wykorzystuje w tym celu kategoryzację opartą na kryteriach związanych z funkcjonalnym stanem zdrowia i kryteriach społeczno-ekonomicznych (por. wyżej: kategoryzacja grupy docelowej na potrzeby pracy socjalnej). Istotne jest przy tym możliwie precyzyjne „dopasowanie” jednego z 243 profili do faktycznej sytuacji klienta.

W zakresie kategorii związanych z funkcjonalnym stanem zdrowia bierze się w szczególności pod uwagę, czy i na ile klient może poruszać się swobodnie w domu i poza domem, czy też – przeciwnie – nie wstaje z łóżka, czy może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe, a także sprzątać mieszkanie, czy może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, czy może swobodnie pisać, oraz czy wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (np. depresje, obsesje uporczywe poczucie zagrożenia itp.).

Przy rozpatrywaniu kategorii społeczno-ekonomicznych istotne dla zakresu i metodologii pracy socjalnej są: stopień możliwości wspomagania klienta przez osoby bliskie lub brak takiego wspomagania, kompetencje komunikacyjne klienta oraz jego sytuacja materialna.

Przyjęta w ramach standardu kategoryzacja ułatwia pracownikowi socjalnemu zarówno zidentyfikowanie problemu/problemów, w rozwiązaniu których dopomóc ma praca socjalna oraz ustalenie ich priorytetowości, jak i zdefiniowanie zasobów własnych klienta i osób bliskich, względnie otoczenia, istotnych dla rozwiązania problemu/problemów. Należy jednak podkreślić, że kategoryzacja jest jedynie instrumentem diagnozy, która to w końcowym efekcie opiera się również na wiedzy, doświadczeniu i profesjonalnych umiejętnościach pracownika socjalnego.

Wszelkie czynności w ramach fazy diagnozy (z wyjątkiem czysto dokumentacyjnych) co do zasady odbywają się z udziałem klienta, względnie jego osób bliskich.

Narzędzia wykorzystywane na etapie oceny/ diagnozy to²:

- **Narzędzia obligatoryjne ogólne:** *Wywiad- rozpoznanie sytuacji* i *Diagnoza – ocena sytuacji*.
- **Narzędzie obligatoryjne specjalistyczne:** *Wywiad z osobą starszą*.
- **Narzędzie fakultatywne specjalistyczne:** *Arkusze obserwacji kondycji psychofizycznej osoby starszej*.

2.3.1.2 Wyznaczanie celów działania

W ramach wyznaczania celów działania, pracownik socjalny wraz z osobą starszą (ewentualnie z innymi interesariuszami):

- Definiują cele indywidualnej pracy socjalnej w określonym przedziale czasu oraz indykatory pomiaru zmiany;

² Patrz „Narzędzia pracy socjalnej”, które opracowane zostały w ramach fazy modelu projektu 1.18, zadanie 2.

- Określają szczegółowe i zindywidualizowane cele usług towarzyszących („indywidualny pakiet usług”), w tym ewentualnie usług o charakterze opiekuńczym.

Pracownik socjalny – w miarę możliwości przy aktywnym udziale klienta lub jego rodziny/otoczenia dokonuje zdefiniowania celu pracy socjalnej w określonym przedziale czasu i w odniesieniu do konkretnego klienta, biorąc pod uwagę cel ogólny (synchronizacja indywidualnej sytuacji osoby starszej z jej potrzebami i otoczeniem) oraz misję pracy socjalnej z osobami starszymi zdefiniowaną w ramach standardu (wzmacnianie dobrostanu osoby starszej, w tym utrzymywanie, wspieranie i poszerzanie niezależności osobistej oraz aktywności poprzez wzmacnianie jej zdolności sprawczej; rozwiązywanie, względnie pomoc w rozwiązywaniu problemów w osobistych związkach z innymi osobami oraz szerszym otoczeniem).

Narzędzie wykorzystywane na etapie wyznaczanie celów działania to³:

- **Narzędzie obligatoryjne ogólne:** *Umowa współpracy.*

2.3.1.3. Opracowanie planu działania i budowa indywidualnego pakietu usług

Ten etap pracy socjalnej polega na opracowaniu planu działania i indywidualnego pakietu usług, wraz z doбором metod/czynności dostosowanych do konkretnego przypadku klienta, w tym rekomendacje dotyczące wyboru metody lub metod pracy socjalnej: indywidualnej, grupowej, środowiskowej.

Stworzenie planu działania oraz dobór metod/czynności dostosowanych do konkretnego przypadku odbywają się przy współdziałaniu z klientem, względnie osobami mu bliskimi oraz ewentualnie innymi interesariuszami.

W ramach planu działania określone są co najmniej:

- rodzaje metod, działań, czynności oraz czas i rytm pracy przeznaczone na ich realizację oraz indykatory pomiaru zmiany (konkretne metody, działania i czynności w ramach usługi: praca socjalna zależą od indywidualnej sytuacji poszczególnego klienta w ramach zróżnicowanej grupy docelowej i w związku z tym nie podlegają uprzedniej standaryzacji);
- pakiet usług dostosowany do konkretnej sytuacji klienta (porównaj opracowanie „Pakiet usług dla osób starszych”);
- korzyści wynikające ze zmiany sytuacji klienta oraz prognoza przeszkód stojących na drodze do uzyskania zmiany;
- przybliżony łączny czas pracy realizatora usługi: praca socjalna, ustalany w indywidualnym porozumieniu pomiędzy realizatorem usługi a klientem, względnie jego bliskimi i innymi interesariuszami. Łączny czas pracy zależy zatem od indywidualnej sytuacji poszczególnego klienta (z wyjątkiem elementów o charakterze diagnostycznym, planistycznym i ewaluacyjnym, dla których ustalone są minimalne standardy czasu pracy)⁴.

³ Patrz „Narzędzia pracy socjalnej”, które opracowane zostały w ramach fazy modelu projektu 1.18, zadanie 2.

⁴ Dostatecznie długi okres stosowania standardu przez określoną instytucję/organizację może jednak pozwolić na posłużenie się przyporządkowaniem klienta do określonego profilu przy planowaniu łącznego czasu pracy związanego z realizacją usługi.

Przy opracowaniu planu działania oraz podczas budowy indywidualnego pakietu usług dla osoby starszej, bardzo istotne jest skoordynowanie działań pomiędzy działaniami i usługami realizowanymi w ramach usługi praca socjalna a pozostałymi usługami pomocy i integracji społecznej, w tym usługami opiekuńczymi, a także usługami ochrony zdrowia, edukacyjnymi etc. (por. „Pakiet usług dla osób starszych”), tak aby wsparcie osoby starszej miało charakter kompleksowy.

Stopień szczegółowości planu działania zależy od indywidualnej sytuacji klienta. Plan powinien obejmować jednak co najmniej określenie konkretnych zadań do wykonania w określonym czasie przez klienta, jego bliskich lub otoczenie. W razie potrzeby sporządzana jest również precyzyjna sekwencja czasowa poszczególnych działań i poddziałań oraz ustalane terminy kontrolne. Zadania te mogą również mieć charakter wspólny, tzn. ich realizacja odbywać się będzie z bezpośrednim udziałem pracownika socjalnego (towarzyszenie). Przykładowo: zakresy zadań dla osoby starszej mogą obejmować różne rodzaje aktywności ruchowej, intelektualnej, społecznej, w tym wolontarystycznej, kulturalnej, towarzyskiej, z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego, higienicznej, dbałości o wygląd zewnętrzny, podtrzymywania dobrego stanu zdrowia (dbałość o regularne konsultacje lekarskie oraz konsultacje z innymi specjalistami, przyjmowanie lekarstw, dietetyka, itp.), załatwianie spraw urzędowych. Komplementarnie określone są zakresy zadań dla osób bliskich (na przykład motywowanie do aktywności życiowej, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej i porządku w gospodarstwie domowym, przygotowywanie posiłków, wspólne spędzanie czasu wolnego, itp.), dla innych interesariuszy (pomoc sąsiedzka, grupy samopomocowe i wsparcia, itp.), a także dla pracownika socjalnego (organizowanie i koordynowanie systemu wsparcia, monitorowanie stanu psychicznego i fizycznego klienta, motywowanie klienta, działania interwencyjne w razie pogorszenia stanu zdrowia klienta, wspieranie rodziny i bliskich oraz podtrzymywanie dobrych relacji rodzinnych, itp.). Niezwykle istotne jest, aby pomoc i wsparcie pracownika socjalnego były dostosowane do możliwości i potrzeb klienta i oparte na działaniach interdyscyplinarnych.

Standardowym elementem planu działania jest pakiet usług dostosowany do konkretnej sytuacji klienta, do opracowania którego również należy włączyć osobę starszą, jej rodzinę i bliskich.

W ramach planu działania mogą znaleźć zastosowanie różne metody pracy socjalnej. Standard pracy socjalnej z osobami starszymi zakłada następujące przyporządkowania dotyczące metody pracy socjalnej:

- praca socjalna indywidualna: praca z osobą starszą;
- praca socjalna grupowa (grupa samopomocowa, edukacyjna, terapeutyczna, itp.);
- praca socjalna środowiskowa: praca z szerszym otoczeniem klienta (np. środowisko miejsca zamieszkania).

Ostatecznego i wiążącego wyboru metod(y) dokonuje realizator usługi (pracownik socjalny), kierując się posiadaną wiedzą i doświadczeniem zawodowym. W ramach standardu rekomendowane są:

- w przypadku profili typu R i B: praca indywidualna i grupowa oraz - uzupełniająco – środowiskowa;
- w przypadku profili typu J: praca indywidualna oraz uzupełniająco środowiskowa.

Narzędzia wykorzystywane na etapie opracowania planu działania i indywidualnego pakietu usług to⁵:

- **Narzędzie obligatoryjne ogólne** (dotyczy pracy socjalnej indywidualnej): *Umowa współpracy*.

2.3.1.4. Realizacja planu działania

Etap ten polega na realizacji konkretnych zaplanowanych działań, czynności i zadań w określonej w ramach planu działania, sekwencji czasowej w porozumieniu z klientem/osobami bliskimi i ewentualnie także z innymi stronami *Umowy współpracy*. Realizacja planu działania odbywa się przy ścisłym przestrzeganiu zasad pracy socjalnej z osobami starszymi (por. pkt 4). W szczególności etap ten charakteryzuje się partnerskim stosunkiem do klienta, który jest centralną postacią procesu. Ważnym zadaniem pracownika socjalnego jest przy tym stałe motywowanie osoby starszej do aktywnego udziału w procesie pracy socjalnej.

Przy realizacji planu działania należy zawsze pamiętać o konieczności zachowania podmiotowości osoby starszej i przestrzegania zasady optymalnego wykorzystania jej i jej najbliższego otoczenia zasobów i aktywności.

Narzędzie wykorzystywane na etapie realizacji planu działania to:

- **Narzędzie obligatoryjne ogólne:** *Karta pracy socjalnej*.

2.3.1.5. Systematyczna ewaluacja działań

W ramach pracy socjalnej z osobami starszymi szczególnie trudnym zadaniem jest zdefiniowanie indykatorów pomiaru zmiany. Wskazane jest definiowanie przez pracownika socjalnego indykatorów pomiaru zmiany (istotnych również w procesie ewaluacji, zob. niżej) indywidualnie dla każdego poszczególnego przypadku. Stawia to szczególnie wysokie wymagania profesjonalne przed pracownikami socjalnymi pracującymi z osobami starszymi. W trakcie realizacji planu działania w ustalonych w planie terminach kontrolnych oceniany jest stan realizacji zmiany przy pomocy indykatorów ustalonych wspólnie przez klienta względnie osoby bliskie i realizatora usługi.

W zaplanowanym terminie/zaplanowanych terminach dokonywana jest we współdziałaniu z klientem, względnie także innymi stronami *Umowy współpracy* lub też innymi specjalistami pracującymi z klientem (np. pielęgniarka środowiskowa, lekarz rodzinny, rehabilitant, terapeuta itp.), ocena rezultatów, oparta na uzgodnionych wskaźnikach. W ramach oceny rezultatów dyskutowane są prawdopodobne przyczyny osiągnięcia/nieosiągnięcia rezultatu lub osiągnięcia rezultatu w stopniu niższym od planowanego, jak np. nieodpowiedniość zaplanowanych działań, niespodziewane przeszkody, zmiana oceny priorytetowości problemu przez klienta.

Na tym etapie podjęta może zostać decyzja o powrocie do wcześniejszych etapów pracy socjalnej – w przypadku problemów w osiąganiu założonych celów, które mogą być związane z pojawieniem się nowych problemów klienta, niepełną lub niewłaściwą diagnozą problemów klienta, niewłaściwym określeniem celu, bądź nieadekwatnym doborom działań do ich osiągnięcia.

W wypadku pozytywnej oceny rezultatów podejmowana jest decyzja o:

⁵ Patrz „Narzędzia pracy socjalnej”, które opracowane zostały w ramach fazy modelu projektu 1.18, zadanie 2.

- kontynuowaniu pracy socjalnej w aktualnej formie (osiągnięto zamierzony rezultat, kontynuowanie pracy socjalnej w dotychczasowej formie może przyczynić się do jego utrwalenia);
- zakończeniu świadczenia pracy socjalnej (osiągnięto zamierzony rezultat, kontynuowanie pracy socjalnej w dotychczasowej formie nie stwarza prawdopodobieństwa dalszej poprawy dobrostanu);
- kontynuowaniu pracy socjalnej w innej formie (osiągnięto zamierzony rezultat, kontynuowanie pracy socjalnej w innej formie może przyczynić się do jego utrwalenia lub osiągnięcia poprawy dobrostanu w innej dziedzinie).

W wypadku negatywnej oceny rezultatów podejmowana jest decyzja o:

- zakończeniu świadczenia pracy socjalnej (nie osiągnięto zamierzonego rezultatu, kontynuowanie pracy socjalnej nie stwarza prawdopodobieństwa dalszej poprawy dobrostanu);
- kontynuowaniu pracy socjalnej w innej formie (nie osiągnięto zamierzonego rezultatu, jednak kontynuowanie pracy socjalnej w innej formie może przyczynić się do jego osiągnięcia).

Narzędzie wykorzystywane na etapie systematycznej ewaluacji działań to⁶:

- **Narzędzie obligatoryjne ogólne:** *Ocena realizacji Umowy współpracy.*

2.3.1.6. Ewaluacja końcowa

Z technicznego punktu widzenia pracownik socjalny stosuje tu – w zależności od specyfiki klienta, założonych celów i krótko- względnie długoterminowości zaplanowanych działań □ techniki ewaluacyjne dobrane zgodnie z posiadaną wiedzą profesjonalną i doświadczeniem zawodowym w ramach ewaluacji typu *ex post*.

W każdym wypadku pracownik socjalny prowadzi dokumentację ewaluacyjną. Dokumentacja powinna być prowadzona w formie pisemnej lub elektronicznej przyjętej w danej instytucji/organizacji⁷. Dokumentację powinna cechować przejrzystość i rzetelność. W dokumentacji powinny być zarejestrowane zaplanowane działania, stan ich realizacji, monitoring wyników postępów oraz inne wskazania i uwagi.

Raport ewaluacyjny powinien zawierać przy tym co najmniej następujące elementy:

- opis stanu wyjściowego (zastanego),
- opis stanu pożądanego,
- indykatory zmiany,
- opis zastosowanych metod,
- opis osiągniętych rezultatów,
- ocena osiągniętych rezultatów z punktu widzenia klienta oraz pracownika socjalnego (ewentualnie również innych interesariuszy).

Odbiorcami raportu są zarówno instytucja/organizacja realizująca usługę: praca socjalna, jak i klient, ewentualnie jego bliscy. Wnioski ewaluacji końcowej będą mogły zostać wykorzystane w

⁶ Patrz „Narzędzia pracy socjalnej”, które opracowane zostały w ramach fazy modelu projektu 1.18, zadanie 2.

⁷ W zależności od warunków, które zapewnia pracownikowi socjalnemu instytucja jego zatrudniająca.

przyszłości do przezwyciężania trudnych sytuacji w życiu klienta, zarówno przez niego samego, jak i w ramach ewentualnej dalszej pracy z osobą starszą.

Narzędzie wykorzystywane na etapie ewaluacji końcowej to⁸:

- **Narzędzie obligatoryjne ogólne:** *Ewaluacja końcowa.*

2.4 Ramy czasowe przeznaczone na wykonanie usługi: praca socjalna

Na czas pracy realizatora usługi praca socjalna składają się następujące działania bezpośrednie i pośrednie:

- bezpośrednie: praca socjalna w różnych formach i czynności towarzyszące takie jak informacja o prawach i uprawnieniach oraz interwencja kryzysowa;
- pośrednie pierwotne: planowanie i organizowanie pracy, dokumentacja;
- pośrednie wtórne: superwizja, poradnictwo specjalistyczne na rzecz realizatora usługi, kształcenie, doksztalcanie i samokształcanie.

Czas pracy realizatora usługi praca socjalna (normowany/nienormowany, przed południem/po południu) powinien być dostosowany do specyficznych wymogów grupy docelowej na danym terenie.

Przyjmuje się następujące łączne czasy pracy realizatora usługi: praca socjalna w zakresie działań bezpośrednich i pośrednich pierwotnych:

- na wykonanie czynności w ramach etapu „Diagnoza/ ocena”: minimum 180 minut;
- na wykonanie czynności w ramach etapu „Opracowanie planu działania i budowa indywidualnego pakietu usług” wraz z doбором metod/czynności dostosowanych do konkretnego przypadku, w tym rekomendacje dotyczące wyboru metody lub metod: praca socjalna indywidualna, grupowa, środowiskowa: minimum 120 minut;
- na wykonanie czynności w ramach etapu „Realizacja planu działania”: ustalany w porozumieniu pomiędzy realizatorem usługi praca socjalna a klientem względnie jego bliskimi;
- na wykonanie czynności w ramach etapu „Systematyczna ewaluacja działań”: ewaluacja i dokumentacja: uzależniony od konkretnego przypadku i związanej z tym niezbędnej intensywności działań ewaluacyjnych i dokumentacyjnych.
- Na wykonanie ewaluacji końcowej: minimum 180 minut.

Na działania pośrednie wtórne powinno być przeznaczonych dodatkowo co najmniej 15% czasu pracy przeznaczonego na pozostałe rodzaje działań.

W ramach standardu rekomendowane są następujące minimalne procentowe przedziały czasowe pracy socjalnej grupowej i środowiskowej w odniesieniu do zdefiniowanych profili klienta (zob. tabele 2-7 poniżej).

⁸ Patrz „Narzędzia pracy socjalnej”, które opracowane zostały w ramach fazy modelu projektu 1.18, zadanie 2.

Tabela 2. Udział czasowy pracy socjalnej grupowej w świadczeniu pracy socjalnej na poziomie minimum 10% (pola zaciemnione).

Kryteria społ.-ekonom.	Funkcjonalny stan zdrowia								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P
J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P

Tabela 3. Udział czasowy pracy socjalnej grupowej w świadczeniu pracy socjalnej na poziomie minimum 20% (pola zaciemnione).

Kryteria społ.-ekonom.	Funkcjonalny stan zdrowia								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P
J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P

Tabela 4. Udział czasowy pracy socjalnej grupowej w świadczeniu pracy socjalnej na poziomie minimum 30% (pola zaciemnione).

Kryteria społ.-ekonom.	Funkcjonalny stan zdrowia								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P
J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P

Tabela 5. Udział czasowy pracy socjalnej środowiskowej w świadczeniu pracy socjalnej na poziomie minimum 10% (pola zaciemnione).

Kryteria społ.- ekonom.	Funkcjonalny stan zdrowia								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P
J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P

Tabela 6. Udział czasowy pracy socjalnej środowiskowej w świadczeniu pracy socjalnej na poziomie minimum 20% (pola zaciemnione).

Kryteria społ.-ekonom.	Funkcjonalny stan zdrowia								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P
J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P

Tabela 7. Udział czasowy pracy socjalnej środowiskowej w świadczeniu pracy socjalnej na poziomie minimum 30% (pola zaciemnione).

Kryteria społ.- ekonom.	Funkcjonalny stan zdrowia								
	1	2	3	4	5	2P	3P	4P	5P
R.I.w	R.I.w.1	R.I.w.2	R.I.w.3	R.I.w.4	R.I.w.5	R.I.w.2P	R.I.w.3P	R.I.w.4P	R.I.w.5P
R.I.s	R.I.s.1	R.I.s.2	R.I.s.3	R.I.s.4	R.I.s.5	R.I.s.2P	R.I.s.3P	R.I.s.4P	R.I.s.5P
R.I.n	R.I.n.1	R.I.n.2	R.I.n.3	R.I.n.4	R.I.n.5	R.I.n.2P	R.I.n.3P	R.I.n.4P	R.I.n.5P
R.II.w	R.II.w.1	R.II.w.2	R.II.w.3	R.II.w.4	R.II.w.5	R.II.w.2P	R.II.w.3P	R.II.w.4P	R.II.w.5P
R.II.s	R.II.s.1	R.II.s.2	R.II.s.3	R.II.s.4	R.II.s.5	R.II.s.2P	R.II.s.3P	R.II.s.4P	R.II.s.5P
R.II.n	R.II.n.1	R.II.n.2	R.II.n.3	R.II.n.4	R.II.n.5	R.II.n.2P	R.II.n.3P	R.II.n.4P	R.II.n.5P
R.III.w	R.III.w.1	R.III.w.2	R.III.w.3	R.III.w.4	R.III.w.5	R.III.w.2P	R.III.w.3P	R.III.w.4P	R.III.w.5P
R.III.s	R.III.s.1	R.III.s.2	R.III.s.3	R.III.s.4	R.III.s.5	R.III.s.2P	R.III.s.3P	R.III.s.4P	R.III.s.5P
R.III.n	R.III.n.1	R.III.n.2	R.III.n.3	R.III.n.4	R.III.n.5	R.III.n.2P	R.III.n.3P	R.III.n.4P	R.III.n.5P
B.I.w	B.I.w.1	B.I.w.2	B.I.w.3	B.I.w.4	B.I.w.5	B.I.w.2P	B.I.w.3P	B.I.w.4P	B.I.w.5P
B.I.s	B.I.s.1	B.I.s.2	B.I.s.3	B.I.s.4	B.I.s.5	B.I.s.2P	B.I.s.3P	B.I.s.4P	B.I.s.5P
B.I.n	B.I.n.1	B.I.n.2	B.I.n.3	B.I.n.4	B.I.n.5	B.I.n.2P	B.I.n.3P	B.I.n.4P	B.I.n.5P
B.II.w	B.II.w.1	B.II.w.2	B.II.w.3	B.II.w.4	B.II.w.5	B.II.w.2P	B.II.w.3P	B.II.w.4P	B.II.w.5P
B.II.s	B.II.s.1	B.II.s.2	B.II.s.3	B.II.s.4	B.II.s.5	B.II.s.2P	B.II.s.3P	B.II.s.4P	B.II.s.5P
B.II.n	B.II.n.1	B.II.n.2	B.II.n.3	B.II.n.4	B.II.n.5	B.II.n.2P	B.II.n.3P	B.II.n.4P	B.II.n.5P
B.III.w	B.III.w.1	B.III.w.2	B.III.w.3	B.III.w.4	B.III.w.5	B.III.w.2P	B.III.w.3P	B.III.w.4P	B.III.w.5P
B.III.s	B.III.s.1	B.III.s.2	B.III.s.3	B.III.s.4	B.III.s.5	B.III.s.2P	B.III.s.3P	B.III.s.4P	B.III.s.5P
B.III.n	B.III.n.1	B.III.n.2	B.III.n.3	B.III.n.4	B.III.n.5	B.III.n.2P	B.III.n.3P	B.III.n.4P	B.III.n.5P
J.I.w	J.I.w.1	J.I.w.2	J.I.w.3	J.I.w.4	J.I.w.5	J.I.w.2P	J.I.w.3P	J.I.w.4P	J.I.w.5P
J.I.s	J.I.s.1	J.I.s.2	J.I.s.3	J.I.s.4	J.I.s.5	J.I.s.2P	J.I.s.3P	J.I.s.4P	J.I.s.5P
J.I.n	J.I.n.1	J.I.n.2	J.I.n.3	J.I.n.4	J.I.n.5	J.I.n.2P	J.I.n.3P	J.I.n.4P	J.I.n.5P
J.II.w	J.II.w.1	J.II.w.2	J.II.w.3	J.II.w.4	J.II.w.5	J.II.w.2P	J.II.w.3P	J.II.w.4P	J.II.w.5P
J.II.s	J.II.s.1	J.II.s.2	J.II.s.3	J.II.s.4	J.II.s.5	J.II.s.2P	J.II.s.3P	J.II.s.4P	J.II.s.5P
J.II.n	J.II.n.1	J.II.n.2	J.II.n.3	J.II.n.4	J.II.n.5	J.II.n.2P	J.II.n.3P	J.II.n.4P	J.II.n.5P
J.III.w	J.III.w.1	J.III.w.2	J.III.w.3	J.III.w.4	J.III.w.5	J.III.w.2P	J.III.w.3P	J.III.w.4P	J.III.w.5P
J.III.s	J.III.s.1	J.III.s.2	J.III.s.3	J.III.s.4	J.III.s.5	J.III.s.2P	J.III.s.3P	J.III.s.4P	J.III.s.5P
J.III.n	J.III.n.1	J.III.n.2	J.III.n.3	J.III.n.4	J.III.n.5	J.III.n.2P	J.III.n.3P	J.III.n.4P	J.III.n.5P

Załączniki

1 Informacje o starości i procesie starzenia się

1.1. Uwagi ogólne

W gerontologii, ze względu na jej genezę, operuje się pojęciami zarówno z dziedzin teoretycznych (psychologia, socjologia czy biologia), jak i praktycznych (medycyna, polityka społeczna itp.). Dużym balastem dla gerontologii i jej rozwoju jest nadmiar stereotypów upraszczających szereg złożonych zjawisk bądź wręcz deformujących rzeczywistość. Podstawowym, powszechnie przyjmowanym wskaźnikiem starzenia się jest wiek chronologiczny człowieka. Istnieje powszechna zgoda, że z upływem czasu następują zmiany aktywności biologicznej, społecznej i psychicznej człowieka. Wiek chronologiczny, nawet jak wynika z potocznych obserwacji, nie jest jednak precyzyjnym wskaźnikiem funkcjonowania człowieka w społeczeństwie. Obserwuje się jednak wręcz nadużywanie tego wskaźnika, ponieważ jest łatwy do obserwacji, łatwo podlegający wszelkim manipulacjom statystyczno-rachunkowym, w związku z tym łatwy do używania w praktyce społecznej i teoriach ludnościowych, we wszystkich sformułowaniach prawnych i w polityce społecznej (stosowanej) – zwłaszcza w polityce zatrudnienia i w zabezpieczeniu społecznym. Ta uniwersalność wieku jako wskaźnika, a ilości skończonych lat jako miary, powoduje, że pojęcie wieku jest silnie zinternalizowane w świadomości społecznej. Powoduje ten stan rzeczy szereg negatywnych skutków zarówno w życiu społecznym i życiu jednostek, jak i w gerontologii.

Sama znajomość wieku nie pozwala na jednoznacznie określenie cech biologicznych, psychicznych i społecznych człowieka. Pojęcie starości chronologicznej jest pojęciem kulturowym i historycznym. Sto lat temu człowiek czterdziestoletni był w naszym kręgu kulturowym uważany za starego, dziś, w zależności od środowiska, uważa się za takiego sześćdziesięciolatka czy osiemdziesięciolatka. Płyne stąd praktyczna dyrektywa poszukiwania takich wskaźników starzenia i starości, które byłyby bardziej operatywne dla polityki społecznej i innych dyscyplin społecznych. Analiza cech psychospołecznych jednostki, przy założeniu, że czas dla każdego płynie inaczej i inne dlań przynosi skutki, może prowadzić do nowych ujęć systemu polityki społecznej i wskazywać adekwatne do potrzeb formy jej działań, a tym samym przyczynić się do rozwoju teorii w gerontologii.

Problemem badawczym staje się dobór i sprawdzenie wskaźników starzenia i starości psychospołecznej, a co za tym idzie, sformułowanie odpowiedniej definicji operacyjnej, odpowiadającej dotychczas obserwowanym faktom. Przyjmijmy jedynie, że do występowania interesujących nas aspektów psychospołecznych starzenia się i starości niezbędne jest uwzględnienie procesów biologicznych. Bliżej ich nie definiując, przyjmujemy je za punkt wyjścia do dalszych rozważań. Rozwój biologiczny można przedstawić w znacznym uproszczeniu poprzez określenie faz ontogenezy człowieka:

1. niemowlęstwo i wczesne dzieciństwo,
2. późne dzieciństwo do okresu pokwitania,
3. okres prokreacyjny – faza dojrzałości,
4. okres przekwitania,
5. faza starości.

Pomińmy dwie pierwsze fazy ontogenezy: niemowlęstwo i późne dzieciństwo, natomiast o dwóch

dalszych fazach: okresach prokreacyjnym i przekwitania □ wypada tu pisać łącznie, ponieważ jedynie w aspekcie biologicznym są one ściśle rozdzielne. Z ekonomicznego punktu widzenia człowiek w fazach dojrzałości lub przekwitania osiąga maksimum produktywności, a następnie okres poprodukcyjny. Głównymi, powszechnie akceptowanymi aspektami społeczno-ekonomicznymi bytu staje się praca zawodowa, by w fazie przekwitania ograniczyć się do pracy zawodowej, pracy zawodowej z ograniczeniami lub samodzielnego utrzymania z odroczonej dochodów z pracy w postaci renty lub emerytury. Dokąd człowiek pracuje, traktowany jest jako przynoszący społeczeństwu dochód. Podobnie bywa traktowany, wychowując dzieci. Choć role społeczne pracownika lub rodzica dominują w fazie dojrzałości, istnieje obok szeregu innych, akceptowanych ról, które alternatywnie można pełnić w tym okresie. Człowiek jest akceptowany, gdy akceptowane są role, które pełni, jako społecznie niezbędne lub przydatne.

W fazie dojrzałości wiele ról pełnionych ulega ograniczeniom odnośnie do zakresu, zarówno w aspekcie jakościowym (np. innych starań wymaga rola rodzica), jak i ilościowym (np. pełnienie roli rodzica nie jest tak czasochłonne jak wcześniej i w mniejszym stopniu wypełnia czas). Podejmowane są role charakterystyczne dla kulturowego rozumienia starości (np. rola wdowy, wdowca, babci, dziadka itp.). W okresie dojrzałości pozycja społeczna osiąga maksimum □ następnie, szybciej lub wolniej, spada. W okresie przekwitania zaś następuje stopniowa rezygnacja z podejmowania realizacji potencjalnych szans, ograniczenie substytucji w przypadku braku możliwości realizacji podjętych działań. Pojęcie starości zostaje zinternalizowane, choć populacja „starych” nie musi stanowić grupy odniesienia: „starzy” i „starość” przesuwają się „przed”, wprowadzając nieco wolniej niż płynie czas, ale moment „zrównania” jest odraczany możliwie długo, zależnie od faktów i adaptacyjnych procesów osobowości.

Wreszcie w ontogenetycznej fazie starości człowiek jest nieproduktywny □ akceptuje się to, że nie pracuje lub jest utrzymywany, koszty społeczne mają charakter nieproduktywny, dominującą rolą społeczną jest rola podopiecznego, pozycja społeczna niska, przeważa w postawach rezygnacja, niemożność i niechęć, a w aspekcie psychospołecznym □ poczucie odrzucenia, które oparte jest często na realistycznych ocenach. Jest jednak sprawą dyskusyjną, czy taki obraz, który można by określić jako pełną, wieloaspektową starość, musi być ostatnią fazą ontogenezy. Jeżeli pominąć aspekt czysto biologiczny, można zauważyć, że pozycja, jaka wiąże się z rolą podopiecznego zależy w coraz większym stopniu od konwencji. Postawy wobec kulturowego rytuału degradacji, opartego na kryteriach biologicznych i chronologicznych, mogą być zróżnicowane. Taki □ powszechnie akceptowany rytuał □ może być w kategoriach indywidualnych uznany za słuszny lub zwyczajny i w rezultacie internalizowany, co wiąże się z biernością. Może być uznawany jedynie za silniejszy, a zatem wymagający poddania się, lecz bez akceptacji; prowadzi to do frustracji. Wreszcie rytuał taki może być uważany za niesłuszny i słaby: wiąże się to z odrzuceniem własnej starości. Wynika stąd, że nie ma takiej samej dla wszystkich starości rozpatrywanej w kategoriach indywidualnych. Nasuwa się przypuszczenie, że proces starzenia przebiega najdobitniej w zakresie czynników, które były w ontogenezie najsilniejszymi czynnikami rozwoju osobowości. A więc, ujmując rzecz w kategoriach psychospołecznych, najwyraźniej widać starość (regres, zanik) w zakresie, który dominował w rozmaitych sferach aktywności człowieka. Takie ujęcie ma charakter teoretyczny i tłumaczy np. obserwowane fakty późniejszego starzenia ludzi aktywnych zawodowo, rozwijających się w dziedzinach niewymagających skrajnego wykorzystywania potencjalnych możliwości, w których doświadczenie może zastępować predyspozycje intelektualne lub ruchowe, a wczesne starzenie społeczne i psychiczne w przypadkach przeciwnych, np. sportowców, lotników itp. Łatwo zeń ponadto wyprowadzić dyrektywy postępowania zapobiegającego starzeniu psychospołecznemu □ zalecenie wszechstronnej aktywności w różnych sferach psychiki i różnych dziedzinach społeczeństwa.

Proces poszukiwania wskaźników starości psychospołecznej, rozumianej jako etap dominacji procesów starzenia w życiu człowieka, czyli taki, w którym procesy psychiczne, objawiające się rezygnacją i poczuciem braku szans, oraz społeczne, polegające na odrzuceniu zgodnie z istniejącym rytuałem kulturowym, oddziałują

synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości przeciwdziałania tym procesom bez możliwości substytucji i bez obiektywnych szans na powrót do stanu poprzedniego - wymaga przyjęcia hipotez w dwóch sferach.

Pewne populacje są w większej mierze narażone na starość psychospołeczną niż inne, lub że starzeją się w odmiennych rytmach. I tak można przyjąć, że prędzej zestarzeją się populacje osób starszych chronologicznie niż osób młodszych, osób o niskim poziomie wykształcenia niż o wysokim, osób samotnych niż posiadających rodzinę, a ze względu na płeć i związane z nią role, starzenie psychospołeczne mężczyzn i kobiet powinno mieć odmienne przebiegi.

1.2. Stereotypowa sylwetka hipotetyczna osoby starszej

Najogólniej rzecz biorąc, ów hipotetyczny człowiek „zupełnie stary” powinien czuć się źle, bowiem na starość zmniejsza się poczucie bezpieczeństwa i pogarsza się stan zdrowia. Nie powinno hipotetycznemu człowiekowi „zupełnie staremu” na niczym specjalnie zależeć. Nie musi się spieszyć, nie jest zadowolony ze sposobu spędzania przez siebie wolnego czasu. Ma swoją ulubioną gazetę lub czasopismo. Nie robi zakupów niezaplanych wcześniej. Nie chce dokonywać ważniejszych zmian w swoim życiu. Nie lubi towarzystwa rówieśników, a w każdym razie woli kontakty z młodszymi od siebie. Jest rzadko odwiedzany przez znajomych. Chciałby widywać się częściej z najbliższymi albo odczuwa ich brak. Uważa, że w zadowalającej odległości od swego miejsca zamieszkania nie ma krewnych, przyjaciół, lecz rzadko zaprasza znajomych czy krewnych do siebie, bo przygotowanie wizyty wymaga odeń zwiększonej aktywności, na którą trudno się zdobyć. Odczuwa jednak brak kontaktów towarzyskich i zainteresowania sobą. Nie pożycza ludziom pieniędzy i sam nie ma nikogo, od kogo mógłby ich pożyczyć w razie potrzeby. Szuka pociechy w wierze i kościele. Nie robi nic pożytecznego dla innych. Rzadko wyjeżdża poza swoje miejsce zamieszkania. Otrzymuje pomoc materialną. Nie lubi ludzi przedsiębiorczych. Nie lubi też poznawać nowych ludzi. Często nie może robić tego, na co miałby ochotę. Skarży się na poważne trudności życiowe i uważa, że są one niemożliwe do pokonania. Odczuwa obawę przed złodziejami, boi się, że zostanie okradziony. Myśli o sobie: „jestem do niczego”. Nie ma wyrobionego zdania w sprawach publicznych. Gdyby zaproponowano mu darmową, atrakcyjną wycieczkę zagraniczną, odniósłby się do tej propozycji z nieufnością i odmówiłby. Nie chciałby mieć lepszego niż dotąd mieszkania, ale chciałby mieć w swoim mieszkaniu większy ład. Czas mu się dłuży, ale niechętnie wychodzi z domu. Często zdarza się mu siedzieć beczynnie przez dłuższy czas i nic nie robić. Nie ma planów na przyszłość. Uważa, że nie ma wrogów, ale jednocześnie ma się na baczności przed innymi i obawia się, że zostanie wykorzystany. Niespodziewany dzwonek do drzwi, nawet w biały dzień, budzi jego obawę i niepokój. Często jest w złym nastroju, czuje się bezradny i osamotniony. Nie jest zadowolony z życia. Chciałby, aby ktoś pomógł mu zorganizować wolny czas. Nie lubi samotności. Niepokoi się stanem swego zdrowia i wszelkimi symptomami choroby. Sprawiają mu trudność samoobsługa i czynności takie jak: obcinanie paznokci u nóg, zdejmowanie i wkładanie obuwia, co wiąże się ze zmniejszoną elastycznością kręgosłupa i zawrotami głowy. Obawia się dużych szybkości uważając, że są niebezpieczne. Musi stosować dietę i zażywać stałe leki. Chciałby mieć lepszą niż dotychczas opiekę lekarską i pielęgnarską. Ma jakieś trwałe uszkodzenia ciała, cierpi na przewlekłą chorobę. Źle widzi. Źle słyszy. Nisko ocenia swoje zdrowie. Nie ma nikogo, kto zrobiłby mu zakupy w razie choroby. Często, ze względu na stan zdrowia, musi rezygnować z czegoś, co lubi. Sprawy płci nie mają dlań znaczenia. Uważa, że jego życie jest gorsze od życia większości ludzi. Lubi siebie. Nie przypuszcza, aby miał w życiu dużo do zrobienia. Często jest sam. Często rozmyśla o przykrych sprawach. Nie uważa się za marzyciela. Z przyjemnością wraca do wspomnień swego dzieciństwa. Uważa się za patriotę. Ceni ludzi pracowitych. Uważa, że nie poradziłby sobie z obsługą pralki automatycznej. Uważa, że dobrze gospodaruje pieniędzmi. Nie widzi możliwości podniesienia swoich dochodów. Odczuwa silnie potrzeby, które mógłby zaspokoić mając więcej pieniędzy. Nie ma możliwości zrobienia od czasu do czasu wydatku ekstrą, na zakup czegoś, co nie jest konieczne, a sprawia im dużą przyjemność. Nie uważa, aby miał w przyszłości

wystarczające dochody na zaspokojenie swoich potrzeb. Sądzi, że jego dochody są niższe niż rówieśników i że w sprawach materialnych może liczyć tylko na siebie, nie oczekując od nikogo pomocy. Młodych ludzi uważa za rozrzutnych. Nie zgadza się z poglądem, że życie starszych ludzi nie powinno się różnić specjalnie od tego, jakim było wcześniej. Uważa ludzi starych za bardziej moralnych niż młodzież. Ceni samodzielność. Nikomu w niczym nie pomaga. Nie odczuwa, aby był komuś niezbędny. Uważa, że inni go nie cenią. Nie oczekuje niczego przyjemnego w przyszłości. Uważa, że starym należy się szacunek młodych. Nie zgadza się z poglądem, że życie na świecie staje się coraz ciekawsze. Musi liczyć tylko na siebie.

Ten wieloaspektowy, szczegółowy, świadomie sformułowany eklektyczny, pesymistyczny obraz, nie powinien wystąpić w rzeczywistości, choćby dlatego, że nikt najprawdopodobniej nie jest starym psychicznie i społecznie we wszystkich aspektach i w istocie nie trzeba spełnić tych wszystkich warunków, by zostać uznanym za starego w myśl przyjętej wyżej roboczej definicji starości.

1.3. Charakterystyka szczegółowa procesu starzenia

W miarę starzenia postępuje **kostnienie systemu wartości**. Akceptowane wartości są coraz mniej funkcjonalne. Są uznawane głównie dlatego, że zostały kiedyś zinternalizowane, i coraz częściej są nieadekwatne do obiektywnych potrzeb człowieka. Z ograniczeniem ich funkcjonalności wiąże się również postępujące ze starzeniem przesuwanie się wartości ze sfery realizacji do sfery świadomości. W związku z nasileniem zaburzeń homeostazy występuje **zmniejszające się przystosowanie do środowiska biologicznego, społecznego**. Wyrazem tego będzie narastająca apoteoza przeszłości, jako czasu, który rodził mniej, a już nie rodzi wcale konfliktów, powodujących przykre stany frustracji. Z kostnieniem systemu wartości wiąże się **uszywnienie mechanizmu kształtowania postaw**. Postawy nie będą elastyczne, podążające za zmieniającymi się układami bodźców płynących z otoczenia, będą charakteryzować się stałym stosunkiem do różnych przedmiotów. Ze wzrastającym zagrożeniem obiektywnym postępować będzie zmniejszające się poczucie zabezpieczenia w sferach fizycznej i psychicznej: niepokój i lęki. Obiektywne procesy biologiczne oraz zmniejszające się szanse obiektywne i subiektywne będą prowadzić do **spadku aktywności w wymiarze fizycznym**. Te same czynniki wpłyną ograniczająco na aktywność społeczną i psychiczną, a zatem zmniejszy się również otwartość na sprawy innych i świata, a wszelkie zamierzenia dotyczące przyszłości ograniczą się jedynie do spraw elementarnych i najbliższych. Zaburzenia homeostazy (rozumianej szeroko, w aspektach biologicznym, psychicznym i społecznym) spowolnią w końcowym okresie starzenia trudne procesy adaptacyjne, by wreszcie je uniemożliwić. W związku z tym spadnie dezintegracja pozytywna osobowości, czyli skłonność do rozwoju osobowości poprzez serie konfliktów wewnętrznych (nieprowadzących jednak do dezintegracji negatywnej □ źródła chorób psychicznych). W miarę starzenia coraz trudniej będzie zaspokoić potrzeby własnej wartości i uznania □ wiąże się to zarówno ze spadkiem aktywności, trudnościami przystosowania, skostnieniem systemu wartości, jak i z ograniczeniem kontaktów społecznych. Z tego ostatniego ograniczenia może wynikać również subiektywizm i nieadekwatność oceny własnej pozycji w systemie społecznym. *Ex definitione*, w miarę starzenia psychospołecznego, wzrośnie internalizacja kulturowego rytuału starości. Z elementami starzenia psychicznego i społecznego będą korelować elementy starzenia biologicznego, objawiające się zaburzeniami zdrowia i niską jego samooceną.

1.4 Opis pracy socjalnej z wybraną kategorią osoby starszej

Przykładowe działanie podejmowane przez pracownika socjalnego w pracy z osobą starszą

Opis przypadku:

Pan Feliks ma 74 lata. Od 3 lat jest wdowcem. Zamieszkuje i prowadzi gospodarstwo domowe wspólnie z córką oraz jej mężem i ich dwojgiem dorosłych, studiujących dzieci. Córka i jej rodzina na co dzień opiekują się panem Feliksem i wyrażają chęć dalszego wspierania i opieki.

Pan Feliks jako emerytowany nauczyciel dużo czyta (książki, prasa). Dużo czasu spędza przed telewizorem, szczególnie interesując się programami popularnonaukowymi dotyczącymi historii Polski i Europy a także życiem zwierząt. Wieczorami chętnie słucha radia. Dzięki dobremu kontaktowi z wnukami pan Feliks w stopniu podstawowym opanował zasady korzystania z komputera i internetu. Regularnie spotyka się ze znajomymi - również emerytowanymi nauczycielami wspólnie wybierając się do kina, teatru i na spacer do parku. Jest zaangażowany w pomoc niepełnosprawnej samotnej emerytce z sąsiedztwa (głównie pomoc ta polega na odwiedzinach i wspólnym czytaniu). Samodzielnie załatwia sprawy urzędowe.

Emerytura Pana Feliksa jest niższa od średniej płacy w kraju, ale znacznie przekracza kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej.

Pan Feliks swobodnie porusza się po domu, ale od niedawna ma trudności związane z wychodzeniem poza dom. Nieźle radzi sobie ze sporządzaniem posiłków i utrzymaniem higieny osobistej oraz czystości wokół. Od kilku miesięcy skarży się jednak na uporczywe poczucie zagrożenia, zapomina o umówionych wcześniej terminach, nie pamięta gdzie pozostawił drobne przedmioty. Często czuje się samotny i niepotrzebny, podejrzewa najbliższych o drobne złośliwości i niechęć do jego osoby, co skutkuje coraz bardziej dokuczliwymi i głośnymi nieporozumieniami z domownikami. Pan Feliks nie widzi potrzeby konsultacji z lekarzem. Znajomym skarży się na „niewdzięczność” córki i jej rodziny oraz na brak opieki i zainteresowania z ich strony. Pan Feliks od miesiąca nie spotyka się już z przyjaciółmi. Całkowicie też zapomniał o emerytce, którą do niedawna jeszcze systematycznie wspierał.

Do pracownika socjalnego dociera sygnał od sąsiadów o głośnych kłótniach w rodzinie Pana Feliksa i jego skargach dotyczących braku opieki ze strony rodziny. Sam Pan Feliks nie był widziany przez sąsiadów w czasie ostatnich kilkunastu dni.

Sekwencja działań pomocowych w ramach pracy socjalnej⁹:

uwaga: na każdym z etapów metodycznego postępowania pracownik socjalny powinien pamiętać o podmiotowości klienta, skutecznie zachęcać go do aktywnego udziału w opracowywaniu diagnozy, planu działania oraz realizacji założonych celów.

⁹ Zakres współpracy pracownika socjalnego z klientem/ osobą starszą na każdym etapie postępowania metodycznego, uogólniony dla wszystkich kategorii klientów opisany został w opracowaniu *Narzędzia pracy socjalnej*

Etapy metodycznego postępowania pracy socjalnej:

I. Ocena/diagnoza;

uwaga: w okresie diagnozy zbierane są szczegółowe informacje o sytuacji rodzinnej, genezie problemów i dotychczasowych próbach ich rozwiązywania, stanie osobowym rodziny i osobach mogących udzielić pomocy i wsparcia w środowisku. Informacje pozyskiwane są z użyciem powszechnie stosowanych metod i narzędzi badawczych (analiza dokumentacji, wywiad, obserwacja, badania specjalistyczne). Okres diagnostyczny obejmuje do 14 dni i kończy się diagnozą sytuacji rodzinnej, w oparciu o którą budowany jest indywidualny plan pracy socjalnej osoby/rodziny;

Przyporządkowanie klientowi określonego profilu z zawartej w „standardzie” matrycy, traktowanego jako podstawa realizacji planu pracy socjalnej.

W tym przypadku sytuacja klienta odpowiada oznaczeniu: **R.I.s.2P**

Ten profil charakteryzuje klienta, który:

- zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobami bliskimi będącymi w stanie i wyrażającymi gotowość wspierania klienta;
- jest aktywny komunikacyjnie na co najmniej pięć z następujących ośmiu sposobów: czytanie książek i prasy, oglądanie telewizji, słuchanie radia, korzystanie z komputera/Internetu, spotykanie się z przyjaciółmi/znajomymi, uczęszczanie do kina/teatru/klubu, udział w grupie samopomocowej/organizacji pozarządowej/aktywność wolontaryjna, samodzielne załatwianie spraw w urzędach/bankach;
- dysponuje dochodem miesięcznym niższym od średniej płacy krajowej, ale wyższym od kryterium dochodowego udzielania świadczeń z pomocy społecznej;
- może poruszać się z trudnością poza domem a swobodnie w domu, może samodzielnie sporządzać posiłki zimne i ciepłe a także sprzątać mieszkanie, może samodzielnie zadbać o higienę osobistą łącznie z manicure i pedicure, może swobodnie pisać; zarazem wykazuje objawy demencji i/lub dolegliwości o podłożu psychicznym (jak depresje, obsesje, uporczywe poczucie zagrożenia itp.) (w danym przypadku raczej schorzenia inne niż demencja ze względu na kompetencje komunikacyjne).

Przygotowanie analizy SWOT sytuacji osoby starszej wymagającej pomocy.

Analiza SWOT pana Feliksa oparta o wykonaną diagnozę:

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none">• względna samodzielność;• stabilizacja finansowa klienta i jego rodziny (systematyczny dochód);• aktywność;• otwartość na kontakty;• pielęgnowanie pasji i zainteresowań;• chęć nawiązywania i utrzymywania kontaktów;• dzielenia się wiedzą i doświadczeniem (potencjał umysłowy);• dysponowanie wolnym czasem;	<ul style="list-style-type: none">• brak konsultacji lekarskich pogarszającego się stanu zdrowia p. Feliksa;• pogarszająca się, napięta atmosfera pomiędzy członkami rodziny;• poczucie osamotnienia i zagrożenia przez p. Feliksa;• utrata poczucia bezpieczeństwa;• zanikanie prawidłowych więzi rodzinnych;• pogłębiająca się izolacja rodzinna i społeczna w wyniku której pogłębiają się skutki wykluczenia

<ul style="list-style-type: none"> • prawidłowe więzi sąsiedzkie; 	społecznego;
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> • deklaracja rodziny chęci pomocy i wsparcia oraz rozwiązywania problemów p. Feliksa; • deklaracja rodziny współpracy z pracownikiem socjalnym; • wysoka świadomość społeczności lokalnej dotycząca sprawowania prawidłowej opieki nad osobą starszą; • otwartość najbliższej rodziny klienta i gotowość na zmiany; • zaangażowanie kadry pomocy społecznej (profesjonalizm, doświadczenie, znajomość środowiska); • istniejąca, dostępna sieć wsparcia środowiskowego i instytucjonalnego; • dotychczasowe aktywne spędzanie wolnego czasu. 	<ul style="list-style-type: none"> • brak dostępności do lekarzy specjalistów (gerontologów); • niska świadomość społeczna rodziny i społeczności lokalnej dotycząca problemów starości; • funkcjonowanie negatywnych stereotypów dotyczących starości, dyskryminacja wiekowa (społeczność lokalna -sąsiedzi); • niechęć klienta do zmian; • obserwowana od niedawna wyraźna niechęć klienta do wszelkiej aktywności; • niepokojące zmiany w zachowaniu klienta; • nieporozumienia rodzinne.

Zdiagnozowane problemy p. Feliksa:

- brak konsultacji lekarskich pogarszającego się stanu zdrowia Pana Feliksa;
- pogarszająca się, napięta atmosfera pomiędzy członkami rodziny;
- poczucie osamotnienia p. Feliksa;
- zanikanie więzi rodzinnych.

II. Wyznaczenie celów działania;

Zdefiniowanie celów (główne/szczegółowe) planu pracy socjalnej

Dwuetapowe cele pracy socjalnej:

- faza 1: poprawa stanu zdrowia;
- faza 2: wzmacnianie oparcia społecznego, a przede wszystkim poprawa więzi i relacji rodzinnych.

III. Opracowanie planu działania i budowa indywidualnego pakietu usług;

Zaplanowanie planu działań w głównej mierze opartego na zasadzie pomocniczości. Opracowanie i podpisanie Umowy współpracy z osobą/rodziną obejmującego zakres, formę i czas realizacji wzajemnych zobowiązań.

uwaga: dla każdej osoby/rodziny pracownik socjalny wraz z klientem powinien skonstruować plan działania (indywidualny plan pracy socjalnej) dostosowany do aktualnej, indywidualnej sytuacji, występujących problemów, potencjału/zasobów i ograniczeń rodziny oraz możliwości pomocowych otoczenia lub środowiska lokalnego (analiza SWOT). Główne założenia zawarte w planie działania umożliwiają pracownikowi socjalnemu opracowanie

sekwencji działań pomocowych. Budowanie planu działania powinno kończyć się podpisaniem Umowy współpracy z osobą/rodziną obejmującej zakres, formę i czas realizacji wzajemnych zobowiązań. Umowa współpracy sporządzana jest indywidualnie dla każdej osoby/rodziny i obowiązuje na ściśle określony okres czasu (etap pomocy), po upływie którego następuje sprawozdanie z jego realizacji.

Plan działania w swojej ofercie zawiera te wszystkie działania, które mają wspomóc osobę/rodzinę przy wychodzeniu z sytuacji problemowej. Jest to plan elastyczny, który dostosowywany jest do bieżących potrzeb osób starszych, ich rodzin i uwzględnia szeroko pojętą współpracę z instytucjami, stowarzyszeniami i osobami świadczącymi specjalistyczną pomoc w zakresie wsparcia seniorów ze szczególnym uwzględnieniem oparcia społecznego.

Osobą definiującą kierunki pracy socjalnej jest pracownik socjalny, który jest jednocześnie koordynatorem interdyscyplinarnych działań pomocowych realizowanych przez różnych specjalistów na rzecz osoby starszej (np. terapeutę, lekarza, pielęgniarkę, opiekunkę).

W oparciu o uzyskane na etapie diagnozy informacje, pracownik socjalny dokonuje oceny sytuacji życiowej osoby starszej, ustalając przyczyny tej sytuacji, ustala formy i zakres pomocy niezbędny w celu zaradzenia sytuacji kryzysowej (plan pomocy winien być skonsultowany z koordynatorem pracy socjalnej/innym pracownikiem nadzorującym). Pracownik w planie działania proponuje i uzgadnia z klientem wybrane - adekwatne do sytuacji osobistej, rodzinnej oraz sprawności i możliwości usługi opiekuńcze (z pakietu usług dla osób starszych). Ważna jest aktywna i oparta na podmiotowości współpraca w tym zakresie z Panem Feliksem i jego bliskimi.

Plan działania w przypadku pana Feliksa:

FAZA 1

1. próby nakłonienia pana Feliksa do wizyty u lekarza (np. w towarzystwie któregoś z członków rodziny) – rozmowy;
2. budowanie motywacji i potrzeby konsultacji lekarskich – w tym specjalistycznych, również przy wykorzystaniu internetu i prasy;
3. w przypadku braku powodzenia osobistego stawienia się klienta u lekarza - spowodowanie wizyty lekarza w domu;
4. działania zmierzające do systematycznego przyjmowania leków (ustalenie sposobu kontroli właściwego przyjmowania);
5. działania zmierzające do systematycznej kontroli stanu zdrowia klienta;
6. motywowanie klienta do dbałości o własne zdrowie;
7. systematyczny kontakt klienta i jego rodziny z lekarzem prowadzącym.

FAZA 2

1. konsultacja specjalistyczna (terapia) poprawiająca relacje rodzinne;
2. motywowanie klienta do aktywności w domu i środowisku;
3. opracowanie planu wspólnych działań (gotowanie, sprzątanie, zakupy, spacer, dyskusje o książkach) budujących codzienne poczucie więzi i bliskości;
4. zapoznanie klienta i rodziny z objawami i przyczynami zachowań negatywnie wpływających na wzajemne relacje rodzinne;
5. profilaktyka (właściwa dieta, aktywność, znajomość czynników szkodliwych, itp.).

IV. Realizacja planu działania (opartego o *Umowę o współpracy*)

Przewidywane efekty działań

W przypadku p. Feliksa założyć można następujące efekty:

FAZA 1:

1. lepsze samopoczucie p. Feliksa jak i dbałość o własne zdrowie;
2. podwyższenie poziomu wiedzy pana Feliksa nt. aktualnej sytuacji zdrowotnej;
3. wypracowanie u pana Feliksa nawyku przyjmowania leków i dbania o systematyczność wizyt kontrolnych u lekarzy specjalistów;

FAZA 2:

1. umocnienie więzi rodzinnych;
2. zmiana postaw życiowych w rodzinie;
3. podniesienie poczucia własnej wartości i samooceny u pana Feliksa jak i u pozostałych członków rodziny;
4. budowanie wzajemnego zaufania w rodzinie jak i otoczeniu sąsiedzkim;
5. wytworzenie klimatu bezpieczeństwa – ponowne systematyczne zaangażowanie się w życie społeczne środowiska lokalnego (podjęcie na nowo kontaktów towarzyskich);
6. promowanie równych szans w życiu społecznym;

V. Systematyczna ewaluacja działań (oparta na *Ocenie realizacji Umowy współpracy*):

- weryfikacja planu działania i podejmowanie działań stosownie do zgłaszanych lub stwierdzonych potrzeb;

uwaga: ewaluację należy rozumieć jako wspomaganie pana Feliksa w rozwiązywaniu jego problemów poprzez porównywanie stanu początkowego ze stanem w trakcie realizacji celu oraz stanem po zakończeniu realizacji Umowy współpracy. To określanie rzeczywistych efektów podjętych działań. Systematyczna ewaluacja działań jest bardzo ważnym etapem umożliwiającym bieżącą ocenę skuteczności działań podejmowanych na rzecz przezwyciężenia problemu.

W trakcie systematycznej ewaluacji działań, pracownik socjalny wraz z panem Feliksem i jego rodziną, podczas ustalonych terminów spotkań, systematycznie dokonywali oceny realizacji utrwalonego w *Umowie współpracy*, planu działania. W ich ocenie, ustalony plan działań przebiegał bez zakłóceń, a wyznaczone cele osiągnęte były zgodnie z określonymi terminami, nie było zatem potrzeby powrotu do poprzednich etapów pracy socjalnej (związanych z weryfikacją diagnozy, celów czy planu działania). Pracownik socjalny przygotowywał pana Feliksa i jego rodzinę do zakończenia pracy socjalnej, m. in. informując ich, że po zrealizowaniu celów zakończy się praca socjalna oraz poprzez szczególne dbanie o to, aby zarówno pan Feliks i jego bliscy w jak największym stopniu samodzielnie podejmowali wszystkie możliwe działania na rzecz rozwiązania problemów pana Feliksa, w tym z wykorzystaniem zasobów środowiska lokalnego.

Na skutek oceny, że wszystkie ustalone cele zostały osiągnięte, pracownik socjalny wraz z panem Feliksem podjęli decyzję o zakończeniu pracy socjalnej.

VI. Ewaluacja końcowa

uwaga: przygotowanie oceny i przeprowadzenie oceny całego procesu pracy socjalnej z osobą starszą.

Podczas omówionego spotkania pracownika socjalnego z panem Feliksem i jego bliskimi, w ramach ewaluacji końcowej, podsumowany został cały proces pracy socjalnej. W ramach ewaluacji końcowej porównane zostały zmiany, jakie nastąpiły w sytuacji pana Feliksa i jego rodziny między początkiem, a zakończeniem metodycznego działania w ramach pracy socjalnej. Podsumowane i podkreślone zostały m. in. działania pana Feliksa, jego bliskich oraz zasoby środowiska lokalnego i inne okoliczności, które przyczyniły do przezwyciężenia problemów pana Feliksa. Dzięki temu wzrosła świadomość uczestników procesu pracy socjalnej, co do skutecznych działań na rzecz przezwyciężenia trudności, które będą mogły zostać wykorzystane w przyszłości.