

Dr Kornelia Czerwińska

Pracownia Tyflopedagogiki

Wydział Nauk Pedagogicznych

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

W trosce o wspomaganie rozwoju osób tracących wzrok w późnej dorosłości

Abstract:

Supporting the development of persons who lose vision in late adulthood

Late adulthood is a natural phase of the life cycle, characterized by high diversity. Evident heterogeneity of capacities and needs of elderly persons calls for adopting individual approach towards analyzing their development and taking into consideration certain qualities, normative in that phase of life, such as reduced functional efficiency resulting from biological changes, change of life priorities resulting from social and professional activities, now different from previously performed ones, increased thoughtfulness and self-awareness. The need to support the development of elderly persons and to assist them by significant others as well as by professionals comes up when deteriorating health results in disability which impedes person's daily functioning and their autonomy. Statistical data show that the rate of acquisition of visual impairment by persons over 65 increases steadily, and demographic prognoses indicate that the population of persons with visual impairment acquired in late adulthood will continue growing. Due to the social significance of the problem, the author of the article has made an attempt to describe the specific character of supporting the development of an elderly person who is losing vision while taking into account immediate functional implications of the acquired impairment.

Wprowadzenie

Funkcjonowanie osoby na każdym etapie życia podlega zmianom, zarówno na płaszczyźnie biologicznej, psychiczno-społecznej, jak i w sferze duchowej. Późna dorosłość to okres, w którym w szczególny sposób uwidacznia się fakt, że rozwój nie polega jedynie na prostej kumulacji zmian wzrostowych, lecz obejmuje szereg wielokierunkowych przemian jakościowych związanych z pojawieniem się nowych kompetencji i ich integracją z dotychczasowymi doświadczeniami, przy jednoczesnym obniżeniu poziomu innych sprawności (Steuden, 2012, 2016). Właściwości tej fazy implikują konieczność przystosowania się do zmieniających się, czasem dość gwałtownie, warunków życia i odnalezienia nowych form aktywności wyznaczających styl funkcjonowania, który pozwala na zaspokojenie swoistych w tym wieku potrzeb, osobistych pragnień i aspiracji oraz społecznych oczekiwań.

Ograniczenie aktywności na polu zawodowym w wieku senioralnym, prowadzi do stopniowego spadku znaczenia aspiracji prestiżowych. Zmniejszeniu potrzeb związanych z aktywnością i działaniem w głównym nurcie życia zbiorowego towarzyszy wzrost zapotrzebowania na aprobatę społeczną i akceptację ze strony otoczenia, jak również wzmocnienie potrzeby materialnego zabezpieczenia bytu, poczucia bezpieczeństwa i wsparcia emocjonalnego. Mniejsza wydolność fizyczna organizmu wiąże się z koniecznością przeznaczania większej ilości czasu na efektywne i bezpieczne wykonywanie czynności życia codziennego, w tym działań samoobsługowych (Szarota, 2010). Osłabienie dynamiki życiowej i sukcesywna zmiana priorytetów łączą się ze skłonnością do refleksyjności, koncentracją na własnym wnętrzu oraz dokonywaniem bilansu osiągnięć w kontekście oceny i re-interpretacji przeszłych zdarzeń (Janiszewska-Rain, 2005; Leszczyńska-Rejchert, 2007; Steuden, 2016).

Przestrzeń rozwoju w późnej dorosłości ulega znacznemu zmniejszeniu w stosunku do poprzednich okresów życia, co wynika z postępujących ograniczeń w sferze fizycznej (m.in. schorzenia skutkujące trudnościami w samodzielnym poruszaniu się, lęk przed upadkiem i zwiększone prawdopodobieństwo doznania urazu, ograniczona mobilność związana z nieprzystosowanym środowiskiem fizycznym), społecznej (m.in. zmniejszenie ilości kontaktów interpersonalnych, trudności w nawiązywaniu nowych relacji, zaprzestanie wypełniania wielu funkcji w przestrzeni publicznej) i psychicznej (m.in. osłabienie funkcji poznawczych, potrzeba dłuższej regeneracji sił) (Brzezińska, Hejmanowski, 2005). Ograniczenia rejestrowane w poszczególnych sferach funkcjonowania starszej osoby są tak liczne, że etap późnej dorosłości bywa określany często jako okres strat, które dotyczą przede wszystkim zdrowia, witalności, sprawności, prestiżu zawodowego, wysokiego statusu materialnego, bliższych i dalszych związków z innymi ludźmi, a w szerszej perspektywie samej egzystencji, która osiąga fazę schyłkową (Mielczarek, 2010).

Należy zauważyć, że pewne ograniczenia wykazują bezpośrednie związki z negatywnym wizerunkiem ostatniego okresu życia w mediach, który kształtuje i (lub) utrwała stereotypy na temat seniorów jako homogenicznej grupy o wielu pejoratywnych właściwościach (Pichalski, 2014). Obecne w potocznym dyskursie społecznym skojarzenia starości z biernością, niezaradnością, infantylnością, ubóstwem, egocentryzmem, złośliwością, nietolerancją, samotnością, aseksualnością i chorobą, mogą przyczyniać się do przyjmującej różne formy ekskluzji i marginalizacji tej grupy (Leszczyńska-Rejchert, 2012), a także ujemnie oddziaływać na

sposób indywidualnego przystosowywania się do zmian związanych z wiekiem. Zakres i poziom doświadczanych ograniczeń jest wysoce zróżnicowany, uwarunkowany szeregiem czynników, wśród których szczególnie istotne są zasoby wewnętrzne, aktualne (m.in. obecna kondycja zdrowotna) i ukształtowane we wcześniejszych okresach życia (m.in. wiedza, umiejętności, osobiste doświadczenia, ogólna postawa wobec życia i innych), oraz zasoby zewnętrzne, dostępne w danym momencie (m.in. dostosowanie przestrzeni publicznej, sieć wsparcia społecznego) i gromadzone na wcześniejszych etapach ścieżki biograficznej (Brzezińska, Hejmanowski, 2005). Gama czynników decydujących o przebiegu rozwoju w późnej dorosłości jest niezwykle obszerna, jednak niewątpliwie jednym z kluczowych elementów jest stan zdrowia w znacznym stopniu wpływający na dobrostan psychofizyczny danej osoby (Dworak, 2015).

Seniorzy stanowią zbiorowość zróżnicowaną pod względem stanu zdrowia. Za typowe problemy dla tej fazy życia uznaje się m.in.: postępujące zmiany morfologiczno-biochemiczne, zmniejszenie się możliwości organizmu w zakresie adaptacji do rozmaitych obciążeń fizycznych, biologicznych i psychosocjalnych, obniżenie sprawności funkcjonowania zmysłów, spadek odporności oraz wyższą zapadalność na choroby somatyczne i psychiczne (Bee, 2004; Butlewski, 2017). Pogarszająca się kondycja zdrowotna, zwłaszcza w sytuacji współwystępowania wielu schorzeń, często skutkuje niemożnością wykonywania codziennych czynności niezbędnych w obszarze fizycznego dbania o siebie, co może wiązać się z potrzebą uzyskiwania pomocy i wsparcia ze strony innych (Skalska, 2011). W skrajnych przypadkach ograniczenia funkcjonalne stają się powodem zamieszkania przez starszą osobę w instytucji opiekuńczej.

Wspomaganie rozwoju w tym okresie życia powinno zatem być ukierunkowane przede wszystkim na zachowanie możliwie wysokiego poziomu jakości życia związanej ze stanem zdrowia poprzez dostarczanie niezbędnego wsparcia, elastycznie dostosowywanego do aktualnych potrzeb osoby i właściwości jej mikrośrodków oraz podejmowanie działań motywujących do wykorzystywania posiadanych zasobów osobistych. Tak ujmowane wspomaganie rozwoju pozwala osiągnąć, nawet w obliczu choroby, tak zwane pomyślne starzenie się, rozumiane jako odczuwanie dobrostanu i osobistego spełnienia wynikającego z realizowania pasji i zainteresowań, prowadzenia aktywnego życia towarzyskiego i funkcjonowania w dotychczasowym otoczeniu i utrzymywania pozytywnych więzi społecznych (Young, Frick, Phelan, 2009). Wspomaganie rozwoju cechujące się stałą

troską o subiektywnie odczuwaną jakość życia starszej osoby staje się szczególnym wyzwaniem w sytuacji nabycia w późnej dorosłości trwałej, poważnej niepełnosprawności, której następstwa rzutują negatywnie na wszystkie sfery funkcjonowania seniora i jego rodziny.

1. Wspomaganie rozwoju

Zarówno w piśmiennictwie naukowym, jak i w dyskursie społecznym spotkać można wiele ujęć i definicji wspomaganie rozwoju. Pojęcie to ma wieloznaczny charakter, więc często bywa interpretowane odmiennie, w zależności od przyjętego kontekstu. Maria Kielar-Turska (2003) dokonała analizy pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganie rozwoju, które traktowała szeroko, jako swoisty obszar intencjonalnych oddziaływań na drugiego człowieka, uznając za równorzędne takie określenia, jak: wspieranie, pomaganie, pomoc psychologiczną i zachowania pomocne. Autorka wskazała, że określenia używane w odniesieniu do wspomaganie rozwoju dotyczą przede wszystkim takich procesów, jak:

- stymulacja (zwiększanie zasobów i możliwości osoby),
- interwencja, wychowanie, edukacja, profilaktyka (minimalizowanie ryzyka zagrożeń dobrostanu),
- terapia (usuwanie nieprawidłowości, korygowanie deficytów),
- rehabilitacja, rewalidacja, reedukacja (przywracanie utraconych sprawności).

Wszystkie te oddziaływania mają na celu wzmocnienie sił jednostki w radzeniu sobie z problemami i służą uzyskaniu, ochronie lub przywróceniu dobrostanu psychofizycznego. Wspomaganie jest niezbędne przy zakłóceniach w przebiegu rozwoju wywołanych niską efektywnością procesów mu współtowarzyszących (wychowanie, socjalizacja, edukacja) lub krytycznymi zdarzeniami życiowymi (np. utrata zdrowia i sprawności, doznanie przemocy itp.). Metody i zakres wspomaganie są więc zależne od specyfiki potrzeb danej osoby i mogą wiązać się z ingerencją w fizyczne funkcjonowanie organizmu, organizację doświadczeń życiowych, psychologiczne mechanizmy regulacji zachowań lub kulturowy system znaczeń. Proces wspomaganie rozwoju musi uwzględniać fakt, że zmiany rozwojowe odznaczają się pewnymi specyficznymi właściwościami, m.in. nie są nagłe i krótkotrwałe, tworzą uporządkowaną w czasie sekwencję, doprowadzają do efektów względnie nieodwracalnych (Kielar-Turska, 2003).

Rozwój to proces wielokierunkowy odnoszący się do wielu płaszczyzn życia psychicznego człowieka, dlatego stosowane w praktyce formy jego wspomaganie cechuje duża różnorodność.

Maria Straś-Romanowska (2003) wyróżniła cztery grupy form pomocy ukierunkowanej na podniesienie jakości życia odnoszące się do takich wymiarów funkcjonowania osoby, jak: biologiczny (psychofizyczny), psychospołeczny, podmiotowy i duchowy (metafizyczny). Techniki oddziaływania w dwóch pierwszych wymiarach to psychostymulacja i psychoedukacja, wpisujące się w model pomocy dyrektywnej, zaś interwencje niedyrektywne to terapia nastawiona na klienta oraz przewodnictwo duchowe obejmujące dwie kolejne wymienione powyżej sfery. Do form wspomagania nastawionych na utrzymanie lub poprawę kondycji psychofizycznej osoby autorka zalicza m.in.: różne rodzaje ćwiczeń ruchowych, treningi sprawnościowe, poradnictwo dotyczące zdrowego stylu życia, metody rehabilitacyjne stymulujące i korygujące funkcje zaburzone z powodu uszkodzenia organizmu. Wspomaganie rozwoju na płaszczyźnie psychospołecznej odbywa się przede wszystkim na drodze wychowania, socjalizacji i kształcenia, zaś w sytuacjach problemowych poprzez profesjonalne oddziaływania psychologiczne w postaci interwencji kryzysowej czy terapii behawioralno-poznawczej. Liczne formy i techniki wspomagania rozwoju w wymiarze podmiotowym sprzyjają samopoznawaniu, odkrywaniu i nadawaniu sensu własnej egzystencji, kształtowaniu tożsamości w wymiarze osobistym i społecznym. Wyraźnie odmienną od pozostałych form wspomagania rozwoju osoby jest przewodnictwo duchowe realizowane w dialogu, koncentrujące się na procesie świadomej autokreacji związanej z realizacją określonych wyższych wartości (Bóg, dobro, prawda, miłość, wolność) na drodze samowychowania (tamże).

Warto zwrócić uwagę, że większość wyróżnionych tu form pomocowych w pełni koresponduje z wykazem procesów związanych ze wspomaganiami rozwoju sporządzonym przez Marię Kielar-Turską (2003). Wyjątek stanowi wspomaganie rozwoju sfery duchowej, które nie zostało ujęte w przedstawionej wcześniej analizie. Wyłonienie tego obszaru oddziaływań wspomagających wydaje się być istotne, gdyż wprowadza w pełni holistyczne ujęcie rozwoju jako procesu, w którym w ramach biologicznych i psychospołecznych możliwości osoby zachodzą zmiany we wszystkich obszarach jej funkcjonowania, także na płaszczyźnie metafizycznej.

Badania dowodzą występowania pozytywnej zależności między duchowymi dążeniami a dobrostanem psychicznym i integracją osobowości (Skrzypińska, 2008).

Świadomość zbliżającej się śmierci, doświadczanie cierpienia związanego z kumulacją różnego typu strat oraz dokonywanie podsumowań i oceny dotychczasowego przebiegu ścieżki biograficznej charakteryzujące okres późnej dorosłości, sprzyjają podejmowaniu refleksji nad cenionymi wartościami i stawianiu pytań egzystencjalnych, stąd u osób starszych można zaobserwować rosnące zainteresowanie kwestiami duchowymi.

Jak wskazuje Zofia Szarota (2010), zdarza się, że deficyty codziennej egzystencji są przez seniorów kompensowane narastającą religijnością. Kultywowanie pobożnego stylu życia poprzez zaangażowanie w różne formy praktyk religijnych może podtrzymywać i umacniać jakość życia osób starszych (Steuden, 2012; Wójcik, 2014). Sfera rozwoju duchowego nabiera także szczególnego znaczenia w procesie przystosowania się do faktu nabycia niepełnosprawności, w trakcie którego osoba, próbując poradzić sobie z doświadczanym kryzysem emocjonalnym, stawia pytania o sens i znaczenie tego zdarzenia życiowego (Schulz, 2005). Duchowy wymiar życia psychicznego seniorów, którzy w ostatnim okresie życia utracili sprawność, nie może więc być pomijany w procesie wspomagania ich rozwoju.

Analizę pola semantycznego pojęcia „wspomaganie rozwoju”, podjęła także Barbara M. Kaja (2010). Uznając, że termin ten pozostaje niedookreślony, ujmuje go jako szczególny rodzaj interakcji międzyludzkich opierających się na wywieraniu wpływu. Autorka wyraźnie podkreśla procesowy charakter tych oddziaływań i umiejscawia je w nurcie psychologii egzystencjalno-humanistycznej. Wyklucza w procesie wspomagania wszelki przymus i presję, przyznając odbiorcy działań wspierających prawo do decyzji o zakresie, rodzaju i sposobach uzyskiwania pomocy. Wspomaganie rozwoju w proponowanym przez badaczkę modelu odbywa się poprzez wspólne doświadczenie, w którym wspomagający stara się poznać i zrozumieć świat wartości osoby wspomaganej oraz dobrać metody pomocy zgodne z jej światopoglądem, kompetencjami i aktualnymi potrzebami. Interwencje nie mają charakteru dyrektywnego, ich przebieg jest ustalany w procesie dialogowym i modyfikowany zgodnie z indywidualnymi preferencjami odbiorcy pomocy. Program wspomagania opiera się głównie na odkrywaniu zasobów posiadanych przez daną osobę, stymulowaniu i aktywizowaniu jej do skutecznego wykorzystywania kompetencji oraz nabywania kolejnych sprawności istotnych dla rozwoju zgodnego z osobistą koncepcją życia (por. także: Kaja, 2004).

Należy zaznaczyć, że w opinii Barbary M. Kaji (2010, s. 33) wsparcie nie jest tożsame ze wspomaganiami, gdyż nie zawsze spełnia kryteria działania procesowego. Wspomaganie rozwoju jako proces postępuje w czasie, jest ukierunkowane na cel i prowadzi do pozytywnych zmian lub modyfikacji.

Problem skuteczności wspomaganiania rozwoju rozpatrywała Anna I. Brzezińska (2005), która charakteryzuje wspomaganianie jako formę pomocy udzielanej przez profesjonalistów i osoby z otoczenia w sytuacjach, których wymagania przekraczają aktualne możliwości danej jednostki. Autorka podkreśla, że pomoc ta powinna uwzględniać logikę, rytm i dynamikę dotychczasowego rozwoju podmiotu, wykorzystywać nabyte wcześniej zasoby i wzbudzać u odbiorcy wsparcia wewnętrzną motywację do zmiany. Tak ujmowane wspomaganianie może mieć różnych adresatów, odnosić się zarówno do pojedynczych osób w poszczególnych fazach życia, jak i do określonych grup, zespołów, społeczności. Czas trwania interwencji jest zależny od typu sytuacji problemowej i przyjętych celów programu pomocowego. W niektórych przypadkach oddziaływania wspomagające trwają krótko, gdyż są ukierunkowane jedynie na zainicjowanie zmiany bądź wyeliminowanie czynników szkodliwych, w innych zaś mają charakter długofalowy, ponieważ podtrzymują zmianę lub umożliwiają osobie zdobycie kompetencji niezbędnych do samodzielnego radzenia sobie z trudnościami. Pomoc może być kierowana bezpośrednio do adresata lub mieć charakter pośredni i oddziaływać na jego środowisko życia, co wydaje się szczególnie istotne w sytuacji nabycia niepełnosprawności, w której wiele problemów może być skutecznie przezwyciężonych dzięki zmianom wprowadzonym w obszarze otoczenia fizycznego i społecznego. Efektywność wspomaganiania rozwoju jest w znacznym stopniu zależna od właściwego dostosowania oferty pomocy do aktualnego funkcjonowania odbiorcy, w tym zwłaszcza do trafnie rozpoznanych potrzeb, możliwości i stopnia gotowości do przyjęcia pomocy. Niezbędne jest także uzyskanie odpowiedniego poziomu chęci współpracy ze strony najbliższego środowiska osoby wspomaganianej, które w dużej mierze decyduje o trwałości zainicjowanych zmian. Oczekiwania, preferencje i cele adresata pomocy, jak i przedstawicieli jego mikrośrodowisk powinny więc być brane pod uwagę w czasie planowania i bezpośredniej realizacji działań wspomagających. Znaczne rozbieżności między oczekiwaniami wspomaganianego i (lub) jego otoczenia a ofertą pomocy, implikują konieczność podjęcia pracy nad modyfikacją przekonań życzeniowych lub

roszczeniowych oraz dialogowego uzgodnienia ostatecznej wersji programu pomocowego obejmującego różnorodne, elastyczne formy oddziaływań.

Przedstawione przez Annę I. Brzezińską (2005) główne założenia teoretyczne wspomagania rozwoju wpisują się w humanistyczny model tego procesu zaproponowany przez Barbarę M. Kaję (2004, 2010), zwłaszcza w zakresie akcentowania pracy na zasobach wewnętrznych i zewnętrznych oraz postrzegania adresata pomocy jako aktywnego podmiotu współtworzącego proces interwencyjny.

Ten model wspomagania wykazuje także zgodność ze współczesnymi ujęciami choroby i niepełnosprawności, czego odzwierciedleniem jest m.in. rozwojowa koncepcja niepełnosprawności, według której „istota pomocy osobom niepełnosprawnym to - w perspektywie rozwojowej - przede wszystkim stwarzanie warunków uwalniających ich tendencje rozwojowe i zdolności do korzystania z własnego potencjału rozwojowego (...), osoby uczestniczące w procesie rehabilitacji powinny mieć świadomość wszelkich uwarunkowań rozwoju swoich podopiecznych, mogących istotnie wpływać na dynamikę procesów rozwojowych” (Bręczewski, 2010, s. 76). Nabycie niepełnosprawności w biegu życia może wywołać okresowy regres i zmienić kierunek, zakres i dynamikę zmian rozwojowych, jednak posiadany przez osobę potencjał będzie wciąż rozwijany poprzez wykorzystywanie wrodzonych predyspozycji i zgromadzonych zasobów oraz próby realizacji osobistych dążeń sprzed utraty sprawności, jak również poprzez nabywanie nowych umiejętności, w tym kompetencji umożliwiających sprawne funkcjonowanie w warunkach doznania niepełnosprawności (tamże; por. także: Bręczewski, 2015). Przyjęcie nowych kryteriów w tworzeniu hierarchii wartości oraz zmiany perspektywy spostrzegania siebie i sensu ludzkiej egzystencji mogą w wyniku pomyślnego zmagania się z następstwami nabycia dysfunkcji prowadzić do pozytywnych zmian na drodze rozwojowej takich, jak: bardziej satysfakcjonujące relacje społeczne, wzmożone dążenia samorealizacyjne, lepsza kontrola emocji, preferowanie wartości altruistycznych i duchowych (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Kluczową kwestią w oddziaływaniach utraty sprawności na dalszy przebieg rozwoju jest okres rozwojowy, w którym dochodzi do uszkodzenia organizmu. Nabycie niepełnosprawności w okresie adolescencji oraz pierwszych dwóch faz dorosłości nazwane zostało przez Stanisława Kowalika (2008) strefą utraconego rozwoju, z uwagi na fakt, że realizacja autorskiej ścieżki biograficznej zostaje przerwana i przestaje odpowiadać społecznym oczekiwaniom związanym z podejmowaniem kolejnych zadań rozwojowych. Dochodzi do dezorganizacji

dotychczasowych osiągnięć rozwojowych, które nie mogą zostać przekształcone w dalsze dokonania życiowe. Co ciekawe, autor uznaje za nieuprawnione rozpatrywanie nabycia niepełnosprawności w późnej dorosłości w kontekście strefy utraconego rozwoju, uważając je za zdecydowanie mniej traumatyczne doświadczenie niż w przypadku osób młodszych. Utrata sprawności w tej fazie życia może być przyjmowana przez jednostkę jako jedna z wielu dolegliwości, których pojawienie się powoduje typowy dla wieku senioralnego spadek sił i ograniczenia w podejmowaniu niektórych działań. Stosunkowo niskiemu natężeniu negatywnych odczuć wywołanych uszkodzeniem organizmu może zarazem towarzyszyć niska motywacja do wypracowania aktywnych strategii radzenia sobie z następstwami niepełnosprawności (tamże).

Reasumując, proces wspomagania rozwoju osoby z nabytą niepełnosprawnością powinien zawsze brać pod uwagę specyfikę danego okresu życia, w tym uwzględniać subiektywnie ocenianą wartość utraconych funkcji, swoiste sposoby realizacji zadań rozwojowych, dostępność środków do kompensowania występujących trudności i motywację do aktywnego włączenia się w proces rehabilitacji.

2. Wspomaganie rozwoju a utrata wzroku w wieku senioralnym

Tendencja starzenia się społeczeństw w całym świecie skutkuje systematycznym wzrostem zachorowalności na schorzenia układu wzrokowego związane z wiekiem. W populacji osób niewidomych i słabowidzących coraz większą grupę stanowią osoby, które nabyły dysfunkcję wzroku w późnej dorosłości (Court, McLean, Guthrie, Mercer, Smith, 2014).

Z uwagi na poważne konsekwencje funkcjonalne problemów ze wzrokiem kwestią priorytetową jest więc zapewnienie powszechnej opieki okulistycznej i przystępnego cenowo leczenia. Badania i praktyka kliniczna jednoznacznie wskazują, że monitorowanie progresu chorób okulistycznych oraz stała kontrola lekarska, to czynniki istotne dla zapobiegania wystąpieniu późniejszych komplikacji oraz pogorszeniu funkcjonowania wzrokowego starszych pacjentów. Mimo to wciąż w wielu krajach dostępność leczenia okulistycznego jest stosunkowo niska. Niewykryte i (lub) niekorygowane problemy okulistyczne powszechnie występują w całej populacji osób starszych, jak również w populacji pensjonariuszy domów opieki (Evans, Rowlands, 2004). Krajowe badania przeprowadzone w grupie ponad

700 osób w przedziale wiekowym 55-59 lat oraz ponad 4.600 osób w wieku 65 lat i więcej potwierdziły, że częstość i stopień uszkodzenia wzroku rosną wraz z wiekiem. Do najczęściej zgłaszanych przez badanych schorzeń układu wzrokowego należały choroby związane z procesem starzenia się: zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej. Funkcjonalna ocena przesiewowa widzenia sugerowała mniejszą dostępność leczenia specjalistycznego dla mieszkańców rejonów wiejskich. Ponadto wykazano, że odsetek seniorów poddających się chirurgicznemu leczeniu zaćmy, mimo niskiego ryzyka okołoperacyjnego oraz znacznych korzyści funkcjonalnych, nadal nie jest wysoki (Klimek, Wizner, Skalska, Grodzicki, 2012).

Obok wczesnego wykrycia schorzenia i systematycznie prowadzonego leczenia okulistycznego duży wpływ na jakość życia starszych osób związaną ze stanem zdrowia ma właściwie prowadzona rehabilitacja (McDonnell, Lee, Spritzer, Lindblad, Hays, 2003). Przegląd badań wskazuje, że świadczenia z zakresu opieki rehabilitacyjnej przeznaczonej dla osób słabowidzących i tracących wzrok są w wielu krajach mało dostępne (Wang, Chan, Chi, 2014), a wadliwość przyjętych rozwiązań systemowych powoduje, że zaledwie 10-15% osób z problemami wzrokowymi korzysta ze specjalistycznych usług rehabilitacyjnych (Cole, 2011). Stanowi to istotne zaniedbanie, gdyż postęp procesów chorobowych można w wielu przypadkach spowolnić, zaś pacjenta wyposażyć w umiejętności efektywnego posługiwania się osłabionym widzeniem. Poprawa funkcjonalnych możliwości wykorzystywania sprawności wzrokowych przyczynia się do wzrostu poziomu subiektywnie odczuwanej jakości życia.

Stale zwiększająca się populacja starszych osób tracących wzrok, odznacza się swoistymi potrzebami stanowiącymi wyzwanie dla właściwej organizacji opieki zdrowotnej i socjalnej. Poważne problemy ze wzrokiem pociągają za sobą szereg negatywnych następstw we wszystkich obszarach psychospołecznego funkcjonowania seniora, przyczyniając się do obniżenia poczucia dobrostanu. Większość badań ukazuje niższy poziom jakości życia u starszych osób z dysfunkcją wzroku w porównaniu z ich prawidłowo widzącymi rówieśnikami, przy czym w niektórych przypadkach progresywna słabowzroczność prowadzi do skrajnie niskich wyników w tym obszarze (Pokharel, Selvaraj, Ellwein, 1998).

Niemożliwość zaplanowania i wykonania wielu działań pod kontrolą wzroku, jak również utrudnienia w zakresie orientacji przestrzennej i samodzielnego przemieszczania się, zmniejszają zdolność ociemniałych osób w podeszłym wieku do wykonywania codziennych czynności, a w konsekwencji stosunkowo często

doprowadzają do niepełnosprawności funkcjonalnej (Kelly, 1995). Badania jakościowe przeprowadzone w grupie osób w przedziale wiekowym 70-92 lata wykazały znaczne trudności w realizacji czynności życia codziennego oraz podejmowaniu zajęć wolnoczasowych poza miejscem zamieszkania, które w ocenie badanych wynikały głównie z braku odpowiedniego dostosowania środowiska fizycznego do ich możliwości percepcyjnych i ruchowych, odczuwanego spadku energii, niskiej asertywności oraz zmagania się z poczuciem bezbronności (Berger, 2011, 2012). Trudności w sprawnym wykonywaniu codziennych czynności, w tym także samoobsługowych, generują potrzebę opieki i wsparcia instrumentalnego w miejscu zamieszkania lub w placówce opiekuńczej. Potrzeba pomocy domowej w postaci różnego rodzaju usług (m.in. przygotowanie/dostarczenie posiłków, czynności pielęgnacyjne, aplikowanie leków, zakupy, sprząatanie) jest szczególnie nasiloną w okresie bezpośrednio po doznaniu utraty wzroku, gdyż opanowanie bezwzrokowych sposobów efektywnej i bezpiecznej realizacji codziennych zadań wymaga czasu i profesjonalnego instruktażu. Ponadto w początkowej fazie przystosowania do nabytej dysfunkcji, gotowość do czynnego zaangażowania się w proces rehabilitacji jest u seniorów zazwyczaj niewielka. Istotną kwestią jest także równoczesne wspomaganie rozwoju tych osób w formie pośredniej, poprzez wsparcie emocjonalne i informacyjne kierowane do najbliższego otoczenia, zwłaszcza współmałżonków, partnerów, dorosłych dzieci i innych członków rodziny. Konieczna staje się pomoc w emocjonalnej konfrontacji z faktem wystąpienia poważnej, trwałej dysfunkcji u bliskiej osoby oraz w odpowiednim dopasowaniu wsparcia świadczonego w naturalnych sytuacjach domowych do aktualnych potrzeb osoby ociemniałej. Właściwe rozpoznanie kompetencji i trudności ociemniałego seniora nie jest łatwym zadaniem dla domowników, zwłaszcza że zakres i rodzaj niezbędnego wsparcia może być zależny od kontekstu, jak również podlegać pewnym zmianom wraz z postępem oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Czynnikiem dodatkowo zakłócającym optymalne dostosowanie udzielanej pomocy są silne więzi emocjonalne łączące członków rodziny, które mogą utrudniać dokonanie realistycznej oceny potencjału, potrzeb i zgłaszanych oczekiwań ze strony adresata pomocy. Badania wskazują (Cimarolli, Reinhardt, Horowitz, 2006), że potencjał dorosłych osób tracących wzrok najczęściej nie jest w pełni doceniany, w konsekwencji czego członkowie ich rodzin wykształcają postawę nadopiekuńczości, która blokuje lub opóźnia opanowanie aktywnych strategii radzenia sobie z następstwami dysfunkcji wzroku. Ponadto nadmierna

troska i ochrona osoby z problemami wzrokowymi oraz skłonność do wyręczania w realizacji zadań, które nie przekraczają jej kompetencji, wykazują związek z podwyższoną depresyjnością oraz obniżeniem umiejętności wykonawczych.

W procesie wspomagania rozwoju osób tracących wzrok w późnej dorosłości należy wziąć pod uwagę obserwowane w tej populacji pogorszenie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego następujące m.in. na skutek zmniejszenia aktywności ruchowej, ograniczenia udziału w zajęciach wolnoczasowych realizowanych w miejscu zamieszkania i poza domem, izolacji społecznej i podwyższonego ryzyka upadków (Jones, Rovner, Crews, Danielson, 2009; Wang, Chan, Chi, 2014). Ze względu na stwierdzoną u ociemniałych seniorów zależność między niemożnością samodzielnego i pełnego uczestnictwa w wielu aktywnościach takich, jak czytanie, oglądanie telewizji, podróżowanie, korzystanie ze środków transportu itp. a obniżonym samopoczuciem, apatią, frustracją i biernością (Janiszewska-Rain, 2005; Klimek, Wizner, Skalska, Grodzicki, 2012), konieczne jest podjęcie działań ukierunkowanych na opanowanie alternatywnych sposobów wykonywania tych czynności oraz przedstawienie interesującej dla danej osoby oferty form spędzania wolnego czasu i społecznego uczestnictwa, dostępnych mimo posiadanej dysfunkcji sensorycznej. Proponowane aktywności muszą uwzględniać osobiste zainteresowania i uzdolnienia seniora, jak również preferowany przed utratą wzroku styl funkcjonowania.

Cele rehabilitacyjne powinny być ustalane na drodze dialogowego porozumienia z osobą potrzebującą wsparcia i odnosić się do funkcjonalnych trudności doświadczanych przez nią na co dzień. Formy i zakres działań wspomagających należy dostosować do indywidualnych właściwości seniora (m. in. stopień uszkodzenia wzroku, aktualna kondycja psychofizyczna, cechy osobowościowe, motywacja do włączenia się w proces terapii, dotychczasowe strategie pokonywania kryzysów, prężność osobowa) i cech jego mikrośrodowisk (m.in. struktura i status materialny rodziny, miejsce zamieszkania, dostępna sieć wsparcia, postawy społeczności lokalnej wobec osób starszych z niepełnosprawnością). Indywidualizacja wspomagania rozwoju jest w tej grupie osób niezbędna, gdyż starość jednostkowa ma niehomogeny charakter, a wpływ uszkodzenia wzroku jest warunkowany licznymi, wzajemnie powiązаныmi czynnikami kontekstowymi. Na przykład, trening orientacji przestrzennej i bezpiecznego, samodzielnego poruszania się będzie przebiegał odmiennie u osoby, która mieszka w aglomeracji miejskiej, przed utratą wzroku wykazywała dużą

mobilność i czynnie uprawiała sport niż w przypadku seniora mieszkającego na wsi, preferującego bierne formy odpoczynku i zmagającego się z dodatkowymi schorzeniami obniżającymi wydolność fizyczną. Specyfikę procesu wspomagania ociemniałych seniorów dobrze opisują słowa Michaela L. Wehmeyera (2015), który zauważa, że „(...) model wspierania wymaga aktywnej i nieprzerwanej ewaluacji ekologicznych aspektów niepełnosprawności, ponieważ niepełnosprawność można zdefiniować jedynie w kontekście funkcjonalnych ograniczeń i w kontekście społecznym” (tamże, s. 19).

Podsumowanie

Podjęcie działań gwarantujących osobom tracącym wzrok w późnej dorosłości wysoką jakość życia w obliczu doświadczanej choroby i niepełnosprawności, stanowi aktualne zadanie służb społecznych. Zaplanowanie optymalnej oferty pomocowej wymaga trafnego rozpoznania potrzeb i możliwości tej grupy. Obecnie szereg obszarów psychospołecznego funkcjonowania seniorów z nabytą dysfunkcją wzroku pozostaje słabo rozpoznanych, m.in. brakuje krajowych analiz badawczych dotyczących wspomagania ich rozwoju na płaszczyźnie podmiotowej i duchowej. Trudno jednoznacznie ocenić efektywność zastosowanych rozwiązań rehabilitacyjnych odnoszących się do wymiaru biologicznego i psychospołecznego, a także określić stopień praktycznego wdrażania założeń humanistycznego modelu wspomagania. Ze względu na rangę społeczną tych problemów i prognozowany wzrost liczby osób doświadczających utraty wzroku w podeszłym wieku, zachodzi pilna potrzeba podjęcia eksploracji badawczych, których wyniki mogłyby wyznaczyć główne kierunki zmian w dotychczasowym systemie opieki zdrowotnej i socjalnej. Wartościowego poznawczo i aplikacyjnie materiału badawczego mogą dostarczyć zwłaszcza badania prowadzone w paradygmacie jakościowym, ukazujące osobistą perspektywę seniorów. Działania ukierunkowane na podniesienie dobrostanu ociemniałych seniorów powinny bowiem zależeć przede wszystkim od przyjętej przez nich postawy wobec zdrowia, dążeń samorealizacyjnych i filozofii życia.

Bibliografia:

- Bee H., (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
Berger S., (2011), The Meaning of Leisure for Older Adults Living With Vision Loss, *OTJR: Occupation, Participation and Health*, Vol. 31, No. 4, s. 193-199.

- Berger S., (2012), Is My World Getting Smaller? The Challenges of Living with Vision Loss, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, Vol. 106, No. 1, s. 5-16.
- Bręczewski, G., (2010), *Wybrane psychospołeczne aspekty niepełnosprawności. W kierunku rozwojowej wizji procesu rehabilitacji*, Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu.
- Bręczewski G., (2015), O potrzebie promowania rozwojowej koncepcji niepełnosprawności, *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, nr 1, s. 18-36.
- Brzezińska, A.I., (2005), Jak skutecznie wspomagać rozwój?, (w:) *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, A.I. Brzezińska (red.), s. 683-708, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzezińska A.I., Hejmanowski Sz., (2005), Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?, (w:) *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, A.I. Brzezińska (red.), s. 623-664, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Butlewski M., (2017), Starzenie się społeczeństw europejskich wyzwaniem dla ergonomii przemysłowej, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, nr 4(25), s. 28-56.
- Cimarolli V., Reinhardt J., Horowitz A., (2006), Perceived overprotection: Support gone bad?, *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, nr 61, s. 18 – 23.
- Cole B.L., (2011), Low-Vision Care: We Are Doing Better but Not Well Enough, *Clinical and Experimental Optometry*, nr 94, s. 119-120.
- Court H., McLean G., Guthrie B., Mercer S.W., Smith D.J., (2014), Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study, *BioMed Central Medicine*, nr 12(181), s. 1-8.
- Dworak A., (2015), Zdrowie jako determinant ludzkiego potencjału, *Chowanna*, nr 1(44), s. 151-163.
- Evans B.J.W., Rowlands J., (2004), Correctable visual impairment in older people: a major unmet need, *Ophthalmic & Physiological Optics*, nr 24, s. 161-180.
- Janiszewska-Rain J., (2005), Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?, (w:) *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, A.I. Brzezińska (red.), s. 591-622, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jones G.C., Rovner, B.W., Crews, J.E., Danielson, M.L., (2009), Effects of Depressive Symptoms on Health Behavior Practices Among Older Adults With Vision Loss, *Rehabilitation Psychology*, Vol. 54, No. 2, P. 164 –172.
- Kaja B.M., (2004), Wspomaganie rozwoju, czyli „dobrze jest mieć przyjaciół we wszystkich okolicznościach życia”, (w:) *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja, Tom VI*, B. Kaja (red.), s. 11-25, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Kaja B.M., (2010), *Psychologia wspomaganie rozwoju. Zrozumieć świat życia człowieka*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kelly M., (1995), Consequences of Visual Impairment on Leisure Activities of the Elderly: Elders with vision impairment need additional information and assistance to achieve

- adaptation in the area of vision and vision-related tasks, *Geriatric Nursing*, Vol. 16, No. 6, P. 273-275.
- Kielar-Turska M., (2003), Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganie rozwoju, (w:) *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, Tom V, B. Kaja (red.), s. 11-24, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Klimek E., Wizner B., Skalska A., Grodzicki T., (2012), Stan wzroku i słuchu u osób w wieku podeszłym, (w:) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), s. 95-108, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Kowalik S., (2008), Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji, (w:) *Psychologia kliniczna, Tom II*, H. Sęk (red.), (s. 273-286). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Leszczyńska-Rejchert A., (2007), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Leszczyńska-Rejchert A., (2012), Stereotypy starości w perspektywie społeczno-pedagogicznej, (w:) *Stereotypy a starość i niepełnosprawność*, A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantowicz (red.), s. 17-27, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- McDonnell P.J., Lee, P., Spritzer, K., Lindblad, A.S., Hays, R.D., (2003), Associations of presbyopia with Vision Targeted Health-Related Quality of Life, *Archives of Ophthalmology*, nr 121, s. 1577-1581.
- Mielczarek A., (2010), *Człowiek stary w domu pomocy społecznej z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Pichalski R., (2014), *Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób w podeszłym wieku*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Pokharel G.P., Selvaraj S., Ellwein L.B., (1998), Visual Functioning and Quality of Life Outcomes among Cataract Operated and Unoperated Blind Populations in Nepal, *British Journal of Ophthalmology*, nr 82, s. 606-610.
- Schulz E.K., (2005), The meaning of spirituality for individuals with disabilities, *Disability and Rehabilitation*, nr 27(21), s. 1283-1295.
- Skalska A., (2011), Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom IX, nr 1, s. 50-59.
- Skrzypińska, K., (2008), Duchowe dążenia jako wyraz ekspresji dojrzałej osobowości, *Psychologia Rozwojowa*, nr 13(4), s. 9-18.
- Studen S., (2012), *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Studen S., (2016), Starzenie się z godnością, (w:) *Starość. Jak ją widzi psychologia*, M. Kielar-Turska (red.), s. 467-487, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Straś-Romanowska M., (2003), Wspomaganie ludzkiego rozwoju w świetle założeń dotyczących jego ukierunkowania, (w:) *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja*

- i psychokorekcja, Tom V*, B. Kaja (red.), s. 40-54, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Szarota Z., (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G., (2004), Posttraumatic growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence, *Psychological Inquiry*, nr 15 (1), s. 1-18.
- Wang C.-W., Chan C.L.W., Chi I., (2014), Overview of Quality of Life Research in Older People with Visual Impairment, *Advances in Aging Research*, nr 3, s. 79-94.
- Wójcik T., (2014), Starość a religia, (w:) *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*, A.A. Zych (red.), s. 424-435, Sosnowiec-Dąbrowa Górnicza: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem” w Dąbrowie Górniczej.
- Young Y., Frick K.D., Phelan E.A., (2009), Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging, *Journal of American Medical Directions Association*, nr 10(2), s. 87-92.