

Aleksandra Piłat

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

RODZINNI OPIEKUNOWIE OSÓB STARSZYCH

Abstract

Family Caregivers of older people

Demographic and social changes lead to the increasing numbers of people requiring care and the decreasing number of potential caregivers. This phenomenon is particularly difficult in Poland. Due to the lack of system solutions, but also Polish culture, care is organized primarily in the private sphere. For that reasons it is necessary to provide support for informal carers of the elderly. The purpose of this article is to diagnose the situation of family carers; types of support, and major problems that are associated with care. Article is based on qualitative research conducted among persons performing care on dependent seniors. Based on obtain information types of support and the types of care were distinguished, as well as problems resulting from the role played by the examined person.

Key words: elderly, informal care, qualitative research

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa, wydłużanie życia, niski przyrost naturalny, wertykalizacja rodziny, a także migracje prowadzą do pojawienia się luki pomiędzy zapotrzebowaniem na rodzinną opiekę wobec seniorów a zasobami opiekuńczymi. Obecnie już co szósty dorosły Polak świadczył opiekę długoterminową lub pomoc osobom chorującym przewlekle, niesprawnym lub starszym. Ponad trzy czwarte opiekunów zajmowało się tylko członkami swojej rodziny (GUS 2016). Według prognoz (GUS 2014) do 2050 roku wskaźnik potencjalnego wsparcia, który określa liczbę dorosłych dzieci i wnuków (15–64) przypadających na osobę w wieku 65 lat i więcej, będzie w znaczący sposób spadać i wyniesie niecałe dwie osoby w stosunku do blisko pięciu osób w roku 2014. Biorąc pod uwagę inne wskaźniki służące ocenie sytuacji opiekuńczej i prognozy dotyczące sytuacji demograficznej w Polsce, wypadamy jeszcze gorzej: potencjał pielęgnacyjny przedstawiający stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lata – bo to one najczęściej wykonują czynności związane z opieką – do osób w wieku 80+ zmaleje w 2030 roku do 46% i będzie wynosił 263 opiekunki na 100 osób potrzebujących. Jak wynika z danych GUS, do 2050 roku dojrzałe i starsze kobiety, często wciąż aktywne zawodowo, będą zobligowane do zajęcia się nie tylko wnukami, ale także swoimi rodzicami. Jeśli sprawdzą się dalsze prognozy

demograficzne, istnieje duże prawdopodobieństwo, że będą one również uczestniczyć w opiece nad teściami.

Stan zdrowia Polaków przedstawia się względnie optymistycznie: żyjemy coraz dłużej i coraz częściej możemy mówić już nie tylko o dodawaniu lat do życia, ale zgodnie z myślą Konwencji ONZ (1993) również o dodawaniu życia do lat. Niemniej jednak wraz z upływem czasu obniżona zostaje sprawność narządów zmysłu i ruchu. Jak wynika z raportu GUS, w 2014 roku z przejściem 500 metrów problem miało 13% dorosłych Polaków, z tego prawie co trzecia osoba stwierdziła, że przejdzie ten dystans, ale z dużą trudnością. Ponad 1,6 mln osób w wieku 65+ w Polsce miało problem z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem czy wstawaniem z krzesła. Dla blisko takiej samej liczby seniorów problemem jest umycie się. Ubranie i rozebranie stanowi wyzwanie dla ponad 1,3 mln Polaków w wieku 65+ (GUS 2016). Dane z badania Polsenior wskazują, że blisko połowa (48,6%) osób w wieku 80–84 lata, 62,5% w wieku 85–89 lat i aż 80,4% osób w wieku 90+ potrzebuje pomocy innych osób w czynnościach dnia codziennego (Błądowski 2012: 454). W świetle tych danych należy zadać sobie pytanie, kto powinien i kto będzie mógł pomóc tym osobom w wykonywaniu codziennych czynności. Celem niniejszego artykułu jest analiza sytuacji rodzinnych opiekunów osób starszych poprzez diagnozę rodzajów udzielanego wsparcia, typologii opieki oraz głównych problemów, które wiążą się z udzielaną pomocą.

Obowiązek sprawowania opieki nad osobami starszymi

Rezultatem przemian demograficznych będzie zwiększająca się liczba osób wymagających opieki oraz zmniejszająca się liczba ich potencjalnych opiekunów. Jest to zjawisko szczególnie trudne w Polsce. Ze względu na niewystarczające rozwiązania systemowe, ale także na tradycję i kulturę narodową, opieka w Polsce organizowana jest przede wszystkim w sferze prywatnej. W naszym społeczeństwie ukształtowało się silne oczekiwanie o charakterze normatywnym, które znacznie częściej niż na instytucje publiczne, wskazuje członków najbliższej rodziny jako na źródło opieki. Takie przekonania potwierdzają liczne badania opinii publicznej, jak Eurobarometr czy badania CBOS dotyczące postrzegania własnej starości (Special Eurobarometr 2007; CBOS 2012).

Obowiązek opieki dotyczy przede wszystkim kobiet. To właśnie one stają się już nie podwójnie, ale wręcz potrójnie obciążone; opiekując się dziećmi lub wnukami oraz osobami starszymi (współmałżonkami, rodzicami, teściami) i wykonując równocześnie obowiązki związane z życiem zawodowym. Czynniki te wpływają na życiowe decyzje kobiet. Te młodsze opóźniają macierzyństwo lub całkowicie z niego rezygnują. Starsze częściej rezygnują z pracy zawodowej na rzecz opieki, co powoduje ich wcześniejszą dezaktywizację zawodową (Raclaw 2012: 71). Zarówno ograniczenie dietności, jak i wcześniejsza dezaktywizacja mają negatywne skutki nie tylko w mikro-, ale także w makrostrukturze. Dodatkową konsekwencją nadmiaru obowiązków opiekuńczych

jest między innymi zespół stresu opiekuna (CSS – *Caregiver Stress Syndrome*), wypalenie, a w rezultacie zaniechanie świadczenia jakichkolwiek czynności opiekuńczych (Łukowska 2013).

Wpływ na podejmowanie decyzji dotyczącej osoby, która będzie sprawowała opiekę, mogą mieć również relacje w rodzinie. Jak wynika z badań Czekanowskiego, to właśnie z rodziną płci żeńskiej starsze osoby mają najlepsze kontakty: 94% osób starszych oceniło relacje z córkami jako dobre i bardzo dobre, ze stosunków z synowymi zadowolonych jest 85% badanych, a z synami 82% (Czekanowski 2002: 140–146). Jakość relacji wpływa na późniejszą opiekę nad osobami zależnymi. Jak wskazują badania empiryczne, długotrwała opieka nad osobami starszymi, zależnymi, w mikrostrukturze, jaką jest rodzina, może mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje. Wynika to z faktu, że choroba może umacniać więzi pomiędzy członkami rodziny, ale równocześnie może zagrażać jej strukturze (Barański, Piątkowski 2002: 26–27). Dzieje się tak szczególnie w sytuacji, kiedy dana osoba zostaje do opieki zmuszona przez sytuację rodzinną czy społeczną. Model opieki nad starszymi w Polsce jest modelem tzw. indywidualistycznym. Oznacza to, że istnieje społeczne i moralne oczekiwanie wskazujące członka rodziny jako opiekuna seniora. Ludzie starsi oczekują różnego rodzaju pomocy i wsparcia, które nie zawsze może zostać im dane przez członków rodziny (Kozłowska 2010: 221–226). Może to prowadzić do konfliktu wewnątrzrodzinnego i popsucia relacji międzypokoleniowych. Jednak bez wątplenia opieka i wsparcie rodziny w czasie choroby jest ważnym elementem dochodzenia do zdrowia dla osoby starszej. Co więcej, jak wynika z badań krakowian w wieku 65+, ukazujących relacje pomiędzy zależnościami rodzinnymi a różnymi wymiarami jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, ryzyko gorszej samooceny zdrowia było niższe u tych kobiet, które miały szeroką sieć społecznych relacji. W przypadku mężczyzn istotną rolę odgrywało wsparcie ze strony partnerki (Tobiasz-Adamczyk, Brzyski 2011: 124). Wszystkie wymienione czynniki skłaniają do refleksji dotyczącej jakości opieki – odpowiednie wsparcie może zapewnić osobom starszym lepsze zdrowie fizyczne i psychiczne. Jednak jakość ta nie będzie możliwa bez odpowiedniego wsparcia ich opiekunów.

Podstawy metodologiczne badań własnych

Celem badania było zdiagnozowanie sytuacji, w jakiej znaleźli się opiekunowie osób starszych. W badaniu skupiłam się również na indywidualnych historiach związanych z rozpoczęciem i trwaniem opieki, a także wymiarem i zakresem niesionej pomocy. Przeprowadzone wywiady dostarczyły znacznej liczby dodatkowych informacji, które pozwoliły również na określenie rodzajów udzielanego wsparcia, stworzenie typologii opieki oraz sformułowanie głównych problemów, które wiążą się z udzielaną pomocą.

Temat sprawowania opieki nad osobą starszą jest szczególnie trudny dla osób badanych. Trudność ta wynika ze społecznych sankcji, z jakimi mogliby się spotkać, gdyby takowej opieki nie podjęli bądź gdyby traktowali ją oni w sposób nieaprobowany

społecznie (a więc na przykład jako trudny i nieprzyjemny obowiązek). Ze względu na analizę indywidualnego doświadczenia jednostek i pełnego zrozumienia ich sytuacji życiowej oczywiste wydało się wybranie metody jakościowej – indywidualnych wywiadów pogłębionych. Zapleczem teoretycznym dla stosowanej techniki była tradycja interakcjonizmu symbolicznego, zgodnie z którą „ludzie potrafią poddawać swoje życie refleksji, umożliwiając badaczom zrozumienie jej przedmiotu” (Flick 2010: 139). Wypowiedź badanego stanowi cenną informację dla badacza, która w przeciwieństwie do innych metod badawczych pozwala na dogłębne zrozumienie sytuacji uczestnika badania, jego sposobu postrzegania rzeczywistości, rozpoznania tego, jak ocenia pewne zjawiska i jak się wobec nich zachowuje (Nowak 1997: 68–75). Kvale porównuje wręcz sytuację wywiadu do placu budowy, na którym powstaje wiedza (Kvale 2010), w wywiadach badacz ma bowiem do czynienia z interakcją dotyczącą analizowanego zagadnienia, które stanowi część wiedzy wytwarzanej w tej sytuacji (Flick 2010: 139).

W trakcie półrocznych badań wykonałam 16 indywidualnych wywiadów pogłębionych z kobietami i mężczyznami mającymi różny poziom wykształcenia i sytuację materialną. Wywiady trwały od czterdziestu pięciu minut do dwóch godzin w zależności od indywidualnych cech osoby badanej. Uczestnicy badania zostali wybrani poprzez dobór celowy, za pomocą techniki kuli śnieżnej, a także dzięki kontaktom z instytucjami publicznymi. Wywiady z osobami badanymi przeprowadziłam jednorazowo, po wcześniejszym nawiązaniu kontaktu (telefonicznego lub twarzą w twarz). Kryterium doboru było podyktowane koniecznością sprawowania opieki nad osobą powyżej 65. roku życia. Stopień zależności podopiecznego był mierzony za pomocą skali ADL (*Activities of Daily Living*), której celem jest określenie samodzielności seniorów w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, takich jak samodzielne przygotowywanie posiłków, kąpanie się, toaleta, kontrolowanie oddawania moczu i stolca, ubieranie się i rozbieranie, wstawanie i przemieszczanie się. O wypełnienie skali poproszeni zostali opiekunowie jako osoby, które prawdopodobnie najlepiej znają stan funkcjonalny podopiecznego. Warto nadmienić, że skala ta jest często używana w kontekście badań nad rodzinnymi opiekunami (Rullier i in. 2013; Park i in. 2015; Szlązak i in. 2015). Na podstawie użytej skali ADL można wnioskować o stanie podopiecznego i równocześnie o zakresie opieki, jaka musi być sprawowana. Skala umożliwia też wysnuć przypuszczenia dotyczące wyręczenia podopiecznego w przypadku, gdy liczba wykonywanych czynności przez opiekuna jest większa niż niesamodzielność osoby zależnej. Kwalifikacja podopiecznych na skali ADL wyglądała w następujący sposób: osoby, które na skali ADL otrzymały 5–6 punktów, nie są w stanie wykonać samodzielnie tylko jednej z wyżej wymienionych czynności bądź mogą samodzielnie wykonywać wszystkie z nich. Osoby te można uznać za sprawne i niepotrzebujące opieki. Ze względu na cel badania osoby, których podopieczni otrzymali wynik 5–6, nie były brane pod uwagę w badaniu. Ci, którzy na skali ADL otrzymali 3–4 punkty, a więc ich sprawność była ograniczona i wymagały wsparcia, oraz osoby, które na skali ADL otrzymały 0–2 punkty, co oznaczało, że są one niesprawne i wymagają stałej opieki, zakwalifikowały się do próby badawczej. W badaniu kierowałam się zasadą teoretycznego nasycenia kategorii, co oznacza zaprzestanie

zbierania kolejnych danych, kiedy w wypowiedziach pojawiają się informacje znacznie zbliżone do już uzyskanych (Charmaz 2009: 147).

Badanie zostało oparte na częściowo ustrukturyzowanym scenariuszu indywidualnego wywiadu pogłębionego. Oznacza to, że w badaniu pojawiały się ogólne zagadnienia, które poruszyłam podczas rozmów z każdym uczestnikiem badania (Babbie 2005: 327). Scenariusz został podzielony na cztery bloki tematyczne. Tak skonstruowany scenariusz wywiadu pozwolił na uzyskanie dużej liczby cennych informacji. Pierwszy blok tematyczny umożliwił rozpoznanie historii opieki oraz zapoznanie się z realiami, w jakich żyje opiekun osoby starszej. Część ta miała charakter przede wszystkim wprowadzający do wywiadu, za pomocą pytań dotyczących tego, kim opiekun się zajmuje i dlaczego, gdzie, jak i z kim mieszka podopieczny, oraz jakie są relacje pomiędzy osobą badaną a osobą, nad którą sprawuje opiekę. Dodatkowo w tej części wywiadu opiekunowie byli pytani o sytuację zawodową. Ta część wywiadu pozwoliła nakreślić tło sytuacji życiowej opiekuna osoby starszej. Część druga wywiadu była konieczna do określenia przeżyć, jakie są związane z opieką. Opiekunowie byli pytani zarówno o pozytywne, jak i negatywne odczucia i aspekty opieki. Dodatkowo prosiłam ich o opisy ostatnich sytuacji, zarówno tych dobrych, jak i złych. W tej części badane osoby określały największe problemy towarzyszące opiece nad seniorami. Trzecia część badania odpowiadała na pytania związane ze strategiami radzenia sobie z opieką, jej organizacją i ewentualną pomocą osób trzecich. Dzięki wypowiedziom osób badanych część ta pozwoliła na określenie rodzajów wsparcia, które otrzymywały osoby badane. Uczestnicy badania opisywali zadania, które wykonują w związku z opieką. Dodatkowo część ta określała stan przeciążenia opiekuna oraz sposoby zmiany danej formy opieki. Czwarta część pozwoliła na określenie sposobu postrzegania opiekunów nieformalnych przez społeczeństwo. Pojawiają się tu kwestie dobrowolności i obowiązku opieki. W zakończeniu opiekunowie opisywali swoją sytuację w kontekście społecznym – pojawiły się kwestie dobrowolności i obowiązku opieki, a także społeczne reakcje na pełnioną przez nich rolę. Ze względu na cel artykułu nie wszystkie aspekty zostaną poruszone w poniższej analizie.

Analiza indywidualnych wywiadów pogłębionych została dokonana za pomocą analizy tematycznej, która jest procesem kodowania jakościowych informacji. Kodem może być zarówno lista tematów, kompleksowy model tematyczny czy wskaźnik (Boyatzis 1998: 4). W niniejszym artykule użyte zostały kody tematyczne, które pozwoliły na stworzenie wzorów wynikających z informacji udzielanych przez uczestników badania. Analiza tematyczna składa się z czterech etapów. Po pierwsze, należy odnaleźć istniejący motyw, następnie można rozpocząć proces konsekwentnego kodowania, na kolejnym etapie rozszerzamy istniejące już motywy o następne, które możemy dostrzec. Ostatnim etapem jest interpretacja uzyskanych w ten sposób wyników (Boyatzis 1998: 11). W niniejszym artykule wszystkie etapy zostały wykonane i przedstawione w przejrzysty sposób w części opisującej rezultaty badań.

Poniżej znajduje się krótka charakterystyka uczestników badania obejmująca najbardziej istotne kryteria, takie jak płeć, wiek opiekuna oraz wiek osoby podopiecznej, miejsce

zamieszkania opiekuna i jego wykształcenie, informacja o pokrewieństwie z podopiecznym oraz punkty na skali ADL osoby zależnej wskazujące na jej stan funkcjonalny.

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób

Osoba badana – oznaczenie w raporcie	Płeć	Wiek opiekuna	Wiek podopiecznego	Miejsce zamieszkania	Stan cywilny	Wykształcenie	Kim się opiekuje	Skala ADL osoby zależnej
R1/K60/S1	K	60	94	Miechów	Wdowa	Wyższe	Tata	1
R2/K52/S3	K	52	89	Kraków	Zamężna	Wyższe	Kuzynka	3
R3/K58/S3	K	58	80	Kraków	Zamężna	Średnie	Mama	3
R4/R4/M52/S0	M	52	78	Kraków	Kawaler	Wyższe	Mama	0
R5/M47/S2	M	47	72	Kraków	Kawaler	Średnie	Mama	2
R6/M60/S0	M	60	82,85	Kraków	Rozwiedziony	Średnie	Mama, Tata	0,1
R7/M67/S0	M	67	65	Kraków	Wdowiec	Wyższe	Żona	0
R8/K50/S0	K	50	75	Kraków	Mężatka	Wyższe	Mama	0
R9/K62/S3	K	62	65	Waksmund	Zamężna	Średnie	Mąż	3
R10/K35/S3	K	35	65	Modlniczka	Zamężna	Średnie	Tata	3
R11/K66/S4	K	66	78	Miechów	Zamężna	Średnie	Ciocia	4
R12/K59/S3	K	59	83	Libertów	Wdowa	Zawodowe	Tata	3
R13/K54/S0	K	54	83,88	Maniowy	Zamężna	Średnie	Mama, Tata	0,1
R14/K63/S1	K	63	89	Kraków	Zamężna	Wyższe	Mama	1
R15/M70/S1	M	70	85	Maniowy	Wdowiec	Zawodowe	Ciocia	1
R16/54/S2	M	54	78	Kraków	Żonaty	Zawodowe	Mama	2

Źródło: Na podstawie badań własnych.

Rezultaty badania

Pierwsza część badania miała na celu rozpoznanie sytuacji życiowej osoby badanej. Opiekunowie opisywali swoje pierwsze doświadczenia związane z opieką nad osobą starszą. Dodatkowo byli oni pytani o przyczyny, w wyniku których opieka zaczęła być przez nich sprawowana. Opowiadanie swojej historii stanowiło przejaw pracy nad definiowaniem swojej własnej sytuacji. Sytuacja rozmowy stanowiła dla większości uczestników badania pierwszą refleksję nad swoją rolą opiekuńczą.

Pierwszy motyw pojawiający się w wywiadach to motyw wsparcia. Na podstawie uzyskanych informacji można było wyróżnić dwa główne rodzaje wsparcia pojawiające się w historiach opisywanych przez nieformalnych opiekunów. Pierwsze z nich to wsparcie

emocjonalne wyrażające się poprzez sympatię, troskę, miłość i zaufanie (Kacperczak 2006: 20). Ten rodzaj wsparcia ma na celu uspokojenie, ukazanie pozytywnego ustosunkowania do osoby wspieranej, a także stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższenie samooceny (Sęk, Cieślak 2004: 19). W wypowiedziach osób wykazujących wsparcie emocjonalne można było dostrzec szczególne przywiązanie do osoby zależnej. Często używanym zabiegiem było mówienie o podopiecznym poprzez zaimbek „my”, co dawało wrażenie identyfikacji z osobą starszą: „My wiemy, że kiedy przychodzi ten czas i musimy się iść myć” (R14/K63/S1). „Najpierw się budzimy, przygotowujemy śniadanie, później dopiero zmieniamy te pampersy” (R1/K60/S1). Co istotne, dla osób udzielających wsparcia emocjonalnego motywem do sprawowania opieki było przywiązanie do osoby starszej, wynikające z wdzięczności i miłości.

Wsparcie emocjonalne występowało najpowszechniej wśród badanych opiekunów osób starszych. Daje ono poczucie nadziei i wyzwala pozytywne emocje. Drugim rodzajem wsparcia, który można było wyróżnić na podstawie wypowiedzi, jest wsparcie nazwane przez Powera (1988) praktycznym. Ten rodzaj łączy w sobie dwa wymiary: informacyjny i instrumentalny (Power, Champion, Aris 1988: 349–358). Wsparcie informacyjne sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu. Osoby stosujące ten rodzaj wsparcia dostarczają informacji zwrotnych o skuteczności wykonywanych czynności, wymieniają się doświadczeniem z innymi opiekunami (Sęk, Cieślak 2004: 19). Działanie tego typu umożliwiło stworzenie nieformalnych grup, w których badani wymieniali się nie tylko informacjami, ale również np. niepotrzebnym już sprzętem. „Mi wiele razy pomagała sąsiadka. W sensie ona ma mamę, która ma tę samą chorobę, no i my tak jak się spotkamy, to rozmawiamy i porównujemy do siebie. Ale jej mama ma późniejsze stadium i ona mi powiedziała na przykład o tych zamkach w oknach i na balkonie, albo o tym brodziku zamiast wanny” (R10/K35/S3). „U nas nawet stworzyła się taka jakby... grupa. I wymieniamy się; ja dałam sąsiadce z dołu wózek, bo nam już on nie jest potrzebny. Pani z bloku obok, która też miała podobną sytuację, dała nam ten tron” (R14/K63/S1).

Na podstawie powyższych wypowiedzi można dostrzec drugi rodzaj wsparcia składający się na wsparcie praktyczne – instrumentalne – polegające na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania (Sęk, Cieślak 2004: 19) czy dostarczania konkretnej, namacalnej pomocy. Działanie takie można dostrzec poprzez oddanie nieużywanego już sprzętu, ale także poprzez działania mające na celu odciążenie podopiecznego, jak przygotowanie posiłków (ta pomoc pojawiła się w każdym analizowanym przypadku) czy podawanie leków. Należy wziąć pod uwagę, że stworzone motywy stanowią typy idealne i niektóre zachowania mogą wpisywać się do obu rodzajów wsparcia.

Badani opiekujący się osobami starszymi potwierdzali to, co Raclaw (2011) nazywa trajektorią doświadczenia: „trajektorie tworzą procesy biograficzne oparte na doświadczeniu niepoddającego się kontroli przymusu zewnętrznych okoliczności (na przykład nagła i ciężka choroba seniora), które ograniczają możliwości planowania i osiągania własnych celów, spełniania oczekiwań społecznych przypisanych do poszczególnych ról, powodują także silne poczucie nieładu, dezorganizacji i cierpienia” (Raclaw 2011: 277).

Opiekunowie w początkowym punkcie opieki czuli się zagubieni, czynności pielęgnacyjne ich przytłaczały, burzyły dotychczas konstruowaną rzeczywistość. W nieco odmiennych sytuacjach były osoby, które systematycznie przyzwyczajały się do opieki. Uczyły się one nowych czynności w odpowiednim czasie lub przed czasem, w przypadkach gdy znały postępowanie choroby. Sposób rozpoczęcia opieki (nagły/oczekiwany) miał szczególny wpływ na późniejsze typy sprawowanej opieki.

W związku z koniecznością zaadaptowania się do sytuacji opieki uczestnicy badania wypracowali strategie, które stanowią kolejny motyw pojawiający się w badaniu. Wy różniłam dwa główne sposoby postępowania. Pierwszym z nich są „zadaniowci” – w tej grupie znalazło się sześcioro uczestników badania, w tym czterech mężczyzn i dwie kobiety. O zakwalifikowaniu do tej kategorii decydował po pierwsze długi czas na zaadaptowanie się do roli opiekuna. Dzięki temu dokładnie znają oni przyczyny, a przede wszystkim przebieg choroby podopiecznego, wiedzą, jaki sposób postępowania należy obrać w celu zapewnienia najlepszej możliwej opieki. Wszelkie braki informacji uzupełniają natychmiastowo za pomocą fachowców, podręczników i w zaufanych portalach internetowych. Zadaniowci mają rozbudowane techniki posługiwania się różnorodnymi przyrządami: „miałem system, że ja zakładałem takie specjalne na oczy takie coś, żebyśmy nie widzieli (...) i ją tak wyjmowałem z wanny” (R5/M47/S2), innym przykładem może być korzystanie z elektronicznych nian w celu kontrolowania podopiecznego. Techniki te stanowią o pomysłowości, ale świadczą również o braku zażyłości pomiędzy opiekunem a podopiecznym. Wypracowane techniki sprawowania opieki stanowiły kolejny kod w analizie. System sprawowania opieki ściśle wiązał się z kolejnym kodem, jakim były kompetencje opiekuna. Co istotne, zadaniowci są przekonani o swoim profesjonalizmie i równocześnie o braku kompetencji opiekuńczych wśród krewnych i znajomych, dlatego nie dopuszczają do osoby starszej innych członków rodziny, bądź robią to bardzo niechętnie. Reprezentatywne dla tej kategorii są następujące wypowiedzi: „Ja już wiem, co i jak należy zrobić, co mama lubi, a czego nie. U brata chaos jest i mama nie lubiła tego chaosu (...). Po tych dwóch dniach tego wszystkiego to z wielką radością zabierałem mamę do domu, bo miałem dość tego wszystkiego. Nie było to komfortowe dla nas. Myślę, że mama byłaby niezadowolona, bo on [przyp. brat] by się musiał przyuczyć” (R5/M47/S2); „Ja myślę, że to ja (...) lepiej wiem” (R8/K50/S0). Znamienny dla opiekunów zadaniowych był również stosunek do czynności wykonywanych wobec podopiecznego. Ten typ opiekunów traktował opiekę w kategoriach obowiązku, który musi zostać spełniony najlepiej, jak potrafią.

Innym ze sposobów radzenia sobie z opieką, pojawiającym się wśród badanych rodzinnych opiekunów osób starszych, było zatracenie się w opiece, rozumiane jako całkowite poświęcenie. Grupa opiekunów zakwalifikowanych jako zatraceni liczyła dziesięć osób. Osoby te traktują opiekę nad osobą starszą jako jedyny sens i cel swojego życia. Z tego powodu rezygnują ze wszystkich, lub z większości, wykonywanych dotąd czynności. Schemat ten jest obecny w następujących wypowiedziach: „Z Uniwersytetu Trzeciego Wieku zrezygnowałam, tak” (R2/K52/S3), „Tak, ja tam trochę działałam charytatywnie,

więc z tych historii też się wyłączyłem, wyłączyłem się z życia towarzyskiego” (R7/M67/S0). Kolejnym zachowaniem, które pojawiało się wśród opiekunów zatraconych, było zaniedbanie własnych potrzeb, w tym przede wszystkim potrzeb związanych ze zdrowiem. Takie zachowanie stanowiło kolejny kod wskazujący na opiekunów zatraconych. Nie zażywali leków przepisywanych przez lekarzy, nie przywiązywali uwagi do symptomów chorobowych – chyba że te dotyczyły podopiecznego. W wywiadach uczestnicy badania wspominali o konieczności rezygnacji z operacji czy leczenia, z obawy przed pozostawieniem osoby zależnej: „Mama wymaga całodobowej opieki, poza tym ja przez 16 lat byłem inwalidą, bo jestem też po wylewie i trepanacji czaszki z klipsem w głowie. W tej chwili wykryto u mnie kolejnego tętniaka, co powoduje następną operację przewidzianą, na którą nie mogę iść, no bo nie ma kto się zajmować mamą” (R4/M52/S0). Ten typ opiekunów traktował swoją rolę jako naturalną powinność wynikającą z miłości i przywiązania do podopiecznego. Wiązało się to z funkcjonowaniem w nieustannym stresie związanym z opieką i zdrowiem podopiecznego.

Wnioski

Prezentowane rezultaty stanowią niepełny obraz realizowanych badań wśród rodzinnych opiekunów osób starszych. W artykule skupiłam się na przedstawieniu głównych rodzajów wsparcia udzielanego osobom starszym przez ich opiekunów oraz wykazaniu typów sprawowanej opieki i problemów, które wynikają z pełnienia czynności opiekuńczych w określony sposób.

Niewątpliwie wszyscy opiekunowie narażeni są na różnego typu obciążenia, zarówno fizyczne, psychiczne, społeczne, zdrowotne, jak i materialne. Jednak w zależności od typu sprawowania czynności opiekuńczych intensywność tych konsekwencji może być różna. Przeprowadzone badania wykazują, że możemy wyróżnić dwa wyraźne typy sprawowania opieki. Osoby zatracone w opiece są wykluczone i społecznie wyizolowane. Ze względu na pełne zaangażowanie w opiekę nie utrzymują kontaktów społecznych, nie dbają o własne zdrowie, są przemęczone i żyją w nieustającym stresie związanym ze stanem zdrowia osoby starszej. Konsekwencją tak sprawowanej opieki może być wystąpienie wspomnianego zespołu stresu opiekuna w prostej linii prowadzące do wypalenia. Z drugiej strony opiekunowie traceni udzielają wsparcia emocjonalnego, które procentuje wdzięcznością opiekuna, a wśród nich samych wywołuje poczucie bycia potrzebnym. Udzielający wsparcia praktycznego dystansują się od podopiecznego, a zadaniowy typ opieki sprzyja temu procesowi. Pomiędzy opiekunem a podopiecznym nie rozwijają się tak silne więzi, jak w przypadku opiekunów zatraconych w opiece. Opieka, choć profesjonalna, zostaje sprowadzona do rutynowych czynności powtarzanych o tych samych porach każdego dnia. Często trwająca dekady. Ze względu na swoją monotonię, mechaniczność i brak emocjonalnego zaangażowania opiekunowie mogą czuć się wypaleni, a przemęczenie i irytacja związana z nieustanną obecnością podopiecznego mogą prowadzić nawet do ryzyka przemocy.

Opisane przemiany demograficzne i społeczne wskazują na rosnące potrzeby opiekuńcze i malejące zasoby tych, którzy mogliby opiekę sprawować. Dodatkowo analiza badań własnych ukazuje zróżnicowane doświadczenia wynikające z odmiennych typów sprawowanej opieki oraz odmiennego wsparcia udzielanego opiekunom. Choć w ostatnich latach pojawia się coraz więcej inicjatyw (np. Centra Senior Wigor) mających na celu pomoc seniorom i ich opiekunom, to nadal brakuje dobrych praktyk uwzględniających różne rodzaje opieki. Chcąc podnieść jakość opieki rodzinnej nad seniorami, należy zrozumieć sytuację samych opiekunów osób starszych.

Bibliografia

- Babbie E. (2005). *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Barański J., Piątkowski W. (2002). *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław.
- Błądowski P. (2012) *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań: 467–495.
- Boyatzis R.E. (1998). *Transforming Qualitative Information*. Sage, Cleveland.
- Bojanowska E. (2009). *Opieka nad ludźmi starszymi*, w: P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Wydawnictwo Fundacja Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa.
- CBOS – *Polacy wobec własnej starości. Komunikat z badań BS/94/2012* (2012). CBOS, Warszawa.
- Charmaz K. (2009). *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Czekanowski P. (2002). *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk: 140–146.
- Flick U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2016). *Stan zdrowia ludności w Polsce w 2014 roku*. GUS, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. GUS, Warszawa.
- Kacperczak A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kozłowska U. (2010). *Relacje rodzinne elementem integracji starszego i młodszego pokolenia*, w: B. Bugajska (red.), *Młodość i starość. Integracja pokoleń*, Wydawnictwo ZAPOL, Szczecin: 221–226.
- Kvale S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Łukawska B. (2013). *Zespół stresu opiekuna*. MEDI – Forum Opieki Długoterminowej. Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej, Toruń.
- Nowak S. (1997). *Pojęcie i zastosowanie wywiadu jako techniki zbierania materiału*, w: M. Malikowski, M. Niezgodna (red.), *Badania empiryczne w socjologii*, t. II, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn.

- Park M., Sung M., Kim S.K., Kim S., Lee D.Y. (2015). *Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease*, „International Psychogeriatrics”, 27 (8): 1355–1364.
- Power M.J., Champion L.A., Aris S.J. (1988). *The development of a measure of social support: The Significant Other Scale (SOS)*, „British Journal of Clinical Psychology”, 27: 349–358.
- Raław M. (2011). *Publiczna troska, prywatna opieka*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa: 275–316.
- Raław M. (2012). *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, w: J. Hrynkiewicz, *O sytuacji ludzi starszych*. Rządowa Rada Ludności, Warszawa.
- Rullier L., Lagarde A., Bouisson J., Bergua V., Barberger-Gateau P. (2013). *Nutritional status of community-dwelling older people with dementia: associations with individual and family caregivers' characteristics*. „International Journal of Geriatric Psychiatry”, 28: 580–588.
- Sęk H., Cieślak R. (2004). *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, w: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa: 11–29.
- Special Eurobarometr, *Health and long-term care in the European Union (283/Wave 67.3)*, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf (dostęp: 05.10.2016).
- Szłazak M., Piłat A., Sarata J. (2015). *Nieformalni opiekunowie osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej*. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków.
- Szukalski P. (2016). *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi w podeszłym wieku w Polsce*, w: M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak (red.), *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 207–221.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P. (2011). *Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia w wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia*. „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, IX (2): 119–126.