

Rodzinna opieka nad seniorem – trudna lekcja życia

Katarzyna
Szostakowska



Rodzinna
opieka
nad seniorem
– trudna lekcja życia

Rodzinna opieka nad seniorem – trudna lekcja życia

Katarzyna
Szostakowska

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej



Recenzent
Dr hab. Jerzy Halicki, prof. Uniwersytetu w Białymstoku

Projekt okładki
Przemysław Spiechowski

Ilustracja na okładce
sabinevanerp/Pixabay

Redakcja i korekta
Joanna Marek-Banach

Copyright © by
Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
Warszawa 2021



Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne 4.0 Polska

ISBN 978-83-66879-00-3
e-ISBN 978-83-66879-01-0

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
tel. 22 5893645

e-mail: wydawnictwo@aps.edu.pl
Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
Wydanie pierwsze

Arkuszy drukarskich 14,5
Skład i łamanie: Mariusz Szewczyk
Druk ukończono w lutym 2021 r.
Druk i oprawa:

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Starość i starzenie się jako problem społeczno-pedagogiczny	11
1.1. Medyczny aspekt starości, czyli starzenie się w ujęciu biologicznym	13
1.2. Demograficzny aspekt starzenia się w odniesieniu do rodziny	26
1.3. Psychologiczne perspektywy starzenia się	29
1.4. Socjalne ramy starości	34
1.5. Społeczny aspekt starzenia się	37
Rozdział 2. Człowiek stary zdany na rodzinną opiekę i wsparcie	47
2.1. Pojęcie „opieka” – w poszukiwaniu definicji	50
2.2. Wsparcie społeczne	63
2.3. Funkcja opiekuńcza rodziny	72
Rozdział 3. Teoretyczne ramy badań	87
3.1. Systemowa teoria rodziny Talcotta Parsonsa	87
3.2. Teoria systemów ekologicznych Uriego Bronfenbrennera	94
3.3. Rodzinne zasoby	96
3.4. Biograficzny proces starzenia się	98
3.5. Trajektoria zmiany w opiece nad seniorem	101

Rozdział 4. Metodologiczne podstawy badań	103
4.1. Przedmiot i cel badań.	103
4.2. Problemy badawcze	104
4.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze	105
4.4. Teren badań, charakterystyka i dobór próby badawczej	106
4.5. Organizacja badań i opis analizy materiału badawczego	111
 Rozdział 5. Starość i starzenie się wyzwaniem dla rodziny	 115
5.1. Wieloaspektowość opieki	115
5.2. Starzenie się, choroba, niesprawność	119
5.3. Wydarzenia przełomowe	125
5.4. Utrata samodzielności seniora	128
5.5. Zanik relacji społecznych	133
5.6. Więzy i zobowiązania międzypokoleniowe w opiece nad seniorem	135
 Rozdział 6. Na przekór starości uwiecznionej w czasie i w przestrzeni domu	 147
6.1. Rozwiązania dotyczące opieki – opieka prywatna czy instytucjonalna?	149
6.2. Zapobieganie postępom choroby, czyli działania usprawniające opiekę	150
6.3. Pokój dla seniora – rozwiązania ułatwiające opiekę	153
6.4. Zakres sprawowanej opieki	161
6.5. Finansowe możliwości rodziny	162
 Rozdział 7. Rodzinna odpowiedź na starzenie się seniora – między samoregulacją a koniecznością	 167
7.1. Rodzinna opieka nad seniorem – podział ról i obowiązków	168
7.2. Senior – między konfliktem a wsparciem rodziny	173
7.3. Opiekunowie rodzinni – troska, opiekuńczość czy bezradność, frustracja i zmęczenie	176
7.4. Opiekun między poświęceniem a zrozumieniem konieczności	184
7.5. Czas wolny opiekunów	186
 Rozdział 8. Czego i w jaki sposób rodzina uczy się w trakcie opieki nad seniorem?	 191
8.1. Uczenie się z doświadczeń	193
8.2. Między doświadczeniem a szukaniem wiedzy o chorobach seniorów	199
 Wnioski – trajektoria wsparcia i bycia wspieranym	 209
 Zakończenie	 217
 Bibliografia	 223
 Spis rycin	 233
 Spis tabel	 235

WSTĘP

Starzejące się społeczeństwo stanowi wyzwanie zarówno dla rodziny, jak i polityki społecznej. W polskiej tradycji to przede wszystkim rodzina jest zobowiązana do podjęcia się opieki nad jej starzejącymi się członkami. Senior w rodzinie staje się coraz bardziej wyzwaniem wymagającym podjęcia działań opiekuńczych, które zmieniają funkcjonowanie całej rodziny. Decyzja o podjęciu opieki nad niesprawnym seniorem staje się momentem przełomowym w życiu wszystkich członków rodziny, szczególnie zaś głównych opiekunów, którymi zazwyczaj są kobiety.

Tematyka prezentowanej książki dotyczy funkcji opiekuńczej sprawowanej nad seniorem. Inspiracją do przeprowadzenia tych badań było podjęcie pracy jako terapeuta zajęciowy w Domu Dziennego Pobytu Samarytanin w Toruniu. Codzienny kontakt z opiekunami rodzinnymi przyczynił się do zainteresowania zagadnieniami związanymi z funkcją opiekuńczą rodziny. Moje rozważania skupiły się wokół pogłębienia kwestii dotyczących życia i funkcjonowania głównego opiekuna. Podjęte badania koncentrują się na pytaniu, w jaki sposób opiekunowie rodzinni konstruują swój świat i rolę opiekuńczą, jaką przyszło im pełnić wobec starzejącego się członka rodziny, nadając jej własne znaczenia. Rozmowy

prowadziłam z opiekunami rodzinnymi, sprawującymi opiekę z powodu niesamodzielności seniora, której przyczyną był aspekt medyczny. Przebadana grupa opiekunów umożliwiła mi poznanie szerszego zakresu problemów związanych z opieką. Poza tym poznałam ich sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach, uzyskałam także wiele informacji na temat potrzeb opiekunów rodzinnych oraz wykorzystywanych przez nich zasobów.

Całość analizy materiału badawczego wykonałam z użyciem programu MAXQDA. Program ten umożliwił mi pogrupowanie wypowiedzi opiekunów, dzięki czemu podjęłam się interpretacji materiału badawczego bez obawy o pominięcie któregośkolwiek z wątków lub wypowiedzi badanych osób.

Prezentowana monografia koncentruje się wokół takich zagadnień, jak: starość, opieka, wsparcie społeczne oraz funkcja opiekuńcza rodziny. Składa się z ośmiu rozdziałów, wstępu, wniosków oraz zakończenia. Dwa rozdziały teoretyczne dotyczą wprowadzenia w zagadnienia starości, opieki i wsparcia społecznego. Trzeci rozdział dotyczy charakterystyki teoretycznych ram badań. Czwarty zaś jest opisem zastosowanej metodologii badań. Kolejne cztery rozdziały to prezentacja wyników badań, ich analiza i interpretacja. Podsumowaniem pracy jest teoretyczny model trajektorii wsparcia i bycia wspieranym z uwzględnieniem wektorów zmian.

W pierwszym rozdziale przedstawiłam charakterystykę starości i starzenia się ujętej w aspekcie społeczno-pedagogicznym. Poza tym szczegółowo scharakteryzowałam następujące aspekty starości: medyczny, demograficzny, psychologiczny, socjalny i społeczny. Analizując je, uwzględniłam aktualne dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego, Centrum Badań Opinii Społecznych, Diagnozy Społecznej i Eurostatu. W rozdziale tym poruszyłam również kwestie zależności człowieka starego od rodziny.

Drugi rozdział jest poświęcony prezentacji pojęć „opieka” i „wsparcie społeczne” w perspektywie rodzinnej. Przedstawiłam w nim poszczególne rodzaje opieki. Wskazałam na wyraźne różnice między pojęciami: opieka, wsparcie i pomoc. Wsparcie społeczne przeanalizowałam z perspektywy pedagogiki społecznej, ze wskazaniem na jego rodzaje, zakres i pozytywne oraz negatywne oddziaływanie. Następnie omówiłam funkcję opiekuńczą rodziny. Charakterystyka ta przede wszystkim jest skoncentrowana na oddziaływaniu opieki na głównego opiekuna, a w dalszej kolejności na pozostałych członków rodziny. Skupiłam się tutaj na przemianach owej funkcji, ich przyczynach i skutkach dla seniorów. Za istotne zagadnienie odnoszące się do opieki nad seniorem uznałam również zespół wypalenia, który w tym rozdziale jest dokładnie omówiony

z uwzględnieniem przyczyn jego powstania oraz skutków odczuwalnych przez wszystkich członków rodziny, w tym człowieka starego.

W rozdziale trzecim zawarłam teoretyczne ramy badań, w skład których wchodziły: systemowa teoria rodziny Talcotta Parsonsa, teoria systemów ekologicznych Uriego Bronfenbrennera oraz rodzinne zasoby. W dalszej części rozdziału omówiłam badania biograficzne, które umożliwiły mi poznanie świata badanych opiekunów rodzinnych. Dzięki ich narracjom na temat sprawowanej opieki uzyskałam informacje na temat zmian, które zaszły w ich życiu. Scharakteryzowałam również pojęcie trajektorii będące punktem wyjścia do stworzenia wykresu przedstawiającego opiekunów rodzinnych sprawujących opiekę nad coraz bardziej zależnym seniorem. Na wykres ten nałożyłam trajektorię starzenia się seniora.

Czwarty rozdział dotyczy omówienia założeń metodologicznych badań. Zaprezentowałam w nim przedmiot i cel badań, problemy badawcze, metody, techniki i narzędzia badawcze, teren badań, charakterystykę i dobór próby badawczej oraz organizację badań. Opisałam w nim również, w jaki sposób analizowałam materiał badawczy z wykorzystaniem programu do analizy danych jakościowych MAXQDA.

W rozdziale piątym zaprezentowałam rozumienie funkcji opiekuńczej przez opiekunów rodzinnych. Punkt wyjścia tego rozdziału stanowi próba definicji opieki. Wskazałam również przyczyny podjęcia opieki, wydarzenia przełomowe, które przyczyniły się do rozpoczęcia działań opiekuńczych, oraz zmiany w funkcjonowaniu seniora związane z utratą przez niego samodzielności, a także z zanikiem relacji społecznych. Na zakończenie rozdziału szczegółowo omówiłam relacje między pokoleniami w rodzinie, uwzględniając relacje między głównym opiekunem i seniorem, między seniorem i małżonkiem głównego opiekuna oraz między seniorem i wnukami.

W rozdziale szóstym przedstawiłam sposoby przeciwstawiania się stereotypowi człowieka starego. Omówiłam rozwiązania dotyczące opieki, pokazałam, w jaki sposób opiekunowie rodzinni zapobiegali postępowi choroby, jakie zastosowali rozwiązania ułatwiające im opiekę. W dalszej części rozdziału dokonałam charakterystyki sytuacji materialnej opiekunów.

Rozdział siódmy poświęciłam wpływowi opieki nad seniorem na funkcjonowanie całej rodziny. Przedstawiłam w nim podział obowiązków związanych z opieką między członków rodziny, następnie omówiłam więzi rodzinne między rodzeństwem głównego opiekuna. W dalszej części dokonałam charakterystyki opiekunów rodzinnych z uwzględnieniem ich funkcjonowania, oddziaływania

na nich opieki, zmian w ich życiu oraz konsekwencji, jakie ponieśli w związku z podjętą opieką. Poruszyłam również wątek związany z przyszłością opiekunów i ich wyobrażenia na temat własnej starości.

Ósmy rozdział prezentowanej monografii dotyczy biograficznego uczenia się. Podjęłam się w nim próby pokazania, czego rodzina nauczyła się o starzeniu i starości w procesie opieki nad seniorem. Wskazałam na pozyskaną wiedzę na temat ludzi starych i chorób w okresie starości. Wyszczególniłam źródła wiedzy o chorobie. Wskazałam również brak przygotowania do roli opiekuna i szczegółowo pokazałam, czego nauczyli się opiekunowie rodinni. Wśród nowo nabytych umiejętności znalazły się: zachowania w stosunku do swoich rodziców, cierpliwość, pokora, szacunek do utartych zachowań seniora oraz respektowanie jego rutynowych zachowań.

Pracę zakończyłam zaprezentowaniem teoretycznego modelu trajektorii wsparcia i bycia wspieranym z uwzględnieniem wektorów zmian. Omówiłam w nim stadia rozwijania się trajektorii opisane przez Mirosława Góreckiego (2007, s. 778–779) za Gerardem Riemannem i Fritzem Schützem. Model ten dotyczy opiekunów rodzinnych oraz seniorów, którzy są uwikłani w trajektorię opieki. Uruchamiają oni posiadane zasoby, aby zahamować postępy choroby.

Liczę, że monografia stanie się impulsem do głębszego analizowania życiowych zmagañ opiekunów rodzinnych osób starszych. Wnikliwa analiza tej grupy osób, którym poniekąd zostaje narzucona ta rola, pozwoli na stworzenie programów wsparcia, stanowiących przygotowanie do roli opiekuna rodzinnego. Jest to ważna kwestia, gdyż rola ta niesie ze sobą wiele wyzwań, wyrzeczeń oraz poświęceń w zakresie życia osobistego i rodzinnego. Dobrze przygotowani do opieki nad seniorem członkowie rodziny zapewnią mu godną starość, nie tylko zaspokajając jego podstawowe potrzeby, lecz także otaczając go miłością. Dzięki temu senior będzie czuł się wspierany, a nie odrzucony przez najbliższych, bo przecież opieka nad niesprawnym seniorem to trudna lekcja życia.

ROZDZIAŁ 1

STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ JAKO PROBLEM SPOŁECZNO-PEDAGOGICZNY

Los ludzi starych w ciągu dziejów przeplatał się z różnymi uczuciami wobec nich – od nienawiści do podziwu i czci. Jednakże analizując losy ludzi starych, począwszy od czasów starożytnych, a skończywszy na współczesności, można odnieść nieodparte wrażenie, że częściej starość i ludzie starzy byli odpychani i wyśmiewani niż podziwiani za ich mądrość i doświadczenie życiowe. Potwierdzeniem tego są słowa Georgesa Minois (1995, s. 323): „Choć starcy żyją na tym świecie, traktuje się ich tak, jakby już do tego świata nie należeli”.

Również w wieku XX nastąpiły liczne zmiany społeczne, które spowodowały, że pozycja człowieka starego w rodzinie stała się niepewna (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dzięgielewska, 2006, s. 87). Zmieniły się rola, miejsce oraz status społeczny ludzi starych. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy była aktywizacja zawodowa kobiet. Doprowadziła do sytuacji, że w rodzinach zaczynało brakować osób, które mogłyby zająć się opieką nad seniorem (Orzechowska, 2001, s. 30).

W ciągu wieków bardziej życzliwe seniorom były te kultury, w których najważniejszą rolę odgrywały tradycja mówiona oraz obyczaj. W tych kulturach ludziom będącym w ostatniej fazie życia przypadała rola łącznika między pokoleniami oraz pamięci zbiorowości.

Przebieg procesu starzenia się zależy od wielu czynników jednocześnie. Na to, jaką starość może przybrać postać, mają wpływ czynniki społeczne, demograficzne, ekonomiczne, kulturowe, psychiczne i zdrowotne. Jakość życia seniorów zależy od ich aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, posiadanego statusu i prestiżu oraz kondycji psychicznej. Mimo że senior może doświadczyć pomyślnego procesu starzenia się, nie jest on w stanie zapobiec zarówno deficytom organizmu, które są związane z wiekiem kalendarzowym każdego człowieka, jak i śmierci. Jest on natomiast w stanie wydłużyć okres samodzielności, aktywności fizycznej i psychicznej, dobrego samopoczucia oraz poczucia bycia użytecznym w całym okresie starości (Trafiałek, 2006b, s. 73).

Starość i starzenie się są pojęciami ściśle związanymi ze sobą nawzajem. Analizowanie ich może zachodzić na poziomie jednostki oraz grupy. Starość rozumiana jako okres życia następuje po wieku dojrzałym i ma charakter statyczny. Natomiast starzenie się rozumiane jako proces jest zjawiskiem dynamicznym (Zych, 2010, *starość*, s. 163). Adam Zych twierdzi, że „starość to nieunikniony efekt procesu starzenia się, w którym kolejno następują zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne, które zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu” (za: Trafiałek, 2006b, s. 73). Podobnie uważa Zofia Szarota (2004, s. 24). Według niej starość to stan, który należy analizować razem ze starzeniem się rozumianym jako proces, biorąc pod uwagę konsekwencje społeczne, ekonomiczne i demograficzne. Starość to również ostatni etap w życiu człowieka, który rozpoczyna się w momencie osiągnięcia tzw. progu starości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 45).

Natomiast starzenie się jest uniwersalnym i naturalnym procesem społecznym, psychologicznym i biologicznym, który dokonuje się od momentu narodzin aż do śmierci (Szarota, 2010, s. 28–29). Podstawowymi cechami związanymi ze starzeniem się, oprócz zmian w organizmie ludzkim i psychice człowieka, są wydarzenia życiowe, będące krytycznymi dla niego, oraz role społeczne, które seniorzy zaczynają pełnić w okresie starości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 45).

Starość i starzenie się człowieka możemy rozpatrywać z kilku perspektyw. W rozdziale tym zostaną przedstawione następujące aspekty starości: medyczny,

psychologiczny, społeczny, ekonomiczny, socjalny, demograficzny oraz rodzinny. Ponadto zostanie omówiony proces starzenia się z punktu widzenia kilku dziedzin naukowych, a mianowicie: medycyny, demografii, psychologii oraz pedagogiki ze szczególnym uwzględnieniem pedagogiki społecznej.

1.1. Medyczny aspekt starości, czyli starzenie się w ujęciu biologicznym

Wiek biologiczny dotyczy ogólnej żywotności i sprawności organizmu człowieka. Jest on bardzo indywidualny, ponieważ zależy od wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Do czynników wewnętrznych zaliczamy uwarunkowania genetyczne. Z kolei czynniki zewnętrzne przyspieszające starzenie się to: nieprawidłowe odżywianie się w wyniku przyjmowania zbyt dużej ilości tłuszczów odzwierzęcych, które prowadzi do otyłości, brak aktywności fizycznej, zanieczyszczenia, urazy, stres, hałas i używki. Z kolei aktywny styl życia, wysiłek fizyczny i intelektualny, prawidłowa dieta są czynnikami spowalniającymi proces starzenia się (Orzechowska, 2001, s. 11).

Wymienione czynniki związane są głównie z aktywnością człowieka we wcześniejszym okresie życia, z jego biografią i cechami psychicznymi. Wiek biologiczny ustala się przez użycie wskaźników antropologicznych, biologicznych oraz biochemicznych. Podczas określania tego wieku bierze się pod uwagę biologiczne procesy starzenia się, np. zmniejszenie się wody w organizmie, zmniejszanie się liczby komórek, które są zdolne do podziału i inne (Orzechowska, 2001, s. 11).

Nie jest możliwe ustalenie obiektywnego i jednoznacznego kryterium określającego początek starości biologicznej. Wiadomo, że starość nie następuje z dnia na dzień, lecz jest procesem dotyczącym wszystkich funkcji organizmu, które z upływem czasu tracą swoją żywotność. Biologiczne procesy starzenia się są bardzo złożone i postępują w inny sposób w przypadku każdego organizmu ludzkiego. Osoby w tym samym wieku kalendarzowym mogą być na zupełnie innym poziomie sprawności ruchowej lub intelektualnej. Autorzy zajmujący się procesem starzenia się człowieka w aspekcie biologicznym definiują go w różny sposób. Norbert Piłkuła (2013, s. 24) sądzi, że starzenie się organizmu to „zespół postępujących w czasie zmian anatomicznych i fizjologicznych, w wyniku których zmniejsza się rezerwa fizjologiczna i ogranicza zdolność funkcjonalna organizmu”. Adam Zych (2010, *rodzina*, s. 167) z kolei starzenie biologiczne ujmuje jako proces, który „cehuje stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów kompensacyjnych, które

umożliwiają zachowanie stałości środowiska wewnętrznego, czyli homeostazy, a tym samym zachowania życia”. Pikuła i Zych, definiując proces starzenia się, skupiają się na kategorii czasu z nim związanej. Rozumieją biologiczny aspekt starzenia się jako powolne wykorzystywanie możliwości organizmu w ciągu życia człowieka.

Odnosząc się do przytoczonych definicji starzenia się biologicznego, można zaobserwować u osób w wieku podeszłym następujące zmiany starcze w komórkach oraz tkankach:

- histereza plazmy komórek – jest to skupianie się koloidów białkowych w większe skupisko podczas jednoczesnego zwiększającego się odwodnienia komórek i innych jej zmian, które wpływają niekorzystnie na prace komórki;
- zmniejszenie ilości wody w organizmie – zjawisko to zachodzi przez cały okres życia człowieka, począwszy od okresu płodowego, gdzie zarodek ma w swoim ciele 95% wody, aż do umownego okresu rozpoczynającego okres starości, czyli 65. roku życia – 55–60% wody w organizmie;
- nagromadzenie się w tkankach złogów – są nimi substancje odkładające się w tkankach przez całe życie. W związku z obniżeniem się przemiany materii w okresie starości zaczynają one zalegać, gdyż są bezużyteczne. Do tych substancji należą cholesterol, wapń, lipofuscyna (lipochrom), czyli brązowy starczy barwnik, który jest widoczny u osób w starszym wieku na grzbietach rąk, plecach bądź piersiach;
- postępujące zmniejszenie zdolności komórek do podziału – zjawisko to jest związane z osłabieniem regeneracji, która wpływa znacząco na funkcjonowanie poszczególnych narządów. Uwiąd starczy to stopniowe obumieranie komórek przy równoczesnym braku powstania nowych. Prowadzi to do zmniejszenia objętości i wagi narządów (Wiśniewska-Roszkowska, 1987, s. 25–27).

Starzenie się organizmu ludzkiego jest spowodowane przez procesy, które działy się w organizmie człowieka od urodzenia. Różnica polega tylko na tym, że od pewnego okresu życia stają się one szkodliwe, ponieważ doprowadzają do starczego zwyrodnienia, które kończy się śmiercią. Zatem starzenie się to proces złożony i nieuchronny (Wiśniewska-Roszkowska, 1987, s. 25–27). Bardzo trudno jest oddzielić konsekwencje biologicznego procesu starzenia się od chorób oraz ich skutków. Przyczyny chorób występujących w okresie starości mogą być trojaki. Po pierwsze, senior może chorować na nie od wielu lat i w okresie starości choroby mogą się nasilić. Po drugie, jest grupa chorób, które w okresie starości,

np. zapalenie płuc, ze względu na wiek przebiegają inaczej niż we wcześniejszych latach życia. Po trzeciej, senior może zapaść na chorobę typową dla okresu starości. Dodatkowo wśród ludzi starych bardzo częsta jest polipatologia, czyli występowanie jednocześnie wielu chorób dotyczących narządów i układów (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 21).

Zmiany biologiczne zachodzące w okresie starości dotyczą wyglądu zewnętrznego, funkcjonowania zmysłów, zaburzenia w funkcjonowaniu układów oraz schorzeń, jakie dotyczą ludzi w tym czasie. W naukach medycznych mamy do czynienia z wiekiem biologicznym, inaczej nazywanym wiekiem czynnościowym, fizjologicznym lub funkcjonalnym. „Oceniany jest on na podstawie stanu psychofizycznego jednostki, mierzony głównie za pomocą wskaźników funkcjonowania fizjologicznego lub sprawności umysłowej, a nie liczbą przeżytych lat” (Zych, 2010, *wiek biologiczny*, s. 199).

Z biegiem czasu ciało człowieka doświadcza licznych zmian w układzie kostno-szkieletowym, oddychania i krążenia. Zmysły wzroku i słuchu ulegają pogorszeniu pod wpływem licznych chorób, maleje elastyczność i napięcie mięśni, zmniejsza się wydolność układu oddechowego, pokarmowego i wydalniczego (Zych, 2006, *starość–starzenie się*, s. 949). Człowiek stary może zapaść na liczne choroby charakterystyczne dla tego okresu, a mianowicie: miażdżycę, udar, choroby narządu ruchu, choroby narządu wzroku i słuchu, osteoporozę, cukrzycę, chorobę Parkinsona i chorobę Alzheimera (Pikuła, 2011, s. 25–26).

Zmiany w układzie nerwowym mogą przybrać różną formę i nasilenie. Widoczne są one, gdy w układzie nerwowym do zmian związanych z obumieraniem komórek nerwowych dołączają zmiany miażdżycowe tętnic mózgowych (Wiśniewska-Roszkowska, 1975, s. 34–35). Wśród osób, które cierpią na miażdżycę tętnic mózgowych, występują następujące objawy: zaburzenia pamięci oraz orientacji, zmniejszona koncentracja, niepokój, podwyższone ciśnienie oraz zawroty głowy, stopniowe niedowłady kończyn dolnych i przykurcze. Miażdżycy może wystąpić w każdym wieku, lecz najczęściej dotyczy mężczyzn po 40. roku życia oraz kobiet około 50.–60. roku życia. Jest to niebezpieczna choroba, gdyż może prowadzić do choroby wieńcowej, inaczej zwanej chorobą niedokrwinną mięśnia sercowego, zawału serca, udaru mózgu bądź chorób, które powstały na skutek niedokrwienia narządów.

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey, EHIS) przeprowadzone w Polsce w 2014 roku przez Główny Urząd Statystyczny (obecnie są opracowywane dane z 2019 roku, które będą opublikowane w styczniu 2021) wykazuje, że zwiększyła się liczba osób po 50. roku życia, które deklarują

występowanie dolegliwości i chorób przewlekłych. Wśród badanych Polaków ponad 80% osób w wieku 50 lat i więcej zadeklarowało występowanie u siebie co najmniej jednej choroby przewlekłej. Autorzy raportu wskazują na siedem najczęściej występujących chorób przewlekłych lub dolegliwości zdrowotnych. Wśród nich znajdują się: bóle dolnej partii pleców, wysokie ciśnienie krwi, bóle szyi, bóle środkowej partii pleców, choroba zwyrodnieniowa stawów, silne bóle głowy (migrena) oraz choroba wieńcowa. Ta ostatnia dotyczy 8% badanych mężczyzn. Poza tym wraz z wiekiem zwiększa się częstość występowania długotrwałych problemów zdrowotnych. Wśród osób starszych po ukończeniu 60. roku życia 85% badanej populacji zadeklarowało, że choruje na przynajmniej jedną chorobę przewlekłą (https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/10/1/1/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkancow_polski_w_swietle_badiana_ehis_2014.pdf, dostęp: 10.09.2020).

Starzenie się populacji skutkuje tym, że wśród osób powyżej 60. roku życia spotykamy się coraz częściej z problemami o charakterze poznawczym. Wiąże się to z fizjologicznym procesem starzenia się, którego następstwem jest osłabienie sprawności poznawczej. Jak już wspomniano, na tempo starzenia się i pojawiające się ograniczenia wpływa wiele czynników o charakterze genetycznym, biologicznym, psychologicznym oraz środowiskowym. Odnosząc się do zaburzeń poznawczych, na ich pojawienie się i natężenie ma wpływ tzw. umysłowy potencjał poznawczy, którego jednym z zasobów jest zdobyte wykształcenie w ciągu życia. Wynika to z tego, że proces uczenia się usprawnia zdolności myślenia abstrakcyjnego oraz zwiększa możliwości zapamiętywania. Na co dzień człowiek wykorzystuje tylko niewielką część zasobów poznawczych. Nagromadzona w mózgu rezerwa poznawcza zaczyna być wykorzystywana w momencie starzenia się organizmu i pojawiających się trudności intelektualnych. Seniorzy ze znaczną rezerwą poznawczą są w stanie dłużej wyrównywać deficyty, np. stopniową utratę pamięci, zapominanie słów, które pojawiają się w życiu codziennym (Gabryelewicz, Barczak, Barcikowska, 2018, s. 51).

Nierozzerwalnie z problemami poznawczymi są związane choroby otępienne, których jedną z przyczyn jest starzenie się mózgu. Starzeje się on nierównomiernie. Wraz z upływem lat zmniejsza się ilość neuroprzekaźników w pewnych neuronach, które kontrolują ruchy oraz w tych neuronach, które są odpowiedzialne za sen. Człowiek w wieku 65 lat ma 10% mniej neuronów niż osoba młoda. Wspomniany zanik neuronów następuje w kilku obszarach ludzkiego mózgu. Zachodzi on w rejonie jądra miejsca sinawego, który znajduje się w pniu mózgu. Obszar ten jest odpowiedzialny za trudności w zasypianiu. Kolejnym obszarem jest

mózdzek, który wiąże się z zaburzeniami motoryki, a hipokamp jest związany z zaburzeniami pamięci i uczenia się. Ostatnim obszarem mózgu są pola ruchowe i czuciowe w korze mózgu, które wpływają na kontrolę czynności ruchowych oraz na funkcjonowanie zmysłów (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 29–30).

Zmiany w mózgu z powodu starości polegają na zmniejszaniu się liczby komórek w nim. Skutkiem tego jest zwiększenie się tkanki łącznej, która prowadzi do miażdżycy tętnic mózgu, czyli osłabienia jego ukrwienia. Objawia się to przyspieszeniem starzenia się mózgu. Kolejny objaw starzenia się to zmniejszenie sprawności umysłu, co z kolei wpływa na inteligencję człowieka. Jednym ze sposobów na utrzymanie sprawności intelektualnej jest ciągła praca umysłowa, która ćwiczy mózg i utrzymuje go w wysokiej sprawności przez długi czas. Osłabienie pamięci jest kolejnym objawem starzenia się mózgu. Polega ono na stopniowym zmniejszaniu się zdolności postrzegania i zapamiętywania. Charakterystycznym zjawiskiem tego procesu jest to, że człowiek stary nie pamięta, co działo się przed momentem lub kilka dni temu, pamięta natomiast bardzo dobrze wydarzenia z okresu młodości i dorosłości. Kłopoty z pamięcią łączą się również z brakiem orientacji w czasie i miejscu. Okres starości jest związany także z brakiem rozsądku i niezdolności do zarówno krytycznej, jak i prawidłowej oceny sytuacji, która może wywoływać u osób z najbliższego otoczenia zniecierpliwienie bądź wzburzenie (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 29–30).

Choroba Parkinsona należy do grupy zwyrodnieniowych schorzeń mózgu. Podczas jej przebiegu następuje sukcesywny zanik komórek nerwowych w części mózgu, która odpowiada za ruch zależny od woli człowieka. Jest on prawidłowy do momentu, gdy występuje odpowiednie gospodarowanie dopaminą. Pierwsze objawy choroby pojawiają się już w wieku 55–65 lat i są związane z pogorszeniem sprawności. Ruchy rąk i nóg stają się niezgrabne, powolne i zaczyna pojawiać się uczucie sztywności. Kolejnym objawem tej choroby jest drżenie palców, dłoni, a w końcowym stadium – całego ciała. Na początku osoba chora może powstrzymać drżenie siłą woli, później tylko dobrze dobrana farmakoterapia łagodzi objawy choroby. Kolejnym objawem jest tzw. spowolnienie, polegające na zwolnionych reakcjach, trudnościach z rozpoczęciem ruchu, małych krokach, wolniejszej mowie i ograniczonej mimice. Pojawiają się widoczne zaburzenia postawy ciała. Osoby cierpiące na chorobę Parkinsona mają zaburzenia równowagi i pochyloną sylwetkę. W zaawansowanym stadium choroby pojawiają się wszystkie z wymienionych objawów.

Oprócz tego osoby chore bardzo często mają obniżony nastrój, który pogłębia się wraz z rozwojem schorzenia, aż do stanów depresyjnych i lękowych. Choroba

Parkinsona nie przyczynia się do skrócenia długości życia (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 31). Badanie stanu zdrowia ludności Polski prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny z 2004 roku wskazuje na stopniowy wzrost odsetka osób zapadających na chorobę Parkinsona w przedziale 50–59 lat – 0,6 odsetka badanych osób i 1,8 odsetka badanych osób w wieku 70 lat i więcej, co stanowi trzykrotny wzrost liczby chorych (*Stan zdrowia ludności...*, 2006, s. 103). Kolejne raporty z 2009 i 2014 nie uwzględniają choroby Parkinsona. Dane statystyczne wskazują na ogólną liczbę osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych oraz chorób i dolegliwości przewlekłych. Autorzy badania z 2014 roku podają: „Występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych stwierdzono u blisko 54% ludności Polski. Częstość zgłaszania schorzeń przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem. (...) w populacji ludzi dorosłych, podobnie jak 5 lat temu – blisko 59%. Schorzenia przewlekłe częściej występowały wśród kobiet niż mężczyzn, bez względu na miejsce zamieszkania (w miastach czy na wsi)” (https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/10/1/1/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkancow_polski_w_swietle_badania_ehis_2014.pdf, dostęp: 10.09.2020).

Otępienie według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 to „zespół związany z patologią mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w przebiegu, którego dochodzi do zaburzenia licznych wyższych funkcji kory mózgowej, w tym pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, znajomości języka oraz sądów. Świadomość nie ulega zaburzeniu. Opisanym zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszy, a niekiedy je poprzedza, pogorszenie kontroli emocji, zachowań społecznych lub motywacji. Zespół ten występuje w przebiegu choroby Alzheimera, choć obserwuje się go również w schorzeniach naczyniowych mózgu oraz w innych chorobach pierwotnie lub wtórnie obejmujących mózg” (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...*, 2008, s. 208).

Z każdym rokiem liczba osób, które zapadają na choroby otępienne, wzrasta o 4,5 miliona. W 2040 roku liczba osób chorych może przewyższyć 80 milionów. Choroba Alzheimera jest najpowszechniejszą przyczyną otępienia. Zachorowalność na nią rośnie wraz z wiekiem. U osób między 65. a 69. rokiem życia wynosi 2–3/1000 osób w ciągu roku, natomiast u osób będących w wieku 85–89 lat już 37–40/1000 osób w ciągu roku. Obecnie na tę chorobę cierpi już 47 milionów ludzi na świecie. Liczba ta będzie wzrastać wraz z zwiększającą się liczbą seniorów w populacji danego kraju (Gabryelewicz, Barczak, Barcikowska, 2018, s. 59). W Polsce odsetek ten wynosi 5,7–10% populacji, która choruje na choroby typu otępiennego, a zatem liczbę chorych można szacować w Polsce na 300 tysięcy do

nawet 500 tysięcy (Gabryelewicz, Barczak, Barcikowska, 2018, s. 15–16). Natomiast badania przeprowadzone na zlecenie Głównego Urzędu Statystycznego w 2004 roku wykazują wzrost zachorowań na choroby typu otępiennego, w tym chorobę Alzheimera, w wieku 70 lat i więcej. Wyniki badań wykazały, że 2,1 odsetka badanych osób zapada na tego typu zaburzenia. Mężczyźni w wieku 60–69 lat stanowią 3,7 odsetka osób chorych, a już 26,3 odsetka to mężczyźni chorzy na chorobę typu demencyjnego w wieku 70 lat i więcej. W przypadku kobiet wzrost jest jeszcze większy, bo z 3,7 odsetka chorych w wieku 60–69 lat do 46,8 odsetka chorych w wieku 70 lat i więcej (*Stan zdrowia ludności...*, 2006, s. 103–104, 112).

Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową, która charakteryzuje się postępującym otępieniem, deficytem licznych wyższych funkcji psychicznych oraz objawami związanymi z ogniskowym zapaleniem mózgu, do których zaliczamy: zaburzenia pamięci, niedowłady, zaburzenia funkcji związanych z prawidłowym widzeniem i orientacją w przestrzeni. U osób cierpiących na tę chorobę pojawiają się także problemy z abstrakcyjnym myśleniem. Objawami choroby są zmiany w zachowaniu i osobowości, pogarszające się zdolności poznawcze, w co najmniej w dwóch z czterech obszarów: uczenie się, pamięć, uwaga i orientacja, trudności w dokonywaniu operacji symbolicznych, do których zaliczamy myślenie abstrakcyjne, rozumienie i liczenie, a także problemy w pełnieniu przynajmniej jednej z ról życiowych: relacje z członkami rodziny i rówieśnikami, zdolność do pracy oraz funkcjonowanie w społeczeństwie (Zych, 2010, *choroba Alzheimera*, s. 28–29).

U osób zapadających na chorobę Alzheimera występuje zanik neuronów. Powodem tego jest odkładanie się w mózgu białek, których struktura jest patologiczna. Drugą przyczyną jest niewydolność naczyń mózgu. Skutkiem tego jest zwyrodnienie alzheimerowskie. W momencie, gdy pojawią się pierwsze objawy choroby o charakterze klinicznym i gdy zostaną wykorzystane zasoby mózgu, proces zanikania neuronów może trwać już od 20 lat i więcej (Gabryelewicz, Barczak, Barcikowska, 2018, s. 59).

Przyczynami choroby Alzheimera u osób o wczesnym początku, tj. przed 60. rokiem życia, są jednogenowe mutacje genetyczne. „Dotyczą one genów dla białka prekursorowego amyloidu i dwu presenilin: 1 i 2” (Gabryelewicz, Barczak, Barcikowska, 2018, s. 59). Diagnozy tej choroby dokonuje się poprzez przeprowadzenie serii testów neuropsychologicznych, które badają czynności życia codziennego, niezależność, koncentrację, uwagę, pamięć oraz orientację w czasie i przestrzeni. Początek choroby jest nieuchwytny, ponieważ jej objawy są zbliżone do objawów demencji starczej. Najczęściej chorują na nią kobiety. Pierwsze objawy pojawiają

się około 50. roku życia i są związane z utratą orientacji w czasie i przestrzeni, zaburzeniami mowy, problemami z wykonywaniem skoordynowanych ruchów oraz z trudnościami z rozpoznawaniem przedmiotów i osób. Kolejnymi oznakami choroby są zaburzenia ruchowe objawiające się podczas chodzenia, nietrzymanie moczu oraz tzw. odruchy patologiczne przejawiające się drgawkami.

Lekarze twierdzą, że choroba Alzheimera przebiega w czterech etapach. Pierwszy z nich to ubytek bardzo lekki i lekki. Osoby będące na tym etapie odczuwają zaburzenia pamięci, które przejawiają się zapominaniem nazw przedmiotów i zaburzeniami orientacji. Etap drugi to ubytek średni, początek otępienia. Objawy zapominania i zaburzenia orientacji pojawiają się coraz częściej, co utrudnia codzienne funkcjonowanie. Trzeci etap to otępienie średniego stopnia. Chorzy tracą wówczas swoją samodzielność. Zaburzone zostają funkcje mowy, ruchu oraz orientacji w czasie i przestrzeni. Ostatni etap choroby to otępienie zaawansowane. Jest on najtrudniejszy zarówno dla samego chorego, jak i dla członków rodziny. Senior przestaje mówić, nie rozpoznaje swoich najbliższych, nie dba o higienę osobistą. Wymienione etapy mają inny przebieg w odniesieniu do każdego chorego. Związane jest to z wieloma indywidualnymi cechami, jak wiek osoby chorej, wykształcenie, życiowe doświadczenia czy też wykonywany zawód. Trwanie każdego z etapów również jest sprawą indywidualną. Zanikanie poszczególnych funkcji i umiejętności u każdego chorego przebiega w innym tempie, np. jedna osoba może mieć problem z samodzielnym spożywaniem posiłków, z kolei inna, jedząc sama, nie rozpoznaje członków swojej rodziny (Klucznik, 2012, s. 207–209).

Dane przedstawione przez Główny Urząd Statystyczny dotyczące Stanu Ludności Polski w 2014 roku odnoszące się do osób powyżej 65. roku życia według możliwości wykonywania czynności samoobsługowych wskazują, że na 5 880 000 przebadanych osób w takich obszarach jak: jedzenie posiłków, kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, kąpanie lub mycie się pod prysznicem oraz korzystanie z pomocy innej osoby lub urządzeń odsetek osób, które udzieliły odpowiedzi, że wykonują tę czynności ze znaczną trudnością lub nie wykonują ich wcale samodzielnie, wzrasta w grupie osób 80 lat i więcej w stosunku do seniorów w wieku 65–69 lat, np. 2,7 tysiąca seniorów będących w pierwszej grupie, tj. w wieku 65–69 lat wskazało, że z dużą trudnością spożywa posiłki. Natomiast w grupie 80 lat i więcej takie trudności wskazało już 46,2 tysiąca osób, co stanowi niemal dwudziestokrotny wzrost osób wymagających pomocy (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>, dostęp:

22.09.2020). Sytuacja jest podobna w pozostałych obszarach. Brak samodzielności i niemożliwość prowadzenia gospodarstwa domowego są, jak wspomniano, jednymi z niepokojących objawów choroby Alzheimera lub dalszych jej etapów, które prowadzą do całkowitej niesamodzielności.

Opieka nad osobą dotkniętą chorobą Alzheimera jest związana z nieustanną gotowością przezwyciężania nowych zadań, byciem w ciągłym stresie i niepewności. Jak wcześniej zwrócono uwagę, u osób zapadających na chorobę Alzheimera w kolejnych etapach widoczne są coraz większe zaburzenia funkcji behawioralnych oraz poznawczych. W ostatnim etapie osoby chore nie są w stanie wziąć odpowiedzialności za własne życie i zorganizowanie go. Wymagają całodobowej opieki, której konsekwencje ponosi przede wszystkim rodzina człowieka starego. Konsekwencje te dotyczą stanów emocjonalnych, wynikających z przyglądania się zmieniającym się zachowaniom bliskiej im osoby (Sales, 2003, s. 33–41).

Starzenie się zmysłów powoduje, że informacje dostarczane do mózgu ze środowiska zewnętrznego są ograniczone i niejednokrotnie zniekształcone. Powoduje to, że funkcjonowanie człowieka w podeszłym wieku jest utrudnione, co wpływa na odbieranie przez niego rzeczywistości. Małgorzata Brzezińska i Małgorzata Graczkowska podają, że „ponad 30% osób powyżej 65 roku życia cierpi na choroby oczu, a około 7% ludzi w wieku 65–74 lata i 16% powyżej 75 roku życia jest niewidomych albo poważnie upośledzonych w widzeniu” (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 32).

Najczęstszymi chorobami układu wzrokowego, na które zapadają osoby starsze, są: katarakta, czyli zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej oraz retinopatia cukrzycowa. Zazwyczaj seniorzy tracą wzrok stopniowo. Na początku pojawiają się trudności w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: samoobsługa, prowadzenie gospodarstwa domowego, orientacja w przestrzeni i samodzielne poruszanie się, czytanie, oglądanie telewizji czy też uczestnictwo w życiu społecznym. Kolejnym etapem jest prośba o pomoc członków rodziny, gdyż człowiek stary nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 30–33).

„Znaczące zaburzenia słuchu dotyczą 50–75% osób powyżej 75 roku życia” (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 33). Od tego, w jakim stopniu osoba starsza utraci słuch, zależą przede wszystkim warunki środowiskowe, do których zaliczamy dietę oraz pracę w miejscach o zwiększonym natężeniu hałasu. Seniorzy częściej nie słyszą dźwięków o wysokich częstotliwościach niż niskich, co objawia się tym, że mają trudności ze zrozumieniem mowy oraz ze zlokalizowaniem źródła dźwięku. Poza tym 10% osób starszych doświadcza szumu w uszach, który powoduje

dyskomfort, gdyż zagłusza inne dźwięki. Jednym ze zjawisk związanych z narządem słuchu jest głuchota starcza, która powstaje w wyniku zanikania komórek rzęsatych w narządzie Cortiego. Seniorzy, którzy cierpią na utratę słuchu, mają poczucie niższej wartości, gorzej funkcjonują w aspekcie poznawczym, a także nie mają poczucia kontroli nad własnym życiem. Przy większych ubytkach słuchu ludzie starzy izolują się, wycofują z kontaktów społecznych, co w konsekwencji może prowadzić do depresji (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 33–34).

U osób, u których występuje zarówno upośledzenie narządu wzroku, jak i słuchu, obserwuje się większe ryzyko wstąpienia otępienia starczego. Philip Hwang z University of Washington w Sattle wraz z współpracownikami zbadał związek między ryzykiem wystąpienia demencji bądź choroby Alzheimera a uszkodzeniem narządów słuchu i wzroku. W badaniu wzięło udział 2150 osób w wieku 75 lat i więcej, którzy w chwili badania nie posiadali żadnych objawów demencji. Spośród osób badanych 14,9%, tj. 306 osób, miało zaburzenia widzenia, a 7,8%, tj. 161 osób – zaburzenia słuchu. Po 7 latach powtórzono badania i okazało się, że wśród osób mających problemy ze wzrokiem i słuchem z 466 osób aż u 319 zdiagnozowano chorobę Alzheimera lub demencję. Okazało się, że o 86% zwiększa się ryzyko wstąpienia demencji u osób, które posiadają jednocześnie wadę słuchu bądź wzroku. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest to, że osoby starsze, u których występują problemy ze słuchem bądź ze wzrokiem, niechętnie uczestniczą w życiu społecznym i rezygnują z aktywności fizycznej (<https://pl.medicalcareerinstitute.org/artarticlekey222877-14862>, dostęp: 22.09.2020).

Chorobą, która często towarzyszy starości, jest cukrzyca. Polega na zaburzeniach metabolicznych związanych z bezwzględnym bądź względnym niedoborem insuliny. Osoby chore odczuwają duże pragnienie, często oddają mocz, są osłabione, mają tzw. wilczy głód, a także zaburzenia w narządzie wzroku. Jeśli osoba starsza nie leczy cukrzycy, zwiększa ryzyko własnej śmierci, ponieważ choroba ta niesie ze sobą liczne powikłania, takie jak: obniżona tolerancja glukozy, zwiększona ilość tkanki tłuszczowej, zmniejszona aktywność fizyczna oraz niesprawność nerek (Pikuła, 2011, s. 28–29). Dane przedstawione przez Główny Urząd Statystyczny wykazują bardzo duży wzrost liczby osób chorujących na cukrzycę. Częstość występowania tej choroby rośnie wraz z wiekiem, gdyż 113,8 tysiąca osób w wieku 40–49 lat było chorych na cukrzycę w badanej populacji i aż 463,1 tysiąca osób w przedziale wieku 70–79 lat, co stanowi ponad czterokrotny wzrost liczby chorych (*Stan zdrowia ludności...*, 2011, s. 128).

Osteoporoza to choroba kości występująca zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Wiąże się z ubytkiem masy kostnej oraz zużyciem struktury przestrzennej kości.

Skutkiem tych zmian jest większa podatność na złamania. Pierwsze objawy choroby dotyczą bólu w okolicach odcinka piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa, następują zniekształcenia w postaci zaokrąglonego garbu odcinka piersiowego kręgosłupa oraz skrócenie tułowia. Kolejnym objawem są częste złamania kości dotyczące trzonów kręgów bądź szyjki kości udowej. Osoby starsze w okresie starości chorują również na zmiany zwyrodnieniowe w stawach. Skutkiem tego jest zmniejszenie ruchomości stawów pod wpływem zaniku tkanek stawu, w którego skład wchodzi: maść stawowa, ścięgna, więzadła i chrząstki. W związku z tym, że stawy człowieka osiągającego wiek 65 lat i więcej ujawniają objawy zużycia, niemal wszystkie osoby osiągające ten wiek zaczynają mieć z nimi problemy. Zmiany te mogą być w stopniu umiarkowanym bądź poważnym. Taki stan rzeczy potwierdzają dane zaprezentowane w 2004 roku przez Główny Urząd Statystyczny. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że największy wzrost liczby osób chorujących na osteoporozę następuje w wieku 70 lat i więcej – 417,1 tysiąca badanych osób. W przedziale 60–69 lat jest o połowę mniej chorych, ponieważ liczba ta wynosi 235,9 tysiąca badanych osób (*Stan zdrowia ludności...*, 2011, s. 99).

Choroby reumatyczne wiążą się z pojawieniem się w układzie ruchu bólu, deformacji oraz trwałego bądź okresowego ograniczenia funkcjonowania stawów, kości oraz tkanek miękkich, w skład których wchodzi więzadła i ścięgna. U ludzi po 60. roku życia w znaczący sposób rośnie prawdopodobieństwo zachorowania na choroby, które dotyczą tego układu i są one najczęstszym powodem niepełnosprawności seniorów (Pikuła, 2011, s. 29). Seniorzy mający problemy ze stawami chorują zazwyczaj na reumatyzm bądź artretyzm. Są to choroby zwyrodnieniowe stawów, które dotyczą przede wszystkim bioder, kolan i barków. Zwyrodnienie to polega na uszkodzeniu chrząstki stawowej. Chorzy mają ograniczone ruchy w zaatakowanych chorobą stawach. Reumatyzm bądź artretyzm to przewlekła i postępująca choroba. Inną odmianą reumatyzmu jest reumatoidalne zapalenie stawów, które powoduje zapalenie błony maziowej stawu. Konsekwencją tego są ograniczone ruchy głównie drobnych stawów rąk. Następną odmianą jest polimialgia reumatyczna, powodująca uczucie sztywności bioder, szyi i barków oraz bóle w tych miejscach. Ostatnią odmianą reumatyzmu i artretyzmu jest podagra, inaczej dna moczowa. Przyczyną tego schorzenia jest nieprawidłowy metabolizm kwasu moczowego, który odkłada się zazwyczaj w stawach dużego palca stopy. Na tę chorobę częściej zapadają mężczyźni (Brzezińska, Graczkowska, 2012, s. 22–23). Odnosząc się ponownie do danych z badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w 2009 roku, największy wzrost osób zapadających na choroby reumatyczne stwierdzono w przedziale osób 50–59 lat a 60–79 lat.

Wzrost ten był trzykrotny z 277,8 tysiąca osób w wieku 40–49 lat do 605,5 tysiąca w przedziale 50–59 lat. Stan ten utrzymuje się na stałym poziomie w grupie osób 60–79 lat – 605,6 tysiąca osób (*Stan zdrowia ludności...*, 2011, s. 127). W raporcie z badań dotyczącego Stanu zdrowia ludności Polski z 2014 roku nie dokonano podziału na poszczególne choroby, które dotyczą osoby starsze. Analizując otrzymane dane, autorzy badania wyszczególnili następujące kategorie odnoszące się do stanu zdrowia Polaków: samoocena stanu zdrowia, długotrwałe problemy zdrowotne, chorujący przewlekle i inne. Odnosząc się do chorób reumatycznych, autor zaklasyfikował je do kategorii długotrwałych problemów zdrowotnych. Grupa osób w wieku 60–80 lat i więcej liczyła 8585,4 tysiąca osób. Spośród badanych osób 7633,2 tysiąca zadeklarowało długotrwałe problemy zdrowotne, co stanowi 88% badanej populacji seniorów. Jest to niepokojący wynik, gdyż owe problemy zdrowotne mogą prowadzić do zależności od innych osób, a w szczególności od rodziny (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>, dostęp: 23.09.2020).

W Diagnostyce społecznej z 2015 roku pt. *Warunki i jakość życia Polaków* jednym z analizowanych aspektów było zdrowie Polaków. Autorzy badania skoncentrowali się na takich zagadnieniach jak: objawy somatyczne, niepełnosprawność oraz styl życia i czynniki ryzyka zdrowotnego. Odnosząc się do kategorii objawy somatyczne, autorzy badania pytali respondentów o 15 objawów somatycznych, których doświadczali przez co najmniej pół miesiąca. Odpowiedzi udzieliło 21 725 osób. Symptomy choroby, które mogą pojawiać się w okresie starości, to w szczególności: silne bóle głowy – 4,6%, bóle w klatce piersiowej lub sercu – 4,6%, uczucie duszności – 8,6%, łamanie i bóle w całym ciele – 6,2%, gwałtowne bicie serca (palpitacje) – 2,8% oraz gwałtowne skoki ciśnienia krwi – 4,6%. Liczba symptomów, które odczuwały badane osoby, jest skorelowana z płcią. Wśród badanych kobiet i mężczyzn ta pierwsza grupa odczuwała więcej dolegliwości chorobowych (https://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf, s. 248–249, dostęp: 23.09.2020).

Innym aspektem odzwierciedlającym stan zdrowia seniorów była niepełnosprawność, którą orzeka Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) bądź Powiatowy Zespół Orzekania o Niepełnosprawności. Autorzy badania podzielili w następujący sposób kategorię osób niepełnosprawnych: niepełnosprawni, osoby posiadające orzeczenie ZUS, osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności przyznane przez Zespół Orzekania o Niepełnosprawności przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie oraz osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim. Analizując dane dotyczące liczby

osób z niepełnosprawnością okazuje się, że niemal połowa osób badanych, tj. 45,7% posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Odsetek ten systematycznie wzrasta wraz z wiekiem. W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności jest ono uzależnione od sprawności psychofizycznej człowieka. Z danych zaprezentowanych przez autorów badania wynika, że w grupie osób w wieku 60–64 lata najwięcej jest osób posiadających orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności, tj. 51,4%. W przypadku starszych seniorów będących w wieku 65 i więcej lat 43,8% badanych posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, a 39,0% o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Z zaprezentowanych danych można wysnuć wniosek, że wraz ze starzeniem się człowieka ulega pogorszeniu jego stan zdrowia, co nierozzerwalnie wiąże się z potrzebą sprawowania nad nim opieki (https://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf, s. 249–250, dostęp: 24.09.2020).

Janusz Czapiński i Piotr Błędowski (2014) sporządzili raport pt. *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków na podstawie diagnozy społecznej z 2013 roku*. Celem badań była charakterystyka zdrowotna osób starszych. Respondentów pytano między innymi o zapotrzebowanie na pomoc. Z analizowanego raportu wynika, że rośnie ono wraz ze starzeniem się seniorów i dotyczy wszystkich aspektów pomocy. Autorzy wyszczególnili częstotliwość pomocy, počawszy od udzielania jej od czasu do czasu, dwa razy dziennie, kilkakrotnie w ciągu doby oraz wielokrotnie w ciągu doby i w nocy. Znaczny wzrost potrzeb opiekuńczych można zauważyć wśród seniorów w wieku 80 lat i więcej. Proporcjonalnie odwrotnie dane wskazują, że najmniejsze potrzeby opiekuńcze mają osoby w wieku 60–69 lat roku (Czapiński, Błędowski, 2014, s. 45). Wynika z tego, że im starsi są seniorzy, tym częściej zapadają na choroby związane z układem ruchowym, z układem krążenia czy też na choroby przewlekłe. Współistnienie licznych chorób zwyrodnieniowych, a także stopniowe zmniejszanie się sprawności funkcjonalnej oraz poznawczej są złożonymi konsekwencjami starzenia się (Wyka, Malczyk, Misiarz, Złoteńka-Synowiec, 2013, s. 16–17). Związane jest to ściśle z opieką nad tymi osobami, którą zazwyczaj podejmują członkowie rodziny. Jednakże należy również pamiętać o instytucjonalnym wymiarze wsparcia, który może przyczynić się do poprawy jakości życia zarówno seniorów, jak i ich rodzin.

Ogromne znaczenie w okresie starości mają czynniki zewnętrzne, do których zaliczamy sytuację społeczną, warunki i tryb życia oraz otoczenie społeczne. Na jakość starości wpływają również warunki materialne i bytowe człowieka starego, a także jego relacje z najbliższą rodziną. Trzeba pamiętać, że na liczne

zmiany w organizmie ludzkim, jakie zachodzą z biegiem lat, wpływ mają tryb życia, higiena, sposób odżywiania się, a także środowisko, w którym żyje człowiek. Aktywność fizyczna przyczynia się do zmniejszenia zapadania na liczne choroby charakterystyczne dla okresu starości. Sprawność fizyczna w znaczny sposób wpływa na niezależność, samodzielność, możliwość uczestnictwa w życiu społecznym oraz w życiu rodzinnym. Ważne jest, aby pamiętać o tym, by nie kojarzyć starości z chorobą, ponieważ starość to nie tylko wiek biologiczny, lecz także wiek kalendarzowy, psychologiczny i społeczny, co zostanie omówione w dalszej części pracy (Pikuła, 2013, s. 33).

1.2. Demograficzny aspekt starzenia się w odniesieniu do rodziny

Odwołując się do zebranych przez Główny Urząd Statystyczny danych z 2019 roku, liczną grupę stanowią osoby w wieku 60 lat i więcej – niemal 10 milionów (9 703 700), co stanowi 25% ogółu ludności Polski (*Rocznik Demograficzny...*, 2020, tablica 03.1.ludność według płci i wieku). Największy wzrost liczby osób w ciągu 8 lat nastąpił w przedziale wiekowym 65–69 lat z 1 359 800 osób w 2010 roku do 2 412 900 w 2018 roku, co stanowi 56% wzrost (*Rocznik statystyczny...*, 2019, s. 209). Postęp cywilizacyjny oraz medyczny w głównej mierze stanowią przyczynę wydłużenia życia, co prowadzi do wzrostu populacji osób starszych. Coraz częściej spotykamy się ze zjawiskiem sędziwej starości, gdy ludzie dożywają 90 lat i więcej (Wiśniewska-Roszkowska, 1987, s. 17). Brak kataklizmów oraz podniesienie poziomu życia sprzyja pojawieniu się starości demograficznej w wielu krajach Europy, między innymi Szwajcarii, Szwecji i we Włoszech, do których dołączyła również Polska. W krajach tych odsetek ludzi powyżej 60. roku życia stał się alarmująco wysoki (Orzechowska, 2001, s. 85; Szarota, 2004, s. 29). Odwołując się do danych Głównego Urzędu Statystycznego na temat zgonów według wieku osób zmarłych w latach 1980–2019, współczynnik zgonów dla całej grupy osób w wieku 60 lat i więcej obniżył się. W 1980 roku zmarło ponad 5 milionów osób (5 156 300) w wieku 60 lat i więcej, a w 2019 roku liczba zgonów zmniejszyła się o 2 miliony (2 004 100). Najbardziej zmniejszyła się liczba zgonów ludności w przedziale 80–84 lata, różnica ta wynosi 645 400 osób między 1980 a 2019 rokiem (*Rocznik Demograficzny...*, 2020, tablica 09.1. zgony według płci).

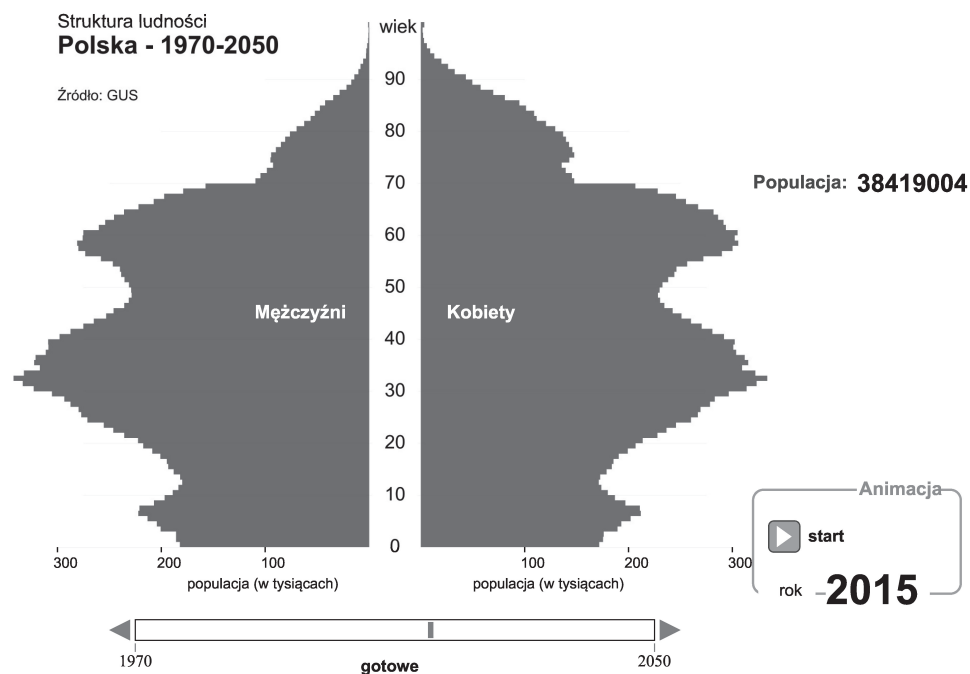
„Starość jako zjawisko społeczne oznaczające udział ponad 7% ludzi starych w ogólnej strukturze społecznej, jest określane mianem starości demograficznej, natomiast zaawansowana starość demograficzna występuje, gdy wskaźnik ludzi w wieku 65 lat i więcej w strukturze społecznej przekracza 10%” (Trafiałek, 2006a,

s. 945). Zatem starość demograficzna stała się zjawiskiem wszechobecnym. Postępy w dziedzinie medycyny przyczyniają się do tego, że skutecznie leczy się wiele chorób, na które jeszcze kilkanaście lat temu umierali ludzie. Rozwijająca się diagnostyka powoduje, że ludzie wcześniej dowiadują się o chorobach, a tym samym rozpoczynają leczenie. Rośnie również świadomość prowadzenia zdrowego stylu życia oraz znaczenia w nim diety. Kolejnymi czynnikami wpływającymi na dłuższe trwanie życia są działania rządów prowadzące do poprawy warunków kształcenia, pracy oraz życia, co oddziałuje w dłuższej perspektywie na poprawę sprawności fizycznej oraz dłuższe życie. Główny Urząd Statystyczny przewiduje, że w 2050 roku kobiety będą żyć średnio o 7,3 roku dłużej niż w 2013 roku, a mężczyźni o 9,9 roku dłużej (*Prognoza ludności...*, 2014, s. 72–78). Starość demograficzną po raz pierwszy zaobserwowano na świecie na przełomie XIX i XX wieku, a dokładnie w 1880 roku we Francji, gdzie wskaźnik liczby seniorów w wieku 65 lat i więcej wynosił 8,1%. Kolejnymi krajami były Szwecja, Wielka Brytania oraz Niemcy (Trafiałek, 2006a, s. 945). Również Polskę od wielu lat cechuje postępująca starość demograficzna. Edward Rosset opracował normy polskie dotyczące określania progów starości demograficznej. Gdy w społeczeństwie obserwuje się 12% i większy udział ludzi starych w wieku 60 lat i więcej, określa się to mianem pierwszego progu starości demograficznej. Natomiast, gdy ten udział wzrośnie do 15% i więcej, mamy do czynienia z drugim progiem zaawansowanej starości demograficznej w danym społeczeństwie (Trafiałek, 2006a, s. 945). Na podstawie Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Elżbieta Trafiałek (2006b, s. 69) pisze, że w 1967 roku Polska przekroczyła pierwszy próg starości demograficznej, a w 1980 roku drugi próg zaawansowanej starości demograficznej.

Najnowsze dane GUS wskazują, że w Polsce zanotowano w 2019 roku niemal 7 milionów osób (6 947 000) w przedziale 65 lat i więcej (*Rocznik Demograficzny...*, 2020, tablica 03.1.ludność według płci i wieku). Przedstawione dane dowodzą, że liczba osób w wieku poprodukcyjnym systematycznie wzrasta. Trend ten jest określony stosunkiem liczby urodzin i zgonów, a także ruchami migracyjnymi ludności w średnim wieku. Globalnie ujmując przytoczone dane statystyczne, należy przyjąć, że zmiany, jakie zachodzą w strukturze demograficznej społeczeństw, doprowadziły do sytuacji, w której populacja ludzi starych jest niemal taka sama jak populacja dzieci i młodzieży. Wskazują na to dane demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego z 2019 roku przedstawiające strukturę ludności według płci i wieku. Po dodaniu liczby ludności w wieku 0–19 lat (7 690 000) i porównaniu jej z liczbą osób starszych w wieku 65 lat i więcej (6 947 000)

okazuje się, że liczba osób niepełnoletnich jest tylko o 743 tysiące większa od osób w wieku emerytalnym (*Rocznik Demograficzny...*, 2020, tablica 03.1.ludność według płci i wieku).

Na strukturę rodziny oddziałują liczne czynniki, wśród których można wymienić zmiany o charakterze technologicznym, kulturowym i demograficznym. Rodzina musi się systematycznie do nich zaadoptować i nieustannie z nimi mierzyć. Zmniejszająca się liczba żywych urodzeń w stosunku do liczby zgonów oraz dłuższego trwania życia spowodowała, że rodzina przyjmuje kształt odwróconego trójkąta. Efektem tego jest sytuacja, w której łączna liczba dzieci i młodzieży jest mniejsza niż liczba osób dorosłych i starych. Taki stan zwłaszcza odczuwają kobiety, które mają pod opieką starzejących się rodziców oraz własne dzieci. Na rycinie 1 przedstawiono tę sytuację.



Rycina 1. Struktura ludności według płci i wieku w latach 1970–2050 (piramida wieku)
Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/>, dostęp: 3.08.2020.

Rozwody, separacje i ponowne zawieranie małżeństw przyczyniają się do tego, że struktura rodziny staje się jeszcze bardziej skomplikowana. Skutki takich zmian w szczególności odczuwają osoby starsze, które nie mają zapewnionej opieki na starość, ponieważ poczucie jej obowiązku zostaje osłabione w wyniku zacierania granic między rodziną pochodzenia a rodziną zrekonstruowaną. Dawniej osoby starsze miały pewność, że najbliżsi członkowie rodziny zajmą się nimi, gdy zajdzie taka potrzeba. Obecnie zakres obowiązków i powinności rodziny staje się coraz węższy i coraz częściej zdarza się, że człowiek stary jest zmuszony do zamieszkania w domu pomocy społecznej ze względu na to, że nie może liczyć na pomoc i wsparcie ze strony najbliższych. Brak jednoznacznie ustalonych zasad i norm wewnątrz rodziny związanych z wzajemną odpowiedzialnością członków rodziny za siebie powoduje, że starszy człowiek może czuć się ciężarem dla swoich dzieci i może towarzyszyć mu poczucie winy z powodu obciążania opieką zapracowanych dzieci (Synak, 1987, s. 30–33).

Jednym z nurtów badań gerontologicznych jest orientacja rodzinna. Podejmowane są w niej zagadnienia związane z indywidualną opieką nad chorym bądź niepełnosprawnym członkiem rodziny, motywacją związaną z podejmowaną opieką, trudnościami, jakie napotykać członkowie rodziny, pozytywnymi i negatywnymi aspektami opieki rodzinnej z perspektywy członków rodziny, wyzwaniem związanymi z opieką, rodzajami wsparcia, jakie otrzymują członkowie rodziny, jak również, jakiego wsparcia potrzebują. Badania dotyczące rodziny poruszają także zagadnienie stresu, jaki przeżywa rodzina w związku ze sprawowaną funkcją opiekuńczą wobec osoby starszej. Ponadto koncentrują się one na opiekunach rodzinnych, którzy doświadczają wypalenia sił związanych z przeciążeniem sprawowaną opieką. Jak twierdzi Beata Tobiasz-Adamczyk (2013, s. 192), wiele osób podejmuje się opieki nad najbliższym członkiem rodziny z moralnego obowiązku, który jest następstwem wartości, jakie w okresie życia były mu przekazywane. W świadomości ludzi przeważa myślenie stereotypowe dotyczące przekonania o obowiązku rodziny w wypełnianiu powinności opiekuńczych wraz z nakazem społecznym dotyczącym opieki nad ludźmi starymi (Bień, Wojtyśzel, Wilmańska, 2001, s. 12).

1.3. Psychologiczne perspektywy starzenia się

Wiek psychologiczny dotyczy funkcjonowania zmysłów, sprawności psychomotorycznej, funkcji poznawczych oraz zmian w osobowości człowieka. Zmian tych nie można w sposób jednoznaczny określić jako negatywne bądź pozytywne.

Psychologowie, którzy zajmują się tą tematyką, między innymi Stanisława Steuden (2014), uważają, że starość jest okresem, w którym następują istotne przeobrażenia w zakresie relacji społecznych, zdolności adaptacyjnych, funkcji poznawczych oraz osobowości. Proces starzenia się będący złożonym okresem w życiu człowieka przebiega różnie, gdyż ma na niego wpływ szereg czynników o charakterze kulturowym i społecznym. Związane są one z doświadczeniami człowieka, warunkami rozwoju oraz historią jego życia. Ze starością w wymiarze psychologicznym nierozzerwalnie związane jest pojęcie poczucia dobrostanu. Na jego poziom oddziałują przekazy rodzinne i społeczne dotyczące starzenia się i starości. Rzutują one na sposób odbioru starości innych i własnej, na emocje, zachowania, a także myślenie o tym okresie życia (Steuden, 2014, s. 48). Do wieku psychologicznego oprócz wcześniej wymienionych elementów zaliczamy również: sposób reagowania na bodźce z zewnątrz i przeżycia związane z motywacją oraz emocjami. Tworzy to psychikę człowieka, która zmienia się przez całe życie. Wpływ na te zmiany mają postępujące procesy biologiczne, które odbierają siłę człowiekowi staremu. Na funkcjonowanie psychiczne seniora może wpływać również typ osobowości, przyspieszając starzenie się. Neurotyzm, ekstrawersja, sumienność, otwartość na doświadczenia, zgodność z innymi to cechy osobowości, które również wpływają na tempo starzenia się (Pikuła, 2013, s. 33–34). Kolejnym czynnikiem oddziałującym na wiek psychologiczny człowieka są doświadczenia w ciągu życia, np. śmierć bliskiej osoby, wyprowadzenie się dzieci z domu, brak z nimi kontaktu bądź ciągłe konflikty, trudna sytuacja materialna, a wreszcie nieustanny lęk przed zniedołężnieniem, chorobą i zależnością od innych osób, a także poczucie osamotnienia (Trafiałek, 2006b, s. 30–32).

Typ osobowości u seniorów kształtuje się już we wczesnej dorosłości. Psychologowie wyróżniają kilka ich rodzajów: osobowość zintegrowana, obronna, pasywno-zależna, niezintegrowana. Tak wiele typów osobowości powoduje, że nie ma możliwości jednoznacznie wskazać charakterystycznych cech osób starszych. To jak seniorzy się zachowują, zależy od wielu czynników: wyważonej oceny własnych możliwości, umiejętności zaakceptowania własnych ograniczeń, bycia otwartym na przemiany społeczne, które dokonują się każdego dnia, doświadczeń życiowych oraz czynników kulturowych i środowiskowych (Steuden, 2014, s. 53–53). Jednak nie należy zapominać, że osoby starsze mimo sędziwego wieku mogą podejmować próby zmiany stylu życia na taki, który będzie ich włączał w życie społeczne, np. rozpoczęcie uczestnictwa w zajęciach klubu seniora, domu dziennego pobytu lub uniwersytetu trzeciego wieku, ponieważ styl życia jest ściśle związany z ich samopoczuciem (Stuart-Hamilton, 2006, s. 163).

Potrzeby psychiczne w okresie starości mogą przybierać różną formę i być na różnym poziomie, jeśli odniesiemy je do poprzednich okresów życia człowieka. Istnieją takie, które zwiększają swoje znaczenie, ponieważ w okresie starości potęguje się obawa, że mogą być one niezaspokojone. Pierwszą z potrzeb, intensywnie odczuwaną, jest potrzeba bezpieczeństwa, ponieważ seniorzy odczuwają zagrożenie i niepokój z powodu zwiększającej się niesprawności. Drugą z potrzeb jest potrzeba przynależności, która może być niedostatecznie zaspokojona zarówno przez czynniki ekonomiczne, jak i biologiczne. Zwiększenie jej zaspokojenia wpływa na utrzymanie liczby kontaktów towarzyskich na podobnym poziomie, jaki był w okresie aktywności zawodowej. To z kolei zapobiegnie poczuciu samotności i osamotnienia, z którym często borykają się ludzie starzy. Trzecią z potrzeb jest potrzeba będąca przeciwieństwem pozostałych dwóch, a mianowicie potrzeba uzależnienia polegająca na poszukiwaniu opieki ze strony innych osób, zazwyczaj członków rodziny. Osoby starsze bardzo często postrzegają opiekę nad nimi jako obowiązek najbliższego otoczenia, co wynika z zależności ludzi od siebie. Odwołując się do teorii obowiązku jako etyki opieki, jest ona podejmowana przez członków rodziny „z racji więzi emocjonalnych, miłości, współodczuwania, z powodu postrzegania własnego dobrostanu, jako zależnego od dobrostanu innych” (Kittay, 2001, s. 523–547). Jednakże nie zawsze człowiek stary może liczyć na pomoc kogoś bliskiego, kto mógłby się nim zaopiekować.

Czwarta potrzeba to potrzeba użyteczności, która jest wyjątkowo zagrożona w dzisiejszych czasach z powodu szybkiego postępu cywilizacyjnego, rozwoju komputerów i sprzętów, które albo mają ułatwić życie współczesnemu człowiekowi, albo mają go zastąpić. Niejednokrotnie dzieje się tak, że seniorzy boją się nowych technologii i nawet nie podejmują prób ich zrozumienia bądź nauczania się, np. obsługi komputera. Ostatnią z potrzeb jest potrzeba prestiżu. Jest ona ściśle powiązana z wcześniejszą potrzebą, ponieważ coraz częściej siwe włosy, zmarszczki czy przygarbiona postawa ciała świadczą o zaawansowanym wieku nie budzą w młodych ludziach szacunku i osoby starsze nie są dla nich skarbnicą wiedzy i mądrości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 53–54).

Mimo odczuwania potrzeb psychicznych, które związane są z poczuciem bezpieczeństwa, przynależności i użyteczności, seniorzy preferują życie niezależne, ale w niedalekiej odległości od rodziny. Taki sposób zamieszkiwania daje możliwość bycia aktywnym poprzez stwarzanie okazji do odwiedzin swoich dzieci i wnuków przy równoczesnym zachowaniu prywatności swojej i pozostałych członków rodziny. Najbliższa rodzina dzięki zaspokajaniu potrzeb wyższego rzędu może być źródłem licznych korzyści, wśród których możemy wymienić pomoc

w codziennym funkcjonowaniu i w problemach finansowych. Ian Stuart-Hamilton (2006, s. 160–161) zauważa, że rola wsparcia rodzinnego „może zmieniać się stosownie do klasy społecznej rodziny”. Związane jest to z jednej strony z sytuacją finansową rodziny, z drugiej zaś strony z możliwościami technologicznymi związanymi z posiadaniem komputera, stałego łącza internetowego czy też telefonu komórkowego.

Rozwijające się technologie teleinformatyczne przyczyniają się do pojawienia się zjawiska e-wykluczenia, które w szczególności dotyczy osób po 65. roku życia. Wykluczenie funkcjonalne oznacza brak zdolności związanych z rozwiązywaniem problemów życia codziennego z wykorzystaniem dostępnych narzędzi, takich jak: komputer, telefon komórkowy lub tablet z dostępem do Internetu. Wykluczenie cyfrowe może dotyczyć wielu aspektów korzystania ICT (ang. *Information and communication technologies*): obsługi sieci, oprogramowania lub sprzętu, aby uzyskać dostęp do danych, a następnie na podstawie tych danych uzyskiwać niezbędne informacje (Susło, Paplicki, Drobnik, 2019, s. 180). Dane Głównego Urzędu Statystycznego w raporcie z badań pt. *Społeczeństwo informacyjne w Polsce z lat 2014–2018* wskazują, że tylko 27,9% badanych osób w wieku 65–74 lata regularnie korzysta z komputera. Porównując dane z 2014 roku, odsetek ten był mniejszy, bo wynosił 20,1% (*Społeczeństwo informacyjne w Polsce...*, 2018, s. 118). Jeśli natomiast odniesiemy się do danych dotyczących regularnego korzystania z Internetu, to w tej samej grupie osób badanych 29,8% systematycznie korzysta z sieci. Dodatkowo należy zaznaczyć, że wśród osób w wieku 55–64 lata odsetek ten wynosi już 50,4%, co przełoży się na to, że osoby, które osiągną wiek emerytalny, nadal będą korzystać z Internetu (*Społeczeństwo informacyjne w Polsce...*, 2018, s. 134). Dla porównania Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) opublikowało w lipcu 2020 roku badania ankietowe dotyczące korzystania z Internetu, a w szczególności jego zasięgu i aktywności online. Prezentowane dane pokrywają się z informacjami zaprezentowanymi przez GUS, tj. 56% badanych osób w wieku 55–64 lata korzysta z Internetu, 33% w wieku 65–74 lata, a tylko 11% w wieku 75 lat i więcej. Seniorzy w wieku 65 lat i więcej zazwyczaj uruchamiają aplikacje internetowe tylko w sytuacji, kiedy mają ku temu konkretny cel (82%) (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_o85_20.PDF, dostęp: 29.09.2020). Niewielki odsetek osób, które korzystają z Internetu, ma kilka przyczyn. Jedną z nich to przekonanie seniorów, że obsługa komputera oraz serfowanie po Internecie jest dla nich zbyt trudne i wymaga zapamiętania zbyt wielu informacji. Poza tym osoby starsze uważają, że nie nadążają za rozwojem technologii teleinformatycznych, czyli systemów umożliwiających

przesyłanie informacji, ich przetwarzanie oraz przechowywanie. Zaliczamy do nich: telefony komórkowe, komputery i Internet. Konsekwencją tego jest utrata przez nich autorytetu wśród młodszego pokolenia i poczucie bezużyteczności (Skroban, Skierniewska, 2019, s. 372).

Brak szacunku do osób starszych powoduje, że sami seniorzy nie potrafią zaakceptować tego czasu w ich życiu. Aleksandra Łosiakowska (2008, s. 253–256) podaje następujące czynniki związane z nieakceptacją starości jako okresu w życiu człowieka:

- bardzo mała lub brak satysfakcji z przeżytego życia i wrażenie zmarnowanego życia;
- lęk przed śmiercią;
- wiedza oparta na mitach i uprzedzeniach związanych ze starością. Stereotypy dotyczące okresu starości są związane przede wszystkim z myśleniem o niej jako o czasie, w którym człowiek traci najcenniejsze wartości w swoim życiu, np. zdrowie i związane z nim liczne choroby, prowadzące do demencji i utraty samodzielności, oraz pracę, a w dalszej kolejności pozycję w społeczeństwie;
- stosunek do własnej osoby oraz do innych. Jest to istotny czynnik, ponieważ sposób, w jaki będziemy myśleć o własnej starości, zależy od tego, jak już dziś postrzegamy ludzi starych;
- nieprawidłowe postawy samych seniorów, jeśli chodzi o ich przemijanie. Pojawiają się one z powodu kilku czynników: brak wiedzy na temat starzenia się i okresu starości, niepokój przed utratą niezależności finansowej i fizycznej oraz przed utratą zdrowia, a w związku z tym sprawności;
- stan osobowości i związane z nim możliwości przystosowania się. Dotyczy to w szczególności seniorów, którzy mieszkają z najbliższą rodziną lub w domach pomocy społecznej.

Choroby psychiczne u człowieka mogą również występować w okresie starości. Związane są one ze zmianami o charakterze fizjologicznym i anatomicznym. Nierozzerwalnie ma z nimi związek otoczenie, w którym senior przebywa, a także z doświadczeniem życiowe zdobyte w ciągu przeżytych lat. Wśród osób po 65. roku życia diagnozuje się liczne zaburzenia i choroby psychiczne. Zapadają na nie częściej te osoby, które w poprzednich latach życia doświadczyły ciężkich przeżyć, takich jak rozwód, śmierć współmałżonka, śmierć dziecka. Zazwyczaj seniorzy są umieszczani w szpitalach psychiatrycznych z powodu: reakcji psychiatrycznych, zaburzeń rozwojowych, zaburzeń osobowości, psychonerwic oraz schizofrenii. Przyczyną tego jest to, że choroby psychiczne wśród seniorów są

skutkiem ubocznym chorób somatycznych. Owe choroby przyczyniają się do zmiany warunków materialnych, społecznych wpływających na poziom życia człowieka (Rembowski, 1984, s. 131–135).

1.4. Socjalne ramy starości

Wiek socjalny to okres, w którym osoby w wieku podeszłym otrzymują świadczenia zabezpieczenia społecznego, zagwarantowane osobom będącym w wieku poprodukcyjnym lub takim, które ze względów zdrowotnych nie mają możliwości podjęcia zatrudnienia. Wiek socjalny określa się na podstawie aktów prawnych, które wskazują, jakie przysługują świadczenia o charakterze socjalnym ludziom starym. Dotyczy to przede wszystkim świadczeń emerytalno-rentowych (Orzechowska, 2001, s. 12). W Polsce zgodnie z art. 27 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wiek emerytalny kobiety osiągają po ukończeniu 60. roku życia, natomiast mężczyźni 65. roku życia bądź też posiadają okres nieskładkowy i składkowy w wymiarze 25 lat dla mężczyzn i 20 lat dla kobiet (ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych rozdz. 2, art. 27, pkt. 1 i 2).

Seniorzy mają możliwość skorzystania z ulg krajowych, zazwyczaj po ukończeniu 65. lub 75. roku życia. Bonifikaty te dotyczą między innymi: Polskich Kolei Państwowych (<https://www.infor.pl/prawo/prawa-seniora/ulgi-dla-seniora/3081777,PKP-znizki-dla-seniora.html>, dostęp: 5.10.2020), zwolnienia z opłat z RTV i AGD czy też darmowych leków, których wykaz znajduje się w obwieszczeniu Ministra Zdrowia (<https://6oplus.pl/?article=1156>, dostęp: 5.10.2020). Poza tym na terenie Polski każde z miast posiada ofertę skierowaną do osób starszych: zniżki do kawiarni, kina, teatru, np. w Toruniu seniorzy, którzy ukończyli 65 lat, mogą skorzystać z Toruńskiej Karty Seniora. Jest ona częścią programu Rodzina Razem – Toruń dla Pokoleń. Pomysłodawcy programu zakładają, że: „Celem jest integracja środowiska seniorów, zwiększenie ich aktywności społecznej oraz fizycznej, ułatwienie im dostępu do dóbr kultury, turystyki, rekreacji, sportu, a także wzrost poczucia bezpieczeństwa socjalnego i wzmocnienie więzi międzypokoleniowych” (<https://www.torun.pl/pl/zdrowie/torunska-karta-seniora>, dostęp: 5.10.2020). Do programu na dzień 27.11.2019 roku przystąpiły 133 firmy, które oferują zniżki na wybrane produkty bądź też możliwość skorzystania z bezpłatnego przeglądu stomatologicznego, badania słuchu, badania wzroku, przejazdu komunikacją miejską, a w każdą środę seniorzy mogą bezpłatnie obejrzeć wystawy w Ratuszu Staromiejskim,

Muzeum Historii Torunia w Domu Eskenów, Domu Kopernika, Muzeum Podróżników im. Tony'ego Halika, Kamienicy pod Gwiazdą (https://www.torun.pl/sites/default/files/pliki/2019/tns_partnerzy_26-11-2019.pdf, dostęp: 5.10.2020). Z kolei warszawski Ratusz oferuje osobom, które ukończyły 70. rok życia, bezpłatne przejazdy komunikacją miejską, zniżki do teatrów, kin czy filharmonii.

Starzejące się społeczeństwo staje się wyzwaniem dla obszaru pracy socjalnej. Seniorzy są jednymi z najliczniejszych klientów pomocy społecznej. Związane jest to z tym, że osoby starsze to jedna z grup narażonych na wykluczenie społeczne z powodów ekonomicznych lub niewielkiego uczestnictwa w życiu społecznym środowiska lokalnego. Pracownicy socjalni mają pomagać seniorom w przezwyciężeniu trudnych sytuacji życiowych, z którymi nie mogą sobie oni poradzić. W skład systemu pomocy społecznej w Polsce skierowanego do osób starszych wchodzi: pomoc w instytucjach opiekuńczych, pomoc środowiskowa oraz pomoc rzeczowa, usługowa i finansowa. Gminy mają obowiązek zapewnienia osobom starszym usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Pomoc taka jest bardzo istotna w aspekcie społecznego funkcjonowania seniora, ponieważ nie zmienia on miejsca zamieszkania, co korzystnie wpływa na jego funkcjonowanie psychospołeczne (Kazimierczak, 2004, s. 14). Poza tym osobie starszej, która osiągnie wiek 75 lat, czyli wkroczy w wiek sędziwej starości, przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, który „przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji” (ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, rozdz. 3, art. 16, pkt. 1). Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach rodzinnych, rozdz. 3, art. 16, pkt 4, obecnie kwota zasiłku pielęgnacyjnego wynosi 144 zł.

W sytuacji, gdy rodzina nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb seniora, poszukuje wsparcia na zewnątrz, tzn. w instytucjach polityki społecznej. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej uprawnia do otrzymania pomocy w sytuacji, gdy osoby starsze, mimo że wykorzystają własne zasoby, nie są w stanie zaspokoić podstawowych potrzeb. W ramach pomocy społecznej seniorzy mogą otrzymać dwa rodzaje wsparcia: pomoc środowiskową oraz pomoc instytucjonalną.

Pomoc środowiskowa odbywa się w miejscu zamieszkania i jest pełniona przez pracowników socjalnych, którzy zapewniają seniorom następujące świadczenia: 1) praca socjalna polegająca na wsparciu psychicznym, pomocy w załatwianiu spraw o charakterze administracyjnym i urzędowym; 2) pomoc rzeczowa w postaci

ubrań oraz opału; 3) zasiłki; 4) usługi opiekuńcze polegające na zorganizowaniu usług związanych z praniem czy zapewnieniem higieny osobistej.

Z kolei pomoc instytucjonalna jest realizowana przez domy pomocy społecznej o charakterze czasowego lub stałego pobytu. Instytucje te są przeznaczone głównie dla osób starszych i niepełnosprawnych (Tokaj, 2005a, s. 92). Sytuacja osób starszych w Polsce w kontekście zapewnienia opieki całodobowej ulega poprawie, ale tylko w skali całego kraju. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że nie wszystkie miejsca w domach pomocy społecznej w 2019 roku były zajęte. GUS w swoim raporcie dotyczącym Zakładów stacjonarnych pomocy społecznej podaje, na dzień 31 grudnia 2019 roku na terenie całego kraju działało 875 domów pomocy społecznej, które dysponowały 82 840 miejscami, zamieszkiwało w nich 81 795 osób. Oznacza to, że 1045 miejsc pozostawało wolnych (*Główny Urząd Statystyczny. Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2019 r.*). Poza tym systematycznie rośnie liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO). W przypadku tych pierwszych w 2010 roku było ich na terenie Polski 330, a w 2018 roku 430. Natomiast ZPP w 2010 roku było 137, a w 2018 roku 160. Oznacza to, że osoby starsze, które wymagają całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji i pielęgnacji, ale nie kwalifikują się do pobytu w szpitalu, mogą zostać umieszczone w tego typu placówkach, aby w ramach zapewnianych tam świadczeń poprawić ich stan zdrowia (*Rocznik statystyczny...*, 2019, s. 373–380). Dla porównania, analizując dane zebrane przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, na dzień 30 września 2020 roku w województwie kujawsko-pomorskim funkcjonowało 12 domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych z 1160 miejscami, 13 domów pomocy społecznej dla osób przewlekle i somatycznie chorych z 1102 miejscami oraz 9 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Łączna liczba miejsc wynosiła 2859 miejsc (<https://www.bip.bydgoszcz.uw.gov.pl/pl/rejstry/rejestr-domow-pomocy-spoecznej>, dostęp: 6.10.2020). Z przedstawionych informacji wynika, że dostępność w domach pomocy społecznej inaczej przedstawia się w skali całego kraju, a inaczej, gdy dokona się analizy poszczególnych województw.

Z przedstawionych danych wynika, że rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze powoduje, że z roku na rok zwiększa się liczba domów pomocy społecznej oraz domów dziennego pobytu, w których seniorzy zostają otoczeni opieką (Zbyrad, 2012, s. 190–191). Jest to reakcja na rosnącą liczbę osób starszych na terenie Polski oraz na pojawiający się kryzys w rodzinach, w których członkowie albo nie mają czasu, żeby zająć się seniorem, albo nie czują potrzeby, aby podejmować się tego.

1.5. Społeczny aspekt starzenia się

Wiek społeczny dotyczy pełnionych w ciągu życia przez człowieka ról w społeczeństwie i w rodzinie. Sytuacja społeczna człowieka określa ten wiek poprzez zanik, ograniczanie bądź pojawianie się całkiem nowych ról, różnych od tych pełnionych we wcześniejszych latach życia (Orzechowska, 2001, s. 12). Wiek społeczny jest przejawem społecznych oczekiwań, dotyczących zachowań danej grupy ludzi, będących charakterystycznymi dla określonego okresu życia, w którym człowiek się znajduje. W przypadku ludzi starych oczekuje się dojrzałości, godności i mądrości życiowej. Postępujący rozwój technologiczny przyczynia się do tego, że postrzeganie ról przypisanych człowiekowi staremu zmienia się, ulegając przekształceniu. Coraz częściej spotykamy się z próbą cofnięcia czasu poprzez usuwanie zewnętrznych oznak starzenia się. To powoduje, że stopniowo zmieniają się postawy społeczeństwa wobec osób starszych, a także ich role pełnione na wielu płaszczyznach ulegają modyfikacji (Szarota, 2010, s. 42–43).

Rola społeczna według Zofii Szaroty (2010, s. 39) to „zespół społecznych oczekiwań wobec jednostki związany z posiadaniem przez nią określonego statusu społecznego. To prawa i obowiązki, wynikające z zajmowania pozycji społecznej, np. rola kobiety dojrzałej, starszej kobiety, rola dziadka, rola pracownika, emeryta”. Rola społeczna jest określona przez system kontroli społecznej, to znaczy, że nakłada na jednostkę powinności, przywileje, a z drugiej strony nakazy i zakazy, daje jej zakres wolności, ale i ogranicza ją, ponieważ pełnienie danej roli jest związane z dobrem ogółu. W obecnych czasach człowiek pełni jednocześnie wiele ról, które są niekiedy trudne do pogodzenia, ponieważ nakładają się na siebie, np. role zawodowe, rodzinne i te, które są związane z czasem wolnym.

Role społeczne dzielimy na te, które są przypisane człowiekowi z góry oraz na te, które osiąga w ciągu całego życia. Analizując starość w wymiarze społecznym, dostrzegamy liczne zmiany. Dotyczą one pełnionych ról, zajmowanych pozycji oraz postaw społeczeństwa wobec tej grupy osób. Wymienione zmiany są jednym z zadań rozwojowych człowieka w okresie starości. Od tego, w jaki sposób sobie z nim poradzi, zależy, jak będzie wyglądała jego starość. Może ona być czasem wytchnienia i odpoczynku bądź rozgoryczenia i nieustannej tęsknoty za przeszłością. Bardzo często dzieje się tak, że ludzie starzy nie potrafią pogodzić się z obecnym życiem, zaczynają być opryskliwi, przejawiają postawę roszczeniową i nie potrafią doceniać wysiłku opiekunów. Tego typu postawa człowieka starego prowadzi do utraty szacunku wśród najbliższych, braku zainteresowania z ich strony, a w konsekwencji do marginalizacji ich życia (Szarota, 2010, s. 39).

Barbara Szatur-Jaworska i współpracownicy podają najczęściej realizowane przez ludzi starych role społeczne. Pierwsza to rola rodzinna. W rodzinie najwyraźniej widać zmiany w rolach, jakie pełni człowiek w tym okresie życia. Ludzie wchodzący w okres starości najczęściej stają się babcią lub dziadkiem i podejmują opiekę nad wnukami do momentu, gdy stan fizyczny i psychiczny im na to pozwala. Coraz częściej rola ta traci na znaczeniu, gdyż człowiek stary staje się coraz mniej potrzebny w domu. Poza tym coraz częściej spotykamy się ze zjawiskiem polegającym na tym, że rola babci jest zastępowana przez takie instytucje, jak: żłobek, przedszkole, świetlice, a czas wolny rodziny polega na spędzaniu go przed telewizorem lub komputerem. W konsekwencji tych przemian ludzie starzy są inaczej postrzegani w rodzinie. Nie są już utożsamiani z autorytetem i mądrością. W efekcie człowiek starszy czuje się niepotrzebny i zbędny (Liszewska, 1997, s. 11–12; Orzechowska, 2004, s. 240–244; Segiet, 2008, s. 66).

Drugą rolą jest rola zawodowa. Jej utrata w wielu przypadkach nie następuje od razu po przejściu na emeryturę, ponieważ niektóre osoby starsze nadal pracują do momentu, gdy starcza im na to sił. Taka sytuacja występuje zazwyczaj wśród ludzi nauki, twórców, osób, które wykonują wolne zawody oraz wśród rolników prowadzących własne gospodarstwa rolne. Seniorzy mogą również podtrzymywać swoją rolę zawodową, zmniejszając zakres swoich obowiązków, a przez to pracując w mniejszym wymiarze godzin. Jednak zdarza się to bardzo rzadko, ponieważ większość seniorów, osiągnąwszy wiek emerytalny staje się bierną zawodowo.

Trzecia rola to bycie uczestnikiem grupy towarzyskiej, rówieśniczej i sąsiedzkiej. Jest ona potrzebna człowiekowi staremu, ponieważ kontakty towarzyskie dają przyjemność i uczucie przynależności do grupy. Mają one również znaczenie o charakterze praktycznym, ponieważ dają możliwość wymiany informacji, rad oraz udzielenia pomocy drugiej osobie. Seniorzy najbardziej aktywnie realizują tę rolę w pierwszych latach bycia na emeryturze. Jeśli chodzi o kontakty towarzyskie z dawnymi współpracownikami najszybciej ulegają one rozpadowi zaraz po przejściu na emeryturę. Rola ta odnosi się do sieci wsparcia w wymiarze strukturalnym, o której szerzej będzie mowa w rozdziale dotyczącym wsparcia społecznego.

Czwartą rolą jest rola członka wspólnoty religijnej. Wymiar społeczny tej roli dotyczy udziału w indywidualnych i zbiorowych praktykach religijnych oraz obchodzeniu świąt religijnych według przyjętych zwyczajów i rytuałów. Piątą rolą jest rola użytkownika czasu wolnego. Rola ta sprowadza się do wczasowania oraz do uczestnictwa w kulturze. Jest ona z jednej strony rolą niezależną i odrębną, ponieważ to człowiek decyduje, w jaki sposób spędza swój czas wolny. Z drugiej

zaś strony rola ta jest bardzo mocno związana z rolami towarzyskimi, sąsiedzkimi i rodzinnymi, ponieważ człowiek uczestniczący w kulturze zawsze tkwi w jednej z wymienionych ról. Ludzie starzy zazwyczaj uczestniczą w kulturze we własnym domu, oglądając telewizję, słuchając radia bądź czytając prasę i książki – są to bierne formy jego spędzania (Szarota, 2010, s. 40–42).

W ramach *Diagnozy Społecznej 2015. Warunki życia Polaków* zapytano respondentów o czas poświęcany na korzystanie z Internetu, oglądanie telewizji i czytanie prasy. Wyniki badań pokazały, że osoby badane w wieku 65 lat i więcej korzystają średnio 12 minut dziennie z Internetu, ponad 3 godziny oglądają TV i 30 minut czytają prasę. Podobne wyniki uzyskano w grupie osób w wieku 60–64 lata (Czapiński, Panek, 2015, s. 372). Mimo krótkiego czasu poświęcanego na korzystanie z Internetu, coraz więcej osób w wieku 60 lat i więcej korzysta z niego, choć ten odsetek jest nadal bardzo niski. W tym samym badaniu poruszano również zagadnienia korzystania z Internetu. Wyniki badań pokazują, że nastąpił wzrost liczby osób korzystających z cyberprzestrzeni w grupie 60–64 lata z 35,5% osób w 2013 roku do 40,8% w 2015 roku oraz w wieku 65 lat i więcej z 14,1% w 2013 roku do 17,9% w 2015 roku (Czapiński, Panek, 2015, s. 366). Optymistyczne jest to, że systematycznie wzrasta liczba osób starszych korzystających z Internetu. W przedziale od 2003 do 2015 roku odsetek osób w wieku 60–64 lata zwiększył się o 38%, a w wieku 65 i więcej lat odsetek ten wzrósł o 17% (Czapiński, Panek, 2015, s. 366).

Tymczasem dane przedstawione przez Centrum Badań Opinii Społecznej przeprowadzone od 5 marca do 20 czerwca 2020 roku wskazują, że 33% osób w wieku 65–74 lata i 11% osób w wieku 75 lat i więcej korzysta z Internetu. Wśród tych seniorów aż 92% łączy się z siecią bezprzewodowo, używając do tego tabletów, laptopów czy też telefonów komórkowych. Osoby starsze zazwyczaj korzystają z Internetu w następujących celach: czytanie internetowych wersji gazet lub czasopism (51%), oglądanie transmisji mszy świętej lub innego nabożeństwa (35%). Aktywność seniorów w sieci wyróżnia się pod tym względem w porównaniu do osób badanych w wieku 18–44 lata. Internet daje również możliwości komunikowania się z drugą osobą. Sposobności jest wiele. Okazuje się, że 54% seniorów w miesiącu poprzedzającym badania rozmawiało przez komunikator internetowy, 32% prowadziło rozmowy telefoniczne przez Internet, 19% dokonywało wpisów na forach internetowych, 14% uczestniczyło w internetowej rozmowie wideo, tzw. wideokonferencji, w której brało udział kilka osób, a 7% grało w sieci (Feliksiak, 2020, s. 6–14). Przedstawione dane są bardzo optymistyczne, gdyż okazuje się, że współczesny senior staje się coraz mniej wykluczony ze społeczności internetowej, jest aktywny w sieci i stara się korzystać z możliwości, jakie daje. Choć nadal

odsetek seniorów korzystających z Internetu w skali całej populacji jest mały, należy mieć nadzieję, że będzie on systematycznie rósł.

Nawiązując do trzech ostatnich ról pełnionych przez seniorów, tzn. czasu wolnego, uczestnika grupy sąsiedzkiej i towarzyskiej oraz członka wspólnoty religijnej, należy podkreślić, że bardzo istotne jest dla człowieka możliwie długie funkcjonowanie w tych właśnie rolach. Ostatnią rolą, jaką mogą pełnić osoby starsze, jest rola obywatela, członka wspólnoty lokalnej. Obie te role są ze sobą bardzo mocno związane, ujawniają się przez uczestnictwo w życiu politycznym i społecznym. Ludzie starsi licznie uczestniczą w wyborach zarówno prezydenckich, parlamentarnych, samorządowych, jak i referendach (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 56–58).

Innego podziału ról społecznych pełnionych przez człowieka starego dokonała Zofia Szarota. Autorka podzieliła je następująco:

- role nieformalne – tj. grupy pierwotne niesformalizowane. W grupach tych senior może pełnić role rodzinne (rodzica, teściowej/teścia, dziadka/babci) oraz role, które są związane z uczestnictwem w grupach społecznych i szerszych zbiorowościach (role koleżeńskie, sąsiedzkie, wyznaniowe i te, które są związane z tożsamością narodową);
- role instytucjonalne – tj. grupy wtórne sformalizowane. W grupach tych człowiek stary może pełnić role członka stowarzyszenia, członka społeczeństwa obywatelskiego, wolontariusza oraz rolę ucznia. Ostatnia z wymienionych ról polega na uczestnictwie w zajęciach instytucji edukacyjnych i kulturalnych, np. uczestnik Uniwersytetu Trzeciego Wieku, członek Klubu Seniora, członek Klubu Dyskusyjnego itd.;
- role zdeterminowane wiekiem podeszłym – człowiek stary pełni role zawodowe, rolę użytkownika czasu wolnego w wymiarze zarówno aktywnym, jak i pasywnym. Ostatnią, jaką może pełnić człowiek stary w swoim życiu, jest rola podopiecznego. Z powodu postępującego procesu starzenia się człowiek stary traci niezależność ekonomiczną, następuje utrata sił, przez co zaczyna wymagać on regularnej pomocy ze strony członków rodziny. Rola podopiecznego może być również pełniona w stosunku do instytucji opieki, służby zdrowia oraz pomocy społecznej (Szarota, 2010, s. 40–42).

Elżbieta Trafiałek łączy wiek psychologiczny z wiekiem społecznym, określając go jako starość psychospołeczną. Jest to zjawisko wtórne, gdy odniesiemy je do procesu starzenia się. To, w jaki sposób senior będzie odbierał postępujący proces starzenia się w sferze społecznej i psychicznej, zależy przede wszystkim od niego, ponieważ każdy inaczej reaguje na ten etap życia. Jedni potrafią zaakceptować

taką kolej rzeczy, ponieważ we wcześniejszych latach życia przygotowywali się do starości i zdają sobie sprawę z postępującego procesu starzenia się organizmu ludzkiego. Potrafią oni również odnaleźć się w nowych rolach, które zostają im w pewnym stopniu narzucone przez środowisko, np. rola dziadka, babci, człowieka starego. Okazuje się to trudne, gdy następuje tzw. odwrócenie ról w sytuacji, gdy senior potrzebuje pomocy, wsparcia i opieki ze strony innych osób, np. własnych dzieci, którym wcześniej udzielał pomocy i dbał o zaspokojenie najważniejszych potrzeb życiowych. Procesy chorobowe oraz konsekwencje starzenia się organizmu ludzkiego w znaczący sposób wpływają na samodzielność człowieka (Trafiątek, 2006b, s. 30).

W gerontologii już od lat 70. XX wieku badano sprawność lokomocyjną seniorów. Wykorzystywano do tego trzy kategorie sprawności fizycznej: 4-stopniową skalę sprawności lokomocyjnej Jerzego Piotrowskiego, skalę PADL oraz skalę IADL (standardową i instrumentalną). Pełna ocena sprawności człowieka starego zostaje dokonana dopiero w momencie zastosowania wszystkich trzech skal. Umożliwia to całościową ocenę utraty sprawności bądź jej zachowania u seniora. Dodatkowo połączenie skali instrumentalnej ADL i standardowej skali ADL daje obraz, czy człowiek stary jest w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku. Ich konstrukcja jest hierarchiczna, tzn. na początku sprawdza się umiejętność wykonywania podstawowych czynności, przechodząc stopniowo do bardziej skomplikowanych (Pędich, Wojszel, 1997, s. 318).

Pierwszą kategorią jest 4-stopniowa skala sprawności lokomocyjnej Jerzego Piotrowskiego, czyli możliwości przemieszczania się człowieka.

„I grupa – chodzący swobodnie poza domem;

II grupa – chodzący z trudnością poza domem;

III grupa – niewychodzący samodzielnie z domu;

IV grupa – niewychodzący samodzielnie z łóżka (obłożnie, przewlekle chorzy)”
(za: Pędich, Wojszel, 1997, s. 318).

Drugą kategorią jest skala PADL (*Physical Activity of Daily Living*) odnosząca się do podstawowych czynności dnia codziennego. Za pomocą tej skali określa się zdolności człowieka do samoobsługi, tzn. samodzielnego wykonywania czynności higienicznych, ubierania się i rozbierania oraz korzystania z toalety i łazienki. Najczęściej stosowaną metodą oceny PADL jest Indeks Katza. Służy on do oceny poziomu uzależnienia człowieka starego od innych osób. Do badanych obszarów należą: sprawność zwieraczy, przemieszczanie się, spożywanie posiłków, ubieranie się oraz kąpiel. Kolejną skalą PADL jest Indeks Barthela. Wykorzystując go, ocenia się samodzielność w zakresie: chodzenia po schodach, przemieszczania

się oraz czynności pielęgnacyjne. Z kolei skala Lowtona dotyczy oprócz oceny samodzielności wykonywania czynności pielęgnacyjnych, również zdolności do pracy (Pędich, Wojszel, 1997).

Trzecią kategorią jest skala IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*) dotycząca instrumentalnych czynności życia codziennego. Wykorzystanie tej skali dotyczy wykonywania złożonych czynności dnia codziennego, do których zaliczamy: korzystanie z publicznego transportu, robienie zakupów, korzystanie z telefonu komórkowego, sprząatanie mieszkania czy też przygotowywanie posiłku. Zazwyczaj przy ocenie wykorzystuje się wcześniej wspomniane skale instrumentalne ADL Lowtona, w zakresie 5–9 czynności (Pędich, Wojszel, 1997).

Przywoływani autorzy podają, że dodatkowo zaczęto badać wyższe poziomy w skali ADL – *advanced* – ADDL. Skala ta dotyczy aktywności zawodowej i rekreacyjnej, wolontarystycznej oraz działalności społecznej. Seniorzy, którzy nie udzielają się społecznie ani nie biorą udziału w zajęciach, np. w domu dziennego pobytu, klubie seniora, są narażeni na utratę sprawności psychofizycznej w kolejnych latach życia na emeryturze (Pędich, Wojszel, 1997).

Zależność człowieka, a tym samym jego niesprawność, dotyczy uszkodzenia psychicznego bądź fizycznego. Prowadzi to do konieczności pomocy ze strony innych osób, najczęściej członków rodziny. Podejmują się oni opieki nad człowiekiem starym, który nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, a w dalszej perspektywie traci swoją autonomię i staje się osobą zależną (Halicka, 2006, s. 243).

Aktywność życiowa człowieka oraz jego sprawność wpływają na jego niezależność od najbliższego środowiska. W sytuacji, gdy osoba starsza traci sprawność w jednej z trzech wymienionych kategorii, zaczyna wymagać pomocy, wsparcia i opieki. Dla człowieka starszego oznacza to znaczne ograniczenie niezależności życiowej i uzależnienie się od osób trzecich. Najkorzystniejszą jest wówczas sytuacja, gdy osoba starsza pozostanie w swoim środowisku, np. w rodzinie, będąc równocześnie dawcą i biorcą usług (Pędich, Wojszel, 1997, s. 319).

Brunon Synak (1990, s. 101) wyróżnia cztery rodzaje zależności człowieka starszego: ekonomiczną, fizyczną (funkcjonalną), psychiczną oraz społeczną.

W odniesieniu do omawianej tematyki zależność społeczna oznacza „pogarszające się warunki zaspokajania ważnych potrzeb społecznych, do których zaliczamy: potrzebę afiliacji, integracji i użyteczności społecznej (Synak, 1990, s. 101–102). Aby były one zaspokajane, niezbędna jest pomoc rodziny.

Starość psychospołeczna nie jest tylko negatywnym doświadczeniem. Należy pamiętać, że zmiany, jakie zachodzą w organizmie człowieka, mogą mieć również pozytywne aspekty. Ludzie starzy potrafią przywoływać wydarzenia z okresu

młodości i dorosłości, posiadają doświadczenie życiowe, z którego korzystają i chętnie dzielą się nim z młodszym pokoleniem, racjonalnie podejmują decyzje, a co za tym idzie – unikają licznych błędów oraz obiektywnie potrafią oceniać zastane sytuacje. Podsumowując, starość psychospołeczna jest zbiorem wielu, wzajemnie zależnych od siebie uwarunkowań: kulturowych, ekonomicznych, socjalnych i rodzinnych (Trafiątek, 2006b, s. 30–32).

Określając wiek ekonomiczny, dzieli się ludzi na osoby będące w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym. Seniorzy, przechodząc na emeryturę w sensie ekonomicznym, stają się osobami w wieku poprodukcyjnym (Orzechowska, 2001, s. 12). Konsekwencją tego jest zmiana źródła utrzymania. W tym aspekcie starość kobiet i mężczyzn rozpoczyna się między 60. a 67. rokiem życia. Stefan Klonowicz podzielił życie człowieka na trzy okresy, biorąc pod uwagę jego aktywność zawodową: „1. Wiek przedprodukcyjny (0–17 lat), 2. Wiek produkcyjny (mężczyźni – 18–64 lata, kobiety – 18–59 lat), 3. Wiek poprodukcyjny (mężczyźni – powyżej 65 lat, kobiety – powyżej 60 lat). Okres trzeci autor podzielił dodatkowo na dwa okresy tzn.: a) starość (mężczyźni – 65–79 lat, kobiety – 60–79 lat), b) sędziwa starość (powyżej 80 roku życia)” (Klonowicz, 1986, s. 35). Podział ten wciąż jest uzasadniony, choć stopniowo w Polsce od 2013 roku zgodnie z ustawą z dnia 11 maja 2012 roku o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw systematycznie będzie się wydłużać czas pracy Polaków do 67. roku życia dla obu płci. Założeniem ustawy jest osiągnięcie tego progu do 2040 roku.

Z powodu postępu cywilizacyjnego wiek życia człowieka systematycznie się wydłuża, dlatego wcześniejszy wiek emerytalny nie pokrywa się już z wiekiem sprawnościowym. Konsekwencją tego jest pojawiająca się w coraz liczniejszych publikacjach kolejna faza życia – długowieczność (*oldest old*). Przykładem może tu być podział dokonany przez gerontologów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „1. wiek przedstarczy (45–59 rok życia), 2. wczesna starość (60–74 rok życia), 3. późna starość (75–89 rok życia), 4. długowieczność (90 lat i więcej)” (Mielczarek, 2010, s. 17). Natomiast Edward Rosset w swoich rozważaniach nad starością w Polsce określił wiek starszy na 60 lat oraz starość, która rozpoczyna się w wieku 75 lat (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 46).

Innym rodzajem określania wieku seniorów jest branie pod uwagę ich wieku kalendarzowego lub chronologicznego, który dotyczy liczby przeżytych lat. Obecnie w Polsce od 1 października 2017 roku obowiązuje wiek emerytalny dla kobiet od 60. roku życia, a dla mężczyzn od 65. roku życia. W związku z tym rozpoczęcie wieku emerytalnego uznaje się za początek starości. Często

również spotykamy się z podziałem starości na dwie fazy: trzeci wiek jako okres wcześniejszej starości i czwarty wiek, charakteryzujący ludzi w fazie zaawansowanej starości. Mimo że są one zależne od wieku bardzo trudno dokonać ich podziału według wieku kalendarzowego. Podziały te są nieprecyzyjne i trudne do jednoznacznego określenia, w jakiej fazie znajduje się senior (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dziegielewska, 2006, s. 46). Wiek biologiczny i społeczny bardziej określa rzeczywisty stopień starzenia się organizmu ludzkiego.

Aleksander Kamiński wyróżnił trzy fazy starości: rozpoczynająca się starość, wczesna starość oraz starość sędziwa. Pierwsza faza dotyczy osób, które są sprawne zarówno umysłowo, jak i fizycznie, tzn. seniorów poniżej 60. roku życia do 75 lat (Kamiński, 1974, s. 366). Dane Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej wskazują, że w 2018 roku w przedziale 55–75 lat na terenie Polski żyło ponad 9 milionów osób (9 288 900 osób), co stanowi około 24% ogółu ludności w Polsce (*Rocznik statystyczny...*, 2019, s. 209). Druga faza rozpoczyna się w wieku 75–80 lat. Zaliczają się do niej osoby, u których proces starzenia znacznie postępuje, ale są one nadal na tyle sprawne, aby prowadzić gospodarstwo domowe i wykonywać czynności samoobsługowe. Wiele osób w tym wieku nadal realizuje swoje pasje, np. prowadzenie ogródków, wyjazdy turystyczne. Drugą grupą osób w tym przedziale wiekowym są seniorzy, którzy dobrze funkcjonują we własnym domu, lecz poza nim są zależni (Kamiński, 1974, s. 367). Na terenie Polski w 2018 roku żyło 1 057 700 osób w tym wieku, co stanowi 2,8% ogółu ludności Polski (*Rocznik statystyczny...*, 2019, s. 209). Ostatnia faza to starość sędziwa, która swój początek ma w wieku około 80 lat i więcej. Charakterystyczną cechą tej fazy jest ograniczona sprawność, jednak nadal senior jest samowystarczalny, mimo że coraz rzadziej opuszcza dom. Z upływem lat człowiek stary staje się coraz bardziej niesprawny, niechętnie opuszcza łóżko. Jego stan może się pogarszać aż do sytuacji, gdy będzie wymagał całkowitej pomocy osób trzecich (Kamiński, 1974, s. 367). Według Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej w tym wieku na terenie Polski w 2018 roku było około 1,7 miliona osób, co stanowi 4,4% ogółu ludności (*Rocznik statystyczny...*, 2019, s. 209). Przedstawione dane wskazują, że w Polsce w 2018 roku żyło 31% ludzi w wieku 55–100 lat i więcej. Liczba osób starszych stanowi jedną trzecią liczbę ogółu ludności Polski, co niesie ze sobą liczne wyzwania dla polityki społecznej państwa, jak również dla rodzin, w których są ludzie starzy.

Podobnie wygląda sytuacja w odniesieniu do danych prezentowanych przez Eurostat. Starzejące się społeczeństwo zaczyna być coraz bardziej odczuwalne w niemal każdym kraju należącym do Unii Europejskiej. W 2015 roku osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 18,9% ludności Europy, a w 2018 roku 19,7%

ludności Unii Europejskiej miało 65 lat i więcej, i liczba ta systematycznie wzrasta. W Polsce między 2008 a 2018 rokiem nastąpił wzrost o 3,8 punkta procentowego osób w wieku 65 lat i więcej. Poza tym Eurostat prognozuje, że do 2100 roku odsetek osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się do 14,6% ogółu ludności w Europie. Dokładniejsze prognozy zostaną opublikowane pod koniec października 2020 roku (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl, dostęp: 2.10.2020). Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego liczony jest w odsetkach osób młodych oraz starszych w wieku poprodukcyjnym w stosunku do osób w wieku produkcyjnym w wieku 15–64 lata. Dane zebrane przez Eurostat wskazują, że współczynnik ten na dzień 1 stycznia 2018 roku wyniósł w krajach Unii Europejskiej 30,5%. Oznacza to, że na każdego seniora w wieku 65 lat i więcej przypadały ponad trzy osoby w wieku produkcyjnym. Odnosząc się do poszczególnych krajów najwyższy współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi odnotowano we Włoszech 35,2%, w Finlandii 34,2% oraz w Grecji 34,1% (https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl#Stale_wzrasta_odsetek_os.C3.B3b_w_starszym_wieku, dostęp: 2.10.2020). Tak duży współczynnik obciążenia demograficznego wiąże się z zapewnieniem opieki osobom starszym przez młodsze pokolenie. W ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrósł on o 0,5 punkta procentowego. W 2008 roku wynosił 25,5%, natomiast w 2018 roku – 30,5% (https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl#Na_ka.C5.BCd.C4.85_osob.C4.99_w_wieku_65_lat_lub_wi.C4.99cej_przypada_niec_wi.C4.99cej_ni.C5.BC_trzy_osoby_w_wieku_produkcyjnym, dostęp: 2.10.2020).

Od lat 80. XX wieku udział osób starszych w społeczeństwie systematycznie rośnie, co powoduje liczne problemy o charakterze społecznym i ekonomicznym. Dłuższe trwanie starości wiąże się z tym, że nie przebiega ona pomyślnie, gdyż coraz częściej mamy do czynienia z patologiczną starością, czyli polipatologią związaną z wielochorobowością. Osoby w wieku podeszłym dożywające 80 lat i więcej coraz częściej są niesprawne, w związku z czym potrzebują pomocy lub wymagają opieki. W przypadku ludzi w okresie trzeciego wieku 50% przyczyn tych chorób jest zależna od tzw. czynników środowiskowych, do których zaliczamy: nieprawidłowy styl życia, nieodpowiedni sposób odżywiania związany z przejadaniem się lub przeciwnie niedożywieniem z powodu niezbilansowanej diety, brak aktywności fizycznej oraz nierespektowania tzw. higieny psychicznej, do której należą: wypoczynek, czas wolny, relacje interpersonalne, samoakceptacja, nałogi oraz uzależnienia (Twardowska-Rajewska, 2013, s. 171–176).

ROZDZIAŁ 2

CZŁOWIEK STARY ZDANY NA RODZINNĄ OPIEKĘ I WSPARCIE

Człowiek stary silniej odczuwa potrzebę posiadania rodziny w trzech zasadniczych momentach życia. Pierwszym z nich jest opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego, aby założyć własną rodzinę, drugim, gdy pojawiają się wnuki, a trzecim, gdy człowiek stary przechodzi na emeryturę, w konsekwencji czego wycofuje się z życia publicznego i szerszej działalności społecznej (Dyczewski, 1994a, s. 49). Okres starości to zatem często powrót do środowiska rodzinnego po okresie, w którym ludzie większość czasu spędzali poza domem, poświęcając go aktywności zawodowej. Dopiero w tym czasie rodzina zaczyna dla nich znaczyć coraz więcej. Powrót do niej jest również identyfikowany z poczuciem bezpieczeństwa i stabilizacji. Dodatkowo więzi wewnątrzrodzinne nabierają coraz większego znaczenia w sytuacji, gdy rodzina coraz bardziej izoluje się od otoczenia i następuje rozpad więzi sąsiedzkich (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 204). Seniorzy zdają sobie sprawę, że są niechcianą grupą społeczną. Wiedzą również, że tylko rodzina może im zapewnić akceptację i przydatność, dlatego w okresie trzeciego wieku tak dużą wartość przywiązują do jej posiadania i przynależności do niej. Leon Dyczewski (1994a, s. 50) twierdzi, że „bez rodziny życie człowieka starego

jest nudne, uciążliwe, niespełnione i niejednokrotnie traci sens, co przyspiesza proces starzenia się”. Rodzina, będąc gronem osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe, powinna służyć sobie nawzajem pomocą i opieką. Jest postrzegana przez człowieka starego jako niezastąpiona grupa wsparcia. Poza tym większość osób starszych najbardziej koncentruje swoje życie emocjonalne i psychiczne na najbliższej rodzinie (Dzięgielewska, 1999, s. 4; Szarota, 2010, s. 107; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 88).

Ludzie młodzi nie potrafią ocenić tego, czy mogą lub czy już powinni przejąć opiekę nad osobą starszą. Bardzo często dopiero uświadamiają sobie, że to na nich spadnie obowiązek opieki pod wpływem zewnętrznych nacisków ze strony starzejących się rodziców lub sytuacji, w których zauważają, że starszy człowiek sobie nie radzi. Ludzie starzy zdają sobie z tego sprawę, że kiedyś będą wymagać opieki. Zawczasu próbują dotrzeć za pomocą licznych argumentów do sumienia swojego dziecka. Dla osiągnięcia własnego celu, czyli zapewnienia sobie opieki, przypisują pewne role swoim dzieciom, szczególnie samotnym córkom, które według ich przekonania mają dużo czasu na opiekę nad nimi. Takie narzucanie obowiązku opieki nad sobą może być związane z wiekiem, pogarszającą się sytuacją psychofizyczną, która prowadzi do tego, że senior bez skrupułów będzie wykorzystywał każdą sytuację do tego, aby polepszyć własne położenie (Liszewska, 1997, s. 76).

Wielokrotnie dzieje się tak, że z powodu coraz większej ilości obowiązków zawodowych i rodzinnych młodych dorosłych ludzie starsi czują się niepotrzebni (Szatur-Jaworska, Błędowska, Dzięgielewska, 2006, s. 88), a w konsekwencji następuje ograniczenie tych funkcji rodziny, które nie tylko ją spajały, lecz także dawały szansę osobom starszym na bycie ważnymi i pełnoprawnymi członkami. Prowadzenie domu przebiega w całkiem odmienny sposób niż dawniej. Z jednej strony coraz częściej wspólne zamieszkiwanie seniora z rodziną eliminuje problem braku bezpieczeństwa, przynależności, ale nie zapobiega problemowi poczucia samotności u seniorów (Liszewska, 1997, s. 75; Orzechowska, 2004, s. 240–244; Segiet, 2008, s. 66). Z drugiej zaś strony, aby człowiek stary czuł się bezpiecznie i dobrze w miejscu, w którym mieszka, najbliżsi muszą go traktować jak pełnoprawnego członka z wszystkimi prawami i obowiązkami, jakie powinien posiadać senior (Łój, 2005, s. 52).

Sytuacja człowieka starego w rodzinie staje się trudna i dramatyczna w momencie, gdy nastąpi odwrócenie ról, polegające na tym, że ludzie starzy, jako dawni wychowawcy dzieci, żywicieli i opiekunowie, zaczynają potrzebować opieki, a nie mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny. Przyczyn takich sytuacji jest kilka:

brak odpowiedzialności i zasad społeczno-moralnych związanych z opieką nad najstarszym członkiem rodziny, w rodzinie mogą panować różnego rodzaju uczucia wobec siebie nawzajem i ich skala może być bardzo rozpięta – od miłości aż do nienawiści. Bardzo często wrogość, złość, a nawet nienawiść dominują w rodzinach i częściej w stosunku do osób starszych. W sytuacji, gdy się powtarzają, niezbędna okazuje się pomoc odpowiednich służb bądź instytucji. Dzieci seniorów bardzo często nie odczuwają obowiązku opieki nad nimi, ponieważ taki model rodzinnej opieki nad starszym członkiem rodziny nie został im wpojony. W konsekwencji człowiek stary jest odrzucony przez rodzinę, izoluje się od społeczeństwa i jest skazany na samotność. Czuje się niepotrzebny, co przyspiesza w znacznym stopniu proces starzenia się i rezygnacji z jakiegokolwiek aktywności życiowej (Orzechowska, 2004, s. 240–244; Parnicka, 2002, s. 141). Przyczyna odrzucenia bądź wrogości w stosunku do seniora może leżeć również w postępie naukowo-technicznym, za bardzo zinstytucjonalizowanym, a wręcz odhumanizowanym, gdzie obowiązuje zasada użyteczności (Rembowski, 1984, s. 11).

Józef Rembowski (1984, s. 11) podaje za Antonim Kępińskim, że owa instytucjonalizacja „oznacza, iż człowiek jest dobry, uznawany, pożądaný, póki jest potrzebny, póki coś może dać z siebie”. Zasada ta jest podobna do tej, która obowiązuje w przemyśle, gdzie stare technologie zastępuje się nowymi, aby wyprodukować jeszcze lepsze produkty. Porównanie to dotyka w sposób szczególny ludzi starych, którzy nie nadążają za tempem współczesnego życia i w konsekwencji stają się niepotrzebni (Rembowski, 1984, s. 11). Tylko prawidłowo funkcjonująca rodzina, w której relacje między seniorami a pozostałymi członkami rodziny nie są zachwiane, przyczynia się do tworzenia poczucia przynależności, bezpieczeństwa, zapobiegają odczuwaniu samotności oraz są gwarantem niesienia pomocy w trudnych sytuacjach (Orzechowska, 2004, s. 241–244; Parnicka, 2002, s. 141).

Rola rodziny w życiu seniorów skupia się zazwyczaj na jej zasobach materialnych oraz psychospołecznych, które mogą być pobudzane w sytuacji, gdy osoba starsza wymaga opieki. Rodzina również ułatwia seniorowi utrzymanie równowagi psychicznej i służy dalszemu rozwojowi jego osobowości (Dyczewski, 1994a, s. 50; Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 203). Niezaprzeczalny jest fakt, że starzenie się w rodzinie pod jednym dachem ze swoimi dziećmi jest najlepszym rozwiązaniem, dzięki któremu zaspokajane są potrzeby człowieka starego. To właśnie środowisko rodzinne przywraca seniorowi siły psychiczne, ponieważ mobilizuje do aktywności przez odpowiedni tryb życia i określone wydarzenia w życiu członków rodziny (Parnicka, 2002, s. 143). Troska o to, aby człowiek stary miał godne życie, powinna leżeć głównie w gestii rodziny, ponieważ starość człowieka

może przybierać różne formy. Od tego, jaka będzie, zależy postawa człowieka starego oraz najbliższego otoczenia. Ostatni okres życia ma wiele twarzy, może być zarówno ciężkim brzemieniem dla samego seniora, jak i dla jego rodziny. Jeśli człowiek będący w jesieni życia jest otwarty, aktywnie spędza czas wolny i chętnie uczestniczy w życiu rodzinnym, to jego starość będzie szczęśliwym okresem życia (Łój, 2005, s. 55; Parnicka, 2002, s. 143–144).

Małgorzata Halicka wymienia dwa główne czynniki, które są przyczyną uzależnienia osób starszych od opiekunów: czynniki zdrowotne i czynniki społeczne. Do czynników zdrowotnych zalicza: przewlekłe choroby psychiczne i/lub somatyczne, niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą, upośledzenie zmysłu słuchu i/lub wzroku, zespoły geriatryczne, wśród których najczęściej występują upadki, niedożywienie oraz sędziwa starość. Natomiast wśród czynników społecznych, które mogą prowadzić do uzależnienia się seniorów od opiekunów rodzinnych, autorka wymienia: brak potomstwa, samotne zamieszkiwanie, trudne warunki mieszkaniowe oraz ubóstwo, utrata bliskiego członka rodziny w wyniku śmierci, rozwodu lub opuszczenie domu przez dorosłe dzieci, tzw. syndrom pustego gniazda, wydarzenia losowe, tj. kradzieże, pożary lub wypadki prowadzące do niepełnosprawności, długoletnia opieka nad niesprawnym członkiem rodziny, prowadząca do nadwyrężenia zdrowia, co może objawiać się w okresie starości, oraz wszelkie próby oszustwa w stosunku do seniorów, które mogą pozbawić ich oszczędności całego życia (Halicka, 2006, s. 244). W momencie, gdy wystąpi któryś z wymienionych czynników, to na członków najbliższej rodziny spada obowiązek opieki nad seniorem.

W rozdziale tym zostaną omówione pojęcia: opieka i wsparcie społeczne, których znaczenie i oddziaływanie na opiekunów rodzinnych wpływa na jakość i postać opieki rodzinnej. Zostanie również przedstawiona funkcja opiekuńcza rodziny, skoncentrowana na oddziaływaniu opieki na głównego opiekuna, którym zazwyczaj są kobiety będące w tzw. środkowym pokoleniu.

2.1. Pojęcie „opieka” – w poszukiwaniu definicji

W ciągu niedługiego czasu w znaczący sposób zwiększyła się liczba osób, które są objęte działaniem opiekuńczym. Przesunęła się również granica opieki, gdyż nie jest postrzegana ona tylko jako opieka materialna, ale także duchowa czy społeczna. Ostatni z elementów związanych z opieką dotyczy jej celu. Dawniej najważniejszym celem związanym z podejmowaniem opieki było przedłużenie i przetrwanie gatunku. Obecnie cele opieki odnoszą się również bezpośrednio do

osoby udzielającej pomocy i są związane z wzbogacaniem własnego ja (Jundziłł, Pawłowska, 2008, s. 167).

Termin „opieka” funkcjonuje w naukach pedagogicznych od kilkudziesięciu lat, zastępując wiele bliskoznacznych pojęć, wśród których należy wymienić: dobroczynność oraz miłosierdzie. W ciągu lat nastąpił wzrost liczby osób, które są objęte działaniami opiekuńczymi. Początkowo opieką obejmowano głównie dzieci. Z czasem dotyczyła ona również nędzarzy, chorych i niepełnosprawnych. Zwiększająca się grupa osób wymagających opieki doprowadziła do wykrystalizowania się działań określonych mianem pracy socjalnej, co z kolei przyczyniło się do obejmowania opieką osób będących w trudnej sytuacji życiowej. W związku z tym wśród osób, które potrzebują opieki, są osoby bezdomne, z problemami alkoholowymi, uzależnione od narkotyków, samotne matki, rodziny wielodzietne, osoby doświadczające przemocy w rodzinie oraz takie, które znalazły się w sytuacji kryzysowej. Kolejna zmiana ujmowania opieki wiązała się z jej szerszym zakresem, gdyż odnosiła się zarówno do wsparcia materialnego, rzeczowego oraz duchowego, jak i pielęgnacji. Szerszy zakres opieki wiązał się z kolei z głębszym rozumieniem samego jej sensu, ponieważ na początku najważniejszym celem opieki było zapewnienie przetrwania w sensie biologicznym. Z biegiem czasu cel opieki był związany również z dążeniem do tego, aby osoby, wobec których jest ona sprawowana, były w przyszłości samodzielne i niezależne (Muszyński, 1998, s. 37–40).

Obserwując zjawiska demograficzne zachodzące w krajach wysoko rozwiniętych, należy stwierdzić, że jedną z podstawowych cech rozwoju cywilizacji jest wydłużenie życia ludzkiego. Zjawisku temu towarzyszy nieustanne dążenie do poprawy jakości życia zarówno jednostki, jak i rodziny. Utożsamiane jest to z posiadaniem zdrowia, statusu społecznego, zawodowego i bezpieczeństwa finansowego (Matyjas, 2004, s. 835–837).

Opieka jako pojęcie może odnosić się do licznych sfer życia ludzkiego i duchowego. Badacze w obrębie pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej oraz pedagogiki społecznej wyodrębniają wiele jej rodzajów. Jednym z nich jest opieka nad ludźmi starszymi. Jej celem jest poprawa jakości życia poprzez udzielanie koniecznej pomocy i opieki dostosowanej do wieku oraz potrzeb seniorów. Opiekunowie osoby starszej mają za zadanie pokazanie jej sposobów postępowania w sytuacji, gdy jej sprawność jest ograniczona, aby jak najdłużej mogła ona utrzymywać samodzielność. Zadanie to może być realizowane tylko wtedy, gdy pozwala na to stan zdrowia seniora. Poza tym opiekun powinien uczyć seniora akceptacji i zrozumienia sytuacji, w jakiej się znalazł. Zazwyczaj dotyczy ona niepogodzenia

się z procesem starzenia się bądź nieakceptowania utraty samodzielności (Zych, 2010, *opieka nad osobami starszymi*, s. 1108–1109).

O opiece możemy mówić wtedy, gdy są spełnione następujące warunki: musi ona trwać nieprzerwanie przez dłuższy okres, mieć charakter bezinteresowny, celem jej podjęcia jest zaspokajanie przez opiekuna podstawowych potrzeb podopiecznego, które są następstwem przyjętej za niego odpowiedzialności. Podczas sprawowania opieki nad człowiekiem starszym, niesprawnym muszą być zrealizowane wszystkie kryteria, aby działania opiekunów rodzinnych można było nazwać opieką (Dąbrowski, 2006, s. 82).

Heliodor Muszyński podjął się sformułowania definicji opieki, która zawiera się w aparacie pojęć nauk społecznych. Termin ten jest zbudowany z systemu pojęć, bez których nie jest możliwe jego opisywanie przy zachowaniu logicznego, spójnego i jednoznacznego charakteru (Muszyński, 2008, s. 90). W związku z tym autor twierdzi, że „opieka jest to zachowanie prospołeczne polegające na niesieniu pomocy drugiej osobie w sposób zgodny ze społecznymi oczekiwaniami i w poczuciu odpowiedzialności za ten akt” (Muszyński, 2008, s. 97). Istotą opieki zaś jest regularne, nieustające lub czasowe udzielanie pomocy drugiej osobie. W momencie, gdyby nie była ona udzielana bądź gdyby ustało świadczenie opieki, życie jednostki byłoby znacznie utrudnione lub niemożliwe (Muszyński, 2008, s. 100). Czasowe udzielanie opieki dotyczy między innymi osób w podeszłym wieku.

Autor ten dokonał również dokładnej charakterystyki analizowanego pojęcia. Podał pięć cech stosunku opiekuńczego. Pierwsza cecha dotyczy tego, że stosunek opiekuńczy może być narzucony przez kogoś, wtedy osoba świadcząca opiekę nie wynosi z niego żadnej satysfakcji. Stosunek opiekuńczy może być również dobrowolny. Drugą cechą jest przedmiot interakcji. Jest nią zawsze czynność opiekuńcza, która jest podejmowana przez opiekuna. Czynności opiekuńcze mogą przyczyniać się do poczucia satysfakcji na trzy sposoby:

- a) w wyniku ich wykonywania;
- b) poprzez reakcje podopiecznego;
- c) dzięki akceptacji społecznej popierającej takie działania.

Kolejną cechą stosunku opiekuńczego jest przekazanie przez jedną ze stron jakiś dóbr, np. duchowych lub/i materialnych, aby podopieczny mógł je wykorzystać dla własnych korzyści. Jednocześnie należy podkreślić, że dobra te są niezbędne dla zdrowia i życia podopiecznego. Inną cechą stosunku opiekuńczego jest asymetria zawierająca się w zróżnicowanych rolach podopiecznego i jego opiekuna. Jest ona odwrotna do stosunku partnerskiego, gdzie każda ze stron

może dawać drugiej osobie tyle samo. Asymetria ta polega również na tym, że opiekun posiada zasoby informacyjne, instrumentalne i emocjonalne, bez których podopieczny nie może prawidłowo funkcjonować w sensie społecznym, psychicznym i fizycznym w sposób dla niego zadowalający. Nie jest on również w stanie sam tych zasobów zdobyć, a zatem jest w pełni zależny od opiekuna.

Ostatnią cechą stosunku opiekuńczego jest funkcjonalna zależność podopiecznego od opiekuna. Od tego, czy opiekun podejmie działania i będzie sprawował opiekę, zależy dalszy los podopiecznego, czyli jego rozwój i powodzenie w życiu. Jeśli natomiast spojrzymy na stosunek opiekuńczy od strony opiekuna osoby starszej, to okazuje się, że opiekunem jednostka może stać się z dwóch powodów: gdy ciąży na niej obowiązek prawny sprawowania opieki lub z powodu odczuwania tzw. powinności, która występuje w przypadku ciężkiej choroby starzejącego się rodzica (Muszyński, 2008, s. 103–105).

W związku z tym na członkach rodziny, stających się opiekunami osób starszych, ciąży pewnego rodzaju zobowiązanie, nadawane niejako z góry przez społeczeństwo, które oczekuje od osoby sprawującej opiekę troski i ciągłości tej opieki. Nie jest aprobowane częściowe wypełnianie funkcji opiekuńczej przy widocznych zaniedbaniach, a tym bardziej krytykowana i naznaczana jest jednostka, która przerwie stosunek opiekuńczy. W przypadku opiekunów rodzinnych sprawujących opiekę nad seniorami przerwanie stosunku opiekuńczego będzie dotyczyć umieszczenia seniora w domu pomocy społecznej, za jego zgodą lub za zgodą prawnego przedstawiciela w przypadku ubezwłasnowolnienia osoby starszej przez sąd. Można zatem stwierdzić, że opiekun, podejmując się zobowiązania, jakim jest stosunek opiekuńczy, jednocześnie bierze odpowiedzialność za podopiecznego w całym zakresie opieki – zarówno za wykonywane czynności, jak i za te, których zaprzestaje (Muszyński, 2008, s. 104–105). Wielokrotnie osoby starsze z powodu niepełnosprawności lub chorób są zrezygnowane i tracą ducha walki, aby przezwyciężyć trudności związane z chorobą. W takiej sytuacji zadaniem opiekuna jest uświadamianie człowiekowi starszemu, że pomimo niepełnosprawności i/lub choroby powinien on prowadzić normalny tryb życia (Zych, 2010, *opieka nad osobami starszymi*, s. 108–109).

Wielość definicji i spojrzeń na pojęcie opieki powoduje, że jednoznaczne określenie omawianego terminu nie jest możliwe, gdyż jego zasięg jest bardzo szeroki, a jego rozumienie zależy od tego, jakiej grupie społecznej jest ona udzielana i jak duży zasięg działania ma obejmować. W krajach zachodnich pojęcie to ma podwójne znaczenie. Opieka jest rozumiana jako prawne rozwiązanie, które jest związane ze sprawowaniem opieki bądź pieczy nad osobami niesamodzielnymi.

W nurt ten wpisuje się zarówno opieka nad dziećmi w okresie niemowlęctwa, jak i nad osobami starszymi, które na skutek chorób otępiennych nie są w stanie zaspokoić własnych podstawowych potrzeb, wskutek czego wymagają opieki ze strony osób trzecich. Ten rodzaj opieki wiąże się z przejęciem odpowiedzialności za taką osobę. Obowiązek opieki jest regulowany przepisami prawnymi. Odpowiednie zapisy znajdują się w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym z dnia 25 lutego 1964 roku. Artykuł 87 zawiera uregulowania, których celem jest ochrona stosunków osobistych pomiędzy dziećmi i rodzicami przed nagannymi zachowaniami, które osłabiają więzi rodzinne: Brzmi on następująco: „Rodzice i dzieci są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się” (*Kodeks rodzinny...*, 1964, art. 87). Działania te dotyczą kilku aspektów: pomocy związanej z załatwianiem spraw urzędowych, pomocy fizycznej związanej z wykonywaniem codziennych czynności, które mogą dotyczyć samoobsługi, wsparcia psychicznego bądź też materialnego. Poza tym przepisy zawarte w tym Kodeksie nakładają na dzieci obowiązek alimentacyjny zgodnie z artykułem 129 §1. „Obowiązek alimentacyjny obciąża zstępnych przed wstępnymi, a wstępnych przed rodzeństwem; jeżeli jest kilku zstępnych lub wstępnych – obciąża bliższych stopniem przed dalszymi” (*Kodeks rodzinny...*, 1964, z dnia 25 lutego, art. 129, §1).

Opieka może być również nastawiona na działania medyczne. W związku z tym łączy się ją z pielęgnacją, promocją i ochroną zdrowia oraz wsparciem i pomocą zapewnianą osobom, które są niesamodzielne, a mianowicie: niemowlętom, małym dzieciom, osobom niepełnosprawnym, chorym i niedołącznym. Rozumiana w ten sposób opieka rozwija się obecnie bardzo dynamicznie, gdyż zwiększająca się liczba osób starszych, którzy jej wymagają, wymusza na rynku pracy kształcenie odpowiednich specjalistów, którzy będą kompetentni, aby pomóc człowiekowi starszemu i jego rodzinie w opiece nad nim (Smolińska-Theiss, 2008, s. 84). Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze wiąże się również z powstawaniem coraz większej liczby domów pomocy społecznej lub też domów dziennego pobytu (Smolińska-Theiss, s. 84). Celem tych drugich jest pozostawianie człowieka starego w środowisku rodzinnym, przy jednoczesnym podtrzymywaniu jego kontaktu ze środowiskiem lokalnym i rówieśnikami, co zapobiega wykluczaniu i izolowaniu się ludzi w sędziwym wieku z życia społecznego. Podstawowa zasada dotycząca wspierania i pomocy seniorom dotyczy bowiem pozostawiania ich tak długo, jak to jest możliwe, w obecnym środowisku życia (Tokaj, 2005a, s. 91). Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła audyt na temat opieki nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy (DDP). Z raportu NIK wynika, że liczba placówek systematycznie rośnie. W 2012 roku na terenie Polski funkcjonowało

230 DDP, a w 2016 roku 295 placówek i liczba ta systematycznie rośnie (Najwyższa Izba Kontroli, 2017, s. 6). Powodem tego jest wdrożenie krajowego programu Senior-Wigor w 2015 roku, a później programu Senior+ w 2017 roku „w ramach którego gminy i powiaty mogą ubiegać się o dofinansowanie nie tylko dziennych domów pomocy, ale również klubów w latach 2015–2020 (...). Wsparcie na utworzenie i wyposażenie dziennego domu zwiększono z 250 do 300 tys. zł, a kwotę miesięcznego utrzymania jednego miejsca z 200 zł do 300 zł” (<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-nad-osobami-starszymi-w-dziennych-domach-pomocy.html>, dostęp: 8.10.2020). Niestety w Polsce występuje duża nierównomierność związana z rozmieszczeniem tych instytucji. Najwięcej placówek znajduje się w województwach: mazowieckim (30), łódzkim (31) i śląskim (47), a najmniej w województwach: kujawsko-pomorskim (8), świętokrzyskim (4), lubelskim (4) i podlaskim (2) (Najwyższa Izba Kontroli, 2017, s. 6).

W dalszej części rozdziału zostaną omówione definicje opieki, które można podzielić na te, które bezpośrednio dotyczą członków rodziny oraz na takie, w których jest mowa o wspieraniu bądź zastępowaniu rodziny w obowiązku pełnienia funkcji opiekuńczej. Opieka długoterminowa i opieka zdalna odnoszą się zarówno do rodziny, jak i innych podmiotów, gdyż może być ona sprawowana przez członków rodziny, jak również przez inne osoby lub instytucje. Przywołany podział przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Formy świadczonej opieki

Podmiot świadczący opiekę	
Rodzina	Inne podmioty
<ul style="list-style-type: none"> - domowa - międzyludzka - profilaktyczna - perspektywiczna - prewencyjna - lecznicza 	<ul style="list-style-type: none"> - interwencyjna - bieżąca (na dziś) - prawna - medyczna - terminalna (paliatywna, hospicyjna) - instytucjonalna - dzielona (pośrednia) - religijna
opieka długoterminowa opieka zdalna (na odległość)	

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszą grupę form opieki stanowią te, które są wypełniane przede wszystkim przez członków rodziny. Wśród nich wyróżniono opiekę: domową, międzyludzką, leczniczą, profilaktyczną, perspektywiczną oraz prewencyjną.

Opieka domowa lub inaczej rodzinna zawiera w sobie prawie każdy element rodzajów opieki wymienionych w tabeli 1. Zatem jest ona „długoterminową, ciągłą, profesjonalną pielęgnacją i rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowana w domu chorego w celu podtrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorym z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, niekwalifikujących się do leczenia szpitalnego” (Matyjas, 2004, s. 835–836). Z definicji tej wynika, że opieka rodzinna zawiera w sobie opiekę długoterminową, interwencyjną, leczniczą, medyczną oraz perspektywiczną. Opieką domową jest również opieka pielęgnarska oraz opieka ogólna bez konkretnych wskazań medycznych nad starym, niedołączonym lub samotnym człowiekiem w jego domu.

Jeśli opieka rodzinna przebiega sprawnie, bezproblemowo i z korzyścią dla człowieka starszego, w znaczący sposób zmniejsza się zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną. Pobyt seniora w domu niesie ze sobą wiele korzyści. Po pierwsze, są to korzyści finansowe związane z brakiem konieczności opłacania instytucjonalnych form pomocy. Po drugie, korzyści te dotyczą aspektu medycznego, gdyż osoby chore znacznie szybciej dochodzą do zdrowia w warunkach domowych niż szpitalnych. Omawiany rodzaj opieki stanowi obszar działalności rodziny pomiędzy opieką i leczeniem szpitalnym a opieką i leczeniem seniora w warunkach domowych. Opieka taka powinna odbywać się przy regularnych konsultacjach lekarskich. Rodzina może sprawować opiekę nad człowiekiem starszym do momentu, gdy życiu seniora nie zagraża bezpośrednie niebezpieczeństwo (Matyjas, 2004, s. 835–838).

Drugim rodzajem jest opieka międzyludzka. Zdzisław Dąbrowski wyłania pięć elementów, które tworzą ten rodzaj opieki. Najważniejszą cechą stanowi ciągłość opieki – jest ona spełniona w momencie, gdy opiekun regularnie zaspokaja wszystkie potrzeby seniora, do których możemy zaliczyć potrzebę bezpieczeństwa oraz potrzeby będące w grupie potrzeb podstawowych w określonym cyklu, np. dobowym, tygodniowym bądź gdy opieka jest sprawowana nieustannie. Drugim elementem jest bezinteresowność opieki. Odnosząc tę cechę do sytuacji opiekunów osób starszych, opieka sprawowana nad najstarszym członkiem rodziny powinna wynikać z naturalnego oraz bezspornego podejmowania czynności opiekuńczych wobec seniora, który takiej pomocy wymaga. Bezinteresowność opieki jest również związana z brakiem oczekiwań związanych z otrzymaniem

korzyści w związku z jej sprawowaniem. Kolejną cechą opieki międzyludzkiej jest stosunek opiekuńczy, czyli ściśle ustalony układ zależności, pozycji, ról i wymiany wartości pomiędzy seniorem a jego opiekunem, który w całości tworzy mikrosystem. Czwartą cechą opieki międzyludzkiej, zarazem najważniejszą jest odpowiedzialność opiekuna za seniora. Założeniem tak pojmowanej opieki jest świadome i nieprzymuszone wypełnianie funkcji opiekuńczej, aby życie człowieka starszego nie było zagrożone. Ma on prawo do decydowania za seniora w dotyczących go sprawach, ale tylko w tych, w których nie jest on już w stanie sam podejmować decyzji z powodu zmian związanych z postępującymi chorobami o charakterze demencyjnym. Jeśli opiekun nie wypełnia prawidłowo funkcji opiekuńczej, mimo że podjął się jej świadomie, ponosi wszystkie skutki związane z zaniedbaniami względem podopiecznego (Dąbrowski, 2006, s. 81–83; Nowicka, Baziuk, s. 156).

Trzecim rodzajem opieki, która może być sprawowana przez członków rodziny, jest opieka lecznicza. Obejmuje ona w swym znaczeniu zakres opieki międzyludzkiej. Polega na zaspokajaniu potrzeb ponadpodmiotowych wynikających z choroby bądź urazu. Celem tych działań jest dążenie do odzyskania zdrowia, do pewnego stopnia pełnosprawności psychicznej lub/i fizycznej (Dąbrowski, 2008, s. 445). Działania rodziny w tym względzie są bardzo istotne i mają ogromne znaczenie związane z dążeniem do poprawy stanu zdrowia seniora. Opieka lecznicza może być realizowana w postaci zorganizowanych zajęć rehabilitacyjnych w celu poprawy sprawności fizycznej bądź podtrzymania jej na stałym poziomie, wizyt u psychologa bądź psychiatry w przypadku, gdy człowiek starszy nie radzi sobie z nagłą utratą sprawności w wyniku udaru lub wylewu bądź gdy nie potrafi zaakceptować postępujących procesów starzenia się.

Kolejnym rodzajem opieki jest opieka profilaktyczna, która oznacza zapobieganie sytuacjom zagrożenia podopiecznego (Dąbrowski, Kulpiński, 2000, s. 195). Odnosząc to do opieki wobec seniorów, będzie to usuwanie wszelkich niebezpieczeństw mogących spowodować uszczerbek na zdrowiu, np. tworzenie bezpiecznej przestrzeni życia seniora poprzez dostosowywanie mieszkania bądź pokoju, w którym przebywa.

Piątym rodzajem jest opieka perspektywiczna, tzw. na jutro, która jest zbieżna z opieką profilaktyczną, gdyż jej działania w ramach tego rodzaju opieki są zorientowane głównie na zaspokojenie znaczących potrzeb seniora, w dalszej perspektywie jego życia. Działania te skupiają się na pobudzaniu poczucia odpowiedzialności za powodzenie w przyszłości. W przypadku seniorów działania te mają na celu uświadomienie mu, że styl życia i jego jakość we wcześniejszych

latach życia będą miały wpływ na przeżywanie przez niego starości (Dąbrowski, 2008, s. 444).

Ostatnim rodzajem jest opieka prewencyjna – są to wszelkie działania nakierowane na zapobieganie chorobom bądź zmniejszanie do minimum konsekwencji chorób ostrych oraz przewlekłych. Omawiany rodzaj opieki powinien być już stosowany od najwcześniejszych lat, aby stał się nawykiem każdego człowieka w postaci regularnych wizyt u kardiologa, stomatologa, ginekologa i u innych specjalistów. Bardzo ważne jest również przeprowadzanie badań kontrolnych i okresowych, do których zaliczamy: mierzenie poziomu ciśnienia tętniczego bądź badanie krwi. Oprócz wymienionych działań prewencyjnych istotne są również: utrata wagi w przypadku nadwagi, zdrowy tryb życia, rzucenie palenia oraz regularne ćwiczenia fizyczne, a w przypadku seniorów mogą to być codzienne spacerunki (Zych, 2010, *opieka prewencyjna*, s. 109). W przytoczonej definicji dotyczącej opieki prewencyjnej można zauważyć, że większość działań zapobiegających chorobom w okresie starości zależy od samej jednostki – w jaki sposób będzie ona dbała o swoje zdrowie i czy regularnie będzie kontrolowała jego stan.

Drugą grupę rodzajów opieki stanowią te, które obejmują swym zasięgiem opiekę nad człowiekiem starszym, lecz nie są sprawowane bezpośrednio przez rodzinę. Wśród nich wyróżniono opiekę: interwencyjną, bieżącą, prawną, medyczną, terminalną, instytucjonalną, dzieloną oraz religijną.

Opieka interwencyjna jest tego rodzaju działaniem, które podejmuje się w chwili rzeczywistego zagrożenia życia człowieka. W rozumieniu szerokim oznacza interwencję ze strony społeczności lokalnej w momencie widocznych i nieakceptowanych przez ogół zaniedbań opiekuńczych. Natomiast w znaczeniu wąskim oznacza wszelkie postępowania o charakterze interwencyjnym podczas sprawowanej opieki (Dąbrowski, 2008, s. 443). Omawiany rodzaj opieki w odniesieniu do człowieka starszego częściej jest spotykany w znaczeniu szerokim, tj. w sytuacji, gdy rodzina nieprawidłowo wypełnia funkcję opiekuńczą wobec najstarszego członka rodziny do tego stopnia, że wymaga to interwencji ze strony środowiska lokalnego. W sytuacji, gdy senior staje się coraz bardziej niesprawny, zależny od otoczenia i nie jest w stanie sam decydować o sobie, może zostać podjęta decyzja o rozpoczęciu opieki prawnej przez rodzinę w postaci ubezwłasnowolnienia.

Drugi rodzaj opieki, która nie jest sprawowana bezpośrednio przez rodzinę, to opieka bieżąca, tzw. na dziś, podczas której działania opiekuńcze skupiają się tylko na zaspokojeniu aktualnych potrzeb seniora bez uwzględniania ewentualnych jego potrzeb w przeszłości. Opieka bieżąca charakteryzuje się również

niebraniem odpowiedzialności za dalsze losy człowieka (Dąbrowski, 2008, s. 444). Ten rodzaj opieki często jest spotykany w domach pomocy społecznej, gdzie zaspokaja się jedynie aktualne potrzeby ludzi starszych, bez działań o charakterze prewencyjnym, gdyż nie ma na to odpowiednich środków i jest zbyt mało personelu przypadającego na jednego seniora.

Opieka prawna jest usługą ochronną dla każdego, kto jej wymaga, gdy nie jest w stanie podejmować decyzji związanych z istotnymi sprawami dnia codziennego, do których zaliczamy między innymi wizyty u lekarza oraz płacenie rachunków. Ten rodzaj opieki może przybierać ograniczoną postać związaną z realizacją konkretnych zadań, może mieć charakter tymczasowy lub być wyznaczany z urzędu. W przypadku osób starszych opieka prawna, inaczej kuratela, dotyczy pieczy nad osobami ubezwłasnowolnionymi, nieobecnymi, niepełnosprawnymi i ich majątkiem. Zdarzają się przypadki, że opieka prawna jest zlecona przez sąd osobie dorosłej, która zapewni wszystkie potrzeby podopiecznego. W przypadku osób starszych, które zostały ubezwłasnowolnione, do opieki delegowane są dzieci seniorów, które roztaczają nad nim całkowitą opiekę, zabezpieczając wszystkie potrzeby seniora i biorąc za niego pełną odpowiedzialność (Zych, 2010, s. 109).

Opieka medyczna to w większości przypadków zorganizowane działanie służby zdrowia. Niewielka liczba rodzin decyduje się na ten rodzaj opieki we własnym domu z powodu braku środków materialnych bądź braku przygotowania medycznego. W ramach tego rodzaju opieki wyodrębniamy opiekę podstawową dotyczącą pierwszych kontaktów pacjenta z lekarzem internistą oraz opiekę specjalistyczną, uzupełniającą i rozszerzającą, które stanowią odrębne dziedziny medycyny. W skład opieki medycznej wchodzi opieka medyczno-społeczna, której działania skupiają się na osobach niepełnosprawnych psychicznie lub fizycznie. Jest świadczona przez domy pomocy społecznej lub zakłady opiekuńczo-lecznicze. Drugim odgałęzieniem opieki medycznej jest opieka terminalna (hospicyjna, paliatywna) (Zych, 2010, *opieka medyczna*, s. 108). Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna to „aktywna, wszechstronna i całościowa opieka nad pacjentem w końcowym okresie jego życia, chorującym na nieuleczalne, postępujące choroby” (Zych, 2010, *opieka paliatywna*, s. 109). Jej najważniejszym celem jest łagodzenie cierpienia, a także dawanie wsparcia duchowego, aby człowiek terminalnie chory czuł, że jest ktoś przy nim (Dąbrowski, Kulpiński, 2000, s. 195). W związku z tym opieka paliatywna oznacza działania, których celem jest łagodzenie bólu. Działania te jednak nie prowadzą do wyleczenia pacjenta, lecz do poprawy jakości jego życia w aspektach duchowym, psychicznym, socjalnym oraz somatycznym. Opieka paliatywna ma charakter specjalistycznego świadczenia

medycznego, które może być urzeczywistniane w miejscu zamieszkania chorego (Zych, 2010, *opieka paliatywna*, s. 109). W przypadku osób starszych, cierpiących na choroby przewlekłe decyzja o umieszczeniu seniora w hospicjum jest przyniesieniem ulgi w cierpieniu zarówno seniorowi, jak i jego rodzinie, która własnymi siłami nie jest w stanie pomóc choremu członkowi rodziny.

Kolejnym rodzajem opieki jest opieka instytucjonalna, czyli wewnętrzna, sprawowana w placówkach, ośrodkach bądź domach. Warunkiem prawidłowo funkcjonującej opieki jest właściwe zapewnienie usług społecznych i zdrowotnych. Seniorzy decydując się na zamieszkanie w placówkach przeznaczonych dla nich, muszą się liczyć z tym, że życie codzienne tam panujące podlega dyscyplinie, którą należy zaakceptować (Zych, 2010, *opieka instytucjonalna (wewnętrzna)*, s. 108).

Z opieką instytucjonalną łączy się opieka dzielona, zwana również opieką pośrednią. Mamy z nią do czynienia w przypadku ludzi starszych, gdy opieka jest sprawowana w porozumieniu z rodziną seniora przez instytucje. Jej cel to pomoc tej grupie osób w momencie, gdy są one niesamodzielne i nie radzą sobie z podstawowymi czynnościami samoobsługowymi, takimi jak: ubieranie się, przygotowywanie posiłków i ich spożywanie, kąpanie się bądź zajmowanie się sobą (Dąbrowski, 2008, s. 444; Zych, 2010, *opieka bezpośrednia*, s. 109). Wśród najczęściej spotykanych form opieki instytucjonalnej dla seniorów można wymienić domy pomocy społecznej oraz domy dziennego pobytu. W obu przypadkach senior i/lub jego rodzina muszą wyrazić zgodę na pobyt podopiecznego w tych placówkach.

Ostatni rodzaj opieki, która nie jest sprawowana bezpośrednio przez rodzinę, to opieka religijna. Charakterystycznymi działaniami dla tego rodzaju opieki jest zaspokajanie przez osoby duchowne potrzeb religijnych osób wierzących, w tym osób starszych. Działania prowadzące do zaspokojenia tych potrzeb to uczestniczenie w praktykach religijnych (Dąbrowski, Kulpiński, 2000). W przypadku niesprawnych seniorów, którzy nie mają możliwości uczestniczenia w Mszach Świątych, ważną rolę odgrywają członkowie rodziny, którzy umożliwiają im uczestnictwo w praktykach religijnych, chodząc z nimi do kościoła bądź zamykając wizyty duszpasterskie do domu człowieka starszego.

Na granicy opieki sprawowanej przez rodzinę i inne podmioty są opieka długoterminowa oraz opieka zdalna (na odległość).

W skład opieki długoterminowej wchodzi działania, programy oraz usługi zorientowane na opiekę, rehabilitację oraz leczenie nad osobami z trwałym uszkodzeniem sprawności. Ten rodzaj opieki jest kierowany do osób, które wymagają pomocy przez dłuższy czas w leczeniu lub rehabilitacji. Działania

te w efekcie mają doprowadzić do poprawy stanu zdrowia i usamodzielnienia seniorów. Opieka długoterminowa może być świadczona zarówno w instytucjach przeznaczonych dla osób starszych, jak i w domach seniorów (Zych, 2010, *opieka długoterminowa*, s. 107).

Opieka zdalna (na odległość) oznacza zaplanowaną opiekę nad seniorami, którzy mieszkają w dużej odległości od członków rodziny. Jak sama nazwa wskazuje, jest formą opieki z oddali i polega na kontaktowaniu się za pomocą telefonu lub przy użyciu Skype'a, pisaniu krótkich wiadomości tekstowych (SMS) bądź wysyłaniu e-maili pocztą elektroniczną. Niektórzy wynajmują pracowników socjalnych lub inne osoby, płacąc im za tę usługę (Zych, 2010, *opieka zdalna (na odległość)*, s. 110). Z tym rodzajem opieki mamy do czynienia coraz częściej, gdyż osoby, które zdecydowały się na wyjazd za granicę i nie planują powrotu do kraju, jednocześnie często nie mają możliwości zabrania swojego rodzica do siebie, ponieważ zazwyczaj sam senior nie chce zmieniać otoczenia.

Z przytoczonego zestawienia wynika, że opiece przypisywane są różne właściwości i cechy w zależności od charakteru podejmowanych działań w stosunku do drugiego człowieka. Mimo licznych wymienianych form opieki, żadna z nich nie zastąpi jej najważniejszego rodzaju, jakim jest opieka domowa, inaczej opieka rodzinna bądź opieka w domu.

Helena Radlińska, prekursorka pedagogiki społecznej, podkreślała integralny charakter trzech pojęć: pomoc, opieka, praca społeczna. Według niej pojęcia te oznaczają wszechstronną działalność o charakterze społecznym, która jest sprofilowana na grupy bądź środowiska zagrożone, niesamodzielne bądź słabe (Theiss, 1961, s. 101–106). Poza tym opieka „nie tylko dostarcza brakujących środków (okresowo lub trwale), lecz bierze na siebie odpowiedzialność za losy podopiecznego, kierując użyciem tych środków. W większej lub mniejszej mierze ubezwłasnowolnia” (Radlińska, 1961, s. 322). A zatem Helena Radlińska traktowała opiekę jako planowane i zorganizowane działanie. Zazwyczaj przed jej podjęciem następuje rozpoznanie rodzaju i zasięgu potrzeb, jakie należy zaspokoić, w odniesieniu do osoby, która tej opieki wymaga. Opieka może mieć charakter trwały lub okresowy. Podczas jej sprawowania opiekun jest odpowiedzialny za podopiecznego. Głównym celem, do którego powinien dążyć opiekun, powinno być usamodzielnienie podopiecznego. Nadmierna troska opiekuna może z kolei prowadzić do ograniczania samodzielności i znacznego zmniejszenia sił wewnętrznych jednostki, uniemożliwiających osiągnięcie prymarnego celu opieki, jakim jest dążenie do sytuacji, w której opieka staje się niepotrzebna (Marynowicz-Hetka, 2009, s. 508). Natomiast Barbara Smolińska-Theiss (2008,

s. 75) uważa, że opieka „jest elementarną funkcją społeczną, zawarta jest ona w prawie naturalnym. Pojawia się wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z rozwojem człowieka”.

Z kolei Aleksander Kamiński definiował, że „opieka to czynność świadczona na rzecz ludzi dorosłych i starych znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych, a niemogących samodzielnie tych trudności przetrwać. Opiekę należy odróżnić od pomocy doraźnej udzielanej w sytuacjach losowych czy też odpowiedzialności za podopiecznego. Teorie i praktyka pomocy społecznej powinny obejmować ludzi w każdym wieku. W związku z tym opieka i pomoc społeczna swoim zasięgiem obejmują nie tylko troskę o dzieci, ale również o ludzi dorosłych i ludzi starych” (za: Kawula, 2009, s. 219–221). Kamiński, podobnie jak Helena Radlińska i Heliodor Muszyński, wyraźnie postulował rozdzielenie pojęcia opieki od pomocy, które wielokrotnie są traktowane jako pojęcia tożsame. Muszyński uważał, że pojęcie pomocy jest szersze i nadrzędne w stosunku do pojęcia „opieka”. W związku z tym opieka jest jednym z rodzajów pomocy urzędowej w konkretnej relacji połączonej z odpowiedzialnością duchową, moralną i prawną (Muszyński, 1998, s. 47).

Kategoria opieki oraz pomocy uwidacznia się również w nauce Kościoła, wyrastając z chrześcijańskich źródeł Bożego miłosierdzia oraz miłości bliźniego. Ujawnia się ona z jednej strony w relacjach między członkami rodziny lub też wspólnoty. Z drugiej natomiast jej nadrzędny cel stanowi ochrona i wspieranie każdej osoby ludzkiej. Znaczenie opieki i pomocy wzrasta przede wszystkim w sytuacjach niebezpieczeństwa utraty godności danej osoby. Kategoria ta również wchodzi w skład ładu społecznego. Rodzina zgodnie z nauką Kościoła ma za zadanie wypełniać funkcję opiekuńczą, ale nie pozostaje w tej kwestii pozostawiona sama sobie, gdyż to na państwie, Kościele i wszelkich organizacjach publicznych i niepublicznych spoczywa obowiązek tworzenia odpowiednich warunków umożliwiających realizację tego zadania (Smolińska-Theiss, 2008, s. 76).

Każda pomoc udzielana człowiekowi starszemu, zarówno przez rodzinę, za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej, jak i ta o charakterze instytucjonalnym powinna dążyć do jak najdłuższego zachowania jego samodzielności i aktywności, aby sam mógł zaspokajać potrzeby życiowe oraz utrzymywać stałe kontakty ze środowiskiem. To z kolei zapobiegnie uzależnieniu się seniorów od otrzymywanej pomocy, gdyż ci, którzy korzystają przez dłuższy okres z pomocy i wsparcia, mogą uzależnić się od niego i nie podejmować działań mających na celu usamodzielnienie się (Tokaj, 2005a, s. 92).

2.2. Wsparcie społeczne

Pojęcie „wsparcie społeczne” zostało wprowadzone do nauk społecznych przez Geralda Caplana. Znalazło się obok tradycyjnych terminów, takich jak „opieka” i „pomoc” (Winiarski, 1997, s. 32–33). W polskiej literaturze pojęcie wsparcia rozwinęli Stanisław Kawula i Mikołaj Winiarski. Oznacza ono „rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, może być stała lub się zmieniać (...). Aby taka wymiana była skuteczna, konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Celem tej interakcji jest zbliżenie do rozwiązania problemu jednego lub obu uczestników” (Kawula, 1996, s. 6–7). Poza tym jednostka powinna posiadać poczucie wspólnoty, co jest nierozzerwalnie związane z posiadaniem grup wsparcia społecznego w danej przestrzeni, do których zalicza się: lekarzy, osoby duchowne, organizacje nieformalne i formalne, sąsiadów, przyjaciół i rodzinę. Wymienione systemy wsparcia społecznego mogą być spontaniczne w swym działaniu, np. pomoc przyjacielska lub sąsiedzka bądź udzielane wsparcie może mieć charakter ciągły. Dotyczy to przede wszystkim wsparcia udzielanego przez rodzinę lub organizacje formalne i nieformalne (Kawula, 1990, *wsparcie społeczne*, s. 339).

Mimo licznych definicji i prób usystematyzowania omawianego pojęcia Mikołaj Winiarski (2008, *wsparcie społeczne*, s. 268) twierdzi, że „pojęcie wsparcia społecznego nie doczekało się jeszcze klarownej wykładni znaczeniowej i osadzenia w ramach teoretycznych. Jest ono nadal uważane za pojęcie wieloznaczne, które budzi liczne kontrowersje”.

Stanisław Kawula rozumie to pojęcie dwojako. Jako pomoc, która jest dostępna grupie osób lub jednostce w sytuacjach stresowych, trudnych bądź przełomowych. A także jako interakcję, która zachodzi między jedną lub dwoma stronami w momencie, gdy pojawia się zdarzenie problemowe. Dochodzi wtedy do wymiany o charakterze instrumentalnym, emocjonalnym bądź informacyjnym. Dodatkowo należy zauważyć, że wymiana ta może być stała lub zmienna oraz może następować tylko z jednej strony – od dawcy bądź może przybierać charakter wsparcia dwustronnego (Winiarski, 1997, s. 34).

Według psychologów wsparcie społeczne to „pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych” (Jaworska-Oblój, Skuza, 1986, s. 733). Wsparcie społeczne jest bezpośrednio kojarzone z pomocą, udzielane według tych autorów osobom, które ze względu na zaistniałą sytuację jej wymagają. Jednocześnie przy

udzielaniu wsparcia społecznego niezbędne jest istnienie powiązań z innymi ludźmi bądź grupami społecznymi. Jest także rozumiane jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” (Sęk, Cieślak, 2005, s. 18).

Wsparcie społeczne zazwyczaj jest interakcją społeczną rozpoczętą przez jedną stronę lub obie. Istotną cechą tego terminu jest dobrowolność zakresu świadczeń, dotycząca osoby udzielającej wsparcia. Dobrowolność ta również dotyczy biorcy, który w dowolny sposób może dysponować otrzymanymi świadczeniami. Ponadto charakter wsparcia społecznego jest zróżnicowany, gdyż może być on okresowy bądź stały. Gdy jest on stały, to wsparcie społeczne otrzymywane przez jednostkę trwa długi okres lub nawet, jeśli tego sytuacja wymaga, przez całe życie. Jednakże jednostka otrzymująca wsparcie społeczne przez cały czas trwania tego działania pozostaje niezależna, gdyż osoba bądź grupa, udzielająca wsparcia, nie bierze odpowiedzialności za podmioty, którym go udziela. I wreszcie należy podkreślić, że wsparcie społeczne jest działaniem altruistycznym, podczas którego najistotniejszą rolę odgrywa aspekt psychologiczny, gdyż od tego, jakie jednostka otrzyma wsparcie, zależy rozpoznanie rodzaju zapotrzebowania i odpowiedniego oszacowania długości jego dawania (Winiarski, 1997, s. 34–35).

Definicja wsparcia społecznego jest bardzo mocno zbliżona do pojęcia pomocy, jednak, jak twierdzi Mikołaj Winiarski, występują znaczące różnice pomiędzy tymi dwoma terminami. Po pierwsze, działania wspierające zazwyczaj wiążą ludzi emocjonalnie, natomiast pomaganie może stać się przypuszczalnym źródłem konfliktów. Po drugie, udzielanie wsparcia społecznego jest zdeterminowane życzliwością i wynika z dobrej woli dawcy wsparcia, gdyż kieruje się on próbą zrozumienia drugiej osoby i współczuciem dla jej trudnej sytuacji. Z kolei działalność pomocowa jest zorientowana na realizację faktycznych celów, a jej charakter można określić jako logiczny i racjonalny. Po trzecie, działalność wspierająca nie ma konkretnej struktury i ma charakter nieformalny. Z kolei pomoc podlega regulacjom prawnym, np. prawny obowiązek opieki dzieci nad starzejącymi się rodzicami. Czwartą różnicą jest cel obu działalności. Wsparcie społeczne dąży do subiektywnych wyników w postaci poprawy funkcjonowania osoby, której go udzielono, a osoby udzielające pomocy są nastawione na obiektywny wynik, co nierozzerwalnie jest związane z nakładami finansowymi, aby go osiągnąć (Winiarski, 1999, s. 7).

Wsparcie społeczne możemy również odczytywać jako sieć społeczną. Jest ona jego podstawą, gdyż ludzie są zawsze zakorzenieni w jakiejś sieci społecznej, żyją w niej i działają (Winiarski, 2008, *wsparcie społeczne*, s. 268). Psychologowie

Helena Sęk i Roman Cieślak wyróżniają dwa wymiary tak rozumianego wsparcia, a mianowicie: funkcjonalny oraz strukturalny. Wymiar funkcjonalny dotyczy pewnego rodzaju interakcji społecznej, która zachodzi między dwoma jednostkami w momencie, gdy jedna z osób znajduje się w sytuacji krytycznej, stresowej bądź problemowej. Poszczególne jednostki, które uczestniczą w tej interakcji, wykorzystują posiadane zasoby osobiste, zewnętrzne i wewnętrzne, a w szczególności zachodzi między nimi wymiana uczuć, informacji, doświadczeń, usług oraz dóbr materialnych. Celem interakcji między jednostkami jest zmniejszenie poziomu stresu oraz opanowanie kryzysu dzięki byciu z jednostką w trudnych dla niej chwilach. Poza tym osoby udzielające wsparcia powinny tworzyć poczucie bezpieczeństwa oraz dawać nadzieję na rozwiązanie sytuacji problemowej, a w konsekwencji na pokonanie trudności. Wsparcie w omawianym wymiarze może zachodzić w trzech układach: między grupami, między jednostką a grupą oraz między dwoma jednostkami. Odnosząc się do efektywności takiego wsparcia, zależy ona przede wszystkim od charakteru grup, które go udzielają, tzn. czy wsparcie jest udzielane przez grupy, które są ukierunkowane na pomoc danej grupie osób, a zatem są to formalne grupy, czy też wsparcie społeczne jest udzielane przez naturalne grupy, np. rodzinę, przyjaciół (Sęk, Cieślak, 2005, s. 18).

Natomiast wymiar strukturalny dotyczy tych sieci społecznych, które są dostępne każdej jednostce dzięki istnieniu kontaktów społecznych i więzi. Ich funkcja dotyczy pomocy tym jednostkom, które znalazły się w trudnej sytuacji. Do sieci społecznej w wymiarze strukturalnym zaliczamy: instytucje, do których ma dostęp jednostka, kościół parafialny, stowarzyszenia, organizacje, współpracownicy, sąsiedzi, znajomi oraz członkowie rodziny. W życiu codziennym między jednostką a wymienionymi podmiotami zachodzą określone interakcje. Wśród najczęściej spotykanych należy wymienić wymianę dóbr kulturowych, rzeczowych, materialnych, usług, informacji, a także doświadczeń. Jednostka również utrzymuje więzi z tymi podmiotami, które znajdują się w jej sieci wsparcia. Sieć w wymiarze strukturalnym mogą tworzyć środowiska naturalne oraz instytucje. W przypadku instytucji relacje między jednostkami mają charakter rzeczowy i są zamierzone, gdyż mają z góry założone cele. Za kluczowe wymiary sieci przyjmuje się: jednorodność bądź różnorodność, dostępność, spójność, stabilność oraz zagęszczenie relacji międzyludzkich (Sęk, Cieślak, 2005, s. 14–18).

Mimo niezaprzeczalnych pozytywnych stron wsparcia społecznego, na których przede wszystkim koncentrują się badacze zajmujący się tym zagadnieniem, może ono mieć też negatywne skutki z powodu zbyt intensywnego udzielania go, wśród których należy wymienić: trudności z samodzielnym rozwiązywaniem

problemów, nieradzenie sobie z wymaganiami, jakie są stawiane jednostce w życiu codziennym, zbyt duża kontrola ze strony otoczenia, która może prowadzić do poczucia zagrożenia. Wydłużanie się sytuacji, w której jednostka otrzymuje nadmiar wsparcia, prowadzi do uzależnienia od osób, które jej go udzielają, a w konsekwencji do utraty zdolności przystosowawczych związanych z nowymi sytuacjami i wyzwaniem codzienności. Odnosząc to do sytuacji osób starszych, którym udzielane jest wsparcie przez członków rodziny bądź za pośrednictwem instytucji, nadmierne jego natężenie może prowadzić do stopniowej utraty samodzielności aż do całkowitej zależności. Konsekwencje tego ponosi zwłaszcza człowiek stary, który traci możliwość decydowania o sobie samym, gdyż jest w pełni zależny od rodziny. Negatywne skutki odnoszą się również do rodziny, która musi rozszerzać zakres sprawowanej opieki z powodu zwiększającej się zależności człowieka starego (Winiarski, 2008, *wsparcie społeczne*, s. 272).

Udzielane wsparcie, aby przyniosło założone efekty, tzn. wyjście jednostki z trudnej sytuacji, pokonanie trudności lub poradzenie sobie z sytuacjami stresowymi, jest zależne zarówno od osoby udzielającej wsparcia, jak i od osoby, której to wsparcie jest udzielane. Członkowie rodziny udzielający wsparcia osobie starszej powinni być w pełni zaangażowani w ten proces, ich nadrzędnym celem powinno być dążenie do przezwyciężenia trudności i barier, jakie pojawiają się na drodze osoby starszej. Należy jednak pamiętać, że niezbędne w procesie udzielania wsparcia jest to, aby osoba, której jest ono udzielane, chciała wyjść z trudnej sytuacji, w jakiej się znajduje. W przypadku seniorów efektywność wsparcia będzie zależała od tego, czy senior będzie dążył do utrzymania swojej samodzielności jak najdłużej. Poza tym oprócz odpowiedniego podejścia osoby wspieranej do otrzymywanego wsparcia o jej efektywności przesądza sieć społecznego wsparcia, która powinna charakteryzować się następującymi cechami:

- dostępność w niedalekiej odległości od miejsca zamieszkania seniora;
- odpowiednie kompetencje osób dających wsparcie związane z zakresem jego udzielania, np. rehabilitanci;
- efektywna i wieloaspektowa organizacja wsparcia;
- płynna komunikacja między podmiotami udzielającymi wsparcia;
- naturalność sieci wsparcia (rodzina i sąsiedzi);
- dynamiczność działania;
- reagowanie na potrzeby osoby starszej;
- elastyczne dostosowywanie działania do charakteru i rodzaju zastanej sytuacji, która może szybko ulegać zmianie z powodu zmieniającego się stanu zdrowia seniora (Winiarski, 2008, s. 274–275).

Zbyt długie lub zbyt intensywne dawanie wsparcia społecznego, podobnie jak pomocy, może nieść wiele niebezpieczeństw dla osoby, której jest ono udzielane. Może ona utracić zdolność do radzenia sobie w jakiegokolwiek trudnej sytuacji, ponieważ uzależniona od pomocy ze strony innych osób nie podejmie żadnych działań zmierzających do rozwiązania problemu lub próby wyjścia z sytuacji kryzysowej. Z kolei, gdy przez dłuższy czas nadal będzie utrzymywane wsparcie na stałym poziomie, może to negatywnie wpłynąć na zdolności adaptacyjne takiej jednostki, zbyt gęsta sieć społeczna prowadzi bowiem do nadopiekuńczości lub zbytnej kontroli społecznej (Kawula, 1999, s. 340). Taka sytuacja może dotyczyć między innymi seniorów, którzy otrzymują zbyt dużo wsparcia społecznego, w konsekwencji czego tracą stopniowo samodzielność, coraz bardziej uzależniając się od środowiska rodzinnego.

Wsparcie emocjonalne dotyczy przekazywania emocji podczas kontaktu z drugą osobą. Emocje te wiążą się z pocieszaniem i podtrzymywaniem na duchu, aby osoba, której udzielane jest wsparcie, czuła, że jest ono do niej skierowane, a osoba jej udzielająca jest przyjaźnie nastawiona. Jeśli tzw. dawca wsparcia dostosuje swoje zachowania i emocje wobec tzw. biorcy, może przyczynić się do powstania u niego nadziei związanej z rozwiązaniem trudnej sytuacji. Dla opiekunów rodzinnych wsparcie emocjonalne jest ważnym rodzajem wsparcia, gdyż silne przeżycia, załamanie, a nawet rozpacz, jakie mogą towarzyszyć utracie sprawności najstarszego członka rodziny, mogą negatywnie odbić się na zdrowiu opiekuna rodzinnego, który zazwyczaj sprawuje opiekę nad osobą starszą. Przeżywając kryzys psychiczny, opiekun nie jest w stanie sam sobie z nim poradzić. Poza tym wsparcie emocjonalne jest potrzebne opiekunom rodzinnym, aby mogli oni poradzić sobie z sytuacją, w której się znaleźli, a mają trudności, aby przeorganizować sobie na nowo życie wraz z osobą starszą. Omawiany rodzaj wsparcia pojawia się najczęściej, lecz nie zawsze jego efektem jest rozwiązanie trudnej sytuacji. Mimo to jednostki znajdujące się w tego typu sytuacji oczekują go, gdyż jest im wtedy łatwiej radzić sobie ze zmienioną codziennością, dzięki obecności innych osób, życzliwemu zrozumieniu, wysłuchaniu i pocieszeniu (Kawczyńska-Butrym, 1998, s. 88; Sęk, Cieślak, 2005, s. 19).

Wsparcie informacyjne jest związane z dawaniem wskazówek, jak rozwiązać określoną sytuację. Celem udzielania tego rodzaju wsparcia jest to, aby osoba, która je otrzymuje, zrozumiała okoliczności wydarzeń, jakie dzieją się w jej życiu, lub problem, z którym się zmagą. Poza tym wsparcie informacyjne ma na celu utwierdzenie jednostki w przekonaniu o skuteczności podejmowanych działań, które mają prowadzić do zmniejszenia lub całkowitego wyeliminowania sytuacji

problemowej (Sęk, Cieslak, 2005, s. 19). Omawiany rodzaj wsparcia polega również na udzielaniu rad, porad prawnych i medycznych, informacji pomocnych w rozwiązywaniu życiowych problemów osoby starszej i jej rodziny na temat niepełnosprawności, procesów starzenia się, możliwości leczenia, rehabilitacji, dostępu do instytucji, w których można uzyskać pomoc, a także o istniejących grupach samopomocy (Kirenko, 2002, s. 88). Wsparcie informacyjne powinno polegać na przekazywaniu podstawowych wiadomości o przyczynach, przebiegu i prognozowanym rozwoju choroby seniora, ponieważ w sytuacji, gdy krewni nie wiedzą, jak mają sprawować tę opiekę, robią to nieprawidłowo. Ten rodzaj wsparcia jest potrzebny bliskim, ponieważ, jak już wspomniano, współczesnym rodzinom brakuje wiedzy na temat sposobów sprawowania opieki nad człowiekiem starym. Wpływa to na zwiększenie niepewności co do rozwoju choroby i stresu związanego ze stopniowym pogarszaniem się stanu zdrowia seniora. Brak odpowiedniej wiedzy prowadzi do sytuacji, w której procesowi opieki towarzyszy niepewność dotycząca wystarczającego zaspokajania potrzeb człowieka starszego, stopniowo tracącego siły. Jeśli rodzina będzie przygotowana do sprawowania opieki, chętniej będzie sięgać po kolejne informacje od lekarza bądź pielęgniarki, a to uchroni seniora przed nieodpowiednią opieką (Liszewska, 1997, s. 79–80; Tokaj, 2005b, s. 48).

Wsparcie instrumentalne dotyczy udzielania pomocy na dwa sposoby: z jednej strony jest to pomoc częściowa seniorom, gdy starość i niepełnosprawność stwarzają im trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, z drugiej zaś strony jest ona udzielana w sytuacji, gdy seniorzy stają się osobami zależnymi. Poprzez udzielanie tego rodzaju wsparcia pomoc świadczona osobom starszym może dotyczyć czynności poza domem, takich jak załatwienie spraw na pocztę, w urzędzie, pomoc w pójściu na spacer, do kościoła, ale także wykonania prac domowych, tj. umycia okien, większych porządków, zrobienia zakupów na cały tydzień itp. (Kawczyńska-Butrym, 1999, s. 89; Szarota, 2010, s. 112).

Wsparcie wartościujące z kolei polega na dawaniu drugiemu człowiekowi do zrozumienia, że jest kimś ważnym, kimś wyjątkowym (Kawula, 1999, s. 339). W przypadku opiekunów rodzinnych osób starszych ten rodzaj wsparcia jest bardzo istotny, gdyż osoba, która je otrzyma, powinna poczuć się dowartościowana i uświadomić sobie, jak ważna jest sprawowana przez nią funkcja opiekuńcza nad seniorem. Jej praca jest istotna dla samego seniora, który nie tylko nie został pozbawiony opieki, ale także doświadczył zaspokojenia wszystkich swoich potrzeb. Należy również opiekunowi uświadomić, że podejmując się tego trudnego zadania, daje on przykład swoim dzieciom, które obserwując zachowania rodziców z dużym prawdopodobieństwem będą je naśladować w przyszłości.

Wsparcie materialne lub rzeczowe dotyczy pomocy finansowej. Ten rodzaj wsparcia wiąże się z działalnością charytatywną i jest szczególnie potrzebny w sytuacji zdarzeń losowych (Sęk, Cieślak, 2005, s. 19). Nagła choroba seniora, koszty związane z zapewnieniem wszystkich jego potrzeb, zakup leków czy też wizyty u lekarzy specjalistów w celu zdiagnozowania objawów choroby obciążają finansowo budżet rodziny. Często jest tak, że emerytura seniora nie wystarcza na pokrycie wszystkich wymienionych kosztów. W takiej sytuacji rodzina sprawująca opiekę nad niesprawnym seniorem potrzebuje wsparcia materialnego. Opiekunowie osób starszych najczęściej oczekują wsparcia rzeczowego od członków najbliższej rodziny. W dalszej kolejności mogą udać się po pomoc oferowaną przez państwo bądź do organizacji wspierających ludzi w trudnej sytuacji życiowej.

Ze wsparciem duchowym, określanym inaczej jako wsparcie psychiczno-rozwojowe, mamy do czynienia w sytuacji, gdy pomimo wysiłków własnych oraz udzielanego wsparcia osobom go potrzebującym jednostki nadal pozostają w sytuacjach dla nich niełatwych. Są one w stanie bezsilności, zwątpienia, oczekiwania na poprawę stanu zdrowia seniora (Kawula, 2002, s. 99). W takim momencie to rodzina odgrywa bardzo ważną rolę w udzielaniu wsparcia duchowego opiekunowi seniora, jej członkowie bowiem jako pierwsi zauważają pogarszający się stan jego zdrowia.

Z badań gerontologicznych dotyczących wsparcia społecznego – Szatur-Jaworska (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006), Wiśniewska-Roszkowska (1987), Dyczewski (1994a), Szarota (2010), Piotrowski (1973) – jasno wynika, że ludzie starsi oczekują od rodziny wsparcia duchowego, fizycznego oraz pomocy w potrzebie. Gdy posiadają dorosłe dzieci, oczekują od nich na starość zabezpieczenia emocjonalnego i materialnego. Obecnie możemy zauważyć, że wiele małżeństw nie bierze pod uwagę tego, że w przyszłości będą musieli podjąć się opieki nad starszym rodzicem. Chcą być niezależni, samodzielni i uważają, że wolno im nie przyjmować odpowiedzialności za swoją matkę lub ojca. Poza tym często dzieje się tak, że członkowie rodziny są stawiani w sytuacji, w której muszą podjąć się opieki nad seniorem. Zazwyczaj brakuje im przygotowania do zajmowania się osobą starszą, ponieważ nikt nigdy ich tego nie uczył. Prowadzi to do licznych spięć i nieporozumień na linii senior–rodzina, ponieważ wszyscy wokół wymagają od nich tego, aby sprawowana opieka przebiegała w sposób bezkonfliktowy i z korzyścią dla seniora (Liszewska, 1997, s. 73–77). Omówione rodzaje wsparcia wyraźnie wskazują, że w mniejszym lub większym wymiarze opiekunowie rodzinni oraz seniorzy, wobec których podejmowana jest opieka, potrzebują każdego z wymienionych rodzajów wsparcia.

Podsumowując charakterystykę tego terminu, należy wskazać jego główne cechy:

- przyczyny udzielania – sytuacje problemowe i trudne;
- rodzaj wymiany: dwustronna bądź jednostronna;
- elementy wymiany: emocje, dobra materialne, informacje;
- kierunek relacji: zmienny bądź stały;
- źródło wsparcia: nienaturalne bądź naturalne systemy wsparcia (Kawula, 1999, s. 339–340).

Ostatni z elementów wsparcia jest bezpośrednio związany z rodziną, dalszymi krewnymi sąsiadami oraz znajomymi, gdyż osoby znaczące w życiu człowieka starszego stanowią naturalny system wsparcia. Bez względu na wielkość i zasięg udzielanego wsparcia osobie starszej opiekunowie rodzinni muszą pamiętać, że troska o seniora nie może przyczynić się do zaniedbania samego siebie. Takie sytuacje występują wtedy, gdy opiekunowie rodzinni całkowicie poświęcają się opiece nad seniorem, stając się ofiarą jego choroby, zapominając o własnych potrzebach i rezygnując z wszystkich przyjemności. Uważają oni za niestosowne zostawianie seniora w domu, nawet pod opieką innych członków rodziny (Grochmal-Bach, 2007, s. 228).

W polskiej tradycji przyjmuje się, że najbardziej korzystną sytuacją z punktu widzenia człowieka starszego jest to, aby ostatni etap życia przebiegał w rodzinie. Aby członkowie rodziny w sposób prawidłowy i efektywny wypełniali funkcję opiekuńczą wobec seniora, powinni także otrzymywać wsparcie. Optymalną sytuacją byłoby, gdyby otrzymywali wszystkie rodzaje wsparcia z różnych stron, tj. od dalszej rodziny, znajomych, sąsiadów oraz instytucji. Taka dawka wsparcia umożliwiłaby w przyszłości prawidłowe funkcjonowanie w sytuacji kryzysu, który zazwyczaj dotyczy głównego opiekuna seniora (Twardowska-Rajewska, 2013, s. 175).

Podsumowując charakterystykę pojęć: opieka, pomoc i wsparcie społeczne, należy podkreślić, że z biegiem lat nastąpiło ich przeobrażenie. Ich rozumienie i zastosowanie zmieniło swój zakres oraz kierunek. Przyczyniły się do tego warunki społeczno-polityczne, wśród których należy wymienić: choroby, epidemie, wojny wraz z ich konsekwencjami, wzrost demograficzny, migracje ludności ze wsi do miasta, bezrobocie, kumulowanie się zjawisk patologii społecznej, a także zwiększające się aspiracje edukacyjne i społeczne ludności (Theiss, Winiarski, 2011, s. 222).

Mikołaj Winiarski podsumował zmiany, jakie zaszły we wsparciu społecznym, pomocy i opiece ludzkiej:

- nastąpiło rozszerzenie działalności związanej z opieką w dwóch aspektach. Jednym z nich było pogłębienie pomocy, wsparcia i opieki. Dawniej koncentrowano się na pomocy jednostkom i grupom, z czasem ta pomoc przybrała wymiar publiczny, który dotyczy obecnie grup społecznych i całych społeczeństw;
- kategorie te dawniej obejmowały tylko jedną grupę wiekową, np. dzieci, obecnie pomoc, wsparcie i opieka są świadczone wszystkim grupom wiekowym, począwszy od okresu niemowlęctwa po okres późnej starości;
- początkowo skupiano się tylko na jednej sferze życia człowieka, np. materialnej bądź biologicznej, obecnie działania wspierające koncentrują się na wszystkich sferach życia ludzkiego;
- charakter udzielanej pomocy uległ przeobrażeniu, ponieważ w początkowej jej fazie była to działalność impulsywna, tymczasowa i niesformalizowana. Z biegiem czasu stała się ona zaplanowana, systematyczna, a odpowiedzialność za prawidłowe jej świadczenie przejęły instytucje i stowarzyszenia o zasięgu krajowym i międzynarodowym;
- nastąpiło upaństwowienie działalności pomocowej, gdyż w początkowej fazie opieka miała charakter dobroczynny i charytatywny oraz była świadczona przez związki wyznaniowe i religijne, później zaś przez towarzystwa dobroczynne. Obecnie pomoc, wsparcie i opieka są zorganizowane i zaplanowane przez państwo, gdyż powołano specjalnie do tego celu instytucje państwowe, które zostały objęte normami prawnymi;
- urzeczywistniła się profesjonalizacja tej działalności podejmowana przez wykształconą w odpowiednim kierunku kadrę. Dotyczy to między innymi kształcenia pracowników socjalnych na poziomie akademickim;
- z biegiem czasu oraz wraz ze wzrastającym doświadczeniem udoskonalono formy i metody działania. Początkowo wszelkie działania o charakterze pomocowym były działaniami intuicyjnymi. Z czasem zaczęto pracować z osobami potrzebującymi pomocy metodą indywidualnych przypadków, metodą pracy grupowej lub też metodą pracy środowiskowej;
- unaukowienie działalności, która początkowo nie była opierana na badaniach naukowych, diagnostycznych, a podczas planowania pomocy, wsparcia i opieki nie wykorzystywano dorobku teoretycznego wielu dyscyplin naukowych, co dzieje się obecnie (Winiarski, 1997, s. 26–27).

Opieka, pomoc i wsparcie społeczne to zatem specyficzne działania o charakterze społeczno-humanitarnym dla dobra drugiego człowieka. Są podejmowane, gdy pojawia się takie zapotrzebowanie. Powodem udzielania wsparcia społecznego,

pomocy bądź opieki jest ograniczanie samodzielności lub niezależności życiowej człowieka (Theiss, Winiarski, 2011, s. 222).

2.3. Funkcja opiekuńcza rodziny

W życiu każdego człowieka występują cztery sytuacje życiowe związane z opieką, pomocą i wsparciem społecznym: „1) stan, w którym niezbędna jest opieka; 2) stan, w którym potrzebne jest wsparcie; 3) stan wymagający pomocy; 4) stan pełnej samodzielności” (Winiarski, 1999, s. 4). Wymienione stany nie występują jednorazowo w życiu człowieka, powtarzają się one wielokrotnie, np. stan opieki występujący w okresie niemowlęctwa powraca w okresie starości (Winiarski, 1999, s. 4–5).

Opieka łączy się z rolą rodziny oraz najbliższej wspólnoty, które mają niezależne prawo oraz obowiązek opieki nad swoimi członkami. Zaraz po rodzinie jej funkcje opiekuńcze, według zasady pomocniczości, mogą być rozszerzane i wspierane przez przedstawicieli administracji państwowej, organizacje o charakterze lokalnym i ponadlokalnym, parafie oraz sąsiadów (Smolińska-Theiss, 2008, s. 75). Zgodnie z zasadą pomocniczości, sformułowaną w 1931 roku w encyklice *Quadragesimo anno* Piusa XI, to na danym kraju ciąży obowiązek wspierania rodziny. Według niej „państwo nie powinno czynić wobec obywateli, rodzin, grup i przedsiębiorstw ani więcej, ani też mniej niż tylko wspomagać je w autonomii” (Smolińska-Theiss, 1997, s. 3). Odnosząc tę zasadę do sytuacji człowieka starszego, można stwierdzić, że w centrum znajduje się senior, jego rodzina oraz najbliższe otoczenie. Najmniejsze oddziaływanie na tę jednostkę ma państwo, społeczeństwo i naród. Główna odpowiedzialność za życie jednostki spoczywa na niej samej oraz na jej rodzinie. W związku z tym pomoc państwa nie powinna doprowadzać do sytuacji, w której członkowie rodziny nie będą czuli potrzeby sprawowania opieki nad seniorem, jeśli mają takie możliwości, wykorzystując zasoby zewnętrzne i wewnętrzne, ponieważ wyręczą ich w tym zakresie instytucje państwowe.

Omawiana zasada łączy się z zasadą solidarności, gdyż nakłada na państwo obowiązek związany z tworzeniem takich warunków, które umożliwią rozwój w wymiarach duchowym, społecznym i biologicznym oraz dążeniem do tego, aby jednostki w pierwszej kolejności rozwiązywały problemy w rodzinie i najbliższym otoczeniu, a dopiero później kierowały się po pomoc do instytucji państwowych (Smolińska-Theiss, 1997, s. 3). W przypadku, gdy pomoc państwa staje się niezbędna, nadal należy pamiętać, że nigdy nie zastąpi ona rodziny,

ani też nie może doprowadzić do zmniejszenia jej zasadniczej roli w życiu społecznym. Zasada pomocniczości jednak zobowiązuje instytucje społeczne do pomocy oraz wsparcia wszystkich osób, które z różnych przyczyn znalazły się poza rodziną i w wyjątkowo trudnej sytuacji, np. ofiary wojen, emigranci, dzieci osierocone, chorzy psychicznie, bezdomni, niepełnosprawni oraz ludzie starzy (Smolińska-Theiss, 2008, s. 77).

Rodzina jako grupa społeczna od zawsze była postrzegana przez pryzmat funkcji opiekuńczej, ponieważ gwarantowała jej istnienie oraz trwałość. W czasach prehistorycznych człowiek nie przetrwałby, gdyby rodzina nie wypełniała funkcji opiekuńczej wobec niego. Podobnie rzecz ma się w odniesieniu do czasów preindustrialnych, gdzie człowiek był całkowicie zależny od rodziny, gdyż zaspokajał w niej potrzeby duchowe i materialne (Zbyrad, 2012, s. 189). Cechą rodziny wielopokoleniowej była opiekuńczość. Członkowie takiej rodziny żyli wspólnie i pracowali na rzecz wszystkich jej członków. Dzięki temu rodzina gwarantowała im środki utrzymania. W rezultacie nie było potrzeby tworzenia domów pomocy społecznej dla ludzi starych, ponieważ znajdowali oni pomoc i opiekę wewnątrz rodziny (Adamski, 1984, s. 213–214). W ciągu lat, a nawet wieków zmienił się zakres i sposób sprawowania funkcji opiekuńczej rodziny. Opieka z jednej strony jest sprawowana przez powołane do tego celu instytucje, np. domy dziennego pobytu, domy pomocy społecznej. Z drugiej zaś strony opieka staje się obowiązkiem rodziny, gdyż instytucjonalne formy pomocy są niedostateczne i jest ich zdecydowanie za mało. Te zmiany pociągają za sobą negatywne konsekwencje dla wszystkich członków rodziny, ponieważ przez brak emocjonalnego zaangażowania, zaufania, uczuciowego związku z bliskimi rodzina jest narażona na rozpad więzi, a w konsekwencji może to prowadzić do tego, że dzieci nie otrzymają wzorców związanych z troską i opieką nad najstarszymi członkami rodziny. W sytuacji, gdy zostaną postawieni przed taką koniecznością, może się okazać, że nieprawidłowo wypełniają funkcję opiekuńczą w ich własnych rodzinach (Szczepański, 1970, s. 308–309).

Funkcja opiekuńcza bardzo często jest omawiana w kontekście innych funkcji. Psychologowie łączą ją z funkcją prokreacyjną lub psychohygieniczną. Podkreślają, że ważne jest, aby rodzina zapewniła swoim członkom odpowiednie warunki prawidłowego rozwoju fizycznego i psychofizycznego. Socjologowie z kolei funkcję opiekuńczą łączą z funkcją zabezpieczającą lub usługową, np. funkcja usługowo-opiekuńcza, opiekuńczo-zabezpieczająca. Rozumieją tę funkcję jako zabezpieczenie warunków materialno-ekonomicznych członków rodziny, którzy wchodzi w skład gospodarstwa domowego, oraz jako wspieranie niesprawnych

i potrzebujących ciągłej lub okresowej opieki swoich najbliższych (Kawula, 1988, s. 4; Woźniak, 1998, s. 206). Natomiast pedagogzy, mówiąc o funkcji opiekuńczej rodziny, akcentują jej wychowawczo-socjalizacyjny charakter (Kawula, 1988, s. 4).

Zofia Kawczyńska-Butrym, omawiając funkcję opiekuńczą rodziny, podkreśla jej pielęgnacyjny charakter. Ma ona szczególne znaczenie podczas rozwiązywania problemów w rodzinie, gdy pojawia się w niej choroba bądź niepełnosprawność członków rodziny. W takiej sytuacji bardzo ważna jest rola opiekuna osoby chorej. To, czy członkowie rodziny podejmą się opieki nad seniorem, w dużej mierze zależy od wartości, jakie zostały przekazane im w procesie socjalizacji, oraz czy została im wpojona postawa altruistyczna, uwzględniająca potrzeby tych członków rodziny, którzy wymagają opieki (Kawczyńska-Butrym, 2008, s. 32).

Funkcja opiekuńcza oznacza zarówno fizyczne, jak i materialne zabezpieczenie członków rodziny w aspekcie finansowym, opiekuńczym bądź usługowym oraz higieny (sprzątanie, pranie), zabezpieczenie potrzeb żywieniowych w postaci zrobienia zakupów i przygotowywania posiłków, zapewnienie odzieży, która będzie odpowiednia do pory roku oraz zabezpieczenie warunków mieszkaniowych. W skład tej funkcji wchodzi również pomoc w formie wymiany usług, tj. zakup leków, pokrywanie części opłat za mieszkanie oraz pomoc finansowa (Kawczyńska-Butrym, 2008, s. 25). Według Stanisława Kawuli funkcja opiekuńcza rodziny zawiera się w funkcji ekonomicznej, gdyż dotyczy zaspokojenia potrzeb materialno-usługowych, których jednostki bądź grupy nie są w stanie same zaspokoić bez pomocy innych. W zakresie tej funkcji znajduje się również opieka nad osobami starszymi, gdyż ważnym jej zadaniem jest wzmocnienie więzi w rodzinie (Tchorzewski, 1990, s. 12–13).

Realizowanie funkcji opiekuńczej w stosunku do seniora wpływa na wypełnianie innych funkcji. Rodzina niejako zostaje zmuszona do zmiany efektywności sprawowanej dotąd funkcji opiekuńczej bądź do przeorganizowania swoich działań. Jedną z funkcji, której realizacja może ulec zmianie, jest funkcja emocjonalno-opiekuńcza. Dzieje się tak dlatego, że opiekunowie rodzinni, którzy podjęli się opieki nad seniorem, mogą mieć znacznie mniej wolnego czasu dla pozostałych członków rodziny, a w szczególności dla swoich dzieci. Następstwem tego może być zmiana relacji między członkami rodziny. Tylko prawidłowa organizacja życia codziennego uchroni ją przed negatywnymi skutkami podjęcia opieki nad seniorem.

W związku z tym omawiana funkcja zaspokaja potrzeby opiekuńcze i bytowe członków danej rodziny. Jednocześnie poprzez realizację tej funkcji zostaje

zaspokojona potrzeba doznawania opieki oraz troszczenia się o innych (Ziemska, 1986, s. 234).

Irena Wóycicka i Radosław Rurarz (2007, s. 269), charakteryzując opiekę rodzinną, postawili następującą hipotezę: „członkowie gospodarstw domowych mogą odczuwać różnorodne skutki związane z faktem życia wspólnie z osobami wymagającymi opieki”. Ich poszukiwania koncentrowały się wokół zagadnień związanych ze stopniem obciążenia opieką gospodarstw domowych i sytuacją finansową opiekunów rodzinnych.

Osobami starszymi najczęściej zajmują się członkowie rodziny, są to kobiety w wieku 40–50 lat. Inną formą opieki jest opieka płatna wykonywana przez osoby pełniące usługi opiekuńcze, tzw. opiekunki. Wreszcie – opieka może także przyjmować formy pomocy instytucjonalnej, wśród których należy wymienić te, które odnoszą się do człowieka starszego: domy dziennego pobytu, kluby seniora, domy pomocy społecznej (Wóycicka, Rurarz, 2007, s. 269).

Zmiana sytuacji dotyczącej sprawowania funkcji opiekuńczej przez rodzinę została zapoczątkowana w momencie, gdy człowiek zaczął tworzyć instytucje, które w pewnym stopniu zastępują rodzinę, między innymi w pełnieniu tej funkcji. Konsekwencją tego stało się myślenie, że rodzina nie ponosi całkowitej odpowiedzialności za los swoich członków. Przekonanie takie doprowadziło do kryzysu owej funkcji, a konsekwencje tego są odczuwane do dziś. Sytuacja ta jest uwarunkowana licznymi czynnikami o wymiarze lokalnym i globalnym. Lokalny wymiar dotyczy wzmożonych migracji oraz wysokiego bezrobocia. Z kolei wymiar globalny jest związany z ruchami feministycznymi. Coraz więcej rodzin nie ma możliwości podjęcia opieki nad seniorem, gdyż wszyscy pełnoletni członkowie rodziny są aktywni zawodowo.

Wspomniany wcześniej kryzys funkcji opiekuńczej rodziny ma kilka źródeł. Pierwszym z nich jest indywidualizacja życia jednostek w postaci zrywania z grupami odniesienia, takimi jak rodzina i grupa sąsiedzka. Przykładem takich działań może być wyszczególniona przez Tomasza Szlendaka (2010) rodzina typu zrób-to-sam. Dawniej człowiek bez grupy rodzinnej znaczył niewiele, jego życie toczyło się wokół wspólnej pracy i pór roku. Rodzinę cechowała solidarność i realizowanie potrzeb wszystkich członków rodziny. Biografia człowieka opierała się na życiu i sprawach, jakie działy się w rodzinie. Współczesna jednostka musi zbudować sobie samodzielnie własną biografię, w skład której będą wchodzić następujące elementy: światopogląd, wyznawana wiara, styl życia oraz normy i wartości (Szlendak, 2010, s. 399).

Zmiany te są doskonale widoczne również w odniesieniu do opieki nad osobami starszymi. Dawniej opieka ta wpisywała się w życie rodziny, będąc jej naturalnym etapem, dziś wiele osób nie wyobraża sobie sytuacji, w której mieliby dokonać reorganizacji swojego życia z powodu pogorszenia się stanu zdrowia rodziców lub dziadków. Obecnie największy nacisk kładzie się na usamodzielnianie osób starszych, aby rodzina była jak najmniej obciążona opieką nad nimi, co z kolei wiąże się ze zwiększaniem znaczenia opieki środowiskowej i domowej zamiast opieki instytucjonalnej (Fabiś, Wasiński, 2008, s. 227).

Jak twierdzi Teresa Zbyrad (2012, s. 191) „zachłyśnięcie się wolnością należy uznać za jedną z przyczyn kryzysu rodziny w ujęciu globalnym”. Drugą przyczyną kryzysu funkcji opiekuńczej w rodzinie jest wpływ ruchów feministycznych, które dążą do równouprawnienia płci w wielu dziedzinach życia. Podział ról na damskie i męskie gwarantował poczucie odpowiedzialności za daną funkcję, np. kobieta będąca równocześnie matką zajmującą się dziećmi oraz żoną, a mężczyzna pełniący rolę żywiciela rodziny. Przy takim podziale obowiązków opieka była przypisana kobietom. Jest to przecież szeroka dziedzina, gdyż dotyczy zarówno opieki nad dziećmi, chorymi członkami rodziny, jak i nad osobami starszymi. Czynności opiekuńcze to praca fizyczna, jak również umysłowa. Kobiety coraz częściej nie chcą się jej podejmować, zastanawiają się, dlaczego tylko one muszą sprawować opiekę nad potrzebującymi jej członkami rodziny. Jeśli w rodzinie nie ma kto sprawować opieki, zostaje ona powierzona profesjonalnym instytucjom (Zbyrad, 2012, s. 191–192).

Decyzje związane z opieką nad seniorem mogą być dwojakie. Jedni podejmują je pod wpływem chwili wynikającej przede wszystkim z obowiązku moralnego. Funkcja opiekuńcza rodziny jest rozumiana wtedy jako zadośćuczynienie związane z opieką i wychowaniem członków rodziny oraz pomoc w wychowaniu wnuków (Bień, Wojszel, Wilmańska, Sienkiewicz, 2001, s. 10–12). Może to być również związane z wyznawaną wiarą, gdyż w Piśmie Świętym Starego Testamentu w Księdze Mądrości Syracha czytamy: „Nie odsuwaj od siebie opowiadania starców albowiem i oni nauczyli się go od swoich ojców od nich i ty nauczysz się rozumu, by w czasie potrzeby dać odpowiedź” (*Pismo Święte...*, 2002, Księga Mądrości Syracha 3, 8–9). Natomiast w rozdziale 3, 12–13 znajdujemy nakaz opieki dzieci nad starzejącymi się rodzicami: „Synu, wspomagaj swego ojca w starości, nie zasmucaj go w jego życiu. A jeśli by nawet rozum stracił, miej wyrozumiałość, nie pogardzaj nim, choć jesteś w pełni sił” (*Pismo Święte...*, 2002, Księga Mądrości Syracha 3, 12–13). Kolejna grupa opiekunów jest niejako zmuszana do tego z powodu braku innych osób, które mogłyby się zająć człowiekiem starszym

i nie ma żadnych podstaw, aby członkowie rodziny nie mogli sprawować tej opieki, a przecież – jak było wspomniane – są oni prawnie do tego zobowiązani. Poza tym społeczeństwo niejako daje nakaz moralny opieki nad najstarszymi członkami rodziny. To stereotypowe przekonanie przyczynia się do coraz częstszych zaniedbań opiekuńczych wobec człowieka starego (Bień, Wojszel, Wilmańska, Sienkiewicz, 2001, s. 10–12). Wśród najczęstszych zaniedbań należy wymienić: zaniedbania opiekuńcze, niezapewnienie odpowiedniej pomocy medycznej, niedożywienie, nieokazywanie uczuć, izolacja od spraw rodzinnych, przemoc psychiczna i fizyczna wobec człowieka starszego (Halicka, 2006, s. 250).

Zaniedbania opiekuńcze występują, ponieważ pojawienie się w rodzinie choroby seniora jest krytycznym momentem w życiu wszystkich jej członków. Podejmują się oni opieki nad człowiekiem starym z kilku powodów, a mianowicie: pogarszającej się sytuacji zdrowotnej osoby starszej, pojawiających się u niej trudności podczas wykonywania codziennych czynności oraz występujących jednocześnie problemów emocjonalnych, społecznych i bytowych. Wymienione problemy nie mają charakteru trwałego, mogą się one nasilać lub zanikać, co zależy od kondycji psychofizycznej seniora. Kłopoty z opieką nad osobą starszą dotyczą dwóch aspektów: indywidualnego i rodzinnego. Pierwszy z nich ma związek bezpośrednio z seniorem, gdy ten ma problemy z wykonywaniem najprostszych czynności, ogranicza ich wykonywanie bądź nawet zaprzestaje je wykonywać – dotyczy to np. higieny osobistej. Trudności te mogą być przyczyną fizjologicznych bądź patologicznych procesów starzenia się. Nierozzerwalnie wraz z tymi zmianami występują niesprzyjające stany emocjonalne, stany gorszego samopoczucia, depresja, izolacja społeczna oraz pogorszenie się sytuacji materialnej na skutek zwiększenia wydatków na leki i opiekę zdrowotną.

Zatem celem opieki jest podejmowanie czynności opiekuńczych, do których zalicza się leczenie, usprawnianie i pielęgnacja. Cel ten głównie odnosi się do osób chorych i niepełnosprawnych, które ze względu na swój stan zdrowia nie są samodzielne. Poza tym czynności opiekuńcze wobec tych osób są niezbędne, ponieważ one same nie są w stanie zaspokoić nawet podstawowych potrzeb, a więc opieka nad nimi jest warunkiem ich przeżycia (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 192). Rodzina seniora musi zdawać sobie z tego sprawę. Bardzo istotne jest również spełnienie podstawowych potrzeb chorego, a dokładnie potrzeb biologicznych, do których zalicza się: żywienie, utrzymanie czystości, załatwianie potrzeb fizjologicznych, potrzeby natury psychologicznej, np. potrzeba bezpieczeństwa, uczuć rodzinnych oraz współczucia, i wreszcie potrzeby społeczne, tzn. kontakty z innymi osobami, odpowiednia i rzetelna informacja (Grzeszczyk, 2004, s. 49).

Mimo pojawiających się trudności najbliżsi muszą pamiętać, że opieka przez nich sprawowana ma bardzo dobry wpływ na samego seniora.

W związku z tym dysfunkcjonalność rodziny może przejawiać się w nieprawidłowym sprawowaniu opieki, niewystarczających możliwościach rodziny, w niesamodzielności seniora, który przez to wymaga większych nakładów pracy ze strony głównego opiekuna i zaangażowania się całej rodziny, oraz w zakresie społecznych oczekiwań co do poziomu i sposobu spełniania tej funkcji. Objawami dysfunkcjonalności będą również zaniedbania o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym wobec seniora, które mogą prowadzić do znacznego pogorszenia się jego stanu lub do śmierci. Z kolei, gdy nastąpi zbyt duża koncentracja na opiece, może to negatywnie wpłynąć na pozostałych członków rodziny w postaci zaniedbań socjalizacyjno-wychowawczych u dzieci i młodzieży. Oznakami tego mogą być niepowodzenia szkolne, uzależnienia, a nawet przestępczość. Kolejnymi przejawami nadmiernej koncentracji życia rodzinnego na seniorze, który wymaga opieki, są: pogorszenie higieny otoczenia, konflikty w rodzinie związane ze zdeenerwowaniem i zmęczeniem opiekuna lub opiekunów. Ostatnim przejawem jest całkowite wycofanie się opiekuna w postaci wyjazdu i porzucenia seniora, który wymaga opieki (Kawczyńska-Butrym, 2008, s. 36–37). Omówione przyczyny i skutki dysfunkcjonalności rodziny wyraźnie wskazują na przeciążenie liczbą obowiązków, którymi obarczeni są opiekunowie. Od tego, czy rodzina rozumiana jako system poradzi sobie z trudną sytuacją związaną z reorganizacją życia, zależy siła więzi, jakie nie tylko łączą poszczególnych członków tej rodziny, lecz także wpływają na organizację opieki (Kawczyńska-Butrym, 2008).

Jak już wielokrotnie wskazywano, seniorom, którzy posiadają ograniczenie uniemożliwiające im samoobsługę, potrzebna jest pomoc. Najczęściej w pierwszej kolejności najbliższa rodzina odczuwa obowiązek sprawowania opieki nad niesprawnym członkiem rodziny. Poza tym, jak wykazały liczne badania, między innymi także Jerzego Piotrowskiego (1973), seniorzy oczekują pomocy najpierw od swojej rodziny. Pierwszymi działaniami związanymi z opieką nad seniorem jest jej zorganizowanie. Nie sprawia to trudności w przypadku rodzin, które w momencie pogorszenia się stanu zdrowia zamieszkują z nim w jednym gospodarstwie domowym. Większe trudności w związku z podjęciem opieki nad człowiekiem starszym pojawiają się w przypadku, gdy senior mieszka samodzielnie. W takiej sytuacji opieka ma charakter doraźny, tzn. pomoc seniorowi jest świadczona kilka razy dziennie w jego mieszkaniu lub też członkowie rodziny decydują się na wspólne zamieszkanie z seniorem, co wiąże się ze zmianą jego miejsca zamieszkania. Jeśli natomiast miejsce zamieszkania człowieka starszego jest

oddalone o kilkadziesiąt kilometrów od najbliższej rodziny, powoduje to znaczne trudności z zorganizowaniem opieki. Jednym z rozwiązań w tej sytuacji jest opieka sąsiedzka, pozarodzinna lub w postaci usług opiekuńczych, które są świadczone przez ośrodki pomocy społecznej w miejscu zamieszkania seniora.

W sytuacji, gdy zorganizowana na odległość przez rodzinę opieka domowa nie jest wystarczająca, jedynym wyjściem pozostaje zorganizowanie opieki instytucjonalnej świadczonej przez domy pomocy społecznej. Jednakże w Polsce niewiele rodzin decyduje się na takie rozwiązanie. Funkcjonujący stereotyp, jaki wytworzył się wokół nich, związany z przymusowym umieszczaniem człowieka starszego w tych instytucjach, powoduje, że członkowie rodziny zazwyczaj rezygnują z takiego rozwiązania, decydując się na opiekę domową (Bocheńska-Seweryn, Kluzowa, 2011, s. 45).

Sprawowanie opieki nad seniorem i tym samym wypełnianie funkcji opiekuńczej wiąże się z zapotrzebowaniem na wsparcie z zewnątrz oraz z licznymi trudnościami. Aleksandra Łosiakowska (2008, s. 255) podaje pięć źródeł trudności pojawiających się podczas opieki nad najstarszym członkiem rodziny:

- brak elementarnej wiedzy związanej z okresem późnej starości i starości sędziwej – znajomość funkcjonowania człowieka w tym okresie wiąże się z umiejętnością rozpoznawania problemów i potrzeb seniorów. Członkowie rodziny zazwyczaj posiadają niewielką wiedzę na ten temat. W sytuacji, gdy posiadają jakiegokolwiek informacje, ich źródłem są zazwyczaj stereotypy i uprzedzenia w stosunku do tej grupy osób;
- przyczyną trudności w opiece nad człowiekiem starszym są nieprawidłowe stosunki rodzinne oraz relacje, przykre przeżycia i doświadczenia, które zazwyczaj są skutkiem poprzednich okresów życia seniora;
- transformacja społeczno-ustrojowa wpłynęła negatywnie na postrzeganie ludzi w okresie trzeciego wieku – w dzisiejszej rzeczywistości nie ceni się mądrości osób starszych, gdyż ważniejsza jest zaradność młodego pokolenia. Następuje zanik rodzin wielopokoleniowych na rzecz rodzin dwupokoleniowych, w których brakuje miejsca dla osób starszych. Brak wspólnie prowadzonego gospodarstwa domowego prowadzi do tego, że rodzina coraz rzadziej staje się miejscem pełnienia funkcji opiekuńczej na rzecz jej instytucjonalnych form;
- pogarszający się stan zdrowia seniora powoduje, że członkowie rodziny mają coraz większe problemy z organizacją opieki w domu. Jednocześnie wśród opiekunów rodzinnych pojawia się syndrom wypalenia sił, gdyż są oni świadomi, że stan zdrowia człowieka starszego będzie się pogarszał

coraz bardziej, co pociąga za sobą konieczność zwiększenia intensywności opieki;

- zbyt mała liczba personelu medycznego w stosunku do liczby osób starszych wymagających opieki, który mógłby wspomóc rodzinę w funkcji opiekuńczej sprawowanej nad najstarszym członkiem rodziny.

Omówione trudności w sprawowaniu opieki pojawiają się dopiero, gdy zostanie ona podjęta. Zazwyczaj opiekunowie rodzinni nie zdają sobie sprawy, z jakimi problemami mogą się zetknąć w trakcie jej pełnienia nad niesprawnym członkiem rodziny (Bień, Wojszel, Wilmańska, Sienkiewicz, 2001, s. 10–12). Obecność osoby przewlekle chorej w rodzinie może wpływać w znaczący sposób na kondycję fizyczną i psychiczną opiekunów rodzinnych oraz na funkcjonowanie całej rodziny. Negatywne skutki odczuwane są przede wszystkim w przypadku: długiego sprawowania opieki, braku pomocy ze strony członków rodziny oraz pogarszającego się stanu zdrowia seniora lub braku rokowań na powrót do samodzielności i niezależności. W związku z tym rola opiekuna osoby starszej jest jej przypisana na stałe. Członkowie rodziny, sprawując opiekę nad seniorem cierpiącym na choroby typu demencyjnego, nie otrzymują potrzebnego im wsparcia, a w dłuższej perspektywie doświadczają izolacji społecznej (Sales, 2003, s. 33–41).

„Opiekunem nieformalnym lub opiekunem rodzinnym jest osoba, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i emocjonalnego wsparcia oraz towarzyszy osobie intelektualnie bądź fizycznie niepełnosprawnej, chorej psychicznie, a także osobie starszej” (Savage, Carvill, 2009, s. 87). Opiekunami rodzinnymi są zazwyczaj córki, które jednocześnie sprawują opiekę nad wnukami bądź własnymi dziećmi. Jest to średnie pokolenie, które zostało nazwane *sandwich generation* (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 246). Innym określeniem generacji kanapkowej jest rodzina tyczkowa (Giddens, 2012, s. 365). Anthony Giddens (2012, s. 365) podaje konsekwencje dla tzw. środkowego pokolenia, jednocześnie skupiając się nad przyczynami tego zjawiska. Generacja ta będzie musiała podjąć opiekę jednocześnie nad wnukami, dziećmi oraz nad starzejącymi się rodzicami (Giddens, 2012, s. 365).

W wyniku wydłużania się trwania życia ludzkiego, coraz późniejszego zawierania małżeństw mamy do czynienia z tzw. generacją kanapkową. Polega ona na tym, że ludzie, którzy podjęli decyzję o macierzyństwie w wieku około 40 lat, muszą jednocześnie opiekować się swoimi dziećmi i rodzicami w podeszłym wieku. Niesie to ze sobą wiele konsekwencji, które przede wszystkim dotyczą nakładania się ról i przeciążenia podczas pełnienia podwójnej opieki (Philips,

2009, s. 47). Świadomy tej sytuacji senior bardzo często ma poczucie winy i odczuwa obawę przed byciem ciężarem dla swoich dzieci, które muszą godzić pracę zawodową, naukę i prowadzenie domu z opieką nad nim. Ich dzieci mają mało czasu dla siebie, a co dopiero dla starszych rodziców. Dlatego też bardzo często świadomie ludzie starzy decydują się na pobyt w domu pomocy społecznej, aby odciążyć rodzinę (Orzechowska, 2004, s. 239).

Wysiłek, jaki kobiety z tego pokolenia wkładają zarówno w opiekę nad dziećmi, jak i osobami starszymi, często przekracza ich siły. Jednocześnie możliwości związane z opieką nad członkami rodziny systematycznie spadają z jednej strony wraz z przybywaniem w danej rodzinie osób starszych niesprawnych wymagających opieki, z drugiej zaś wraz z upływem czasu i wyczerpywaniem się zasobów rodziny (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 246). Zespół wypalenia, zwany inaczej syndromem Syzyfa lub syndromem wypalenia, pojawia się najczęściej u opiekunek rodzinnych na skutek zbyt wielu obowiązków opiekuńczych, które w konsekwencji prowadzą do przeciążenia oraz utrudniają dalsze sprawowanie opieki (Zych, 2010, *zespół wypalenia zawodowego*, s. 213). Bożena Grochmal-Bach (2007, s. 224) określa to zjawisko jako „zespół objawów fizycznych, psychosomatycznych i psychospołecznych. Występują one u osób obciążonych odpowiedzialnością za opiekę nad osobą chorą i są spotęgowane przewlekłym zmęczeniem oraz zaniedbaniami własnych potrzeb i problemów”. Odpowiedzialność, która jest odczuwana głównie przez kobiety sprawujące opiekę nad osobą starszą, dotyczy wielu aspektów jego funkcjonowania, tzn. wspólnego zamieszkiwania, diety, leczenia, rehabilitacji czy też towarzyszenia mu w odchodzeniu (Grochmal-Bach, s. 224). Opieka nad niesprawnym seniorem polega na czynnościach o charakterze fizycznym, wśród których można wyróżnić: sprzątanie, robienie prania, podawanie leków, przygotowywanie posiłków czy też wykonywanie czynności związanych z zadaniem o higienę osobistą seniora. Opiekunowie rodzinni doświadczają podczas sprawowania opieki nad seniorem dwóch zasadniczych problemów. Jednym z nich jest sytuacja materialna, która ulega znacznemu pogorszeniu w momencie rozpoczęcia opieki nad nim. Wynika to z wielu czynników. Po pierwsze, opiekunowie rodzinni bardzo często rezygnują z pracy zawodowej. Po drugie, seniorzy, u których nastąpił udar bądź wylew, wymagają regularnej i intensywnej rehabilitacji. Ta przysługująca z Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest wystarczająca. Stąd pojawia się konieczność opłacenia prywatnej rehabilitacji. Innym problemem są dylematy o charakterze moralnym. Związane one są z wyważeniem między zaspokajaniem własnych potrzeb a powinnością sprawowania opieki.

Wymienione czynniki oddziałują najbardziej na głównego opiekuna, który jest poddenerwowany, niewyspany i wyczerpany, co może skutkować zachowaniami agresywnymi w stosunku do człowieka starszego, nad którym sprawuje opiekę (Zięba-Kołodziej, 2014, s. 192). Opiekunowie rodzinni odczuwają ogromny stres w związku z opieką, którą sprawują. Bardzo często trwa ona kilka bądź kilkanaście lat. Skutkiem tego są ogromne koszty osobiste poczynając od zaniechania planów wypoczynkowych, a skończywszy na rezygnacji z własnego życia prywatnego. Niemożność przewidzenia, jak długo będzie trwać opieka oraz jakie będzie jej natężenie, sprawiają, że nie mogą oni podejmować żadnych wiążących decyzji, które by przyszłości wpływały na życie zawodowe i prywatne.

W momencie, gdy następuje pogorszenie stanu zdrowia seniora, opiekunowie rodzinni odczuwają ogromny stres z tego powodu, nie wiedząc, jak bardzo zwiększy się zakres sprawowanej opieki. W przypadku osób cierpiących na chorobę Alzheimera pogorszenie się stanu zdrowia seniora oznacza stopniową utratę funkcji poznawczych, które prowadzą do osłabienia umiejętności społecznych. Zmiany te w przypadku tej choroby są nieodwracalne. W jej ostatniej fazie senior wymaga 24-godzinnej opieki, gdyż jego zachowania są destrukcyjne dla niego samego i otoczenia. Zmiana osobowości człowieka starego oddziałuje stresogennie na opiekunów, gdyż całą swoją uwagę skupiają na nim, nie mając czasu dla siebie (Grunfeld, Glossop, McDowell, Danbrook, 1997, s. 1102).

Możemy wyróżnić kilka przyczyn odczuwania stresu przez opiekunów rodzinnych. Długotrwała opieka, bezradność, poczucie winy wywołane niezadowoleniem z opieki przyczynia się do pojawienia się stresu emocjonalnego. Stres fizyczny pojawia się na skutek bycia w nieustannym napięciu. Powoduje to pogorszenie się stanu zdrowia opiekuna, które objawiać się może problemami w układzie trawiennym, utratą wagi czy też bólami głowy. Innym rodzajem stresu jest stres finansowy. Na początku sprawowania opieki nad seniorem koszty dostosowania mieszkania do potrzeb niesprawnego seniora, zaopatrzenie go w odpowiedni sprzęt, zakup leków czy też zatrudnienie opiekunki generują ogromne koszty, na które wiele osób nie było przygotowanych. Jeśli wymienione rodzaje stresu utrzymują się przez długi czas, opiekunowie rodzinni stają się nerwowi oraz sfrustrowani i często nieświadomie popadają w konflikty z innymi członkami rodziny (Hooyman, Kiyak, 2011, s. 396).

Zmaganie się na co dzień z licznymi trudnościami podczas opieki nad seniorem, obciążenia psychiczne, fizyczne i materialne wpływają znacząco na ograniczenia związane z opieką i funkcją opiekuńczą. Małgorzata Halicka wskazuje na najczęściej pojawiające się czynniki, które mogą uniemożliwić lub

zakłócać realizację funkcji opiekuńczej w stosunku do starzejących się rodziców: „struktura rodziny i jakość relacji rodzinnych, aktywność zawodowa opiekuna, niedostateczne środki finansowe, zły stan zdrowia opiekuna, złe warunki życia opiekuna lub podopiecznego, brak fachowej wiedzy i umiejętności w zakresie opieki, postawy życiowe młodszych pokoleń oraz zmiana postaw i zachowań ludzi starych” (Halicka, 2006, s. 247).

Wszystkie wymienione czynniki wpływają znacząco na funkcjonowanie głównego opiekuna i jego rodziny. Szczególnie dotkliwa jest zmiana postaw i zachowań seniora, nad którym jest sprawowana opieka. Senior, u którego procesy starzenia się znacznie postępują bądź choroba jest coraz bardziej zaawansowana, przestaje kontrolować swoje zachowania, czyniąc je bezrefleksyjnymi. Sytuacja taka najbardziej oddziałuje na głównego opiekuna, który jest zestresowany i wyczerpany. Zdarzają się również przypadki zachowań agresywnych seniora w stosunku do członków rodziny, gdyż pojawiająca się bezsilność z powodu choroby przyczynia się do przerzucania odpowiedzialności i frustracji na osoby będące w najbliższym otoczeniu. Wymienione trudności rodziny w sprawowaniu opieki nad seniorem mogą doprowadzić do wyczerpania o charakterze fizycznym i psychicznym, przede wszystkim głównego opiekuna, które w literaturze przedmiotu nazwane zostało wypaleniem (Halicka, 2006, s. 249). Poza tym bardzo często wspólne życie pod jednym dachem ze starym człowiekiem staje się wielkim problemem. Rodziny borykają się z licznymi trudnościami i kłopotami, z którymi często nie mogą sobie poradzić. Decydują się wtedy na umieszczenie seniora w domu pomocy społecznej (Łój, 2005, s. 52).

Polskie prawo reguluje obowiązek alimentacyjny, który spoczywa z jednej strony na rodzicach wobec dzieci, z drugiej zaś na dorosłych dzieciach odnośnie do ich starzejących się i niesamodzielnych rodziców. Poza tym administracja publiczna również jest zobowiązana do objęcia opieką osób, które jej wymagają. Zadanie to zawarte jest w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w artykule 71 ust. 1: „Państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej uwzględnia dobro rodziny. Rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wielodzietne i niepełne, mają prawo do szczególnej pomocy ze strony władz publicznych” (*Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*). Poza tym w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej w rozdziale 1 zatytułowanym „Zasady ogólne i zakres podmiotowy ustawy”, w artykule 7 zawarty jest następujący zapis: „pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności: 5. Niepełnosprawności, 6. Długotrwałej lub ciężkiej choroby 9. Bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego,

zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych” (ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, dział I, rozdz. 1, art. 17). W tej samej ustawie również znajdujemy następujący zapis w artykule 50 dotyczącym usług opiekuńczych: „osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych” (ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, dział II, rozdz. 1, art. 50, ust. 1).

Usługi opiekuńcze przysługują człowiekowi staremu również w przypadku, gdy członkowie rodziny nie są w stanie zapewnić mu odpowiedniej opieki. Ustawa definiuje usługi opiekuńcze jako „pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem” (ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, dział II, rozdz. 1, art. 50, ust. 3). W praktyce jednak usługi opiekuńcze są przyznawane na krótki okres i bardzo często nie są wystarczające, aby zaspokoić wszystkie potrzeby seniora. Opiekunowie pozostawieni bez wsparcia ze strony państwa muszą samodzielnie radzić sobie z problemami, jakie pojawiają się w związku z opieką nad seniorem, gdyż nie przewidziano żadnych ulg podatkowych, które miałyby przysługiwać w związku ze sprawowaną opieką nad seniorem i ponoszonymi wydatkami z tego tytułu. Opiekunom rodzinnym nie przysługują również żadne dodatki do emerytury, gdyż opieka nad członkiem rodziny nie jest traktowana przez ustawodawcę jako praca zarobkowa (Błądowski, Pędich, 2004, s. 181).

Sytuacja prawna głównych opiekunów osób starszych jest trudna, ponieważ ani w Konstytucji, ani w cytowanej ustawie nie ma odrębnych przepisów skierowanych bezpośrednio do opiekunów rodzinnych, którym nadano by obowiązki i prawa, np. do świadczeń pieniężnych, wypoczynku czy też ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu sprawowania opieki nad najstarszym członkiem rodziny. Odnosząc się do danych zebranych przez Główny Urząd Statystyczny w 2019 roku na jedną osobę w wieku 65 lat i więcej przypadało 1,3 kobiety w wieku 45–64 lata, które mogą stać się w przyszłości opiekunkami tych seniorów (*Rocznik Demograficzny...2020*, tablica 03.1.ludność według płci i wieku). A w 2050 roku na jedną osobę w wieku podeszłym będzie przypadać 0,6 opiekunki. W związku z tym, aby mogła być utrzymana funkcja opiekuńcza rodziny w stosunku do osób starszych, w opiekę tę muszą się włączyć mężczyźni, przyczyniając się jednocześnie do partnerskiego modelu rodziny. Oprócz członków rodziny opiekę nad człowiekiem starszym powinno wspierać państwo oraz organizacje pozarządowe. W dzisiejszej rzeczywistości społeczno-politycznej pojawiają się nowelizacje

ustaw i rozporządzeń, które wspierają rodzinę w jej funkcji opiekuńczej. Wśród nich należy wymienić: ustawę z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych z późniejszymi nowelizacjami (najnowsza z 27 kwietnia 2020). W rozdziale trzecim dotyczącym świadczeń rodzinnych jest mowa między innymi o kwotach pieniężnych, jakie przysługują opiekunom rodzinnym sprawującym opiekę nad niesprawnym członkiem rodziny oraz jakie należy spełnić warunki, aby otrzymać tego typu świadczenie. Ustawa określa, czym jest zasiłek opiekuńczy w artykuale 16 ustęp 1: „Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osobie w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji” (ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych). Przytaczana ustawa daje możliwość rezygnacji z pracy głównego opiekuna na rzecz sprawowania opieki nad niesprawnym seniorem: Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 roku – Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom, jeżeli: 1) nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub 2) rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej – w celu sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna (...).” (art. 16a, ust. 1). Cytowana ustawa określa również ściśle kryteria dochodowe, po których spełnieniu możliwe jest otrzymanie tego zasiłku: W artykule 16a ustęp 2 czytamy: „Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeżeli łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty, o której mowa w art. 5 ust. 2” (art. 16a, ust. 2), tzn. 583 zł (art. 5, ust 2). Wynosi on 520 zł miesięcznie (art. 16a, ust. 6).

Obowiązki opieki oraz podtrzymywanie bliskich więzi, które polegają na okazywaniu pozytywnych uczuć oraz pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych, są traktowane jako główny skutek stosunku pokrewieństwa i uważane za zachowanie spełniające oczekiwania społeczne. Osoby, które nie wywiązują się z tego obowiązku, do dziś podlegają silnym osądom społecznym, ponieważ opieka nad starszymi rodzicami jest odbierana jako powinność tworzących się relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi i kształtowana być powinna przez wiele lat w ciągu życia danej rodziny (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 202). A zatem wzajemna pomoc z jednej strony może być wyrazem miłości, przywiązania i odpowiedzialności za

seniora, z drugiej zaś wynikać z poczucia obowiązku i lęku przed opinią społeczną. Należy jednak pamiętać, że opieka i pomoc najstarszym członkom rodziny zazwyczaj ją spaja, wzmacnia więzi rodzinne i ułatwia wzajemne zrozumienie się (Orzechowska, 2004, s. 240).

ROZDZIAŁ 3

TEORETYCZNE RAMY BADAŃ

W rozdziale tym zostaną omówione teoretyczne ramy badań, a mianowicie: systemowa teoria rodziny Talcotta Parsonsa, teoria systemów ekologicznych Uriego Bronfenbrennera oraz rodzinne zasoby. W dalszej części rozdziału zostaną przedstawione badania biograficzne, które umożliwiają zagłębienie się w życie badanych osób, a w dalszej perspektywie zrozumienie ich problemów, z jakimi się zmagają. Ostatnią częścią tego rozdziału jest omówienie pojęcia trajektorii, które stało się punktem wyjścia do opracowania modelu opieki nad seniorem z dwóch perspektyw: seniora i opiekuna.

3.1. Systemowa teoria rodziny Talcotta Parsonsa

W naukach społecznych rodzinę rozumie się na dwa sposoby. Jest ona ujmowana zarówno jako proces, jak i system. O rodzinie jako systemie mówimy najczęściej w perspektywie powiązań, relacji, w których każdy z członków rodziny oddziałuje na siebie nawzajem, a przez to wpływa na funkcjonowanie całego rodzinnego systemu. Elementy teorii systemów zostały omówione w latach 30. XX wieku, między innymi przez Carla Gustava Hempla i Rudolfa Carnapa, członków Koła Wiedeńskiego (Rostowska, 2008, s. 43).

Talcott Parsons, najbardziej znany przedstawiciel teorii systemów w naukach społecznych, w swoim dziele *The Structure of Social Action* z 1937 roku opisuje zbiór pojęć abstrakcyjnych dotyczących systemu społecznego. Nie istnieją bowiem one w świecie rzeczywistym, natomiast są narzędziami, które można wykorzystać do analizowania świata. Nadają one tym analizom racjonalną spójność.

Parsons stworzył najbardziej znane narzędzie taksonomiczne do analizy systemów społecznych AGIL (*adaptation, goal attainment, integration, latency*). Jego zdaniem są to cztery systemy działania. Najistotniejszym aspektem środowiska społecznego są wartości oraz normy. Jednostki dążą do uzyskania jak największej gratyfikacji. Z kolei zachowania i wzajemne stosunki umożliwiające osiągnięcie tego celu ulegają instytucjonalizacji, co prowadzi do utworzenia systemu ról statusowych. Jest on systemem społecznym, który zawiera w sobie trzy inne systemy: środowisko fizyczne, do którego społeczeństwo musi się przystosować, system kultury bądź szerszych wartości, które nadają nierozłączność normom przynależnym do ról statusowych oraz system osobowości samej jednostki.

Kolejnym krokiem Parsonsa było stworzenie modelu systemów oraz podsystemów. Każdy z wyodrębnionych przez niego systemów, aby mógł zachować trwałość, musi spełniać cztery funkcjonalne warunki bądź zaspokoić cztery wymagania. Do funkcji tych należą: adaptacja do środowiska fizycznego, zdobywanie celów poprzez odpowiednie organizowanie zasobów środowiska fizycznego, tak aby uzyskać gratyfikację i osiągnąć cel, integracja polegająca na wewnętrznym współdziałaniu oraz sposobach radzenia sobie z różnorodnością. Ostatnią z funkcji jest utajenie poprzez podtrzymywanie wzorów i sposobów osiągania umiarkowanej równowagi. W związku z tym każdy z systemów można zróżnicować na cztery ukierunkowane podsystemy podczas spełniania omówionych wymagań (Marshall, 2008, s. 228).

Systemy działania dotyczą funkcjonalizmu strukturalnego. Posiadają one siedem założeń, które potwierdzają stosowność wykorzystania tej teorii podczas rozważań nad rodziną i jej funkcją opiekuńczą. Po pierwsze, cechą systemów jest ich obustronna zależność oraz porządek części. Po drugie, systemy dążą do utrzymania porządku, czyli równowagi. Po trzecie, system może się angażować w proces zmiany, ale także może pozostawać bierny, nie włączając się. Po czwarte, forma jednej z części znacząco oddziałuje na charakter innych części systemu. Po piąte, systemy utrzymują granice ze swoimi środowiskami. Po szóste, aby system mógł utrzymać równowagę, muszą zachodzić dwa procesy: integracja i umiejscowienie systemu. Po siódme, systemy mają predyspozycje do dążenia do samozachowania. Polega to na kontrolowaniu zmian od wewnątrz, nadzorowaniu

zmian w środowisku oraz zachowaniu granic relacji części systemu w stosunku do całości (Ritzer, 2004, s. 303).

Koncepcję systemu społecznego Parsonsa można odnieść do rodziny. Rozpoczyna się ona na poziomie mikro. Jej początkiem są interakcje między ego a alter ego, które są rozumiane jako pierwszy element tego systemu. Z rodziną jako systemem społecznym mamy do czynienia wtedy, gdy osoby wchodzą ze sobą w interakcje związane ze środowiskowym bądź materialnym aspektem. Członkowie rodziny są pobudzani do działania, gdyż widzą korzyści dla nich samych. Z kolei ich stosunek do zastanej sytuacji zależy od systemu kulturowo konstruowanych, a zarazem wspólnych symboli. W skład systemu rodziny wchodzi status-rola. Ten strukturalny składnik odnosi do statusu społecznego rodziny. Z kolei rola to nic innego, jak określenie tego, co robi osoba będąca na określonej pozycji, odnosząc się jednocześnie do większego systemu, jakim w przypadku rodziny może być społeczność lokalna. Według tej koncepcji człowiek to zbiór statusów i ról, a nie myśli i działań.

Parsons, analizując system społeczny, oprócz statusu-rola brał pod uwagę także wartości, normy i zbiorowości. Określił kilka warunków, które powinny być spełnione, aby można było mówić o systemie społecznym rodziny. Rodzina jako system musi posiadać odpowiednią strukturę, aby mogła funkcjonować razem z innymi systemami. Aby przetrwała, powinna otrzymywać wsparcie od innych rodzin-systemów. Kolejnym warunkiem jest to, aby system zaspokajał potrzeby swoich bliskich. Rodzina musi również zagwarantować właściwe uczestnictwo swoich członków oraz musi być gotowa do sprawowania kontroli nad ewentualnymi destabilizującymi system zachowaniami. Jeśli występuje konflikt wewnątrz rodziny, który zagraża jej funkcjonowaniu, musi zostać opanowany. Ostatnim założeniem funkcjonalnym warunków trwania systemu jest istnienie języka komunikacji (Ritzer, 2004).

Odnosząc się do systemów społecznych, Parsons sądził, że istnieje zależność między członkami rodziny a strukturami społecznymi danego systemu. Aby system był zintegrowany, muszą w nim zachodzić procesy internalizacji i socjalizacji. Zajmował się on analizowaniem, w jaki sposób normy oraz wartości danego systemu są przekazywane jego członkom. Parsons uważał, że jeśli socjalizacja przebiega w sposób prawidłowy, czyli owe normy i wartości są przekazywane członkom rodziny, to ulegają one internalizacji, czyli uwewnętrznieniu i stają się elementem sumienia tych osób. Jednocześnie ludzie, dążąc do urzeczywistnienia własnych interesów, w efekcie służą interesom całej rodziny. W procesie socjalizacji poszczególni krewni biernie przyjmują normy i wartości przekazywane

przez system. Owa socjalizacja trwa przez całe życie, ponieważ wpajane wartości i normy nie uczą dzieci radzić sobie z sytuacjami, jakie spotykają dorośli. W związku z tym socjalizacja bez przerwy musi być uzupełniana o nowe określone doświadczenia. Mimo to zazwyczaj normy i wartości wpojone w dzieciństwie są trwałe i przy niewielkim wzmocnieniu oddziałują w ciągu całego życia jednostki.

Rodzina, aby wymusić przestrzeganie norm, może wykorzystać liczne mechanizmy kontroli społecznej. Według Parsonsa kontrola społeczna jest ostatecznym działaniem, ponieważ uważał on, że rodzina funkcjonuje najlepiej wtedy, gdy rzadko sięga po te środki. Poza tym społeczeństwo musi potrafić akceptować niektóre odchylenia od przyjętych norm i wartości, ponieważ społeczność, która jest elastyczna, staje się mocniejsza od tej, która nie pozwala na jakiegokolwiek odchylenia.

Rodzina jako system daje swoim członkom możliwości pełnienia ról, aby mogli się w niej zrealizować. To zapobiega rozpadowi jej integralności. W związku z tym na strukturę rodziny oddziałuje ład społeczny w postaci socjalizacji i kontroli społecznej. Umożliwia to zachowanie równowagi systemu społecznego z możliwością akceptowania indywidualnych zachowań (Ritzer, 2004, s. 304).

System społeczny dotyczy wszystkich typów zbiorowości. W najszerszym znaczeniu obejmuje społeczeństwo. Parsons wyszczególnił w społeczeństwie cztery struktury, zwane inaczej podsystemami, które różnią się od siebie pełnionymi funkcjami. Najistotniejszym dla niego był system kulturowy, którym może być rodzina bądź szkoła. Umieścił go na samej górze swojego systemu działania. Jego celem jest zachowanie wzorów poprzez przekazywanie członkom społeczeństwa norm i wartości, które z kolei dają możliwość ich uwewnętrznienia. Sądził on, że kultura jest najważniejszą siłą łączącą najróżniejsze elementy systemu działania. Poza tym kultura jest pośrednikiem między członkami rodziny, łączy systemy społeczne i osobowościowe. Wyjątkową właściwością kultury jest to, że może ona stać się w całości lub w części składową innych systemów. Kultura dotycząca systemu społecznego jest zawarta w normach i wartościach. Z kolei, jeśli spojrzymy na kulturę od strony osobowości, to zostanie ona zinternalizowana przez członka danej rodziny. System kultury może również występować jako zasób wiedzy, idei oraz symboli danego społeczeństwa. Wymienione elementy systemu kultury są udostępniane społeczeństwu i osobowości, ale nigdy nie stają się ich częścią. Kultura to również sklasyfikowany system symboli, które są przedmiotami orientacji dla członków danego społeczeństwa, uwewnętrznionymi aspektami osobowości oraz zinstytucjonalizowanymi formami systemu społecznego. Symboliczny oraz subiektywny charakter kultury umożliwia przekazywanie jej z jednego systemu do drugiego, to z kolei

daje możliwość kulturze pełnienia kontroli nad innymi systemami działania. Drugim podsystemem jest podsystem ekonomiczny. Dotyczy on gospodarki, która dostosowuje środowisko do potrzeb danego społeczeństwa. Czyni to za pośrednictwem produkcji, pracy i rozdzielania tych dwóch potrzeb. Dodatkowo podsystem ekonomiczny ułatwia społeczeństwu dostosowanie się do czynników występujących na zewnątrz. Trzeci to podsystem polityczny, który dotyczy osiągnięcia celów poprzez uaktywnianie członków rodziny i ich zasobów. Czwartym podsystemem jest wspólnota społeczna, w jej skład wchodzi prawo, którego zadanie polega na zharmonizowaniu społeczeństwa. A zatem podsystem ten pełni funkcję integracyjną (Ritzer, 2004, s. 305).

Pomysł Parsonsa na przedstawienie struktury społecznej w postaci systemów jest wyraźnym, mocnym rysem charakterystycznym dla strukturalizmu. Strukturę systemu można ująć również w taki sposób, w jaki pokazał to Ludwig von Bertalanffy. Skupia się on mniej na systemie społecznym, a bardziej na poszczególnych relacjach między systemami.

Bertalanffy sformułował teorię systemów w 1954 roku, odnosząc ją do nauk biologicznych. Matematycy, cybernetycy i informatycy, reprezentujący nauki ścisłe, rozwinęli teorię systemów w 1948 roku jako matematyczną teorię informacji. Po pewnym czasie zrozumiano, że można ją również zastosować w naukach społecznych, takich jak: socjologia i pedagogika. Odnosząc się do psychologii, teoria systemów została wykorzystana przede wszystkim w terapii rodzin i małżeństw. James Gier Miller wraz z współpracownikiem w 1954 roku założył Towarzystwo do Badań Systemów Ogólnych, które wzmocniło znaczenie teorii systemów, a w konsekwencji zaczęto postrzegać rodzinę jako system, który sam dąży do równowagi przez wzajemną kontrolę swoich członków (Rostowska, 2008, s. 44).

Z biegiem czasu badacze społeczni stworzyli cztery główne założenia omawianej teorii:

- wszystkie elementy systemu są ze sobą nawzajem powiązane;
- myśląc o teorii systemowej, należy ją rozumieć jako model kołowy, którego założeniem jest sprzężenie zwrotne prowadzące do tego, że ktoś lub coś może być zarówno skutkiem, jak i przyczyną jakiegoś działania;
- prawidłowe rozumienie danego systemu zależy od tego, czy bierze się pod uwagę jego całość, np. aby zrozumieć zachowania nastolatków, nie możemy tylko analizować ich relacji z rówieśnikami bądź sytuacji w szkole. Musimy zbadać całą rodzinę, będącą całością systemu, w którego skład wchodzi młody człowiek, ponieważ może się okazać, że sytuacja rodzinna jest przyczyną jego nieprawidłowych zachowań;

- system działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego, polegającego na tym, że zachowania i działania w obrębie danego systemu oddziałują na jego najbliższe środowisko, które również wpływa na ten system (Rostowska, 2008);
- „systemy są heurystykami, a nie rzeczywistością. Są tylko umysłowymi sposobami ujmowania oraz rozumienia złożonej i dynamicznej rzeczywistości, jaką jest małżeństwo, rodzina czy inne grupy społeczne, a nawet zespoły przedmiotów czy zjawisk fizycznych” (Rostowska, 2008, s. 44).

Z wymienionych założeń jasno wynika, że dana grupa społeczna, w tym rodzina, jest systemem tylko wtedy, gdy składa się z wewnętrznych elementów, oddziałuje na otoczenie i może zostać oddzielona od niego (Rostowska, 2008, s. 43–44).

Charakteryzując rodzinę jako system, należy wziąć pod uwagę działania i współdziałanie oraz komunikowanie się członków rodziny, czyli interakcje, jakie występują między nimi. Rodzina w ujęciu teorii systemowej to grupa osób wzajemnie zależnych od siebie, połączonych wspólną historią, więzami emocjonalnymi oraz taką samą strategią działania, aby zaspokoić potrzeby poszczególnych członków rodziny. W teorii tej bardzo istotne są powiązania między członkami rodziny. Dzięki nim rodzina może być samowystarczalną grupą społeczną (Dyczewski, 2007, s. 157). Problemy któregośkolwiek z członków rodziny są analizowane wspólnie z całą rodziną, ponieważ jest „systemem naczyń połączonych” (Ostrowska, 1990, s. 84), który polega na tym, że jakiegokolwiek zmiany o charakterze zdrowotnym lub/i psychicznym u jednego z członków rodziny oddziałują na pozostałych.

Aby zrozumieć sposób funkcjonowania rodziny, należy dokonać analizy wewnętrznych subsystemów, np. relacji między mężem a żoną lub między rodzicami a ich dziećmi, oraz procesów, które regulują działanie rodziny. To wszystko ma na celu utrzymanie homeostazy rodziny. Jednym ze sposobów jej utrzymania jest dążenie rodziny do zaspokojenia potrzeb jej członków. Drugi to sprawowanie kontroli, aby utrzymać stabilność systemu i zapobiegać jej rozpadowi. Rodzina w ujęciu systemowym jest organizmem, który nieustannie zmienia się i przystosowuje do zastanych sytuacji zarówno wewnątrz systemu, jak i poza nim (Ostrowska, 1990, s. 84–85).

Przykładem takiego przystosowywania się jest podjęcie opieki nad seniorem. Członkowie rodziny ustalają rolę poszczególnych osób związaną z opieką oraz znajdują rozwiązania, aby powrócić do równowagi systemu rodzinnego, jeśli została ona zachwiana z powodu pojawienia się konieczności opieki nad człowiekiem starym. Omawiana teoria dotyczy również licznych wyborów i możliwości ich dokonywania przez rodzinę. Wielość wyborów zależy od tego, jakie

zasoby bądź możliwości posiadają członkowie rodziny wchodzący w skład danej rodziny i czy rodzina ta wykorzysta je w sytuacji, gdy będzie musiała zmierzyć się z nowymi potrzebami bądź wymaganiami otoczenia lub też będzie musiała dostosować się do zaistniałych zmian. Na przykład w przypadku potrzeby opieki nad osobą starszą rodzina z jednej strony musi zmierzyć się z potrzebami seniora wymagającymi opieki i zainteresowania, z drugiej zaś musi sprostać wymaganiom otoczenia, które narzuca obowiązek opieki nad ludźmi w podeszłym wieku (Rostowska, 2008, s. 45–46).

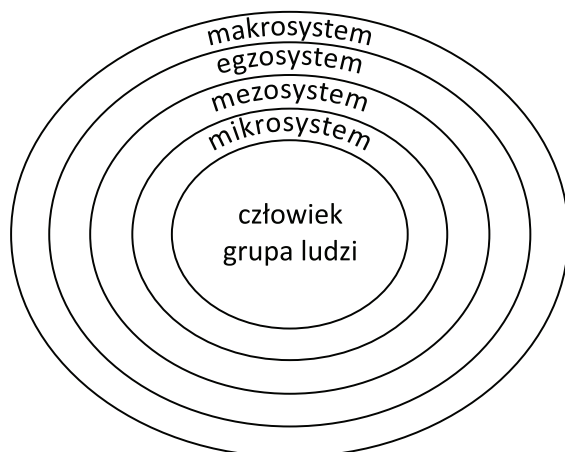
Rodzina jako system cechuje się określoną organizacją i strukturą. Na strukturę rodziny składa się liczba członków wchodzących w jej skład. Im więcej osób mogących podjąć opiekę nad seniorem, tym większe prawdopodobieństwo przetrwania rodziny, gdy wewnątrz niej nastąpią radykalne zmiany lub reorganizacja. Natomiast organizacja to relacja między członkami rodziny, którzy tworzą całość. Jest ona zdeterminowana przez trzy czynniki, które są zależne od siebie nawzajem: sposób organizacji danej rodziny, związki o charakterze hierarchicznym, jakie występują pomiędzy poszczególnymi subsystemami oraz klarowność granic zarówno pomiędzy subsystemami, jak i wewnątrz nich. Każdy z subsystemów posiada zadania do wypełnienia, które są wzajemnie zależne. Dodatkowo poziom zaangażowania poszczególnych członków rodziny podczas wypełniania swoich zadań wpływa na jakość życia rodzinnego obejmującego wszystkie pokolenia.

Każda rodzina, aby istnieć, musi w jakiś sposób się zorganizować. Owa organizacja może podlegać zmianom. Nie mogą być one zbyt gwałtowne i kompletne, ponieważ powodują wtedy rozpad rodziny. Gdy zmiany te są znaczące i oddziałują na wszystkich członków, mogą prowadzić do tego, że rodzina nie potrafi dostosować się do nich, co w konsekwencji może prowadzić do zerwania więzi w rodzinie. Kolejnym skutkiem może być rozpad rodziny z powodu zakłóceń w systemie i braku umiejętności podporządkowania się zastanym zmianom. Na przykład w rodzinie, w której starszy ojciec lub matka będzie wymagać opieki, może się okazać, że partner nie jest gotowy zająć się swoją teściową bądź teściem. W wyniku licznych konfliktów związanych ze zbyt dużą ilością czasu poświęcanego choremu seniorowi może dojść do rozpadu małżeństwa, ponieważ rodzina rozumiana jako system nie potrafi przystosować się do zaistniałych zmian i włączyć się w opiekę, odciążając jednocześnie głównego opiekuna. W takich sytuacjach system rodziny może zareagować w dwojaki sposób: uruchomić posiadane zasoby i adoptować się do nowej sytuacji bądź nie poradzić sobie z nową sytuacją, nie przystosowując się do niej, nie radząc sobie z pojawiającymi się wymaganiami, co w konsekwencji prowadzi do jej rozpadu (Rostowska, 2008, s. 45–52).

3.2. Teoria systemów ekologicznych Uriego Bronfenbrennera

Podstawowym założeniem teorii systemów ekologicznych Uriego Bronfenbrennera jest rozumienie rozwoju i zachowań jednostki w środowisku. Należy je brać pod uwagę, gdyż rozwój ten zależy od środowiska, z którym jednostka wchodzi w interakcję. Z kolei środowisko w tym modelu jest rozumiane jako zbiór warstw. Warstwy, które są najbliższe jednostce, mają na nią największy wpływ, natomiast dalsze warstwy oddziałują pośrednio (Vasta, Haith, 2004, s. 66; Zawiślak, 2011, s. 14). Człowiek i rodzina funkcjonują równolegle w kilku systemach. Otoczenie zaś jest „zbiorem systemów, które zawierają się jeden w drugim, tworząc ściśle związki i sieć uzależnień” (Zawiślak, 2011, s. 14).

W omawianym modelu ekologicznym została szczegółowo opisana idea rozwoju człowieka w kontekście szerszego środowiska (Wiatr, 2004, s. 58). Zgodnie z nim środowisko ekologiczne to uporządkowane struktury, które nachodzą na siebie w różnych układach. Elementami tego środowiska są: mikrosystem, mezosystem, egzosystem, makrosystem i chronosystem (Bańka, 2002, s. 93). W środku znajduje się człowiek lub grupa ludzi, którzy w zależności od przyjętych przez badacza kryteriów mogą być w okresie dzieciństwa, dorosłości bądź starości. Na rycinie 2 przedstawiono model teorii systemów ekologicznych.



Rycina 2. Model teorii systemów ekologicznych Uriego Bronfenbrennera

Źródło: opracowanie własne na podstawie Vasta, Haith, 2004, s. 67.

Najbliżej środka znajduje się mikrosystem, który dotyczy bezpośrednio jednostki, jej ról oraz relacji interpersonalnych w środowisku. Najważniejszym elementem związanym z definiowaniem mikrosystemu jest doświadczenie jednostki (Zawiślak, 2001, s. 14). Mikrosystem odnoszący się do seniora dotyczy sfery opieki medyczno-pielęgniarskiej, zdrowia, higieny, bezpieczeństwa, biologicznych procesów starzenia się oraz samoobsługi. Natomiast w skład tego systemu w odniesieniu do pozostałych członków rodziny wchodzi – oprócz wymienionych elementów, które dotyczyły seniora – dodatkowo organizacja opieki nad nim. Mikrosystem to zatem „środowisko bezpośrednio doświadczane i subiektywnie postrzegane przez konkretną jednostkę” (Bańka, 2002, s. 93–94).

Na mezosystem składają się związki, jakie powstają między ludźmi. W przypadku osób starszych będą to relacje między poszczególnymi członkami rodziny, relacja łącząca dom z miejscami spędzania czasu wolnego, np. dom dziennego pobytu, klub seniora wraz z kontaktami, jakie senior nawiązuje w tych miejscach. W związku z tym mezosystem odnoszący się do seniora dotyczy sfery komunikacji społecznej, uznania miejsca człowieka starego w rodzinie, widzenia jego obecności w niej. Warstwa ta również dotyczy rozmów prowadzonych z członkami rodziny oraz sąsiadami. Z kolei w skład mezosystemu dotyczącego bliskich seniora wchodzi sfera komunikacji społecznej, uznanie miejsca człowieka starego w tej rodzinie, starzenie się członków rodziny, sąsiedzi, przyjaciele oraz opieka pozarodzinna.

Egzosystem dotyczy czynników społecznych, wpływających na rozwój jednostki, która nie uczestniczy w nich bezpośrednio. Jest to dalszy krąg, który jest istotny z punktu widzenia człowieka starego. W skład egzosystemu dotyczącego seniora wchodzi sfera aktywności społecznej, rozwój seniora, czas wolny spędzany w sanatorium, domu dziennego pobytu, klubie seniora lub innych miejscach preferowanych przez osoby starsze. Z kolei egzosystem odnoszący się do dalszej rodziny seniora zawiera również sferę aktywności społecznej, sposoby spędzania czasu wolnego oraz dodatkowo nabywanie wiedzy o starzeniu się i starości. Do tego systemu możemy również zaliczyć dalszą rodzinę, media, instytucje, które mają wpływ na funkcjonowanie człowieka starego i jego rodziny oraz na postrzeganie przez nich otaczającego środowiska (Vasta, Haith, 2004, s. 14). Makrosystem dotyczy konsekwencji funkcjonowania systemów omówionych wcześniej, które są systemami niższego rzędu. Odnosi się do kultury rozumianej jako całość, w skład której wchodzi przekonania jednostki, ideologia, wartości, tradycje, lecz także ekonomia, polityka i środowiska etniczne.

Makrosystem seniora w związku z tym zawiera system kulturowy, normy starzenia się, oczekiwania społeczeństwa w stosunku do ludzi starych. Z kolei makrosystem pozostałych członków rodziny oprócz wymienionych elementów obejmuje nakaz moralny opieki nad seniorem, normy religijne oraz oczekiwania społeczeństwa wobec rodziny związane z opieką nad osobą starszą. Mimo że system ten tworzy najszerzy krąg i najbardziej oddalony od centrum, wywiera duży wpływ na rozwój człowieka (Bańka, 2002, s. 94; Zawiślak, 2011, s. 14).

Ostatnim elementem omawianego modelu jest chronosystem, który przez Bronfenbrennera został dodany dopiero w 1995 roku. Element ten dotyczy upływu czasu w celu określenia biegu życia jednostki. „Rozwój jednostki można osadzić w kontekście warunków i wydarzeń, które pojawiają się w danym okresie” (Zawiślak, 2011, s. 14). Poza tym życie poszczególnych członków rodziny jest zależne od siebie, gdyż historyczne zdarzenia lub biologiczna i społeczna przemiana oddziałuje na innych członków rodziny (Zawiślak, 2011, s. 15). Przedstawione elementy systemu tworzą środowisko ekologiczne, w skład którego wchodzi aspekty społeczno-kulturowe, psychiczne i fizyczne (Bańka, 2002, s. 91–94).

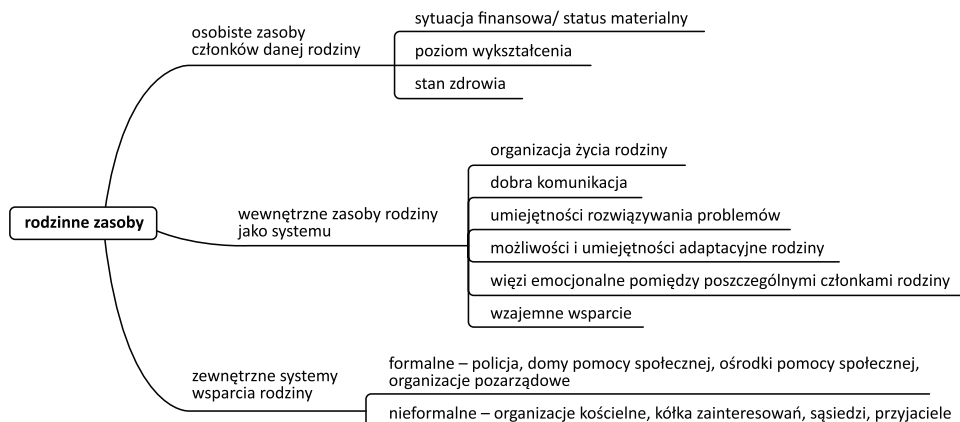
3.3. Rodzinne zasoby

Pojęcie „rodzinne zasoby” ma bardzo dużo określeń bliskoznacznych, a mianowicie: *empowerment*, kapitał społeczny, kapitał ludzki, a także siły społeczne. Synonimy omawianego pojęcia łączy wspólny element, każde z nich zawiera potencjał tkwiący w jednostce bądź grupie społecznej. Potencjał ten, czyli zasób, jest uruchamiany, aby: poradzić sobie z problemem dotyczącym pojedynczej osoby lub grupy (Olubiński, 2007, s. 165), wyzwalać współpracę międzyludzką, dzięki czemu możliwe jest osiągnięcie wspólnego dobra (Wojnarowska, 2003, s. 527), umożliwić poprawę funkcjonowania całej rodziny, dzięki posiadanym uzdolnieniom i cechom poszczególnych jednostek, które w toku licznych działań i interakcji zostają wyzwalone. Zasób odpowiednio zidentyfikowany i uruchomiony może stać się sposobem panowania nad własnym życiem jednostek (Olubiński, 2007, s. 165). Poza tym wykorzystywanie zasobów prowadzi do zmiany społecznej w wyniku aktywizacji całej społeczności. Należy przy tym pamiętać, że aby uaktywnić i wykorzystać w maksymalnym stopniu zasoby, należy brać pod uwagę rodzinę jako grupę, która ze sobą

współpracuje i uzupełnia się nawzajem. Poza tym nie można zapominać o tym, że znaczenie zasobów w ogromnej mierze zależy od subiektywnych ocen członków rodziny, gdyż dla jednych jakaś cecha bądź rzecz może być zasobem, dla innych natomiast jest to coś naturalnego i oczywistego, czego nie postrzegają w tych kategoriach.

Podziału wybranych zasobów dokonano za Martą Kuleszą (2009), która odwołuje się do Hamiltona McCubбина. Według tej propozycji rodzinne zasoby dzielą się na trzy najważniejsze grupy. Pierwsza z nich to osobiste zasoby członków danej rodziny. W skład tej grupy zasobów wchodzi sytuacja finansowa rodziny, poziom wykształcenia, stan zdrowia poszczególnych jej członków oraz osobowość. W drugiej grupie zawierają się wewnętrzne zasoby rodziny jako systemu. Najważniejszymi składowymi tej grupy są możliwości adaptacyjne rodziny oraz więzi emocjonalne między poszczególnymi członkami rodziny. Ostatnia grupa zasobów obejmuje zewnętrzne systemy wsparcia rodziny. McCubbin podzielił je na dwie części, a mianowicie: formalne i nieformalne. Do formalnych systemów wsparcia rodziny zaliczamy szkołę, policję bądź organizacje pozarządowe, natomiast w skład nieformalnego wsparcia wchodzi między innymi organizacje kościelne, kółka zainteresowań, sąsiedzi oraz przyjaciele.

Klaus Schneewid wydziela te same grupy zasobów, ale twierdzi, że zasoby wewnętrzne rodziny można dostrzec dopiero wtedy, gdy członkowie rodziny muszą przeorganizować swoje życie wskutek zewnętrznych wobec systemu zdarzeń. W tym procesie reorganizacji szczególnie ważne są umiejętności adaptacyjne rodziny, więzi emocjonalne, dobra komunikacja oraz umiejętność rozwiązywania problemów (Kulesza, 2009, s. 29). Natomiast Joachim Weiss do zasobów rodzinnych zalicza więzi emocjonalne, wzajemne wsparcie, status materialny, umiejętności rozwiązywania problemów i pozytywną komunikację (za: Kulesza, 2009, s. 29–30). Autor nie dokonuje wyraźnego podziału na trzy grupy wspomniane wcześniej. Dla zobrazowania wyboru podziału zasobów według omówionych autorów stworzono autorską klasyfikację zasobów rodzinnych.



Rycina 3. Klasyfikacja zasobów rodzinnych

Źródło: opracowanie własne.

3.4. Biograficzny proces starzenia się

W prezentowanej monografii posłużono się badaniami jakościowymi. Skupiają się one w głównej mierze na sposobie widzenia świata przez badanych. Ich podstawowym założeniem jest koncepcja społecznego tworzenia badanych rzeczywistości. Umożliwiają one badaczowi zrozumienie interesującego go procesu bądź relacji, jaka zachodzi między badanymi a ich środowiskiem (Flick, 2011, s. 22). Wybór tej strategii wynika z przyjętych założeń teoretycznych, na podstawie których sformułowano problemy badawcze, dokonano wyboru narzędzi zbierania danych oraz sposobu ich analizy i porządkowania.

Barbara Smolińska-Theiss i Wiesław Theiss (2010, s. 85) stworzyli „rejestr badań jakościowych”. Do tej strategii autorzy zaliczają: teorię ugruntowaną, analizy tekstów i narracji, badania biograficzne, studia przypadków, badania terenowe i etnograficzne, *oral history* oraz badania w działaniu.

Wybór tej strategii wynika z faktu, że badania o charakterze jakościowym charakteryzują się zarówno różnorodnymi metodami, jak i technikami badawczymi. Jednakże posiadają one wspólne cechy. Koncentrują się na wskazywaniu występowania danych zjawisk. Poza tym badania te skupiają się na wyjaśnianiu, mającym na celu dogłębne poznanie i opisanie interesującego badacza zdarzenia lub zdarzeń. Zadawane podczas prowadzenia badań pytania mają

charakter eksploracyjny, nie zaś weryfikacyjny. Skupiają się przede wszystkim na niemierzalnych badanych zagadnieniach, aby wyjaśnić przyczyny postaw i zachowań, pokazać dotąd ukrywane emocje i zachowania badanych osób. Badania jakościowe nie posiadają standaryzowanych narzędzi badawczych, technik oraz metod. Wspomagają się wiedzą oraz doświadczeniem osób, które wcześniej je prowadziły, a także biorą pod uwagę intuicję badacza (Guzik-Tkacz, Siegień-Matyjewicz, 2012, s. 37). Poza tym są one nieustannym konfrontowaniem wypracowanych hipotez roboczych i pytań – kodów i kategorii ze społecznością naukowców.

Warunkom związanym z poznawaniem struktury rodziny, procesami i ich zmianami w największym stopniu odpowiadają badania biograficzne. W prowadzonych w tej pracy analizach dotyczą one rodziny, a w szczególności opieki nad osobami starszymi. Podejście biograficzne ma długą tradycję i jest wyjątkowo przydatne w badaniach nad seniorami, gdyż ukazuje rzeczywistość rodzinną i jej przeobrażenia wraz ze starzeniem się seniora.

Celem badań biograficznych jest „wydobycie subiektywnego sensu przeżyć i doświadczeń podmiotu biografii” (Lalak, 2010b, s. 239). Dzięki badaniom poznano historię ludzi, którzy podjęli się opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny. Poszukiwano odpowiedzi na pytania badawcze, które umożliwiły zrozumienie procesu przeobrażeń, jakie dokonały się w badanych rodzinach oraz w samych badanych podczas opieki nad seniorem.

Badania biograficzne mogą być również ujmowane jako proces uczenia się. Ten sposób ujęcia biografii pojawił się w latach 80. XX wieku. Historia życia badanych osób jest zarówno przedmiotem badań, podmiotem zmiany zachodzącej u pojedynczych osób, jak i podstawą wiedzy o człowieku, jego historii i środowisku. Danuta Lalak (2010a, s. 274) wyróżnia trzy płaszczyzny życia ludzkiego: „1) życie jako bios, 2) życie jako podmiot biografii oraz 3) życie jako materiały autobiograficzne”. Ostatnia z wymienionych płaszczyzn dotyczy przede wszystkim świata, który przeżywają badane osoby oraz procesów, jakie zachodzą na skutek przeżywania biografii, co jest istotą biograficznego uczenia się. A zatem uczenie się z własnej biografii to nic innego jak biografia edukacyjna, której celem jest takie przekształcenie biografii, aby stała się ona procesem uczenia się. Ten sposób ujmowania biografii wynika z faktu, że zaczęto patrzeć na życie ludzkie z perspektywy cyklu życiowego. Starzenie się społeczeństwa wymusza na badaczach zainteresowanie się biografiami życia ludzkiego, od urodzenia do okresu starości. Dopiero analizowanie wszystkich okresów życia człowieka będzie miało charakter edukacyjny (Lalak, 2010a, s. 275–276).

Badania biograficzne cieszą się ogromną popularnością i uznaniem wśród wielu badaczy nauk społecznych. Umożliwiają one uzyskanie odpowiedzi na wiele pytań badawczych, na które bardzo ciężko byłoby znaleźć odpowiedź, wykorzystując inne metody.

Cechą badań biograficznych w obszarze rodziny jest z jednej strony wyraźna koncentracja na dogłębnym poznaniu problemu, a z drugiej strony dążenie do pokazania dynamiki zmian zachodzących w rodzinie. Badania biograficzne obecne są od wielu lat w polskiej gerontologii (Dubas, Świtalski, 2011a, 2011b; Dubas, Stelmaszczyk, 2014, 2015; Dubas, Gutkowska, 2018; Halicka, 2004; Halicki, 2010). W pracy badam proces starzenia się i sięgam do metod biograficznych, ale jest to wtórny zabieg, gdyż mamy tu do czynienia z biograficznym procesem starzenia się, na który struktura rodzinna reaguje w określony sposób, organizując opiekę nad seniorem.

Biografia jako przedmiot badań (*biography as a topic*) polega na „poznawaniu rzeczywistości, której przedmiotem jest doświadczenie życia” (Lalak, 2010b, s. 134). Jest to również badanie czyichś historii życia bądź dróg życiowych. Wykorzystując biografię w tym znaczeniu, badacz poszukuje odpowiedzi na pytanie, „co?” (Lalak, 2010a, s. 262). Biografia jest również badaniem dynamicznym pokazującym przebieg danego zjawiska.

W badaniach biografii podczas analizy bierze się pod uwagę całe życie bądź jego fragment, który ma związek z badanym problemem. Biografie są analizowane z uwzględnieniem wielu czynników, które je kształtowały, a mianowicie praca zawodowa, życie rodzinne, towarzyskie, a nawet religijne. Niektóre z nich koncentrują się na newralgicznych momentach życia badanych osób, analizując je. Dotyczyć to może przykładowo zmiany roli społecznej bądź choroby. Wszystkie biografie są rozpatrywane w kontekście określonego wycinka rzeczywistości społecznej.

Biografia w badaniach pedagogicznych jest wykorzystywana do wielowarstwowej interpretacji rzeczywistości, w skład której wchodzi znaczenia i wartości akceptowane przez uczestników badania (Łobocki, 2010, s. 314–315). Umożliwia ona wypełnienie teoretycznej luki powstającej w badaniach społecznych między procesami społecznymi, które są badane za pomocą strategii ilościowych, a poziomem mikro dotyczącym życia pojedynczych osób (Jemielniak, 2012, s. 102).

3.5. Trajektoria zmiany w opiece nad seniorem

Pojęcie trajektorii zostało stworzone przez Anselma Straussa i Barneya Glasera (1968). Ma ono swoje źródło w koncepcji teorii ugruntowanej. Autorzy po raz pierwszy użyli go w dziele *Time for Dying* („Czas umierania”), w którym przedstawili bieg życia ludzkiego w kontekście nieobliczalności oraz nagłych zmian, jakie w nim zachodzą. Omówili trajektorię w kontekście zmiany statusów w sytuacji umierającego pacjenta w szpitalu. Zmiana ta nie jest nigdy zaplanowana ani pożądana, lecz w pewnym momencie nieuchronna. W opisie pojęcia trajektorii Strauss i Glaser skupiali się przede wszystkim na opisach i analizie umierania w kontekście zmiany statusu, której wymiary są następujące: zmiana pożądana vs niepożądana, nieuchronna vs uchronna, odwracalna vs nieodwracalna, dotycząca jednej osoby vs grupy osób, dająca wyraźne sygnały o możliwości jej wystąpienia vs brak wyraźnych sygnałów, dobrowolne dokonywanie się zmiany vs zmiana dokonuje się na skutek zaistniałych okoliczności, jednostka doświadczająca zmiany posiada nad nią kontrolę vs brak kontroli nad dokonującą się zmianą (Zakrzewska-Manterys, 1995, s. 16–17).

W tej pracy zostaną wykorzystane badania biograficzne. W rozszerzonej wersji biografia pokazuje proces zmiany widziany jako dynamiczna prawidłowość określona terminem „trajektoria”, wprowadzonym do nauk społecznych przez wspomnianych autorów. Trajektoria ma swoją określoną dynamikę, w której da się wyodrębnić poszczególne sekwencje prowadzące do oswojania, poznawania i rozumienia zjawiska oraz poszukiwania rozwiązań. Przebieg trajektorii zależy od zjawiska i od procesu (Lalak, 2010b, s. 148). Ogólnie ujmując, koncepcja trajektorii jest wykorzystywana w badaniu zmienności przebiegu życia ludzkiego zarówno w przypadku, gdy analizowana zmiana ma charakter sukcesu, jak i porażki. Trajektoria rozpoczyna się w momencie, gdy życie danej osoby lub grupy osób przestaje toczyć się zwykłym, znanym dotąd trybem, a przeistacza się w nieposkromiony pęd pocisku, powodując, że to wszystko, co do tej chwili było trwałe, pewne i niezmiennie, staje się kruche i nieprzewidywalne, prowadząc do przewartościowania wielu aspektów życia. Trajektoria ma w pewnym momencie swój koniec i następuje tzw. powrót do życia sprzed pojawienia się zdarzeń trajektoryjnych (Górecki, 2007, s. 778).

ROZDZIAŁ 4

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

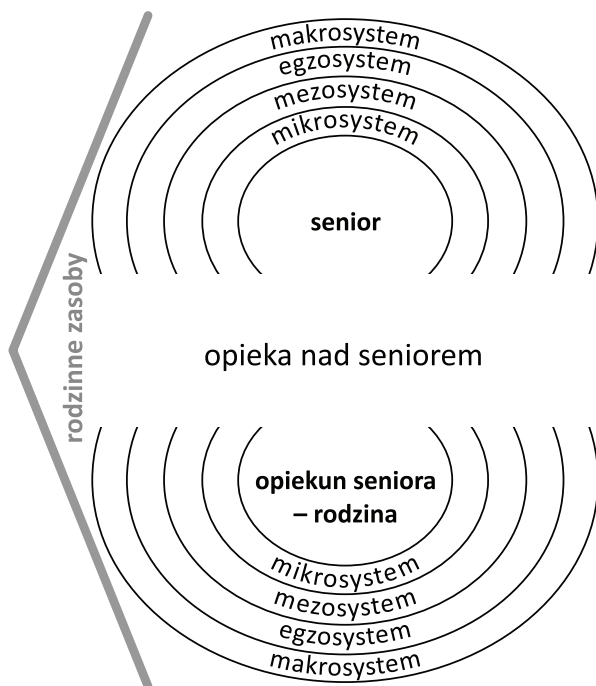
4.1. Przedmiot i cel badań

Przedmiot pracy stanowi **zmieniająca się funkcja opiekuńcza rodziny**.

Celem badań było odkrycie, **w jaki sposób rodzina ujmowana zgodnie z teorią systemową reaguje na zmiany i przeobrażenia zachodzące wewnątrz niej, gdy starzeje się jeden z jej członków**. Drugi z celów dotyczył poznania **trajektorii procesu starzenia się z uwzględnieniem wektorów zmiany, które odnoszą się do osoby starszej oraz do opiekuna**. Zmiany zachodzące u opiekuna były uwzględniane wraz z natężeniem wsparcia społecznego, natomiast zmiany dotyczące seniora analizowano w kontekście upływającego czasu.

Autorkę badań interesowało również to, **w jaki sposób członkowie rodziny wykorzystują posiadane zasoby w celu zorganizowania opieki nad seniorem**. Natomiast, nawiązując do ekologicznej koncepcji Bronfenbrennera, dążono do rozpoznania, w jaki sposób krewni seniora dostosowują się do zastanych zmian w postaci pogarszającego się stanu fizycznego, psychicznego i funkcjonowania społecznego seniora. Całość analizy obejmowała wszystkie elementy środowiska

osoby starszej zgodnie z ekologiczną teorią systemów Bronfenbrennera, a mianowicie: mikrosystem, mezosystem, egzosystem, makrosystem oraz chronosystem. W tej pracy rodzina, zgodnie z tym co stwierdzono wcześniej, została potraktowana jako dynamiczny system, czerpiący także z różnych zasobów. System ten jest wzajemnie powiązany ze sobą i dąży do równowagi. Zależności te zobrazowano na rycinie 4.



Rycina 4. Schemat badawczy: relacje między perspektywą systemową, ekologiczną a rodzinnymi zasobami

Źródło: opracowanie własne.

4.2. Problemy badawcze

Odnosząc się do rozważań na temat funkcji opiekuńczej rodziny nad seniorem, sformułowano następujące problemy główne:

1. Jak zmienia się funkcja opiekuńcza rodziny wobec seniora? Jak rodzina definiuje swoje zadania opiekuńcze, jak je wypełnia wobec człowieka starego?

2. Jakimi zasobami dysponuje rodzina, jak je zmienia, rozwija i wyczerpuje wraz ze starzeniem się członków rodziny?

Dokładna analiza postawionych w ten sposób pytań wymagała odniesienia do teorii zasobów oraz ujęcia rodziny jako dynamicznego systemu, który reaguje na zmiany.

W związku z tym sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jak rodzina rozumie funkcję opiekuńczą sprawowaną wobec seniora?
2. Z jakich zasobów korzysta rodzina? Jak je organizuje, uruchamia w zależności od procesu starzenia się seniora i zmieniającej się sytuacji opiekuna? (W jaki sposób rodzina zorganizowała opiekę nad seniorem? Jakie rozwiązania dotyczące opieki nad seniorem wypracowała rodzina?)
3. Czego rodzina nauczyła się o starzeniu i starości w procesie opieki nad seniorem?
4. Jak opieka nad człowiekiem starym wpływa na funkcjonowanie całej rodziny?
5. Jak rodzina rekonstruuje i zmienia się stosownie do wyzwań opiekuńczych?
6. Jak przebiega proces opieki nad seniorem? Jaka jest trajektoria seniora i opiekuna oraz jak te trajektorie nakładają się na siebie?
7. Jakie zmiany zachodzą w procesie opieki wraz ze starzeniem się seniora?

4.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Podjęte badania miały charakter biograficzny. Biografia została tutaj potraktowana jako przedmiot badań, w mniejszym zaś stopniu jako metoda badawcza. W centrum zainteresowania pozostawał proces starzenia się seniora i podyktowana tą sytuacją opieka rodzinna. Najczęściej tego zadania podejmowała się kobieta.

Metodą wykorzystaną podczas analizy materiału badawczego była analiza treści. W ramach tej metody wyodrębniono zbiór kategorii głównych, do których przyporządkowano kolejne kategorie szczegółowe. Głównymi kategoriami były: *SENIOR*, *OPIEKA*, *OPIEKUN*, *WSPARCIE SPOŁECZNE* vs *BRAK WSPARCIA*. Badacz podczas tworzenia kategorii musi pamiętać o tym, aby stworzone kategorie były precyzyjne i nie wzbudzały wątpliwości co do ich znaczenia i zawartości w postaci szczegółowych kategorii. Metoda ta, podobnie jak inne, posiada swoje wady. Jedną z nich jest możliwość stworzenia rozbudowanej siatki kategorii, od której trudno się oderwać. Badacz, skupiając się na stworzonych kategoriach, zapomina o materiale badawczym, który nie został sklasyfikowany. Jednakże mimo słabych stron metoda ta posiada również mocne strony, które przemawiają

za sensownością jej wykorzystania. Szczególne znaczenie ma rzetelność stosowanych nazw kategorii. Celem owej rzetelności jest pewność, że różni badacze użyją ich w ten sam sposób. Drugą cechą jest trafność rezultatów. Możliwa jest ona do osiągnięcia w przypadku precyzyjnego nadawania kodów pochodzących z wypowiedzi badanych osób (Silverman, 2007, s. 149).

Zastosowana metoda analizy treści miała na celu zrozumienie znaczenia pojęć i ich wykorzystanie w konkretnych sytuacjach przez opiekunów rodzinnych. Badacza interesowało, jakie znaczenia nadają im opiekunowie rodinni, gdy opowiadają swoją historię dotyczącą sprawowanej opieki (Silverman, 2007, s. 149–150).

Technika wykorzystana w badaniach to wywiad pogłębiony. Jest on najczęściej stosowany w celu gromadzenia informacji o charakterze biograficznym (Lalak, 2010a, s. 240). Celem wywiadu jest poznanie świata badanych. Wykorzystano go, aby uzyskać odpowiedzi na postawione problemy badawcze. W literaturze wyróżnia się dwa typy prowadzenia wywiadu w omawianej technice pod względem treści pytań, które się zadaje: wywiad ustrukturyzowany, nieustrukturyzowany (swobodny) oraz wywiad częściowo ustrukturyzowany (Jemielniak, 2012, s. 113). W rozprawie wykorzystano wywiad częściowo ustrukturyzowany. Przeprowadzono go na podstawie wcześniej stworzonej przez badacza listy tematów oraz zagadnień. Tematom tym przyporządkowano konkretne pytania, które badacz postawił, aby uzyskać odpowiedź na wyodrębnione problemy badawcze.

Narzędziem, które wykorzystano w rozprawie, był scenariusz wywiadu. Stworzono go samodzielnie na podstawie postawionych problemów szczegółowych. Pytania naprowadzające umożliwiły autorce badań porządkowanie przebiegu rozmowy. Ten zabieg, w dalszej kolejności, ułatwił wnikliwą analizę przeprowadzonych wywiadów.

4.4. Teren badań, charakterystyka i dobór próby badawczej

W ramach badania przeprowadzono wywiady pogłębione z 20 opiekunami osób starszych, które ze względu na różne schorzenia wymagały opieki. Były to osoby zróżnicowane ze względu na płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz czas sprawowanej opieki i stopień pokrewieństwa z seniorem. Rozmówcy byli dobierani celowo. Rozmowy prowadzono z opiekunami rodzinnymi, którzy sprawowali opiekę z powodu niesamodzielności seniora spowodowanej aspektem medycznym. Istotny w doborze rozmówców był czas poświęcany na opiekę, który w przypadku rozmówców biorących udział w badaniu wynosił minimum 5 godzin

dziennie. Ponadto ważne było to, aby senior korzystał z instytucjonalnego wsparcia w postaci uczęszczania do Domu Dziennego Pobytu. Dwudziestoosobowa próba nie daje podstaw do generalizacji uzyskanych wyników badań. Należy jednak podkreślić, że niejednolita próba umożliwiła autorce badań poznanie większego zakresu problemów związanych z opieką, poznano sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach, uzyskano wiele informacji na temat potrzeb opiekunów rodzinnych. Jest to jednak spojrzenie wycinkowe, niepełne, skoncentrowane bowiem wokół badanej grupy.

W tabeli 2 zaprezentowano charakterystykę badanych opiekunów, uwzględniając ich płeć, stopień pokrewieństwa oraz czas sprawowania opieki.

Tabela 2. Charakterystyka badanych opiekunów rodzinnych

Numer wywiadu	Płeć badanych	Wiek badanych	Stan cywilny badanych	Stopień pokrewieństwa z seniorem	Sposób sprawowania opieki	Czas sprawowanej opieki
W1	kobieta	49 lat	zamężna	córka	wspólnie z mężem i dziećmi, opiekunki	5 lat
W2	mężczyzna	49 lat	żonaty	syn	wspólnie z żoną i dziećmi	1 rok
W3	kobieta	54 lata	rozwieńcziona	córka	samodzielnie	12 lat
W4	kobieta	75 lat	zamężna	żona	samodzielnie	11 lat
W5	kobieta	50 lat	zamężna	synowa	wspólnie z mężem	5 lat
W6	kobieta	50 lat	rozwieńcziona	córka	wspólnie z mężem i córkami, opiekunki	2 lata
W7	kobieta	52 lata	rozwieńcziona	córka	samodzielnie	2 lata
W8	kobieta	59 lat	zamężna	córka	wspólnie z mężem, dziećmi i ojcem	3 lata
W9	mężczyzna	55 lat	kawaler	syn	samodzielnie	2 lata
W10	kobieta	55 lat	wdowa	córka	wspólnie z siostrą	3 lata
W11	kobieta	50 lat	zamężna	córka	wspólnie z mężem	3 lata
W12	kobieta	50 lat	wdowa	córka	samodzielnie	4 lata
W13	kobieta	55 lat	zamężna	córka	wspólnie z siostrą	3 lata
W14	kobieta	65 lat	zamężna	synowa	wspólnie z mężem	3 lata

Numer wywiadu	Płeć badanych	Wiek badanych	Stan cywilny badanych	Stopień pokrewieństwa z seniorem	Sposób sprawowania opieki	Czas sprawowanej opieki
W15	kobieta	68 lat	wdowa	córka	samodzielnie	13 lat
W16	kobieta	40 lat	zamężna	synowa	wspólnie z mężem	2 lata
W17	kobieta	40 lat	zamężna	córka	wspólnie z mężem	4 lata
W18	kobieta	60 lat	wdowa	siostra	samodzielnie	3 lata
W20	mężczyzna	50 lat	żonaty	zięć	wspólnie z żoną	4 lata

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że opiekunowie biorący udział w badaniach byli w grupie środkowego pokolenia, większość z nich miała 50–60 lat. Czas trwania opieki wynosił średnio 4,5 roku. Najkrócej trwał jeden rok, a najdłużej 13 lat.

W badanych rodzinach seniorzy z jednej strony zapadali na choroby z postępującymi objawami, prowadzącymi do stopniowej zależności od osób trzecich, tj. chorobę Alzheimera, Parkinsona, demencję starczą, depresję, cukrzycę oraz reumatyzm. Z drugiej natomiast strony najczęstszą przyczyną niepełnosprawności i zależności człowieka starego był udar bądź zawał serca. W tabeli 3 przedstawiono choroby oraz schorzenia seniorów, wobec których sprawowano opiekę.

Tabela 3. Choroby i schorzenia seniorów, wobec których była sprawowana opieka

Numer wywiadu	Rodzaj choroby	Wiek	Płeć
W1	miażdżycy mózgu, demencja starcza	92 lata	kobieta
W2	udar lewostronny	80 lat	kobieta
W3	udar prawostronny, cukrzyca – dializy 5 lat	74 lata	kobieta
W4	miażdżycy, udar	75 lat	mężczyzna
W5	depresja, problemy z przewodem pokarmowym, demencja starcza, niedowidzenie, wypadanie odbytu	87 lat	kobieta
W6	choroba Alzheimera, choroba Parkinsona	82 lata	kobieta
W7	udar, afazja	82 lata	kobieta

Numer wywiadu	Rodzaj choroby	Wiek	Płeć
W8	udar	80 lat	kobieta
W9	choroba Alzheimera	80 lat	kobieta
W10	depresja, problemy z pamięcią, początki demencji starczej	87 lat	kobieta
W11	udar, afazja	87 lat	kobieta
W12	choroba Alzheimera, choroba Parkinsona	81 lat	kobieta
W13	choroba Parkinsona, reumatyzm	82 lata	kobieta
W14	choroba Alzheimera, udar	85 lat	kobieta
W15	demencja starcza	90 lat	kobieta
W16	zawał serca, afazja	83 lata	kobieta
W17	zawał serca (zakrzepowy), cukrzyca	75 lat	kobieta
W18	niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym, cukrzyca	67 lat	mężczyzna
W19	choroba Alzheimera, depresja	80 lat	mężczyzna
W20	choroba Alzheimera	80 lat	kobieta

Źródło: opracowanie własne.

Opieka nad człowiekiem starym rozpoczynała się w momencie, gdy uczestnicy badania zauważali, że jego stan zaczyna się pogarszać, prowadząc nieuchronnie do zależności od osób trzecich. Wśród opiekunów byli również tacy, którzy podjęli się opieki z powodu nagłych zdarzeń losowych czy zdrowotnych (wylew bądź udar) seniora. W tabeli 4 przedstawiono przyczyny podjęcia opieki nad seniorem, które we wszystkich przypadkach dotyczyły aspektu medycznego.

Tabela 4. Przyczyny podjęcia opieki nad seniorem

Numer wywiadu	Przyczyny podjęcia opieki – aspekt medyczny
W1	postępująca choroba
W2	udar
W3	cukrzyca, dializy
W4	udar
W5	postępujące liczne choroby

Numer wywiadu	Przyczyny podjęcia opieki – aspekt medyczny
W6	postępująca choroba Alzheimera
W7	udar
W8	udar
W9	choroba Alzheimera
W10	demencja starcza, depresja
W11	udar
W12	postępująca choroba Alzheimera
W13	zaawansowany reumatyzm, demencja starcza
W14	postępująca choroba Alzheimera
W15	niepełnosprawność ruchowa, postępująca demencja starcza
W16	udar
W17	udar
W18	niepełnosprawność intelektualna, cukrzyca
W19	postępująca choroba Alzheimera
W20	postępująca choroba Alzheimera

Źródło: opracowanie własne.

Seniorzy, wobec których sprawowano opiekę, mieli od 67 (1) do 92 lat (1). Najwięcej z nich było w przedziale 80–87 lat (13 osób). Większość seniorów była wdowami i wdowcami (15). Tylko cztery osoby miały współmałżonka. Wśród seniorów był także jeden kawaler. W badanej grupie przeważały kobiety, nad którymi była sprawowana opieka (17), było też trzech mężczyzn. Za istotne w kontekście sprawowanej funkcji opiekuńczej uznano również przedstawienie sposobu zamieszkania seniora. Dziesięciu opiekunów wskazywało, że senior mieszka wspólnie z nimi, gdyż wymaga 24-godzinnej opieki i nie ma możliwości pozostawienia go samego w domu. Opiekunowie sprawowali opiekę doraźną w przypadku samotnego zamieszkiwania seniora (5), lub gdy senior zamieszkiwał z współmałżonkiem (3). Dwoch seniorów w dniu przeprowadzenia wywiadu przebywało w domu pomocy społecznej, ale wcześniej uczęszczali do Domu Dziennego Pobytu.

Dom Dziennego Pobytu Samarytanin jest jednostką organizacyjną, która podlega Parafii Rzymskokatolickiej p.w. Miłosierdzia Bożego i Św. Siostry Faustyny w Toruniu. Głównym celem Domu jest zapewnienie dziennego pobytu, podstawowych świadczeń opiekuńczych, zajęć rekreacyjno-kulturalnych oraz

posiłków w czasie pobytu osobom, które ze względu na wiek, chorobę bądź niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych.

4.5. Organizacja badań i opis analizy materiału badawczego

Wywiady były przeprowadzane z opiekunami osób starszych od maja do sierpnia 2014 roku. Miejsce badań było zróżnicowane, gdyż 13 wywiadów przeprowadzono w mieszkaniu opiekunów rodzinnych, z trzema rozmówcami zrealizowano je w mieszkaniu badacza, natomiast z czterema osobami przeprowadzono rozmowę w innym miejscu, np. w firmie osób badanych, kawiarni oraz w Domu Dziennego Pobytu Samarytanin.

Wszystkie wywiady zostały przeprowadzone na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, zarówno w środowisku miejskim (15), jak i wiejskim (5). Kolejnym etapem badań była analiza treści materiału badawczego. Wykonano ją z użyciem narzędzia wspomagającego analizę danych jakościowych – programu MAXQDA wersja 11.

Program ten w znaczący sposób pomógł podczas analizy materiału badawczego oraz w jego interpretacji. Rozpoczynając pracę z tym programem, wyłoniono cztery główne kategorie: SENIOR, OPIEKUN, OPIEKA oraz WSPARCIE SPOŁECZNE vs BRAK WSPARCIA.

Kategoria SENIOR zawierała informacje dotyczące zachowań seniora, jego relacji z opiekunem oraz z pozostałymi członkami rodziny, chorób seniora, reakcji na pierwsze objawy choroby oraz na stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia.

Kategoria OPIEKUN dotyczyła tego, co opiekunowie myśleli, co robili, jak mówili o sobie, o seniorze przez pryzmat jego stanu zdrowia i samodzielności, co się z nimi działo w trakcie sprawowania opieki, kto włączał się w opiekę, odciążając tym samym głównego opiekuna, jakie były relacje opiekuna z pozostałymi członkami rodziny, jakie zmiany zaszły w życiu opiekuna po podjęciu opieki, jakie stosowano sposoby zapobiegania postępom choroby, jak opiekunowie widzieli swoją przyszłość oraz jakie posiadali zasoby i jak je wykorzystywali wraz ze starzeniem się seniora.

Kategoria OPIEKA dotyczyła tych zagadnień, które wiązały się bezpośrednio z funkcją opiekuńczą sprawowaną przez interlokutorów: jak definiowano opiekę, jakie rozwiązania i strategie działania związane z opieką zostały zastosowane, jaki był zakres sprawowanej opieki, z jakich źródeł opiekunowie pozyskiwali wiedzę o chorobie seniora, jaką wiedzę pozyskali o sobie, o ludziach starych, o członkach

rodziny oraz na temat opieki, jaka była sytuacja materialna rodziny i czy wpłynęła ona na związane z nią możliwości opiekuńcze.

Kategoria WSPARCIE vs BRAK WSPARCIA odnosiła się do: zakresu otrzymywanego wsparcia przez opiekunów od rodziny, potrzeby pomocy i wsparcia, stereotypów na temat domów pomocy społecznej oraz postrzegania Domu Dziennego Pobytu Samarytanin.

Łącznie zostało zakodowanych 4707 fragmentów. Program MAXQDA ułatwił wnikliwą analizę materiału badawczego oraz wyselekcjonowanie wypowiedzi, które zostały przytoczone dosłownie w rozdziale badawczym.

Kolejnym krokiem było przyporządkowanie kategorii do odpowiednich systemów zgodnie z teorią systemową Uriego Bronfenbrenera, tzn. do mikrosystemu przyporządkowano kategorie: rozumienie opieki, przyczyny podjęcia opieki, sposób zamieszkania seniora, wydarzenia przełomowe, samodzielność seniora, kontakty społeczne i zainteresowanie światem, zmiany w funkcjonowaniu seniora oraz relacje między pokoleniami w rodzinie. Do mezosystemu zakwalifikowano kategorie: rozwiązania dotyczące opieki, działania opiekunów, zapobieganie postępom choroby, pokój dla seniora, zapewnienie bezpieczeństwa seniorowi, zakres sprawowanej opieki oraz sytuacja materialna opiekunów. Do egzosystemu przyporządkowano następujące kategorie: podział obowiązków związany z opieką, więzi rodzinne między rodzeństwem, następstwa opieki, oddziaływanie opieki na funkcjonowanie rodziny, zmiany w życiu rodzinnym, konsekwencje podjęcia opieki dla opiekunów rodzinnych oraz czas wolny opiekunów. Do makrosystemu zaklasyfikowano kategorie: zdobyta wiedza w procesie opieki nad seniorem, dodatkowe problemy, o których nie miało się pojęcia, wiedza przekazywana z pokolenia na pokolenie, opieka nad ludźmi starymi jako obowiązek kolejnych pokoleń, postrzeganie choroby seniora, stereotyp człowieka starego oraz źródła wiedzy i informacji o chorobie.

Dane zawarte w tabeli 5, wygenerowane przy użyciu programu MAXQDA, obrazują częstotliwość występowania czterech głównych kategorii w poszczególnych wywiadach.

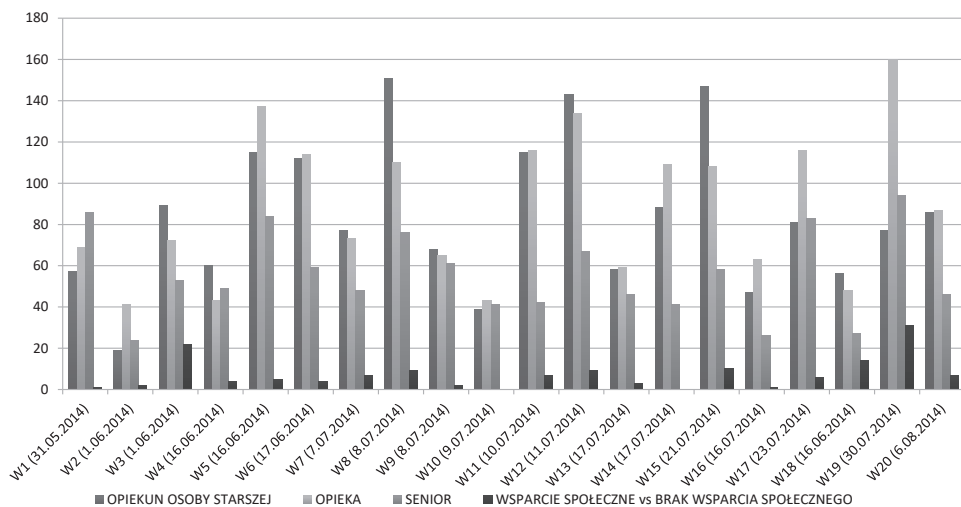
Tabela 5. Matryca kodów wygenerowana z programu MAXQDA

Numer oraz data przeprowadzenia wywiadu	Opiekun osoby starszej	Opieka	Senior	Wsparcie społeczne vs brak wsparcia
W1 (31.05.2014)	57	69	86	1
W2 (1.06.2014)	19	41	24	2
W3 (1.06.2014)	89	72	53	22
W4 (16.06.2014)	60	43	49	4
W5 (16.06.2014)	115	137	84	5
W6 (17.06.2014)	112	114	59	4
W7 (7.07.2014)	77	73	48	7
W8 (8.07.2014)	151	110	76	9
W9 (8.07.2014)	68	65	61	2
W10 (9.07.2014)	39	43	41	0
W11 (10.07.2014)	115	116	42	7
W12 (11.07.2014)	143	134	67	9
W13 (17.07.2014)	58	59	46	3
W14 (17.07.2014)	88	109	41	0
W15 (21.07.2014)	147	108	58	10
W16 (16.07.2014)	47	63	26	1
W17 (23.07.2014)	81	116	83	6
W18 (16.06.2014)	56	48	27	14
W19 (30.07.2014)	77	160	94	31
W20 (6.08.2014)	86	87	46	7
RAZEM	1685	1767	1111	144

Źródło: opracowanie własne.

Z przedstawionej matrycy wynika, że najczęściej kodowane fragmenty dotyczyły OPIEKI, a najrzadziej w przeprowadzonych wywiadach pojawiało się zagadnienie dotyczące WSPARCIA SPOŁECZNEGO. Kod analityczny OPIEKA występował w każdym wywiadzie. Najwięcej zakodowanych fragmentów było w wywiadzie W19 (164), a najmniej w wywiadzie W2 (41). Natomiast kod analityczny WSPARCIE SPOŁECZNE VS BRAK WSPARCIA pojawił się w 18 wywiadach. Najwięcej fragmentów dotyczących tego zagadnienia znalazło się również

w wywiadzie W19 (31), a najmniej w wywiadach W1 i W16 (1). Na rycinie 5 przedstawiono rozkład poszczególnych kategorii z podziałem na występowanie ich w kolejnych wywiadach.



Rycina 5. Rozkład poszczególnych kategorii w przeprowadzonych wywiadach
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wygenerowanych z programu MAXQDA.

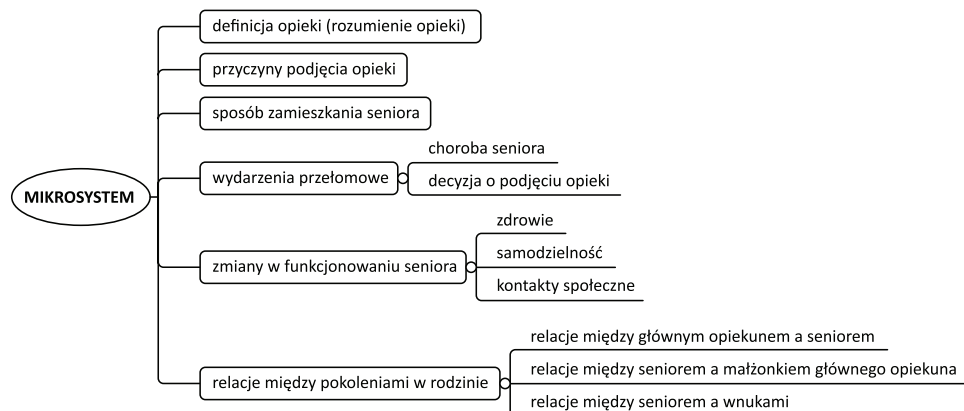
ROZDZIAŁ 5

STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ WYZWANIEM DLA RODZINY

5.1. Wieloaspektowość opieki

Jak rodzina rozumie funkcję opiekuńczą sprawowaną wobec seniora? W zebranych wypowiedziach można wyodrębnić kilka grup rozumienia opieki, a mianowicie: opieka to kolej rzeczy, opieka to obowiązek, opieka to coś naturalnego, opieka to przymus oraz opieka to wdzięczność. Opiekunowie, określając, czym dla nich jest opieka, skupiali się przede wszystkim na aspekcie związanym z przyczyną jej podjęcia. Sądzieli oni, że gdy podejmowali się opieki nad seniorem, nie zastanawiali się nad tym, dlaczego to robią. Czynili to zarówno z wewnętrznego nakazu moralnego, jak i z powodu wdzięczności za trud wychowania. Rozmówcy, uzasadniając podjęcie opieki, w centrum uwagi stawiali przede wszystkim zabezpieczenie podstawowych potrzeb osób starszych, które wymagały pomocy ze względu na wiek lub choroby, jakie się u nich pojawiły. Dodatkowo z zebranych wypowiedzi wynika, że bardzo istotnym elementem sprawowania opieki było zapewnienie bezpieczeństwa osobie starszej, zadbanie o jej higienę osobistą i wygląd przez codzienne kąpiele, zmianę bielizny, robienie prania, chodzenie do fryzjera,

kupowanie nowych ubrań, przygotowanie posiłków, karmienie, wizyty u lekarzy oraz dbanie o to, aby senior miał kontakty z osobami sprzed pojawienia się niepełnosprawności.



Rycina 6. Mikrosystem

Źródło: opracowanie własne.

Jak pokazała analiza treści wykonana przy użyciu programu MAXQDA, rozmówcy podejmowaną wobec seniora opiekę łączyli przede wszystkim z jego postępującą chorobą. Działania opiekuńcze rodziny miały zapobiec postępowi choroby. Opiekunowie byli świadomi postępujących procesów starzenia się, dlatego starali się spowolnić jej rozwój. Czynili to poprzez aktywizowanie intelektualne, organizowanie zajęć rehabilitacyjnych i masaży, dbanie o aktywność fizyczną w postaci spacerów oraz poszukiwanie odpowiednich specjalistów. Dążyli również do utrzymania jak największej samodzielności przez seniora, ponieważ zdawali sobie sprawę, że będzie to ich odciążało od opieki w niektórych sferach życia codziennego. Czynili to przez umożliwienie seniorowi samodzielnego przygotowania posiłku, ubierania się i rozbierania oraz kąpieli. Wielokrotnie w swoich narracjach wyrażali obawy przed pogorszeniem się stanu zdrowia seniora.

W analizie treści wykonanej przy użyciu programu MAXQDA udało się wygenerować podstawowe kategorie opisujące *rozumienie opieki* (kursywą zaznaczono nazwy kategorii wygenerowane podczas analizy z użyciem programu MAXQDA) nad seniorem, indywidualne cele i motywów oraz specyficzne wyzwania i działania

opiekunów wobec osób starszych. Kategorie te należały do szerszej kategorii *OPIEKA*. Rycina 6 przedstawia strukturę tego podrozdziału oraz konstrukcję omawianej kategorii.

Wspierana komputerowo analiza treści wykazała, że opiekunowie osób starszych definiowali sprawowaną opiekę w bardzo różnorodny sposób. W trakcie analizy treści wykonanej przy użyciu programu MAXQDA wyodrębniono pięć definicji opieki: opieka to kolej rzeczy, opieka to obowiązek, opieka to coś naturalnego, opieka to przymus oraz opieka to wdzięczność. W tabeli 6 przedstawiono wypowiedzi opiekunów, uzasadniające podjętą opiekę i jednocześnie tworzące poszczególne definicje opieki.

Tabela 6. Definicje opieki

Opieka to kolej rzeczy
<p>No nie wiem, ja to rozumiem jako taką <u>kolej rzeczy</u> po prostu [W17].</p> <p>Mi się wydaje, że taka jest <u>kolej rzeczy</u>, nie zastanawiałam się dużo, czy ja to powinnam, czy nie powinnam [W14].</p> <p>Nie, ja tego tak nie analizowałam. Jest taka sytuacja i trzeba temu zaradzić i trzeba to wykonać i koniec. Traktuję to jako naturalną <u>kolej rzeczy</u>, no wiadomo, że rodzicami zajmują się dzieci, a że mąż jest tylko sam, w związku z tym tutaj nie ma innego układu [W5].</p> <p>Nie no, jakoś tak wyszło. Tak że to nie jest tak, że to coś wyjątkowego [W11].</p>
Opieka to obowiązek
<p>No jakiś obowiązek na pewno. Na pewno nie przymus, bo no, bo jakbym nie chciała, to bym tego nie robiła. (...) Jest to taki wewnętrzny <u>obowiązek</u> [W6].</p> <p>Nie, no <u>obowiązek</u>, to normalna rzecz. No, jak sobie wyobrazić. Nie wyobrażam sobie, no fakt, że jest mi ciężko, ale nie widzę innego rozwiązania [W12].</p> <p>To po prostu jest <u>obowiązek</u> i trzeba po prostu pomóc [W2].</p> <p>Chyba opiekuję się nią już tak z miłości bardziej nie, chociaż nie powinnam się do tego przyznać, ale chyba bardziej z <u>obowiązku</u>, że ktoś to musi, że tak trzeba, że no taka kolej rzeczy, może tak to bym powiedziała [W14].</p> <p>To jest obowiązek, to jest mój brat, jakby nie patrzył. Nie mogę mu zrobić krzywdy. Jako <u>obowiązek</u>, tak muszę to traktować [W18].</p>
Opieka to coś naturalnego
<p>Jako raczej <u>coś naturalnego</u>, nie ma mama nikogo innego [W9].</p> <p>No rozumiem to jako <u>coś naturalnego</u> [W16].</p> <p>Dla mnie to było wszystko <u>normalne</u>, uważaliśmy z moim bratem, że to wszystko jest normalne. Człowiek chory to trzeba się nim opiekować i koniec. Uważam, że takiego człowieka nie można odsunąć, tylko właśnie mu jak najbardziej pomóc w tej chorobie [W7].</p>

Opieka to przymus
<p>Wylew był konsekwencją choroby mamy, przeżycia tego. Mój brat był wtedy niecały rok po operacji. To po prostu nie było wyjścia, tak że z automatu to poszło [W8].</p> <p>Teściowie mieszkali w Olecku, jeden brat mieszka w Świdnie, drugi w Kołobrzegu, więc tu jakby proszenie ich o pomoc to w ogóle mijają się z celem. Po prostu tak zdecydowaliśmy i właściwie to było jedyne możliwe wyjście. Nie było jakby alternatywy [W5].</p>
Opieka to wdzięczność
<p>Mama zawsze była dla mnie bardzo dobra, kochająca, starająca się, dbająca i uważam, że powinnam odplacić jej tym samym, co dostałam po prostu [W6].</p> <p>Wie Pani co, ale no nie ma się tu nad czym zastanawiać. Jest to najbliższa mi na świecie osoba. Jest to kobieta, która dała mi życie, która mnie wychowała, która włożyła dużo trudu w to wychowanie, no dzięki mojej mamie jestem tym, kim jestem, przecież nie byłam jakąś samotną wyspą, no ona mnie ukształtowała, więc tu chyba nie ma nad czym się zastanawiać [W13].</p>

Źródło: opracowanie własne.

W odniesieniu do danych przedstawionych w tabeli 6 można stwierdzić, że opiekunowie w różny sposób definiowali opiekę. Rozmówcy najczęściej mówili, że opieka, którą sprawują, to ich obowiązek, następnie wskazywali na przymus sprawowanej opieki. Innym sposobem definiowania opieki było określanie jej jako „kolej rzeczy” i „coś naturalnego”. W narracjach tych można zauważyć brak refleksyjności związanej z podejmowaną opieką. Niewielką grupę stanowili opiekunowie, którzy rozumieli sprawowaną opiekę jako wdzięczność.

Jaki charakter nadawały opiece osoby badane, w jakie ramy wpisywali swoje działania? Z analizy treści wynika, że był to przede wszystkim problem medyczno-pielęgnacyjny. Opiekunowie wskazywali, że funkcję opiekunczą rozumieją jako zadbanie o opiekę medyczną. Stan zdrowia seniorów w zasadniczy sposób rzutował na większość problemów podnoszonych w narracjach.

Wśród opiekunów byli tacy, którzy sądzili, że w ich zakresie opieki leży zaspokojenie wszystkich potrzeb seniora, począwszy od opieki medyczno-pielęgnacyjnej, poprzez zapewnienie bezpieczeństwa, przygotowywanie posiłków, karmienie, zakup oraz podawanie leków, wizyty u lekarza, zadbanie o odpowiednią rehabilitację, a także sprzątanie w mieszkaniu seniora. Oprócz wyodrębniania poszczególnych czynności opiekuńczych, część rozmówców twierdziła, że pomagają oni seniorowi we wszystkim bez wymieniaania każdej z czynności.

Przykłady takich wypowiedzi są następujące:

– *Teraz ta pomoc to jest we wszystkim* [W17];

– Mamę kąpię, wszystko przy mamie robię, muszę wszystko zrobić przy mamie, no praktycznie wszystko [W7];

– Zakupy robić, sprzątać, kąpać. Znaczy we wszystkim trzeba jej pomagać [W16];

– Leki, pampersy, bo w tej chwili pampersy oczywiście. Myję, ubieram pampersa, idę z mamą do kuchni, staram się, żeby ubrała ząbki (...). Tak że te wszystkie rzeczy ja wykonuję [W1];

– Trzeba wszystko przy nim zrobić [W18].

Przytoczone wypowiedzi mogą świadczyć o tym, że sprawowana opieka ma charakter całościowy i wymaga dużego zaangażowania oraz energii zarówno od głównego opiekuna, jak i od pozostałych członków rodziny.

5.2. Starzenie się, choroba, niesprawność

W badanych rodzinach seniorzy z jednej strony zapadali na choroby z postępującymi objawami, prowadzącymi do stopniowej zależności od osób trzecich, tj. chorobę Alzheimera, Parkinsona, demencję starczą, depresję, cukrzycę oraz reumatyzm. Z drugiej natomiast strony najczęstszą przyczyną niepełnosprawności i zależności człowieka starego był udar bądź zawał serca. Jak w tej sytuacji rodzina reagowała na nagłe wyzwania opiekuńcze? Jakie warunki tworzyła seniorowi, jaki system budowała? Dokonana analiza pozwoliła na określenie sposobów organizacji opieki nad seniorem. Opiekunowie, z którymi były prowadzone wywiady, w bardzo różny sposób starali się tę opiekę zorganizować. Rozpocząła się ona w momencie, gdy uczestnicy badania zauważyli, że stan zdrowia seniora zaczyna się pogarszać, prowadząc nieuchronnie do zależności od osób trzecich. Wśród uczestników badania byli również tacy, którzy podjęli się opieki z powodu nagłych zdarzeń losowych czy zdrowotnych (wylew bądź udar) seniora. W takich sytuacjach potrzeba opieki nad osobą starszą była zaskoczeniem, opiekunowie nie mieli czasu, aby się do niej przygotować. Kategorie związane ze starzeniem się, chorobą i niepełnosprawnością należą do głównej kategorii *SENIOR*.

Pogarszający się stan zdrowia seniora był najczęstszą *przyczyną podjęcia opieki*, na którą wskazywali opiekunowie. Interlokutorzy obok stanu zdrowia zwracali uwagę na inne sytuacje pogarszające kondycję psychofizyczną seniora. Wielokrotnie podnosili traumatyczne dla seniorów zdarzenia, takie jak: sytuacje stresowe związane z chorobą członków rodziny, wypadek, inne ciężkie doświadczenia życiowe oraz śmierć współmałżonka. Ostatnie z wymienionych zdarzeń było bardzo często podawane jako przyczyna rozwinięcia się choroby Alzheimera i depresji. Potwierdza to wypowiedź jednego z opiekunów: *No i tak*

to się toczyło do momentu, kiedy mama zmarła, to było 4 lata temu. Początkowo tata sobie radził, no myśmy to po paru miesiącach w sumie to stwierdzili, że to jest depresja, zaczął się leczyć [W19].

Tę samą przyczynę pojawienia się objawów podawali kolejni opiekunowie. Pierwszy z nich twierdził: *W momencie, kiedy teść zmarł, mimo że przychodziła opiekunka, to wszystko nie działało [W5].* Drugi był podobnego zdania: *Rodzice mieszkali samodzielnie, radzili sobie bardzo dobrze, do śmierci taty nie było w ogóle problemów [W11].*

W innych wypowiedziach kilka kobiet podjęło wysiłek zrozumienia i nadania znaczenia temu, czego doświadczyły, a mianowicie choroby swoich matek. Przyczyny ich pojawienia łączyły się z różnymi traumatycznymi doświadczeniami, śmiercią męża, samotnością, chorobą nowotworową dzieci. Jeden z rozmówców stwierdził wprost: *Być może ta choroba też by później była, gdyby nie te wszystkie historie z moim ojcem, gdzie naprawdę można było napisać książkę od samego mojego dzieciństwa aż do końca. Ale to jest coś, co być może trochę jeszcze pogłębiło, przyspieszyło może tą chorobę, chociaż i tak chyba u mamy dosyć późno to wyszło [W9].*

Interpretacja ta nie jest jednostkowa, pojawiała się niemal w każdym wywiadzie. Brak jednoznacznych przyczyn zapadania na chorobę Alzheimera powodował, że opiekunowie rodzinni racjonalizowali sobie źródła choroby, doszukując się ich zazwyczaj w przebiegu życia chorego.

Czas trwania opieki wpływał znacząco na jej jakość. Osoby uczestniczące w badaniu sprawowały opiekę nad seniorem od roku do 13 lat i za przyczynę podjęcia opieki podawały aspekt medyczny związany z pogarszającym się stanem zdrowia seniora. Jak wynika z przeprowadzonych badań, rozmówcy także podawali *subiektywne przyczyny choroby*, wśród których wymieniali: *śmierć współmałżonka seniora [W5, W11, W19], rozpad rodziny jednego z dzieci seniora [W20], choroba dziecka seniora [W8], śmierć zięcia [W12] bądź wypadek w domu [W5, W6]*, który doprowadził do złamania kończyny górnej lub dolnej. Intensywność sprawowanej opieki zależała zatem od stopnia niepełnosprawności seniora oraz od długości sprawowanej opieki. Przeprowadzona analiza wykazała, że opieka nad człowiekiem starym, wymagającym pomocy wiązała się z ogromnym zaangażowaniem, przede wszystkim opiekuna, jak również pozostałych członków rodziny.

Podjęcie opieki nad seniorem było najczęściej spowodowane nagłymi sytuacjami życiowymi czy zdrowotnymi (Kawczyńska-Butrym, 2008, s. 33; Tyszka, 1979, s. 62). Zakres tej opieki wzrastał wraz z utratą samodzielności przez seniora. A zatem opieka nad nim rozpoczynała się w momencie zauważalnego pogorszenia

się stanu zdrowia człowieka starego. W toku analiz wspieranych komputerowo wyłoniono kategorię – *pogarszający się stan zdrowia seniora*. Rozmówcy wskazywali najczęściej na dwa momenty rozpoczęcia opieki nad seniorem. Pierwszym z nich był ten, w którym osoba starsza zapominała, jak wykonywać codzienne czynności, takie jak pranie, gotowanie, sprząatanie, gubiła co chwilę przedmioty lub pieniądze bądź też zaniedbała się w znaczący sposób. Drugi moment natomiast był związany z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia w wyniku udaru bądź wylewu.

Zauważalne pogorszenie się stanu zdrowia swojej matki wskazał jeden z rozmówców: *Takim jednym faktem było pewnie, że jak starsze osoby, w tym moja mama, zbierały pieniądze na książeczce, a później ciągle im się nie zgadzały. I zawsze się tam kłóciła z bankiem, że jest źle. To już takie pierwsze były oznaki, gdzie ja nie rozumiałam tego, że to takie coś następuje, że to już jest [W1].* Dalej zauważyła: *W pierwszym etapie też jej wszystko ginęło, zapominała się, gdzie, co położyła. Szczególnie chyba obrączka, najbardziej utkwiła mi w pamięci, że jej nie ma (...). I znaleźliśmy tą obrączkę w barku. Tak mi się wydaje, że teraz po latach to był taki początek gdzieś tej choroby [W1].* Pięćdziesięcioletnia kobieta sprawująca opiekę nad matką z objawami demencji i depresji w następujący sposób mówiła na ten temat: *Pierwsze objawy to były no nieradzenie sobie z samodzielnym życiem albo coraz gorsze radzenie. Mama już nie była w stanie gotować obiadów, albo robiła to w sposób taki, który widać było, że jej sprawia trudność. Zresztą zaniedbała się, schudła. (...) I mam wrażenie, że ponieważ nie kontrolowałyśmy tego, co je, w każdym razie niesystematycznie, no to ona te posiłki tak coraz bardziej ograniczała, bo brak apetytu to jeden z takich podstawowych symptomów tej choroby, jaką jest demencja. Myśmy sobie nawet nie zdawali sprawy, że to są objawy depresji, a później demencji [W10].* Po chwili ta sama osoba dodała: *Rzadko wychodziła, nie jadła, jakoś tak była strasznie zaabsorbowana, to był jeden z tych symptomów, że takie proste czynności wykonywała bardzo długo, no i nieustanny lęk temu towarzyszył, że coś robi nie tak i do dziś zresztą się oto boi i ten lęk jest takim jednym z symptomów [W10].*

Natomiast mężczyzna sprawujący opiekę nad matką chorą na demencję starczą z podejrzeniem choroby Alzheimera twierdził, że pierwsze objawy choroby były związane z nieprzestrzeganiem jego diety: *W swoim czasie byłem na bardzo ścisłej diecie. Mamę ta choroba bardzo stresowała, bardzo ją przeżywała, bo miałem specjalistyczną dietę i mama się tej diety trzymała, ale później się zaczęła z tą dietą gubić. Mama bagatelizowała, że się pomyliła, to, że tamto, że myślała o czymś innym. Ale to już zaczęło coraz bardziej być widoczne, chociaż ja jeszcze*

tego nie podejrzewałem [W9]. Później ten sam opiekun dodał: Moja mama jest elokwentna, potrafiła się zachować, więc zawsze to obracała w żart, ach, że mam tyle na głowie, więc najpierw to umykało, ale później to zaczęło się coraz bardziej nasilać i to już było widoczne. No i tomografia komputerowa wykazała już znaczne zmiany [W9].

Inne objawy choroby seniora podał kolejny rozmówca: *To znaczy, jak przestała rozwiązywać krzyżówki, to był ten moment, że zaczęło się coś złego dziać, a ja mówię, czemu mama już nie rozwiązuje? Bo już mi się znudziły [W5]. Kolejna rozmówczyni przedstawiła to w następujący sposób: No i się zaczęło właśnie, że bóle głowy. Albo zaniostałam jej jedzenie, chce tam na drugi dzień czy trzeci, mówię: oddaj mi ten garnek. Na to ona: a ja nie mam. Okazuje się, że w ogóle nie zjadła, a schowała. Tak zaczęło się powoli, powoli coraz mocniej, aż w końcu no widzę, co się dzieje [W12]. Z kolei bardzo interesująca wydaje się wypowiedź synowej sprawującej opiekę nad teściową dotkniętą chorobą Alzheimera, która twierdziła, że objawami pogarszającego się stanu zdrowia seniorki było sygnalizowanie, co jakiś czas nowych dolegliwości. Opisywała ten problem następującymi słowami: Pojechaliśmy, to zawsze tylko mówiła: no wreszcie ktoś przyjechał, zawsze wreszcie ktoś przyjechał. Ona wiecznie wymyślała, co parę lat tam jakieś choroby. Ja kiedyś byłam z nią u lekarza i lekarz w ośrodku mówi: Pani, tu sąsiadki nic nie pomogą, tu jedynie psychiatra może pomóc, bo ona ma wszystko zdrowe, a wiecznie przychodzi, że jest chora, wysyła sąsiadki po tabletki i tak dalej, i tak dalej [W14].*

Zwiększająca się niesprawność 80-letniej kobiety była podawana jako jedna z przyczyn podjęcia nad nią opieki. Obrazuje to wypowiedź jednej z badanych osób: *Coraz bardziej stawała się niesprawna, no, bo wiadomo, prawie już koło osiemdziesiątki, to wie Pani, a w takim domku to trzeba wszystko robić. To się to popsuje, tamto siamto, a to kran, a to zimą trzeba palić, no to już nie była w stanie. No i teraz, co tu zrobić. I ona już wtedy zaczęła chorować. Jak już tam coś jej dolegało, kładła się do łóżka, żeby koło niej chodzić, tam jakieś korzonki ją bolą czy coś, więc kładła się do łóżka. Ciężko chora była zawsze, trzeba było tam jej przychodzić i usługiwać [W15].*

Rozmówcy szczegółowo potrafili wskazać momenty, w których senior zaczął mieć kłopoty z radzeniem sobie w codziennych sytuacjach. Coraz więcej objawów choroby spowodowało, że podjęli się oni opieki nad nim. Wraz z gorszym funkcjonowaniem seniora członkowie rodziny poszukiwali nowych rozwiązań, w jaki sposób zorganizować opiekę, aby była ona korzystna zarówno dla seniora, jak i dla członków rodziny, którzy tę opiekę sprawowali. W jednym z wywiadów opiekun mówił w następujący sposób na temat pogarszającego się stanu zdrowia

teścia: *Garnek był z wodą, ale poszedł się zdrzemnąć, więc jak wstał, to już no uratował się przed pożarem. Domowy garnek wytrzyma, natomiast plastikowe opakowanie w środku już nie. No i przestał po prostu ogarniać (...) po prostu no skończyła się obsługa czynności złożonych [W19].* Córka natomiast na ten sam temat dodała, że: *Od jakiegoś czasu tak miał, że na przykład, jak ja mu zrobiłam pranie i dostał w reklamówce czyste rzeczy, to znikalo to z jego świadomości. On w ogóle nie wiedział, gdzie ma w domu to schować, albo w ogóle nie wiedział, gdzie te rzeczy są, nawet jak mu tam schowałam [W19].*

Przytoczone narracje ilustrują postępującą etapami chorobę seniora. Kolejne jej objawy były zauważalne przez opiekunów, ponieważ wiele razy wskazywali oni na widoczne pogarszanie się stanu zdrowia seniora. W swoich wypowiedziach mówili oni o: pogarszającym się słuchu [W14], słabszej kondycji fizycznej [W8], nagłym zapadaniu w sen [W13], zmęczeniu intelektualnym [W15] oraz ogólnym pogorszeniu się stanu zdrowia [W17].

Druga grupa opiekunów to ci, u których podjęcie opieki nastąpiło nagle i niespodziewanie. Udar bądź wylew był dla nich szokiem i sytuacją, której się nie spodziewali. Długie i szczegółowe narracje wskazują na to, jak bardzo zapadł im w pamięci dzień, w którym u ich najbliższych nastąpił udar, a senior zaczął wymagać opieki. Ciekawa wydaje się narracja 50-letniej córki: *W Sylwestra rano ja tu miałam jeszcze mieć imprezę, poszłam pożegnać się tam z rodzicami, bo nie wiadomo było, kiedy tam przyjadę, czy już pierwszego. I za pół godziny mój brat dzwoni, że wezwał karetkę, bo mama straciła przytomność. I brakowało dosłownie pięciu minut, żeby sama została, bo mój tata oczywiście wybierał się tutaj do pracy, bo pracował, nie pracował, ale wyjeżdżał też tutaj, mój brat właściwie zszedł na dół, bo u góry mieszka też się pożegnać i tak dalej, że wyjeżdża. Mama zapinała tacie guziki przy koszuli i nagle ta ręka zaczęła jej sztywnieć, tak że tata tylko zdążył pchnąć ją na kanapę i straciła przytomność. A to był Sylwester tak że praktycznie drugi udar podobno dostała, to na badaniach wyszło, w szpitalu jeszcze silniejszy, że leżała kilka dni tam właściwie z zagrożeniem życia, nie wiadomo było, czy z tego wyjdzie w ogóle, tak że to było straszne [W8].* Swoją wypowiedź podsumowała, mówiąc: *Tego dnia, jak mama dostała tego udaru, to nie zapomnę do końca życia, to nie wiesz, co zrobić [W8].*

Inna rozmówczyni opisała dzień, w którym nastąpił udar jej męża. W wypowiedzi kobiety wybrzmiewały wyrzuty sumienia z powodu nieudzielenia mu pomocy wcześniej: *Byliśmy wtedy na działce, ciepło tak było okropnie, to w czerwcu było, na początku czerwca. On od rana mówi, że się tak czuje nie bardzo. Ja mówię, to weź się z mną tu połóż, no i położył się (...) I nie mógł i wstać, i nie mógł nic.*

(...) No i upadł tak pod tym, widocznie ta się zatkała, ta tętnica, no i nastąpił udar, krew tam chwilę nie poszła. Gdybym ja była na miejscu, wie Pani, to by jeszcze ratowało sprawę z lekka, bo szybciej by to było może. Nie mam pojęcia, ile tam leżał, na pewno kilka minut, z dziesięć minut może. Mogłabym mu pomóc, gdybym była przy tym, jak on upadł, to byłoby szybciej (...). Syn karetkę wezwał, ta karetka z Chełmży (...) No wreszcie z tej Chełmży przyjechali, powoli, lekarz tego mówi: no chyba to udar (...) I się zaczęło [W4]. Kobieta szczegółowo relacjonując dzień, w którym nastąpił udar, nie mogła pogodzić się z tym, że nie było jej przy mężu. Z narracji tej można wnioskować, że winiła się za to. Stwierdzenie *I się zaczęło [W4]* świadczy o dużym obciążeniu, jakim była dla niej opieka nad niepełnosprawnym mężem.

Kolejny rozmówca w następujący sposób opowiadał o dniu, w którym wydarzył się udar: *Natomiast ten moment udaru to się właściwie stało nagle. (...) Najpierw tylko mi wujek zadzwonił, że pojechała do szpitala. Ze szpitala mi dali znać, bo zadzwoniłam, że jest przytomna, że wszystko dobrze, tu był tylko trochę kącik ust opadnięty, a potem to było tak, po godzinie się okazało, że jest w ciężkiej śpiączce, że bardzo duży udar, duża dziura [W17].* Ostatnia z narracji szczegółowo odnosiła się do dnia, w którym nastąpił udar u seniora: *Mama już wieczorem zamknęła drzwi na łańcuch i po prostu ja wejść nie mogłam. Dzwoniłam do mamy, a mama nie odbierała. Mówię: o tej porze musi być i zawsze odbierała, więc po prostu wzięłam klucz i poszłam do mamy, a drzwi były na łańcuch, a mama jak duch chodziła po przedpokoju, patrząc na mnie, mnie nie widziała, ja ją próbowałam przez ten łańcuch, żeby otworzyła, tak że sąsiedzi mi łańcuch zrywali i dopiero wtedy pogotowie wzywałam. Znaczący pogotowie od razu widziało, że jest udar po reakcji. Po zrobieniu tomografu w szpitalu od razu było wiadomo, że jest zniszczona przednia część mózgu, czyli kwestia mowy i rozumienia, mowa zupełnie uciekła [W11].*

Przytoczone wypowiedzi wskazywały, że udar u seniorów to zarówno szok, jak i niedowierzanie ze strony opiekunów, a także zmiana zachowań seniora, u którego sprawność intelektualna pozostała bez zmian. W związku z tym był on w pełni świadom swojego stanu zdrowia i zakresu opieki, jakiej wymagał. Stanowiło to przyczynę rodzących się frustracji i niemożności pogodzenia się z obecnym stanem zdrowia.

5.3. Wydarzenia przełomowe

Znacząca w organizacji opieki przez opiekunów była decyzja o sposobie zamieszkania seniora. W trakcie analizy wywiadów wyodrębniono następujące kategorie związane ze *sposobem zamieszkania seniora*: *zamieszkanie seniora wraz z opiekunami*, *zakup mieszkania seniorowi w pobliżu opiekuna* oraz *opieka doraźna w miejscu zamieszkania seniora*. Kategorie te należą do głównej kategorii *OPIEKA*. W kilku przypadkach nie była podejmowana decyzja o zmianie miejsca zamieszkania seniora, ponieważ od wielu lat opiekunowie mieszkali wraz z osobą starszą w jednym domu.

Wydarzeniem w życiu danej osoby jest istotna, zachodząca w dość krótkim czasie zmiana jego sytuacji, na którą nie ma ona wpływu. Danuta Dobrowolska (1992) wyróżniła dwie kategorie wydarzeń: wydarzenia życiowe oraz wydarzenia przełomowe. Te drugie dotyczą interlokutorów biorących udział w badaniu. Występują one sporadycznie, lecz mają duże znaczenie dla danej osoby, ponieważ mogły się przyczynić do zmiany biegu jej życia. Mają one charakter subiektywny, ponieważ o tym, czy dane wydarzenie należy do grupy przełomowych, decyduje sama jednostka. Dodatkowo należy również pamiętać, że wydarzenia przełomowe wpływają na zmianę widzenia otaczającego świata oraz odmiennej roli w nim jednostki. Autorka dokonała typologii wydarzeń przełomowych:

- wydarzenia występujące w życiu przeciętnego człowieka – zawarcie małżeństwa, założenie rodziny, ciężka choroba lub śmierć członka rodziny, zmiana miejsca zamieszkania, przejście na emeryturę;
- wydarzenia związane ze znaczącym przeżyciem psychicznym, wpływającym na postrzeganie świata i siebie samego;
- wydarzenia, które są konsekwencją wydarzeń historycznych wpływające na przemiany w życiu danego społeczeństwa (Dobrowolska, 1992, s. 84–87).

Z przeprowadzonych badań wynika, że wydarzeniem przełomowym w życiu rodziny, która sprawuje opiekę nad seniorem, jest pogarszający się stan zdrowia seniora, nagła choroba lub moment decyzji podjęcia opieki. Zgodnie z przedstawioną typologią sytuacja, w której znaleźli się narratorzy, tj. podjęcie opieki nad seniorem, można nazwać wydarzeniem przełomowym. A zatem w toku analiz wyłoniono kategorię *wydarzenia przełomowe* w ramach szerszej kategorii *OPIEKA*, która obejmuje konieczność objęcia opieką seniora z powodu pogarszającego się stanu zdrowia lub nagłej niepełnosprawności człowieka starego w wyniku udaru.

Pierwszym wyselekcjonowanym wydarzeniem przełomowym była decyzja o podjęciu opieki nad seniorem. W tym przypadku wypowiedzi opiekunów były

bardzo skrajne. Jedni wypowiadali się, że nie mieli możliwości podjęcia decyzji dotyczącej sprawowanej opieki, ponieważ nikt ich się nie pytał o to, czy będą chcieli zajmować się człowiekiem starym: *A w życiu nie, jeszcze nawet dziękuję nie powie (mąż – przyp. K.Sz.). Bo wie Pani, no ja nic nie muszę, to nie jest moja mama, to jeszcze by chociaż podziękował, prawda? Albo nie wiem. Traktuje to jako coś naturalnego* [W14]. Inni rozmówcy twierdzili, że podjęcie opieki nad seniorem było czymś naturalnym: *To nie jest sprawa do dyskusji. W ogóle to nie było dyskutowane, bo w zasadzie to o czym tu dyskutować. Jest to nasza matka, która nas wychowała i w zasadzie to jest nasz obowiązek w tej chwili, jak gdyby zając się nią i zaopiekować, żeby miała tą starość godną* [W13]. Podobnie opowiadał kolejny opiekun: *Nie, nie było takich rozmów. Wszystko poszło naturalnie. Nie było czegoś takiego, jak ustalanie zakresu obowiązków, bo tak naprawdę to wiedziałam na przykład, że w tym momencie na mojego brata nie mogę liczyć i wiedziałam, że wszystko muszę sama sobie zorganizować, aczkolwiek powiedziałam w pewnym momencie mojemu bratu, że: słuchaj, sama nie dam rady, bo się wykończę* [W8]. Inni wskazywali, że decyzja o podjęciu opieki była ustalana wspólnie ze wszystkimi członkami rodziny, którzy mieli się w nią włączać: *Żona i dzieci, wszyscy, jak najbardziej byli pozytywnie nastawieni na to, że to po prostu jest obowiązek i trzeba pomóc* [W2].

Jak wykazała analiza, drugim wydarzeniem przełomowym była decyzja związana z miejscem zamieszkania i organizacją opieki. Charakterystyczne w przeprowadzonych wywiadach okazały się dwa rozwiązania, które pojawiały się w narracjach osób badanych. Pierwszym z nich było zamieszkanie seniora wraz z opiekunami, na co wskazuje następująca wypowiedź: *Mama mieszka z nami dopiero niecałe dwa lata. Bo we wrześniu będzie dwa lata (data przeprowadzenia wywiadu 17.06.2014 r. – przyp. K.Sz.). Mama mieszka teraz w pokoju Pauliny (córka rozmówczyni – przyp. K.Sz.). (...) Na początku się trochę buntowała, nie chciała, chciała wracać do siebie, mówiła ciągle, ja chcę do siebie, ja tu nie chcę być, no, ale z czasem to się wszystko jakoś tam unormowało* [W6]. U innego rozmówcy zamieszkanie seniora z nim prezentowało się następująco: *Pojawiła się u nas pięć lat temu tak naprawdę. Z małymi przerwami była u nas, no a od właściwie trzech lat jest na stałe z nami. Po prostu mieszka z nami. Ale do końca nie zaakceptowała, bo nawet na początku były problemy, jak stwierdziliśmy, że nie będzie spała w tym pokoju na kanapie, tylko w drugim pokoju i przywieziemy jej łóżko, bo już zdecydowaliśmy, że to już nie będzie żadnego powrotu* [W5].

Drugie rozwiązanie związane z zamieszkaniem seniora dotyczyło zakupu mieszkania seniorowi w pobliżu opiekuna. Potwierdzeniem tego jest przytoczona

narracja: *Myśmy właściwie o tym, że taka sytuacja może nastąpić, myślały bardzo wcześniej, bo kiedy planowałyśmy przeprowadzkę z Rubinkowa, no to postanowiłyśmy kupić mieszkanie, a taka możliwość się nadarzyła wtedy, w jednym domu blisko siebie [W10].* Po chwili kobieta dodała: *Mama mieszka na pierwszym piętrze, my na trzecim. Nocuje u mnie, natomiast w dzień z tą Panią (opiekunka – przyp. K.Sz.) spędza w swoim mieszkaniu [W10].* Podobne rozwiązanie dotyczące zamieszkania seniora zastosowała kolejna rozmówczyni, dodatkowo bardzo ciekawe wydaje się to, w jaki sposób mówiła ona o potrzebie niezależności jej matki: *Moja mama mieszka sama, aczkolwiek mieszkamy w jednym miejscu. Ja mieszkam na trzecim piętrze, ona na parterze. Tak to zostało skonfigurowane, bo dla niej ważne jest to, żeby mieć własne mieszkanie i żeby mieć chociaż, no jakąś namiastkę tej niezależności [W13].* Interesująca była również wypowiedź kobiety sprawującej opiekę nad 90-letnią matką: *I w końcu stwierdziliśmy, że ona nie da rady i sprzedaliśmy ten jej dom. Nadarzyła się taka okazja, mówię, że to było działanie Ducha Świętego. Ja mieszkam w bloku na Dziewulskiego i piętro niżej mieszkała też wdowa i ona chciała sprzedać mieszkanie, bo po prostu było jej za ciężko. Ona miała takie same mieszkanie, jak ja mam, tylko piętro niżej. Lepszego już układu nie mogłoby być. (...) I ona w 2001 roku przyszła tutaj, czyli tu mieszka 13 lat, w tym mieszkaniu na pierwszym piętrze [W15].* W dalszej wypowiedzi na ten temat rozmówczyni dostrzegła wady i zalety takiego rozwiązania. Do dobrych stron zaliczyła: *To są plusy też tego wszystkiego, że ja mogę zaglądnąć, że nie muszę już jechać tramwajem czy autobusem, czy to, że jednak to jest blisko [W15].* Lecz po chwili dodała: *Chociaż tego żałuję nawet, bo bym była tak jak siostry, raz tam na tydzień [W15].*

Odnotowano również liczne przypadki, w których ze względów praktycznych przywiązania seniora do obecnego miejsca zamieszkania czy braku możliwości lokalowych i finansowych senior nadal mieszkał w swoim mieszkaniu. *No tata mieszkał cały czas sam, dawał radę. No niestety nie mieliśmy możliwości, ze względu na swoje warunki rodzinne, znaczy niepełnosprawne dziecko i tak dalej. Zresztą różnica, czy by siedział sam u nas, czy u siebie byłaby żadna [W19].* Inny uczestnik badania mówił o tym w następujący sposób: *Mama nie mieszka tu ze mną, mieszka z moim ojcem, a jej mężem. Mama mieszka niedaleko stąd [W9].* Decyzję o niezmiennianiu miejsca zamieszkania seniora trafnie podsumowała jedna z rozmówczyń, która zamieszkała wraz z mężem w domu swojej matki, aby sprawować nad nią opiekę: *To jest chyba lepsze dla kogoś, żeby był w swoim otoczeniu [W11].*

Ostatnią grupą byli opiekunowie, którzy już przed chorobą seniora mieszkali wspólnie w jednym domu. W związku z tym faktem sytuacja, w której

senior zaczął wymagać wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, nie wiązała się z dodatkowymi problemami, jak w przypadku poprzednich uczestników badania. Jedna z rozmówczyń mówiła: *Mieszkamy ze sobą od zawsze, od 25 lat [W1]*. Rozmówczynie uważała, że sytuacja, w której jej rodzice mieszkają w jednym domu, nie była komfortowa. Wyrażała ona swoje niezadowolenie następującymi słowami: *Ja powiem tak, że no sytuacja to nie jest generalnie fajna, bo niby mieszkamy w jednym domu, czyli u nas, to jest na zasadzie takiego domu, każdy ma swoje mieszkanie, każdy sobie, ja na piętrze, a oni na dole [W8]*. Kobieta w dalszej części narracji wskazała również na zalety mieszkania w jednym domu razem z rodzicami. *Tak że moi rodzice cały czas trzymali nas blisko siebie, zresztą rodzina wielopokoleniowa była i babcia, i cały czas związek ten rodzinny był dosyć silny i czasami, jak to dzieciaki się buntowały, no, ale generalnie zaakceptowaliśmy to, że mieszkamy razem, rodzice mówią fajny układ na starość, bo niby jesteśmy osobno, a jesteśmy razem, co się zresztą sprawdzało w innych sytuacjach, czy jakieś tam urlopy i tak dalej, pilnowanie, nie trzeba było światła sztucznie zapalać [W8]*.

Przytoczone wypowiedzi pokazują, że wydarzeniem przełomowym, a zarazem rozpoczęciem opieki był moment decyzji o sposobie zamieszkania seniora. Rozmówcy zdecydowali się na trzy odmienne od siebie rozwiązania:

- człowiek starszy zamieszkiwał wraz z opiekunem w jego mieszkaniu;
- opiekunowie zdecydowali się na zakup mieszkania w pobliżu ich własnego lokum, zazwyczaj była to ta sama ulica lub blok;
- opiekunowie przeprowadzali się do domu seniora.

5.4. Utrata samodzielności seniora

W przeprowadzonych wywiadach opiekunowie bardzo dokładnie potrafili wskazać zarówno obszary życia codziennego, w których senior był samodzielny, jak i te, które wymagały całkowitej pomocy z ich strony. Oczywiście w przypadku każdego z seniorów obszary samodzielności i niesamodzielności były różne. W wyniku analizy wywiadów wspieranej komputerowo przy użyciu MAXQDA wyłoniono w ramach szerszej kategorii SENIOR kategorię *samodzielność seniora* oraz znaleziono desygnaty tego pojęcia, wśród których pojawiły się następujące obszary aktywności: *spożywanie posiłków, przygotowywanie posiłków, ubieranie i rozbieranie się, utrzymywanie higieny osobistej, kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych oraz inne czynności*. W związku z tym sprawne zorganizowanie opieki wiązało się przede wszystkim z wyzwaniami związanymi z pojawiającą się niesamodzielnością i zależnością seniora od innych osób. Uczestnicy

badania w miarę możliwości starali się utrzymywać samodzielność człowieka starego na stałym poziomie poprzez aktywizowanie fizyczne i intelektualne. Tabela 7 wygenerowana w MAXQDA przedstawia charakterystykę tych kategorii.

Tabela 7. Zmienne charakteryzujące kod: opiekun osoby starszej/ opiekun o seniorze/ samodzielność seniora

Kod	Wszystkie zakodowane fragmenty	Dokumenty
kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych	18	11
utrzymywanie higieny osobistej	17	7
spożywanie posiłków	15	11
przygotowanie posiłków	13	7
ubieranie się i rozbieranie	10	6
inne czynności dnia codziennego	23	12

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 7 przytoczono najczęściej wymieniane przez opiekunów osób starszych sfery samodzielności seniora. Zostały one podzielone według częstości występowania. Najczęściej wymieniane były *inne czynności dnia codziennego* – 23 fragmenty, które pojawiły się w 12 wywiadach. Dotyczyły wykonywania czynności domowych, wśród których wymieniano: składanie ubrań, robienie prania, ścielenie łóżka oraz robienie zakupów. Następnie opiekunowie, odwołując się do samodzielności seniora, wskazywali na *kontrolowanie czynności fizjologicznych* – 18 fragmentów, które pojawiły się w 11 wywiadach. W trzeciej kolejności opiekunowie mówili o *utrzymaniu higieny osobistej* przez seniora. Kod ten wystąpił 15 razy w 11 wywiadach. Duże znaczenie w opiece nad seniorem miało również *samodzielne spożywanie i przygotowywanie posiłków*. Kody te wystąpiły łącznie 28 razy i w niemal każdym wywiadzie, gdyż – jak można zauważyć – w tabeli 7 kwestia posiłku została poruszona w 18 z 20 wywiadów.

Ostatnim aspektem, równie istotnym, było samodzielne *ubieranie się i rozbieranie*, które wśród narracji było sygnalizowane 10 razy w sześciu wywiadach. Samodzielność seniora była istotnym elementem funkcji opiekuńczej, ponieważ to od niej zależało, w jakim zakresie człowiek stary wymagał pomocy i opieki. Ujmując globalnie dane zawarte w tabeli 7 – kwestie dotyczące samodzielności

pojawiły się w 96 zakodowanych fragmentach. Można zatem wysnuć wniosek, że ten aspekt dominował w wypowiedziach opiekunów rodzinnych, gdyż w najbardziej znaczący sposób wpływał na ich możliwości odpoczynku, podjęcia bądź kontynuowania pracy zawodowej czy też spędzania czasu wolnego poza domem. W tabeli 8 przedstawiono wybrane wypowiedzi na temat sfer, w jakich seniorzy byli samodzielni.

Tabela 8. Sfery samodzielności seniora

Kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych
<p><i>Mama sama się załatwia, w niczym nie muszę jej pomagać. W nocy też mama się budzi i idzie do toalety, tak że nie trzeba zakładać pieluchomajtek [W9].</i></p> <p><i>Mama idzie sobie sama do ubikacji, ma pieluchomajtki, nie pampersy, żeby łatwiej jej było je zdjąć. W toalecie nie pomagam, jeszcze na razie [W7].</i></p> <p><i>Na szczęście sama się podciera, nie ma problemu. Kiedyś przyjechałam rano, to widziałam, że się wyciera. Wytarła się dobrze, kazałam jej umyć ręce [W14].</i></p>
Utrzymywanie higieny osobistej
<p><i>Umyje się sama, ale nie kąpiele. Mama ma całą sparaliżowaną stronę po udarze [W3].</i></p> <p><i>Sama idzie się myć, ledwo zdąży do szóstej zrobić to wszystko wokół siebie, umyje się, ubierze, rozbierze, to wszystko tak trwa (...) po kolacji idzie, myje zęby [W5].</i></p> <p><i>Umyje się sam, ale to też muszę powiedzieć mu, umyj sobie pod pachami, nogi sobie umyj [W18].</i></p> <p><i>Myje się sama, tylko wody jej się nalewa [W17].</i></p>
Spożywanie posiłków
<p><i>Mama, gdy ja jej zanoszę obiad, to nigdy nie prosi o pokrojenie. Ja czasami wiem, że to mięso wymaga pokrojenia, ona mówi: poradzę sobie, poradzę sobie [W8].</i></p> <p><i>Samodzielnie dostaje kanapkę i pomidorka pokrojonego i potrafi to zjeść sama [W6].</i></p> <p><i>Tak on jest samodzielny, bo on się najeść naje [W18].</i></p>
Przygotowywanie posiłków
<p><i>Sama sobie robi śniadania i kolacje [W15].</i></p> <p><i>Mama, jak ma jakieś natchnienie, to gotuje. I wtedy ugotuje cały wielki garnek zupy [W15].</i></p>
Ubieranie i rozbieranie się
<p><i>W tej chwili buty sama potrafi założyć, a przy ubieraniu no to pomagam, ale potrafi podciągnąć sobie piżamkę czy zdjąć szlafrok [W6].</i></p> <p><i>Mama sama się ubiera, nawet jeżeli coś tam nie potrafi sama założyć, to jej trzeba powiedzieć, jak założyć bluzkę [W5].</i></p> <p><i>Zakłada buty, sama. Bardzo długo to trwa, ale sobie założy [W7].</i></p> <p><i>Potrafi się ubrać sama w soboty i niedziele, gdy ja się nigdzie nie spieszę (...) [W12].</i></p>

Pozostałe czynności dnia codziennego
<i>Samodzielnie ścieli łóżko i to z precyzją taką, że pozazdrościć [W11].</i>
<i>Zakupy takie drobne robi, przepierki robi (...) [W19].</i>
<i>Czasami widzę, że sobie upierze majtki, spodnie i sobie powiesi [W14].</i>
<i>Składa pranie, czyli wszystkie tam figi, podkoszulki, wszystko, co pierzemy [W5].</i>

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane przytoczone w tabeli 8 w kontekście zmiennych liczbowych, które charakteryzowały ten obszar analizy, można stwierdzić, że opiekunowie rodzinni byli baczными obserwatorami poczynań seniorów. Ich narracje wielokrotnie powracały do wątku samodzielności seniora. Jedni mówili o tym z zauważalną ulgą, że jeszcze dane czynności senior wykonuje sam. Inni, którzy sprawowali opiekę nad osobą starszą, cierpiącą na otępienie typu Alzheimer bądź po udarze, wymieniali sfery samodzielności seniora z dumą, gdyż wiele umiejętności osoby starsze musiały na nowo nabyć wskutek ich utraty w wyniku choroby bądź niepełnosprawności wywołanej udarem. Sfery samodzielności seniora dotyczyły głównie czynności dnia codziennego, których niewykonywanie przez seniora obciążało opiekuna. Z jednej strony były to proste czynności typu składanie ubrań, robienie prania czy też takie, które wymagały większego wysiłku fizycznego i psychicznego – ścielenie łóżka bądź zrobienie zakupów. Na drugim miejscu w częstotliwości wypowiedzi opiekunów rodzinnych pojawiało się kontrolowanie czynności fizjologicznych. Mimo że wprost ta kwestia nie została poruszona we wszystkich wywiadach, była ona istotnym aspektem przeważającym o natężeniu opieki. Również w tym obszarze opiekunowie odczuwali wytchnienie, choć jednocześnie zdawali sobie sprawę, że może nadejść dzień, w którym ta sfera będzie wymagała pomocy z ich strony. Z tą sferą związane było także utrzymywanie higieny osobistej przez seniora. Wskazywana była ona przez opiekunów w kontekście niewielkiej pomocy z ich strony. Pozostałe sfery dotyczyły spożywania i przygotowywania posiłków oraz samodzielnego ubierania się. Były one znacznie rzadziej sygnalizowane. Wynikać to może z tego, że czynności te wiążą się z najmniejszym odczuwalnym obciążeniem ze strony narratorów.

Wraz z pogarszającym się stanem zdrowia seniora poszerza się zakres opieki świadczonej przez opiekuna. Opiekunowie zauważali stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia seniora. Kobieta sprawująca opiekę nad 92-letnią matką mówiła najpierw o czasie, w którym jej matka była sprawna: *Póki babcia znała i wiedziała, jak się nazywa, gdzie mieszka, umiała liczyć, to nie było jeszcze problemu [W1].*

Po chwili kobieta dodała: *Mama tam jeszcze w jakiś sposób była sprawna, czyli sama sobie chodziła, potrafiła od rana jabłuszko sobie zjeść, czy inne ciasto, które leżało na stole, postawione było na talerzyku czy herbatę wypić [W1].* Rozmówczyni doskonale pamiętała okres sprawności matki, opowiadała o nim ze szczegółami. W całym wywiadzie wątek sprawności seniorki przeplatał się z jej obecnym stanem zdrowia i funkcjonowania. O pierwszych objawach choroby badana mówiła tak: *Kiedy babcia nic nie umiała i nie wiedziała, jaki jest miesiąc, jaki jest dzień tygodnia, nie wiedziała, jak ma na imię, to już wiadomo, że u babci zaczął się jakiś tam problem. No, ale uczyliśmy się tego, to następowało powoli [W1].*

W przypadku innego opiekuna decyzja o podjęciu opieki była spowodowana depresją, na którą zapadła seniorka. O stanie swojej matki przed podjęciem opieki osoba udzielająca wywiadu mówiła następująco: *Mama już nie była w stanie gotować obiadów, albo robiła to w sposób taki, który widać było, że jej sprawia trudność. Zresztą zaniedbała się, schudła. (...) Nie radziła sobie z takimi codziennymi sytuacjami. Objawy no to takie zaniedbania fizyczne, też schudła bardzo i no mam wrażenie, że ponieważ nie kontrolowałyśmy co je, w każdym razie niesystematycznie, no to ona te posiłki tak coraz bardziej ograniczała [W10].* Kobieta uważała, że dzięki podjęciu opieki stan jej matki uległ polepszeniu: *Od momentu, kiedy zajęliśmy się mamą, jej stan się trochę polepszył, jak zaczęliśmy się tak systematycznie nią opiekować, to się polepszał, na przykład wzrosła waga, no bo jak systematycznie jadła takie pełnowartościowe posiłki, sama sobie chyba już nie gotowała zbyt dobrych rzeczy [W10].* Podobnie przedstawiała sytuację 68-letnia kobieta sprawująca opiekę nad swoją matką. Rozmówczyni uważała, że odkąd sprawuje opiekę nad nią, stan jej zdrowia uległ polepszeniu. Wskazuje na to następująca wypowiedź: *Tak stopniowo zaczęła chudnąć i dopiero wzięliśmy się za nią, tak jak to możliwe i zaczęła jeść [W15].*

Mężczyzna sprawujący opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera mówił o niej w następujący sposób: *Kiedyś była wyjątkowo czysta, dom był utrzymany w takiej czystości, że ja byłem zawsze lekko zestresowany i narzekałem, że dom jest zupełnie jak muzeum, że wręcz można się przewrócić na posadzkach, tak to wszystko błyszczało, było wyfroterowane [W9].* W innym miejscu wywiadu mężczyzna uważał, że jego matka długo potrafiła kamuflować pierwsze objawy choroby w taki sposób, że mało kto z otoczenia zauważał trudności, z jakimi zmagala się seniorka. Potwierdzają to następujące słowa: *Kiedyś mama jeszcze bardziej to wszystko potrafiła jakoś tak zagrać, że to wychodziło w bardzo naturalny sposób, teraz dla mnie to jest od razu czytelne, ale właśnie no mama zawsze potrafiła się jakoś odnaleźć w różnych sytuacjach i była taką duszą towarzystwa [W9].* W chwili

przeprowadzania wywiadu mężczyzna uważał, że choroba Alzheimera posunęła się w znaczny sposób: *I było widać, że ewidentnie mama się posuwa w dół, mimo właśnie całej tej swojej elokwencji, umiejętności zachowania się, co jeszcze zostało jej z dawnych czasów, ale to coraz powoli było widać, że jednak się zatracca, gubi się w tym wszystkim, no i teraz to już niestety, jak to badania pokazały, że jest na poziomie trzyletniego dziecka, a nawet może i dwu* [W9].

Jako podsumowanie tej części analiz zostanie przytoczona wypowiedź mężczyzny sprawującego opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera, który opowiadał, w jaki sposób obiektywnie stwierdził pogarszający się stan zdrowia jego matki: *Tym bardziej, że ja jestem subiektywny, więc nagrywałem mamę i później porównywałem te zapisy sprzed roku, sprzed dwóch lat i to już dawało mi dosyć obiektywny wgląd. I było widać, że ewidentnie mama się posuwa w dół, mimo właśnie całej tej swojej elokwencji, umiejętności zachowania się, co jeszcze zostało jej z dawnych czasów, ale to coraz powoli było widać, że jednak się zatracca, gubi się w tym wszystkim* [W9].

5.5. Zanik relacji społecznych

Analiza treści wspierana komputerowo wykazała, że *kontakty społeczne i zainteresowanie światem* były widocznym obszarem zmian, jakie nastąpiły w życiu seniora. Kategoria ta należy do szerszej kategorii SENIOR. Dawniej, czyli przed wystąpieniem choroby, seniorzy mieli częste kontakty społeczne. Przez opiekunów byli określani jako osoby towarzyskie. Potwierdza to wypowiedź jednej z osób badanych: *Mama była na tyle mobilna, to znaczy były psiapsiółki, jej koleżanki przychodziły i było tu pełne życie, (...) bo ona miała pełny dom ludzi* [W7]. W wyniku udaru nastąpiła u seniorki afazja mowy uniemożliwiająca komunikację. Przyczyniło się to do tego, że zamarły całkowicie kontakty społeczne. Rozmówczyni ubolewała nad tym, jednocześnie poszukując racjonalnego wytłumaczenia takiej sytuacji: *A teraz, jak ona tak nie może rozmawiać, każdy się krępuje, bo może źle się czuje. (...) Jeśli chodzi o odwiedziny koleżanek, to teraz rzadziej, prędzej telefonicznie no, bo z mamą tak nie ma takiego kontaktu* [W7]. Na zanik kontaktów społecznych wskazała również córka, sprawująca opiekę nad matką po udarze. Interlokutorka mówiła o tym następująco: *Nasz dom był zawsze domem otwartym. Masa osób się przewijała, masę imprez się robiło, znaczy moi rodzice, bo myśmy byli wtedy jeszcze dziećmi* [W8]. Potem kobieta opowiadała o koleżankach jej mamy, które starały się kontaktować z jej matką, ale podobnie jak w poprzednim przypadku czuły skrępowanie i nie wiedziały, czy ich

wizyta nie będzie odbierana negatywnie przez seniorkę. Obrazuje to następująca wypowiedź: *Na początku to rozumiem je, dzwoniły, czy można mamę odwiedzić, czy nie będzie się krępować, czy nie będzie zmęczona. To ja oczywiście, bardzo chętnie, zapraszam, przynajmniej będzie miała towarzystwo [W8].*

Kolejnym obszarem odnoszącym się do relacji społecznych było *dbanie o podtrzymywanie kontaktów seniora z innymi osobami*. Opiekunowie wskazywali na aktywne zaangażowanie w działania, prowadzące do podtrzymywania kontaktów społecznych seniorów, nad którymi sprawowali opiekę. Jedna z rozmówczyń mówiła o tym w następujący sposób: *Nieraz ściągają tam te jej psiapsiółki, jak do Kościoła chodziły razem to, jak wracają, to chcą, żeby weszły, żeby sobie z nią pogadały. Może trochę sobie coś przypomni [W12].* Kolejny opiekun w taki oto sposób wypowiadał się na temat dbania o kontakty seniora ze znajomymi: *My ją jakby zachęcamy do rozmów telefonicznych ze swoimi dawnymi znajomymi, co tydzień próbujemy, żeby tam z kimś porozmawiała, chociaż te rozmowy to tak wpływają na nią dosyć depresyjnie, powiedziałabym, dlatego że przypominają ten czas, kiedy człowiek był młody (...) [W5].* Wypowiedź ta może świadczyć o stopniowym wycofywaniu się z podtrzymywania kontaktów seniora z dawnymi znajomymi. Podobnie brzmiała wypowiedź kobiety sprawującej opiekę nad mężem po udarze: *Na początku, spraszalam wszystkich, dzwoniłam wręcz. Przyszli raz i nie chcieli potem głowy zawracać, bo każdemu się wydaje, że przeszkadza, ale ja do tych takich bliższych znajomych to dzwoniłam, no zajdziecie, pogadacie z nim trochę. Na to oni: no dobra, to leć [W4].* Po chwili narratorka dodała: *A w tej chwili nawet tak nie spraszam już, bo jestem zmęczona już. No to rzadziej już to robię [W4].*

Córka 80-letniej kobiety dotkniętej chorobą Alzheimera również dążyła do utrzymywania przez jej matkę kontaktów z rówieśnikami. Obrazuje to następująca wypowiedź: *Chcę, żeby mama miała kontakt z tymi koleżankami, organizuję takie spotkania, że tam w soboty zawsze Maciek mamę zawozi, cały dzień tam z tymi koleżankami jest, wieczorem po mamę jedziemy [W6].* Bardzo interesująca była wypowiedź kobiety opiekującej się mamą po dwóch udarach, u której nastąpiła afazja mowy. Rozmówczynie swoją wypowiedź dotyczącą kontaktów seniora z innymi osobami podsumowała w następujący sposób: *A, jak mama teraz nie mówi, to jestem praktycznie tłumaczem, jak przychodzą koleżanki (...) tylko ja po prostu funkcję mamy spełniam [W7].*

5.6. Więzi i zobowiązania międzypokoleniowe w opiece nad seniorem

Charakter relacji w rodzinie zależy przede wszystkim od siły więzi między pokoleniami. Rodziny mogą się różnić od siebie pod względem struktury, relacji oraz atmosfery, jaka w niej panuje. Członkowie rodziny współdziałają ze sobą i są sobie bliscy. Świadomość łączności z członkami rodziny oraz poczucie przynależności do niej to dwie główne siły, jakie scalają osoby w rodzinie (Izdebska, 2010, s. 145–146). Analiza wywiadów wspierana komputerowo wykazała, że opieka nad człowiekiem starszym wpływała na relacje w rodzinie. Wyłoniona w kodowaniu kategoria *relacje między pokoleniami w rodzinie* została przyporządkowana do szerszej kategorii SENIOR i podzielona na trzy elementy: *relacje między seniorem a głównym opiekunem*, *relacje między małżonkiem głównego opiekuna a seniorem* oraz *relacje między seniorem a wnukami*. Podział ten wynika z rozumienia rodziny zgodnie z teorią systemową. Relacje między poszczególnymi członkami rodziny wpływają na podejmowane przez nią działania, mające na celu powrót do równowagi, która została zachwiana w wyniku choroby seniora.

W wyniku analiz wspieranych komputerowo możliwy był podział *relacji między seniorem a głównym opiekunem* na cztery grupy. Pierwsza wskazywała na *bardzo dobre i niezmiennie relacje pod wpływem choroby*. Druga grupa opiekunów mówiła o *rozgorzyczeniu i poczuciu przegranej*, kolejna wskazywała na *neutralne stosunki*. W jeszcze innej ujawniało się *silne przywiązanie opiekuna do seniora*.

Jeden z bardzo ważnych elementów opieki stanowi stosunek opiekuńczy. Powinien on wywiązać się między opiekunem a seniorem. Nawiązanie tego stosunku oznacza zaakceptowanie przez opiekuna i osobę starszą, nad którą jest sprawowana opieka, ról, jakie będą pełnić oni w procesie opieki. Opiekun w tym przypadku będzie osobą, która zaspokaja potrzeby seniora. Natomiast osoba starsza będzie pełnić rolę osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji. Stosunek opiekuńczy, jaki łączy rozmówców z starszymi wiekiem członkami rodziny, ma charakter rodzinny. Dotyczy on opieki na linii rodzice–dzieci oraz jest zindywidualizowany, gdyż występuje tam, gdzie opiekun zajmuje się jednym członkiem rodziny, umożliwiając tym samym indywidualny stosunek opiekuńczy (Nowicka, 2011, s. 152–161).

Z przeprowadzonych badań wynika, że wielokrotnie pojawiał się wątek związany z relacjami, jakie łączą głównego opiekuna z seniorem, nad którym jest sprawowana opieka. Uczestnicy badania wskazywali na relacje, jakie ich łączyły

z seniorem przed wystąpieniem choroby oraz mówili, jakie relacje panują między nimi obecnie.

Z przeprowadzonych analiz wyłoniły się podstawowe typy relacji opiekunów z seniorami. Pierwszy z nich pokazuje relacje *bardzo dobre i niezmiennie pod wpływem choroby*. Obrazuje to wypowiedź narratorki. *Mama zawsze była dla mnie dobra i dla wszystkich była dobra. Była takim człowiekiem i uczynnym, i zaradnym. Była zawsze głową rodziny, decydowała o wszystkim* [W6]. W dalszej części rozmowy interlokutorka mówiła o tym, że stara się robić wszystko, aby jej mama była zadowolona: *Nie, mama jest taka ugodowa. Zresztą też my staramy się być dla niej, staramy się zrobić wszystko tak, żeby jej było jak najwygodniej* [W6]. Również córka 82-letniej seniorki po wylewie bardzo pozytywnie wyrażała się na temat swojej matki, uważając, że koleżanki zazdrościły jej takiej mamy: *Była bardzo dobrą mamą, była i jest, choć my się teraz nią opiekujemy. No takiej mamy nie ma, nie znałam wśród ludzi, którzy by mieli taką mamę* [W7]. W dalszej części wywiadu kobieta potwierdziła to, mówiąc: *Zawsze mieliśmy dobry kontakt. Codziennie był kontakt telefoniczny rano i wieczorem* [W7].

Inna rozmówczyni stwierdziła: *Ja z mamą moją zawsze miałam dobry kontakt, na zasadzie koleżanki, aczkolwiek rodzice mnie krótko trzymali* [W8]. Potem mówiła o relacjach z matką: *Była zawsze dla mnie na zasadzie koleżeńskiej, ale też i rady, i wszystko razem robiłyśmy, od remontowania domu (...) myśmy razem meble przestawiały, razem zakupy, razem gotowały, wszystko razem* [W8].

Oto przykład wypowiedzi świadczącej o dobrych relacjach z matką: *Tak, zawsze przez całe życie dobry był kontakt. I w momencie zachorowania mamy on się nic nie zmienił, został taki sam, tak że bez żadnych skutków na tej płaszczyźnie* [W10]. O dobrych relacjach z matką świadczyło również wspólne spędzanie czasu wolnego: *Jak jest jakaś uroczystość, to uczestniczy w niej, przynajmniej co do posiłków (...)* [W10].

W zebranych narracjach pojawiały się szacunek i wdzięczność za wychowanie. Podczas rozmowy kobieta w sposób pozytywny wypowiadała się na temat swojej matki, wskazując na same jej zalety. Uważała, że opieka nad jej matką nie jest ciężkim zadaniem. Potwierdza to następująca wypowiedź: *Ona w ogóle nie jest uciążliwa, bo ją się posadzi w krzeselku i ona sobie siedzi, i ona obserwuje, i można sobie swobodnie wszystko zrobić* [W13].

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów wyodrębniono także grupę opiekunów, których wypowiedzi były przepełnione żalem, pretensjami i poczuciem porażki, gdyż mimo włożonego wysiłku w sprawowaną opiekę uczestnicy badania nie odczuli wdzięczności ze strony seniora. Jedna z badanych, która sprawowała

opiekę nad matką od 2,5 roku, miała problem z zaakceptowaniem złośliwych zachowań jej matki wynikających z choroby: *Niby człowiek wie, że to jest choroba, ale czasem jest tyle w tym złośliwości, akurat do tej osoby, która chce najbardziej pomóc, że człowiek ma wrażenie, że to jest jakieś takie celowe, złośliwe, nie wiem* [W11]. Natomiast kobieta sprawująca opiekę nad matką sądziła, że seniorka ma mniejsze oczekiwania co do opieki w stosunku do jej braci niż do niej: *Mimo że mama ma telefon, to tak niechętnie do synów dzwoni, bo po co ich budzić po nocy, przeszkadzać. Ona wie, że ja muszę, ale oni nie muszą, niekoniecznie* [W3]. Mimo wyraźnego żalu do matki o nierówne wymagania w stosunku do swoich dzieci była silnie z nią związana. Zauważyć to można w następnej narracji: *Musimy zadbać o siebie, bo jak my same o siebie nie zadbamy, to kto o nas zadba? Nikt. Tak że my musimy walczyć obie o siebie, może rodzina miała pretensje, ale nie ma nikogo do pomocy* [W3].

Rozmówcy mówili o niełatwych stosunkach z seniorem. *Bo ja na przykład nigdy od mojej teściowej nie usłyszałam pytania: Czy ty się dobrze czujesz? Zawsze mam mieć siłę, nie mogę być zmęczona, chora. Bo nawet były takie sytuacje, że tam leżałam dwa czy trzy dni, to ona się nie zapytała, czemu leżę, więc nie wiem, z czego to wynika, że ją to nie interesuje, nie mam pojęcia* [W5] – mówiła jedna z uczestniczek badania. Czasami do głosu dochodziły negatywne emocje. *Ona pewne rzeczy mówi i dla mnie to takie zaskakujące, że wydawało mi się, że jako synowa byłam akceptowana i po trzydziestu paru latach, jak się okazuje, że nie. To jest takie dosyć przykre, bo się wydawało, że człowiek ma kontakt, że się fajnie rozmawia* [W5] – stwierdziła jedna z rozmówczyń.

Na relacje między opiekunem a seniorem nakładały się doświadczenia z przeszłości, z dzieciństwa. W relacjach na ten temat pojawiały się dawne dziecięce krzywdy, żale. Jedna z rozmówczyń w taki sposób mówiła o swojej matce: *Ona nie była taka empatyczna, nie pamiętam, żeby mnie mama przytulała, pogłaskała, czy tam powiedziała: Kocham cię dziecko, nigdy tego nie usłyszałam* [W15]. Rozmówczynie uważała, że jej matka nie miała do niej szacunku, nie potrafiła poprosić o pomoc: *Odzywa się do mnie bezosobowo, ja mówię: mamo, przecież dałaś mi na chrzcie świętym imię, pamiętaj o tym. Albo myli moje imię. Nie mówi tak, jak to zawsze Jadziu czy coś* [W15]. Kolejna sytuacja, którą przytoczyła uczestniczka badania, dotyczyła wspólnych niedzielnych obiadów, podczas których seniorka sprawiła jej przykrość. Obrazuje to następująca wypowiedź: *Przychodziła do mnie zawsze w niedziele na obiad. Przychodzi pierwszego, w Nowy Rok, teraz w tym roku i mówi: No to wreszcie przyszedłam do koryta się najęść. Ja mówię: Do jakiego koryta? Ja tutaj przy korycie ci nie dają przecież jeść. To już teraz będziesz sama sobie gotowała* [W15].

Mężczyzna sprawujący opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera niezbyt dobrze wspominał okres dzieciństwa. Sądził, że brakowało mu okazywania uczuć ze strony matki. Można odnieść wrażenie, że krytykował swoją matkę za sposób wychowania: *Moja mama była bardzo wymagająca. W zasadzie nawet można powiedzieć, że surowa. Dużo jej zawdzięczam, dużo mnie nauczyła, ale jak na pedagoga, to nie była zbyt pedagogiczna, uważam, bo ciągle krytyka bez pochwalania to nie jest chyba jednak najlepsza metoda i w sumie miałem taki dosyć zimny wychów. Nie było przytulania, czułości, całowania i tak dalej* [W9]. Uczestnik badania był jedynakiem i doskonale zdawał sobie sprawę z silnego przywiązania do matki. Swoje obawy związane z postępującą chorobą wyrażał w następujący sposób: *Jestem jedynakiem i byłem niestety z mamą bardzo związany, bardzo emocjonalnie byłem związany, nawet za bardzo uważam i zawsze się bałem, że kiedyś mamę stracę, a w tej chwili to jej nie ma* [W9]. Po chwili kontynuował ten wątek: *Twardy dysk w zasadzie zresetowany na zero i czasami są jeszcze jakieś przebłyski wspomnień, zostały filmy wideo, zostały niektóre wspomnienia, jakieś zapisane kartki z życzeniami i tak dalej, i to jest dla mnie bardzo bolesne* [W9].

W zebranych narracjach można dostrzec ambiwalencje emocji i zachowań zarówno opiekunów, jak i seniorów. Jedna z rozmówczyń stwierdziła: *Z mamą pijemy razem kawę, na lody przychodzi (...) staramy się, żeby i obiad zjadła z nami* [W15]. Ale jednocześnie w dalszej części wywiadu stwierdziła: *Ciągle z tą mamą, jak ona umrze, to też przeżyję na swój sposób. Chociaż nieraz sarkam na nią, narzekam, ale, że jej nie będzie, bo przyzwyczajona jestem. Mogę to przeżyć, czasami się tak zastanawiam nad tym, chociaż ona mi bardzo dużo zdrowia zabrała, wie Pani, naprawdę nerwów i w ogóle, ale to jest silniejsze od człowieka ta miłość do matki* [W15].

Inna interlokutorka sprawująca opiekę nad matką po udarze swoje relacje z nią zrelacjonowała następująco: *Ja mam dwa takie spostrzeżenia własnej matki. Pierwsze to jest takie jeszcze z okresu dziecięcego, sprzed choroby chyba, bo tak teraz to sobie uświadomiłam, że była osobą taką bardzo zaradną i rzeczywiście w tych ciężkich czasach w miarę dobrze sobie radziła, ale też była taka bardzo nieznosząca sprzeciwu, jednak musiało być wszystko podporządkowane jej, no to był sposób na jakąś organizację tego domu, trudno powiedzieć (...)* [W17]. Pojawiały się także wypowiedzi wskazujące na zadawnione konflikty: *No, ale były ciągle konflikty, znaczy to się pogłębiało. Ona narzekała, że jest źle, niedobrze traktowała nas. No i była też coraz gorsza* [W17] – mówiła o swojej matce jedna z rozmówczyń.

Wśród rozmówców byli i tacy, którzy wskazywali na zmianę relacji z seniorem pod wpływem choroby. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na wypowiedź

60-letniej kobiety sprawującej opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera: *Używa wulgarnych słów, strasznie zaczęła kląć, jak się zdenerwuje, to klnie bardzo. Różne osoby wyzywa albo sama do siebie, siedzi i to taki, to taki, coś tam gada (...) jak ja wyjadę, to mówi: była tu, okradła mnie, ubrania mi pozabierała, po co ona tu przychodzi, taką jakąś złość. A jak mnie widzi, to jest szczęśliwa [W20].* Potem kobieta dodała: *Jest mi przykro z tego powodu, że to moja mama, że była inną osobą, teraz jest kimś innym. Bardzo często z tego powodu mam jakieś stany niefajne. Ciężko mi to zaakceptować [W20].* Mimo to kobieta starała się spędzać wspólnie czas ze swoją matką, ponieważ uważała, że była ona osamotniona, gdyż nie miała kontaktów z innymi osobami, oprócz jej i jej brata, którzy wspólnie opiekowali się nią. *Ja zawsze z nią piję kawę, bo ona tak chce, jak ja przyjadę, porobię, to żebyśmy usiadły i zawsze moją wizytę kończę, żeby tak ją uspokoić, żeby wypić kawę, porozmawiać. No to pije ze mną kawę [W20].*

Kolejna grupa narratorów wskazywała na *bardzo mocne przywiązanie do seniora* i to bez względu na jego zachowania i reakcje wynikające zazwyczaj z choroby. Czasami była to reakcja wymuszona zachowaniami seniora, czasami wręcz próba uzależnienia. *Czyli no całe życie byliśmy gdzieś tam uzależnieni od siebie, bardziej my od babci. Musieliśmy być posłuszni, jakoś ją lekko, no, słuchać w miarę możliwości, bo inaczej by się nie dało [W1].* Narracja ta odnosiła się do całej rodziny i wskazywała na uzależnienie od matki. W dalszej części wypowiedzi mieszały się pozytywne emocje ze zmęczeniem. *Jestem zmęczona, a w drugim stopniu jakaś szczęśliwa, że ją mam, że jest ze mną, że żyje, że każdego dnia mogę do niej cokolwiek powiedzieć, nawet w tym momencie wyzalić się, uśmiechnie się do mnie, powie daj buziaka, czy nadstawi tą buźkę, żeby ją pocałować. Myślę, że to jest inaczej, jak się opiekujemy mamą na co dzień, a inaczej jak siostry moje czy ktokolwiek z mojej rodziny przyjeżdża raz na jakiś czas [W1].* Jak podawała uczestniczka badania, jej życie codzienne było nacechowane ciągłą troską i czuwaniem. *Zawsze wieczory i nocki są troszeczkę inne, bo bardziej musimy czuwać, coś puknie, coś stuknie, to jest reakcja od razu natychmiastowa, prawie że w pionie, bo nie wiemy, co się stało [W1].* Na koniec kobieta stwierdziła: *Jakoś tak bardzo, bardzo będzie nam jej brakowało po jej odejściu, bo nie umiemy żyć bez siebie, bo ciągle jesteśmy dzień, prawie, że i noc ciągle razem gdzieś w tych czterech ścianach [W1].*

W wypowiedziach narratorów pojawiała się determinacja, zrozumienie sytuacji, refleksja nad własnym życiem. Kobieta sprawująca opiekę nad bratem z niepełnosprawnością intelektualną mówiła o silnym przywiązaniu do niego: *No był ważny dla mnie, ale stało się to, co się stało i muszę się nim zajmować, no nie wyrzucę go, bo gdzie go mam wyrzucić [W18].* Potem dodała: *Tomus siedzi*

w kuchni i razem jemy śniadanie sobie. Mam towarzystwo, nawet mi dobrze z tym towarzystwem. Bo tak, jak byłam sama te dwa miesiące, to zrobiłam sobie śniadanie, to przyszedłam do dużego pokoju, telewizor sobie włączyłam, to z telewizorem jadłam. A tak to z nim się najem, posprzątam, kawkę mu zrobię, bo on lubi kawę. No wtedy mu kawę robię, jak jest ciepło, to teraz idzie na balkon, siedzi na balkonie [W18].

Przytoczone wypowiedzi głównych opiekunów wskazują na złożoność relacji między nimi a seniorem. Z jednej strony są one bardzo dobre i nie uległy zachwianiu pod wpływem sprawowanej opieki nad seniorem, z drugiej zaś wśród badanych opiekunów była grupa, która mówiła o poczuciu przegranej, porażki i wyczerpaniu sprawowaną opieką, połączoną dodatkowo z nieustannymi konfliktami ze starszym członkiem rodziny.

Więź rodzinna jest specyficznym rodzajem więzi społecznej, który można określić jako wszelkie stosunki społeczne i zależności między członkami rodziny. Leon Dyczewski (1994b, s. 20) twierdzi, że więzi rodzinne „to siły, które przyciągają jej członków i wiążą ich ze sobą na stałe. Wynikają one ze związku małżeńskiego, ze świadomości związków genetycznych, przeżyć emocjonalnych, stosunków zależności, współdziałania, postaw wobec uwarunkowań społecznych, kulturowych i gospodarczych, w których żyje dana rodzina oraz z czynników prawnych, religijnych i obyczajowych”. To również postawy członków rodziny wobec siebie, celów i wartości. Jakość sprawowanej opieki zależy od rodzaju więzi występujących w rodzinie, jak również od siły tych więzi.

Pod wpływem opieki mogą ulec zmianie *relacje małżeńskie*, ponieważ rozpoczęcie sprawowania opieki nad seniorem wiąże się z podporządkowaniem życia rodzinnego osobie starszej. Po pewnym czasie pojawiają się również zmęczenie, stres i konflikty, które negatywnie wpływają na relacje małżeńskie. W związku z tym opieka nad starszym wiekiem członkiem rodziny stanowi ciężką próbę dla współmałżonków (Janion, 2011, s. 130).

W zebranych narracjach rozmówcy nie wskazywali na pogorszenie się relacji z mężem lub żoną. Jedna z rozmówczyń mówiła o niezmiennych relacjach z mężem oraz o rozwiązaniu, na jakie się zdecydowali, aby nie oddalić się od siebie: *Znaczy nie, na pewno się nie oddaliliśmy, zresztą, ja to chyba taka dość szczęściara jestem w tym układzie. Na pewno brakuje nam czasu dla siebie, stąd też nawet te decyzje, że mąż też śpi u mamy mojej, no, bo chociaż tą chwilę, te pół godziny, jak przyjedzie od swojej, chwilę posiedzimy, chwilę porozmawiamy, właściwie to jest takie prawie jedyne te pół godziny, że widzimy się razem. Nie wiem, jak przetrwamy i dożyjemy czasu, że nie będzie mam, to nie wiem, chyba za dużo czasu będziemy mieli, wtedy będzie zmartwienie [W11].* Na koniec rozmówczyni

dodała z przekorą, że opieka nad jej matką i matką jej męża może doprowadzić do tego, że nie będą oni potrafili przebywać ze sobą dłuższy czas. Z kolei kobieta sprawująca opiekę nad 90-letnią matką mówiła o wyrozumiałości męża związanej z opieką nad seniorką: *I siłą rzeczy dobrze, że mąż jest taki dosyć wyrozumiały, też pracuje w służbie zdrowia, że on to rozumie, choć nieraz też ma dosyć, że tyle jestem u babci, że mam dla niego mniej czasu przez to, że idę tam. Nie, nie to raczej negatywnie się nie odbiło* [W15].

Brak wpływu na relacje małżeńskie był wskazywany także w wypowiedzi innej badanej sprawującej opiekę nad matką po udarze: *Raczej tak, generalnie to nie miało takiego znaczenia, raczej mój mąż rozumiał to, chociaż był taki moment, że trochę był już zmęczony tym. Bo tak: ciągle z tą mamą, tym bardziej, że ona tu długi czas była i też była, może była nawet za mocno* [W17]. Dalej mówiła tak: *Ale na tym tle nie było między nami konfliktów, no może gdyby mieszkała tu mama czy coś takiego, ale nie. (...) Nigdy nie mieszkała z nami mama, tak że nie było tak, że ona zawładnęła naszym całym życiem. Oczywiście mówił tak: O jejku, znowu tam idziesz* [W17]. Wypowiedź kobiety nie była jednak jednoznaczna, ponieważ rozpoczęła ją stwierdzeniem, że opieka nie miała wpływu na ich relacje. Po chwili jednak zaznaczyła, że jej mąż był zmęczony ciągłą opieką, co mogło wiązać się z konfliktami. W dalszej narracji kobieta opowiadała o doświadczeniu opieki przez jej męża nad rodzicami. Twierdziła, że te okoliczności pozwoliły zrozumieć, w jakiej sytuacji się znalazła. Potwierdzeniem tego jest następująca wypowiedź: *Tylko, że potem się przydarzyła taka sytuacja, że zaczęli jego rodzice chorować. On ma dużo starszych rodziców, oni mają po osiemdziesiątce, ale się dobrze trzymają. I była sytuacja, ojciec, który nagle do szpitala trafił, się okazało, że ma sprawę nowotworową. Zaraz się okazało, że musiał tak jak ja, kiedyś miał telefon o czwartej nad ranem coś tam. Takie telefony, które człowieka na nogi stawiają i wtedy on coś chyba rozumiał, jak to wtedy go to dotyczyło* [W17].

Następna rozmówczyni mówiła o zaskakującej reakcji jej męża na wieść o zamieszkaniu jej matki z nimi: *Maciek zna mamę 4 lata, a mieszkamy we dwójkę. Nie było żadnego – no, co Ty chcesz matkę zabrać, my tu dopiero zaczynamy sobie jakoś życie układać, a tu nagle nam się wszystko urywa, absolutnie nie, mówię: jest przy mnie, wspiera mnie, pomaga i absolutnie rozumie całą sytuację, nie mamy z tego tytułu jakiś wyrzutów* [W6]. Rozmówczyni wyraźnie wskazywała, że rozpoczęcie opieki nad matką nie wpłynęło negatywnie na relacje z jej mężem. Sytuacja ta pokazała jej, że jest on wyrozumiałym człowiekiem. Na koniec zostanie przytoczona wypowiedź jednej z badanych, która sądziła, że gdyby nie wspólna praca, ich małżeństwo mogłoby nie przetrwać z powodu ciągłego braku czasu.

Swoje obawy przedstawiła następująco: *Oddaliliśmy się, na pewno tak, to zdecydowanie, ale ja tego może tak aż nie odczuwam, bo pracujemy razem i jak gdyby jesteśmy razem. Gdyby tego nie było, to było by ciężko, powiem szczerze, to nie wiem, czy takie małżeństwo mogłoby przetrwać* [W8].

Podczas analizy treści przy użyciu programu MAXQDA wyłoniono także specyficzne kody opisujące *relacje seniora z współmałżonkiem opiekuna*. Są one obciążone w dużej mierze relacjami z przeszłości, uproszczeniami, uogólnieniami. Mówiły o tym zwłaszcza synowe. Pokazuje to jedna z wypowiedzi: *Zawsze wołała jego, nawet o czwartej nad ranem, jak coś tam jej się przytrafiło, czy coś tam mówiła, że umiera i proszę zawołać mi księdza, to nie zawołała mnie, to zawołała pamiętam jego o czwartej rano, żeby wezwać księdza* [W1]. Po chwili mówiła tak: *może teraz w chorobie już jest inna* [W1].

Przy użyciu programu MAXQDA została wyodrębniona wyraźna i obszerna kategoria charakteryzująca relacje seniora z wnukami. Jest to specyficzny związek generacyjny. W rolę dziadków wchodzi się całkiem inaczej niż w role rodzicielskie czy małżeńskie. Różnica wynika z tego, że nie są one podejmowane z własnego wyboru, lecz są konsekwencją rozwoju rodziny. Pojawienie się w życiu człowieka dorosłego wnuka jest jednym z ważnych wydarzeń życiowych, które wpływa na bieg życia jednostki i jej rozwój indywidualny. To, w jaki sposób będzie realizowana rola babci bądź dziadka, zależy od wielu czynników, wśród których za najistotniejsze w odniesieniu do relacji między seniorem a wnukami należy uznać: wiek oraz sprawność psychiczną i fizyczną osoby starszej. Kontakty między seniorami a ich wnukami mają znaczenie dla obu stron, ponieważ uczą się oni od siebie nawzajem. Marzena Sendyk (2006) podaje, że dla seniorów kontakty z dziećmi i wnukami mają większe znaczenie niż dla młodszego pokolenia kontakty z dziadkami. Poza tym kontakty z wnukami motywują seniorów do podejmowania aktywności życiowej, dzięki której czują się nadal potrzebni, a ich życie nabiera nowego sensu. Dzięki temu zaspokojone są liczne potrzeby seniorów, takie jak: potrzeba miłości, akceptacji i uznania. Należy również podkreślić, że kontakt z dziadkami stwarza rodzinną atmosferę, która jest niezbędna do realizacji poczucia bezpieczeństwa wśród wszystkich członków rodziny (Sendyk, 2006, s. 151–154).

Jakie są zatem *relacje seniora z wnukami*? Kategoria ta została podzielona na trzy grupy. Pierwsza z nich dotyczy *bardzo dobrych relacji*, który tworzyły się od najmłodszych lat wnuków seniorów i nie uległy one zmianie w wyniku zmian chorobowych u seniora. Drugą grupę stanowiły wypowiedzi obrazujące *dobre stosunki dziadków z wnukami, które uległy pogorszeniu z powodu chorób*

występujących w okresie starości. Trzecia i najmniej liczna grupa to wypowiedzi wskazujące na to, że *nigdy z seniorem wnukowie nie mieli dobrych relacji*. Nie uległo to zmianie w momencie, gdy senior zaczął wymagać opieki.

Z przeprowadzonych badań wynika, że pierwsza grupa wypowiedzi obrazuje *dobre relacje seniorów z wnukami*. Jeden z opiekunów o relacjach jego matki z wnuczkami mówił w następujący sposób: *O wnuczkach mówiła, że bardzo fajne dziewczyny, opiekuńcze i tak dalej* [W2]. Poza tym rozmówca uważał, że jego córki również miały dobry kontakt z babcią podczas choroby: *Bardzo często odwiedzają mamę, w wolnej chwili zawsze schodzą, wiadomo, po prostu, że lekcje miały i inne rzeczy, ale wolną chwilę zawsze spędzały tutaj z babcią* [W2]. Z kolei kobieta sprawująca opiekę nad mężem po udarze twierdziła, że jej mąż: *kocha te wnuki, no bardziej chyba niż swoje dzieci. Od swoich wymagał dużo. Te wnuki to jest oczko w głowie* [W4]. Warto zwrócić uwagę na wypowiedź 55-letniej kobiety, która uważała, że jej matka rozpieszczała jej dzieci i okazywała im więcej miłości niż jej. Mówiła o tym w następujący sposób: *Wnuczki z kolei rozpieszczane, rozwydrzane. Babcia dawała wszystko i chyba tak bardziej i nawet bardziej okazywała wnukom miłość niż dzieciom, chociaż ja tutaj, no nie narzekam na jakiś brak, ale chyba intensywniej w stosunku do wnuków to działa* [W13]. Również na dobre relacje z wnukami wskazywała synowa 80-letniej kobiety cierpiącej na demencję: *Dobry był kontakt z babcią, bardzo dobry. Lepszy kontakt z babcią był niż z dziadkiem* [W5]. Według innego opiekuna seniorka miała bardzo dobre relacje z wnuczkami. Potwierdza to wypowiedź: *Ona była wspianiąłą babcią, ona była babcią, która dziewczynką rysowała. Bardzo ładnie moja mama rysowała, haftowała, robiła różne robótki ręczne* [W20].

Z kolei silne przywiązanie wnuczki do dziadka przedstawiła kolejna interlokutorka. Uważała ona, że: *mała bardzo jest za nim, bardzo. Jak go nie było, to tak chodziła ciągle, jakby tak tęskniła za nim bardzo. A jak już on jest w domu, to jest zupełnie inaczej* [W18]. W innym miejscu kobieta potwierdziła bliskie i dobre relacje seniora z dziewczynką: *Ona ma teraz trzy latka. Przez te dwa miesiące, co go nie miałam, pytała, gdzie jest dziadek Tomuś* [W18].

W następnej narracji można było również zauważyć bardzo dobre relacje, jakie panowały między seniorem a jego wnukami. Wynika to przede wszystkim z tego, że senior zajmował się wnukami w okresie niemowlęcym. Potwierdza to następująca wypowiedź córki: *Tata zajmował się tym synem starszym, przychodził, tak właściwie uważałam, że to mu życie uratowało, bo miał taką motywację. On miał siedem miesięcy, taki mały był, jak dziadek był operowany i potem, jak wrócił ze szpitala, on często tak, jak mężczyzna przestaje pracować, idzie na emeryturę,*

to siada i jakby nie ma celu, a on ten cel miał [W19]. Jej mąż dodał: No i potem w domu, jak był, to głównym zajęciem to była pomoc nam przy starszym synu. Chodził z nim na spacer, opiekował się. To nie był jakby jego obowiązek, tylko to była przyjemność no i tak [W19]. W kolejnej wypowiedzi można było dostrzec bardzo bliskie relacje dziadka z wnukiem: On po prostu był, dla tego wnuka, się z nim bawił i na spacer chodził. Jeździli pociągami z dworca głównego na miasto albo odwrotnie, takie wycieczki mu robił. Tak że naprawdę się nim tak zajmował i praktycznie codziennie był wtedy [W19]. Dobrze i częste kontakty z dziadkiem przyczyniły się do wytworzenia prawidłowych postaw wobec nestora rodziny. Wskazywała na to wypowiedź córki seniora: Mi się wydaje, że dzieciaki tak fajnie reagują. Znaczą nie lekceważą dziadka. Znaczą tak, nie poniżają, tylko jakby mają taki przez nas przedstawiony obraz, że po prostu to, że dziadek jest dzieckiem, zachowuje się jak dziecko, to nie jest jego wina, że to nie wynika, że to jest powód do nabijania się, tylko po prostu trzeba tą kuwetę ogarnąć [W19].

W zebranych materiale pojawiła się także grupa wskazująca na gwałtowne zmiany relacji między seniorem a wnukami. Zdaniem uczestników badania dawne dobre relacje dziadków z wnukami uległy zmianie pod wpływem choroby seniora bądź w wyniku konfliktów rodzinnych: *Relacje były dobre, odwiedzali się. Babcia wszystko, co robiła, ugotowała, upiekła, jeszcze gotowe zawiozła [W3].*

Inne wypowiedzi wskazują, że wnukowie czasami nie rozumieli sytuacji, mieli kłopoty z zaakceptowaniem zmian w funkcjonowaniu rodziny. *Mój syn, ten najmłodszy się denerwuje, że on nic nie rozumie. Mamo, ja nic nie rozumiem, babcia coś do mnie mówi, przetłumacz mi to, a ja mówię: ja też nie rozumiem [W7] – podawała jedna z rozmówczyń. Podobnie wypowiadała się inna osoba: Moja córka bardzo przeżywa, bo ona bardzo z bratem była związana i też to bardzo przeżywa, bo ona praktycznie w momencie, kiedy babcia zachorowała, cały czas była poza domem i chyba tak na dobre tego nie zaakceptowała. Jak leży, mówi, babcia przychodzi, to cały czas ma tą babcie, jak tam była zdrowa i często na przykład z płaczem wraca z góry, a babcia tego nie potrafi zrozumieć, dlatego wnuczka nie chce z nią siedzieć i jest taki zgrzyt [W8].*

Zasadniczo stosunek wnuków do tracących sprawność dziadków charakteryzuje wypowiedź jednej z uczestniczek badania: *Dzieciaki mają taki dosyć dobry stosunek i nie ma tam, żeby coś krytycznie. Starają się pomóc i nie ma jakiś takich negatywnych zachowań, nie zauważyłam [W17].*

W toku analiz została również wyłoniona najmniej liczna grupa, którą stanowią wypowiedzi pokazujące *nienajlepsze relacje seniora z wnukami*. O takich relacjach mówiła 65-letnia kobieta. Dodatkowo zaznaczała ona, że dawniej wnuczki

przyjeżdżały do seniorki na wakacje. *Tak same tam się nie garną teraz, bo tam za bardzo z babcią tam nie pogadają. Jak były młodsze, to odwiedzały babcię, zresztą cała rodzina jechała. Na wakacje to nie jeździły do niej* [W14].

Podobnie było w przypadku 90-letniej seniorki, gdzie relacji z wnukami nie można było uznać za najlepsze. Jej córka uważała, że seniorka: (...) *potrafi być czasami bardzo złośliwa i pamiętliwa. Tak pyta: Dlaczego się nie żeni? Dlaczego nie wychodzi za mąż? Ten temat ją tak męczy ciągle i tak stale tym wnuczkom przygryza. Stale to jest problem taki, dlaczego to tak się tam dzieje* [W15]. Złośliwości kierowane w stosunku do wnuków powodowały, że nie chciały one utrzymywać z nią kontaktów. Obrazowała to również kolejna wypowiedź: *Wnucie nie przychodzi, każdy ma swoje jakieś tam sprawy. Wiedzą, że babcia jest wymagająca, coś zawsze będzie od nich chciała, żeby coś jej zrobili, więc oni ją unikają. Jedynie starają się na święta jej coś tam wybrać, na imieniny czy na urodziny. Ale tak to nie* [W15].

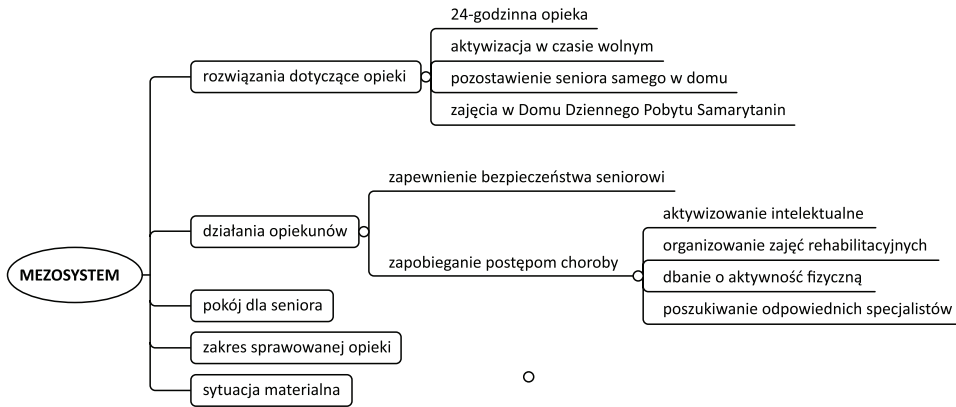
Jak wykazała analiza treści wykonana z wykorzystaniem programu MAXQDA pod kątem relacji seniorów z wnukami, wśród badanych pojawiły się dwa dominujące rodzaje relacji. Z jednej strony senior miał od zawsze bardzo dobry kontakt z wnukami i sytuacja się nie zmieniła w momencie podjęcia opieki nad nim przez rodzinę. Z drugiej natomiast strony mimo dobrych relacji z seniorem w okresie, gdy był sprawny, ulegały one znacznemu pogorszeniu się z powodu choroby seniora.

ROZDZIAŁ 6

NA PRZEKÓR STAROŚCI UWIĘZIONEJ W CZASIE I W PRZESTRZENI DOMU

W jaki sposób opiekunowie rodzinni przeciwstawiali się stereotypowi człowieka starego zamkniętego w domu, pozbawionego kontaktów społecznych, wycofującego się z życia społecznego, niemającego żadnych potrzeb, oprócz tych podstawowych związanych z jedzeniem i snem? Treść tego rozdziału pozwoli na udzielenie odpowiedzi na postawione pytanie. Na rycinie 7 przedstawiono kategorie strukturujące analizę działań opiekunów ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania seniora, nad którym sprawują opiekę.

W centrum poszukiwań staje pytanie, jakie *rozwiązania dotyczące opieki* (kursywą zaznaczono nazwy kategorii wygenerowane podczas analizy z użyciem programu MAXQDA), nad seniorem wypracowała rodzina? Podczas analizy treści z wykorzystaniem programu MAXQDA wyodrębniono następujące kategorie: *zajęcia w Domu Dziennego Pobytu Samarytanin, 24-godzinna opieka, pozostawienie seniora samego w domu oraz aktywizacja seniora w czasie wolnym*, które należały do szerszej kategorii *OPIEKA*.



Rycina 7. Mezosystem

Źródło: opracowanie własne.

Konsekwencją wygenerowania kategorii związanych z *rozwiązaniami dotyczącymi opieki* są kolejne kategorie, które pojawiły się w związku z koniecznością podjęcia opieki nad seniorem: *zapobiegania postępowi choroby*, wśród których znalazły się następujące działania: *aktywizowanie intelektualne, organizowanie zajęć rehabilitacyjnych, w tym masaży, dbanie o aktywność fizyczną, poszukiwanie odpowiednich specjalistów*.

Kolejną kategorią wyłonioną podczas analizy materiału badawczego, związaną z organizacją opieki, były *działania opiekunów*, które miały z jednej strony polepszyć jakość życia seniora, z drugiej zaś usprawnić sprawowaną opiekę.

Pierwszoplanowym działaniem było *dostosowanie mieszkania do potrzeb seniora*. Rozmówcy wskazywali z jednej strony na drobne udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie seniora, np. montaż uchwytów w łazience bądź likwidacja dywanów. Z drugiej strony mówili o remoncie łazienki oraz o przygotowaniu pokoju dla seniora, aby czuł się on dobrze w nowym miejscu. Druga grupa działań dotyczyła zastosowanych rozwiązań w celu usprawnienia opieki. Wśród zastosowanych przez narratorów działań należy wymienić: *zakup łóżka oraz zapewnienie seniorowi kontaktu z członkami rodziny*.

Opiekunowie rodzinni w dniu przeprowadzania wywiadu w różnym zakresie sprawowali opiekę nad seniorem. Każdy z nich podkreślał *dbałość o higienę osobistą i wygląd* oraz dążył do *zaspokojenia potrzeb fizjologicznych seniora*. Do zadań opiekuńczych również należało *ubieranie i rozbieranie oraz przygotowywanie posiłków lub karmienie*. Następną kwestią wpływającą na jakość sprawowanej

opieki była *sytuacja materialna* badanych rodzin. Z wypowiedzi uczestników badania wynika, że opieka obciążała ich finansowo i nie byli w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb seniora, a w konsekwencji zapewnić mu godnej starości.

Analizy wyraźnie pokazały uwięzienie człowieka starego, niesprawnego w przestrzeni domu. Seniorzy byli zdani na elementarną pomoc opiekunów, uzależnieni od nich.

6.1. Rozwiązania dotyczące opieki – opieka prywatna czy instytucjonalna?

Analiza wywiadów z wykorzystaniem programu MAXQDA wykazała, że w wielu przypadkach senior wymagał *24-godzinnej opieki*. Kategoria ta odnosiła się i należała do szerszej kategorii *OPIEKA*, gdyż wskazywała na to, jaką drogą podążali opiekunowie, dążąc do zaspokojenia podstawowych potrzeb seniora. *Opieka 24-godzinna* była ważną decyzją dla rodziny, wymagającą znalezienia odpowiedniego opiekuna bądź przeorganizowania dotychczasowej opieki. Opiekunowie podają, że doszli do takiego momentu, w którym zrozumieli, że: *Samej bym jej nie zostawiła, bo ona się nie słucha w ogóle* [W17]. *Tu nie można pięć minut mamy zostawić, biorę szybko prysznic, bo tak to łazienki praktycznie nie zamykam, bo nigdy nie wiadomo, co tutaj się wydarzy* [W6]. O nieprzewidywalności zachowań swojej matki mówiła kolejna narratorka: *Ja bym nie miała odwagi zostawić mamy, bo to jest tak, że nie jest w stanie zawołać o pomoc, nie wybierze numeru telefonu, nie powie przez telefon, nie zastuka do sąsiadki, jeśli coś się wydarzy. A z kolei jest gotowa wejść na krzywy fotel, żeby poprawić kwiatek na szafie, jest gotowa otworzyć okno i o parapet śliną wytrzeć, bo jest brudny. Ja nie mam odwagi, żeby ją samą zostawić* [W11]. Podobne obawy wyrażał inny opiekun: *Jestem całkowicie uwiązana* [W7].

Osoby, z którymi rozmawiano w wyniku wieloletniej opieki, mówiły, że gdy nadejdzie moment, w którym nie będą dawać sobie rady w zajmowaniu się seniorem w satysfakcjonujący dla nich sposób, podejmą decyzję o umieszczeniu go w domu pomocy społecznej.

6.2. Zapobieganie postępowi choroby, czyli działania usprawniające opiekę

Rozmówcy mieli świadomość postępujących procesów starzenia się ich najbliższych. W związku z tym bardzo angażowali się w działania, które w ich odczuciu mogły prowadzić do spowolnienia rozwoju choroby – w przypadku

osób zapadających na choroby typu otępiennego bądź poprawy stanu zdrowia seniora – w przypadku osób po udarach lub wylewach. Analiza treści wykazała, że *zapobieganie postępowi choroby seniora opiekunowie rozumieją jako: aktywizowanie intelektualne, organizowanie zajęć rehabilitacyjnych, w tym masaży, dbanie o aktywność fizyczną, poszukiwanie odpowiednich specjalistów, wśród których znaleźli się: geriatra, psychogeriatra, logopeda i okulista. Kategorie te należały do głównej kategorii OPIEKA. Tak różnorodne działania badanych opiekunów związane z podtrzymaniem sprawności fizycznej i psychicznej świadczyły o tym, że zdawali sobie oni sprawę z tego, że zachowanie sprawności intelektualnej w podeszłym wieku jest czynnikiem, który w znaczny sposób wpływa na sprawność fizyczną, stan zdrowia oraz na warunki życia (Grzanka-Tykwińska, Kędziora-Kornatowska, 2010, s. 30).*

Opiekunowie, z którymi przeprowadzono wywiady, byli świadomi tego, że należy dbać o podtrzymanie kondycji intelektualnej osoby starszej. Przykład doskonale obrazujący, w jaki sposób można pobudzać do myślenia osoby starsze, stanowi wypowiedź mężczyzny zajmującego się 80-letnią matką dotkniętą chorobą Alzheimera: *Chodzę z mamą na spacer. (...) Mam różne pomysły, które mamę wciągają. Chodzimy po cmentarzu i mama bardzo lubi czytać nazwiska, a więc w ten sposób utrwała umiejętność czytania. Pokazuje te nazwiska takie śmieszne, dzisiaj się bardzo śmiała, jak przeczytała Klara Gała, no i to też humor, i tak dalej, endorfiny, więc to wszystko przy tych chorobach otępiennych może być pomocne. Takie wyzwalanie endorfin, tej radości chociażby chwilowej uważam, że może troszkę tą chorobę hamować. No i często z mamą śpiewam, bo muzyka mimo wszystko też ma wpływ na mózg, plus endorfiny oczywiście, mama to lubi, czuje się swobodnie [W9]. Po namyśle ta sama osoba dodała: Dzisiaj cały czas była na spacerze, widziałem, że była szczęśliwa. Wtedy rzeczywiście te jej funkcje się poprawiają, jest rozmowna, obserwuje otoczenie, wymienia się uwagami, czyli ten mózg jest stymulowany, te spacerki rzeczywiście są doskonale [W9]. Później opiekun przyznał, że: *niestety mama sama z siebie nie usiądzie do rozwiązywania zadań. Jest zmęczona, źle się czuje i od razu jest opór, więc jedyna metoda sprawdzona to właśnie spacer, na który reaguje entuzjastycznie, no i oczywiście, właśnie te otoczenie dostarcza jej na tyle bodźców, że jest rozruszana tak, że i troszkę podejrzwam, że intelektualnie również [W9].**

Podobnie brzmiała wypowiedź kobiety sprawującej opiekę nad matką również dotkniętą chorobą Alzheimera: *Chcę jej dawać jakieś takie zajęcia, które pamięta, a które wiadomo, że nie zrobi sobie krzywdy. Na przykład nawlekanie powłoczki na poduszkę, bo poduszkę ani powłoczkę krzywdy sobie nie zrobi, a jakiś czas myśli,*

co z tym zrobić. Innym razem, jak chcę trochę mamę zająć, to daję jej skarpetki do zwijania, dość spory to problem przynosi, ale są efekty [W6]. Po namyśle rozmówczyni kontynuowała swoją narrację na ten temat: *Mamy bardzo uproszczoną wersję memory. Na wierzchu wszystkie karteczki i musi odnaleźć dwie takie same. Był okres, że trzech nie potrafiła znaleźć, trzy kartoniki, a teraz można jej rozłożyć osiem, dziesięć sztuk i znajdzie wszystkie. Lubi, jak jej się coś udaje zrobić* [W6]. Rozmówczyni była bardzo świadoma znaczenia pobudzania intelektualnego swojej mamy, gdyż mówiła o tym w następujący sposób: *Na pewno zrobię wszystko, żeby mamę aktywizować, żeby pobudzać ją do różnej aktywności, żeby jak najdłużej była sprawna. Staram się wymyślać różne rzeczy, czy klocki, czy też zgadywanki. Nie może tak być, że mama śpi cały dzień i patrzy się tylko w telewizor* [W6].

Córka 92-letniej matki podejmowała podobne działania, a mianowicie: *Ćwiczymy ten mózg, rysujemy, chodzimy na spacer, robimy przysiady i inne rzeczy, jakie przyjdą nam do głowy, żeby ćwiczyć ten mózg* [W1]. Swoją wypowiedź dotyczącą omawianej kwestii podsumowała: *Należy ćwiczyć, nawet to obieranie ziemniaków było ćwiczeniem, przewijanie kłębka wełny z jednego do drugiego to też było ćwiczenie. Koleżanki pracujące z osobami starszymi też mi mówiły, że należy ćwiczyć* [W1].

Pobudzanie do aktywności to również prowokowanie do rozmów na temat przeczytanego artykułu, obejrzanego filmu czy też prośby o doradzenie w codziennych sprawach, na których seniorzy się znają. Znakomicie przedstawia to wypowiedź żony sprawującej opiekę nad mężem po udarze: *Chcę, żeby on myślał nad tym czytaniem, żeby był aktywny. Każę mu opowiadać, co tam wyczytał w Nowościach, niech mi tam opowie. Mówię mu na przykład: przeczytaj, kto gdzie tam wpadł pod samochód, komu co się stało. Myślę sobie, że jak będzie czytał i wyszukiwał, to jakoś tam będzie się mobilizował. Ja go mobilizuję, bo o ten umysł mi chodzi, żeby to jak najdłużej trwało, no bo jak zacznie głupoty klepać już, no to jest koniec* [W4]. W wypowiedzi kobiety możemy dostrzec, że przyczyną aktywizowania męża była obawa przed pogorszeniem się jego stanu zdrowia. Inny rozmówca na ten temat mówił tak: *Ja z mamą omawiam, co tam w telewizorze widać, jaki to film, o czym jest program czy też film. Poza tym nieraz pytam się mamy o różne rzeczy, o przedmioty, o nazwy, ale pewnie za rzadko* [W10].

Z kolei 50-letnia kobieta w swojej narracji wspominała o wspólnym gotowaniu z mamą, aby przypominała sobie ona przepisy na ciasta i nie czuła się wykluczona z życia rodzinnego. Obrazuje to następująca wypowiedź: *Chodzę do góry do mamy i pieczemy razem, bo ona tam przepisy wszystkie pamięta, jak mam to zrobić.*

Staram się wybierać akurat takie rzeczy, których sama nigdy nie robiłam, zawsze coś, co było jej koronnym daniem. Widzę, że się cieszy [W8].

Aktywizowanie intelektualne przez rozmowy na temat spraw codziennych to najczęstsza strategia pobudzania seniora, ponieważ dzieje się ono spontanicznie i nie wymaga dużo czasu i energii ze strony i tak już zapracowanych, niejednokrotnie zmęczonych opiekunów. Jedną z rozmówczyń, która sprawowała opiekę nad teściową, pytała ją: *jaki dzień dzisiaj i inne takie rzeczy, codziennie to robię [W14].*

Rehabilitacja i masaże to kolejne działania opiekunów wyodrębnione podczas analizy treści wykonanej przy użyciu programu MAXQDA. Ich celem było utrzymanie bądź poprawienie sprawności seniora, nad którym była sprawowana opieka. Z jednej strony była to rehabilitacja na oddziałach szpitalnych, z drugiej rozmówcy wskazywali na rehabilitację organizowaną w domu. Ostatnim z rozwiązań było kupowanie sprzętów poprawiających sprawność seniora. O dbaniu o regularne zabiegi rehabilitacyjne jedna z rozmówczyń mówiła następująco: *Jeździliśmy i jeździmy, co jakiś czas na jakieś masaże, żeby mamę tak troszeczkę zregenerować. Bierzemy od Pani doktor jakieś skierowania na zabiegi, bo ona musi być rehabilitowana jakoś tak pod kątem tych chorób [W13].*

Przykładem dobrze obrazującym starania związane z szybkim zorganizowaniem rehabilitacji była narracja 52-letniej kobiety zajmującej się matką po udarze: *Postaraliśmy się dla mamy o rehabilitację. Udało się załatwić, żeby jechała od razu na rehabilitację na Batorego do szpitala bezpośrednio karetką [W8].* Mimo zaangażowania kobiety w to, aby jej mama miała zapewnioną rehabilitację, zdawała sobie sprawę z tego, że nie przyniosła ona takich efektów, jakich by oczekiwała, to znaczy nie spowodowała przywrócenia sprawności fizycznej do stanu przed wylewem. Obrazuje to kolejna wypowiedź: *Mama z jednej strony chce chodzić, a z drugiej strony nie widzi powiązania i czasami widzę, że płacze, że chce, że stara się, że ćwiczy dużo, a to nie chce się ruszyć [W8].* A zatem brak efektów rehabilitacji był częstym czynnikiem zniechęcającym seniorów do kontynuacji ćwiczeń. Jedną z uczestniczek badania przedstawiła zachowanie seniora w następujący sposób: *Przychodziła do nas rehabilitantka. Mama nie chciała, bo mama widziała, że nie ma efektów. To mówię: nie chcesz, to nie. Ma tu rowerek, żeby chociaż ćwiczyła, to nie chce. Na piłeczce, też nie. (...) Ja widzę, że mama nic gorzej nie jest, ani lepiej. Jest cały czas taki sam poziom utrzymany [W7].*

Drugim rozwiązaniem była domowa rehabilitacja. Wskazuje na to następująca wypowiedź 50-letniego mężczyzny sprawującego opiekę nad matką po udarze: *Rehabilitant do nas przyjeżdżał tutaj, pokazał, jakie ćwiczenia, jak łapać, jak pomóc przenieść, czy obrócić. To wszystko tak i później to wszystko w swoim zakresie.*

*Mieliśmy też taką planszę od lekarza, jakie ćwiczenia robić, rysunki po prostu według tego się cały czas ćwiczy [W2]. Wypowiedź ta dowodzi, że od efektów rehabilitacji zależy zarówno wsparcie informacyjne ze strony wykwalifikowanych osób, jak też własne zaangażowanie opiekunów. Również o rehabilitacji domowej mówiła inna badana: *Myśmy od razu wzięli prywatnie rehabilitację, później ze szpitala dostaliśmy też rehabilitanta. Było dużo rehabilitacji, mi się wydaje, że to tak ją postawiło na nogi [W16].**

Kolejne rozwiązanie związane ze sprawnością fizyczną seniora wskazała córka sprawująca opiekę nad matką po udarze. Dbała ona o to, aby jej matka samodzielnie chodziła. W swojej narracji mówiła o znalezionym przez nią sposobie, dzięki któremu jej mama potrafiła przejść samodzielnie dłuższy odcinek. *Ona potrafi mi cały hol w mieszkaniu przejść sama, jestem obok, ja tam czasami, wie Pani, bo ja różne rzeczy stosowałam, bo ja ją leciutko trzymam za pasek, żeby ona czuła, że jestem, a w momencie, kiedy tatę miałam w szpitalu, jak gdyby musiałam przejść całą opiekę nad mamą, to nawet jej długopis do tyłu kładłam, żeby wiedziała, że coś tam jest, że ja jestem i szła sama. Czasami trzeba znaleźć sposób, tak jak moja mama chodziła z tym długopisem w spodniach [W8].*

6.3. Pokój dla seniora – rozwiązania ułatwiające opiekę

Podczas analizy materiału badawczego przy użyciu MAXQDA wyłoniono kategorię *pokój dla seniora*, która objęła między innymi *dostosowanie mieszkania do potrzeb seniora* bądź zagospodarowanie mu jego własnego miejsca, w którym będzie czuł się dobrze. Kategoria ta należy do szerszej kategorii SENIOR. U osób starszych, które cierpiały na choroby zwyrodnieniowe mózgu typu demencja czy choroba Alzheimera, nie było potrzeby wprowadzania żadnych zmian ani udogodnień w mieszkaniu. Wskazuje na to następująca wypowiedź: *No właśnie nie, jeszcze jest na tyle fizycznie sprawna, że z pomocą oczywiście, ale do wanny wejdzie. Ja mam prysznic u góry w łazience no, ale nie ma takiej potrzeby, żeby zmieniać. W ogóle mama fizycznie jest dość sprawna szczególnie, jak na swój wiek, tutaj największym problemem jest demencja tak że, gdyby nie to, to myślę, że byłaby bardzo jeszcze na chodzie [W10].* Następne dwie rozmówczynie również potwierdziły brak zmian w mieszkaniu senierek od czasu, gdy zaczęły one wymagać opieki w związku z chorobą Alzheimera: *To mieszkanie rodzice tam kiedyś tak w miarę ładnie sobie wyremontowali, no na pewno nie jest ono tam jakieś idealne, tylko tak, jak tam ludzie w ich wieku mniej więcej mają, ale tam nic nie musieliśmy zmieniać. Żadnej wielkiej przebudowy no nie musieliśmy robić [W11].*

Druga mówiła tak: *Nie, tak było urządzone, żeby było funkcjonalne. Na przykład dywanów i progów nie było w mieszkaniu od początku, jako takich. Pod prysznicem uchwyt już był, tyle żeby swobodnie można było się czegoś przytrzymać* [W13].

W toku analiz stwierdzono, że sposób *dostosowania mieszkania do potrzeb seniorów* można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to taka, która wskazywała na drobne udogodnienia w celu zwiększenia bezpieczeństwa seniora bądź ułatwienia mu wykonywania codziennych czynności. Wśród tych zmian pojawiło się: zamontowanie uchwyty w łazience: *Uchwyt też jest założony, przy wannie. (...) Ma takie trzymanko i trzyma się, umyjemy, opluczemy prysznicem, wysuszymy, schodzimy z powrotem* [W6], montaż drążka na korytarzu był rozwiązaniem zastosowanym w przypadku kolejnego interlokutora: *W korytarzu zrobiliśmy taką rurę do trzymania, żeby mogła przejść ze swojego pokoju do łazienki* [W5] oraz dostosowanie toalety: *Na ubikację, trzeba było zamontować taką nasadkę* [W16]. Kolejny opiekun również przyznał, że: *teraz to jest jeden dywan, ale odsunięty tak, żeby się nie przewróciła, bo chodzi niesprawnie* [W15].

Drugą grupę badanych stanowili ci, którzy wskazywali na dokonanie konkretnych zmian w mieszkaniu związanych z remontem łazienki, a mianowicie ze zmianą wanny na prysznic. Zmiana ta była pokierowana praktycznymi względami, aby ułatwić zarówno seniorowi, jak i samemu opiekunowi wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Tak opiekunowie mówili na ten temat:

– *Był remont, zlikwidowaliśmy wannę, wzięliśmy prysznic* [W20];

– *Zrobiliśmy specjalnie szeroką kabinę, takie uchwyty ona miała, że można było się złapać, takie siodełko zamontowaliśmy pod prysznicem, żeby można było usiąść* [W17];

– *W łazience zmienialiśmy z wanny na prysznic. Zamontowaliśmy uchwyty, wszystko było dostosowane do jej niesprawności po tej operacji kolana przede wszystkim* [W15];

– *Jeszcze teraz skończyliśmy jej remont łazienki, ma prysznic, bo miała wannę, ale to wiadomo, że ciężko jej było wchodzić tak że ma prysznic* [W14].

Przytoczone wypowiedzi dowodzą, że motywacją związaną z remontem łazienki i zmianą wanny na prysznic było dostosowanie jej do niepełnosprawności seniora oraz świadomość tego, że z biegiem czasu straci on swoją sprawność fizyczną i wejście do wanny stanie się coraz bardziej kłopotliwe.

W toku analizy wyłoniono również inne zmiany, które nie dotyczyły bezpośrednio dostosowywania mieszkania do potrzeb seniora, a pojawiały się wielokrotnie wśród narracji rozmówców. Rozwiązania te były związane z własnymi działaniami opiekunów rodzinnych, które miały prowadzić do obniżenia

rachunków lub zwiększenia własnego komfortu życia. Dotyczyły one między innymi: likwidacji telefonu stacjonarnego: *Telefon też skasowaliśmy, bo ona odkładała, na przykład telefon cały czas był włączony. Bierze pilota do ucha i myśli, że to jest telefon. To w ogóle jest bez sensu, coś takiego, więc telefonu nie ma, został skasowany* [W20], likwidacji kuchenki gazowej: *gaz ma wyłączony dawno, że nie sobie tutaj nie ugotuje* [W12], zakupu czajnika elektrycznego: *Czajnik w międzyczasie udało się kupić, przestawić go na elektryczny z czajnika gazowego do herbaty parzenia, że tym elektrycznym czajnikiem, który sam się wyłączał, zawsze to było jakieś bezpieczniejsze* [W19] oraz likwidacji dywanów w mieszkaniu: *No i później te dywany zaczęły znikać z naszego domu no, bo to fetor był nie do opisanie, że to nie szło w ogóle wytrzymać* [W1].

Zmiany dotyczyły także miejsca zamieszkania, przeniesienia seniora do innego pokoju lub też udostępnienia mu specjalnego miejsca w przestrzeni domu. Mężczyzna, który podjął się opieki nad matką po udarze, opowiadał: *W pierwszej chwili to trzeba było pokój po prostu przystosować pod mamę, po prostu, żeby było blisko łazienki, spanie porządne zrobić, no po prostu, żeby jak najbliżej czy kuchni, żeby nie wchodzić po schodach do góry, żeby na jednym niskim poziomie po prostu to było, jak najmniej przeszkód, żeby żadnej bariery nie było dla osoby niepełnosprawnej* [W2]. Matka dwójki synów sprawująca opiekę nad teściową również po udarze stwierdziła: *No musieliśmy jeden pokój udostępnić. Dzieci, każdy miał swój pokój, a trzeba było ich do jednego pokoju, a teściowa do jednego z chłopców* [W16]. Troska o godne warunki dla osoby starszej została wyrażona w kolejnej narracji: *Teraz, jak ja będę miała urlop, to jeszcze jej jeden pokój pomalujemy. Ten pokój, wie Pani, jak jeszcze teściowa sama się rządziła, to sobie wzięła, jak trzeba było coś tam, zawsze wymyśliła sobie pajęczynkę czy coś, to wzięła szczotkę i tak ma pomazane wszystko. To jeszcze ten pokój jej pomalujemy* [W14].

W przeprowadzonych wywiadach wielokrotnie wybrzmiewała troska o drobne udogodnienia dla seniora, nad którym była sprawowana opieka. Dla głównych opiekunów duże znaczenie miał rodzaj łóżka, na którym spała osoba starsza: *Do pokoju kupiliśmy specjalne łóżko z podnośnikiem i barierkami. Tak że dostosowaliśmy tylko pokój i łazienkę, bo to główne miejsca, w których mama przebywa* [W6]. Dbanie o autonomiczność seniora pokazała narracja 50-letniej kobiety sprawującej opiekę nad teściową: *Umieściliśmy ją w takim pokoju, który jest najbliżej łazienki, więcej nie zmieniliśmy. Znaczący ten pokój akurat opróżniliśmy zupełnie i postawiliśmy jej meble z jej mieszkania i łóżko. Oddaliśmy jej pokój, jej meblami urządziliśmy, ona w tym pokoju mieszka, to jest jej pokój, korzysta z łazienki, z której nikt więcej nie korzysta* [W5]. Wypowiedź ta świadczy

o umiejętności uszanowania potrzeb człowieka starego i niedoprowadzania do sytuacji związanych z jego skrepowaniem.

Dobrą ilustrację, łączącą wszystkie przytoczone rozwiązania, jakie zastosowali rozmówcy, stanowiła wypowiedź żony, która sprawowała opiekę nad mężem po udarze. Kobieta wskazywała zarówno na wygospodarowanie specjalnego miejsca w domu dla męża, zakup wygodnego łóżka, które miało spowodować uniknięcie problemów ze wstawaniem z niego, jak i – co jest warte podkreślenia – zakup fotela, który stał w najważniejszym miejscu w domu. *Trzeba było łóżko dostosować. Mamy dwa pokoje, no to w jednym mąż miał taką tam pracownię, cały komputer i tamto. Ale te komputery stare, to drukarka wielka, biurko, zapakowane wszystko książkami, no i tam spaliśmy. A w tej chwili przeniosłam go do tego pokoju, takiego dziennego, jakby no i łóżko takie ma wysokie, bo żeby było mu łatwo wstać, rehabilitacyjne takie. Fotel duży, dobry taki, wygodny. Ktoś mówi: no trzeba było go tam urządzić, ja mówię: no gdzie wyrzucę go poza nawias. Ludzie przychodzą i on musi wszystkich mieć na oku, bo wie Pani, musi myśleć, co powiedzieć, a tak w końcu by tam się w kącie został sam [W4].*

Analiza badań przy użyciu programu MAXQDA wykazała wielokrotnie pojawiającą się konieczność dokonania zmian w mieszkaniu lub likwidację barier zagrażających bezpieczeństwu seniora. Byli również tacy uczestnicy badania, którzy z powodów finansowych nie dokonywali żadnych zmian w mieszkaniu: *My staramy się mało zmieniać, bo to jest kosztowne i czasochłonne [W15].* Następna rozmówczyni nie widziała potrzeby, aby dokonywać zmian w mieszkaniu jej matki, ponieważ uważała, że było ono przystosowane do potrzeb niepełnosprawnej seniorki. Potwierdzała to jej wypowiedź: *Na razie nic, bo to było tak że tu jest prysznic, że ja tam krzeselko wstawię, że jest osobno kibelek, po prostu tu są trzy pokoje, to i mama tu sama mieszkała, to ma warunki takie, jak powinna mieć. Uchwyty już był w łazience, ale jest pilnowana tak, że na razie nie ma. Jak jest kibelek, to jest od razu umywaleczka, no to ona jest dobrze przytwierdzona, jak by chciała to się ona tam podeprze, i jest wąsko w sumie, to też nie jest tak tragicznie, żeby tam musiała gdzieś coś zmieniać. U mamy w sypialni i tu w jednym pokoju, drugim są tylko dywany pościągane, żeby się nie zahaczyła. To tylko to [W7].*

Potrzeba bezpieczeństwa była wskazywana jako jedna z fundamentalnych potrzeb (Łysikuk, 2010, s. 34). Aby ją zapewnić osobie starszej, w kilku przypadkach opiekunowie rodzinni decydowali się zabezpieczyć najbliższą przestrzeń seniorowi: *Wszystkie stolki teraz takie są bez oparć, miękkie, byle jakie, ale żeby tylko były bezpieczne [W12].* W dalszej części rozmowy kobieta opowiadała o zamontowaniu dodatkowego zamka w drzwiach, a także montażu kamery

przed domem: *Zamki powstawiane, że sama nie wyjdzie z domu. Był patent, a teraz jeszcze jest dolny zamek i jak ja zamknę dolny, to ona już nie otworzy. Dwa zamki są w drzwiach, dolnego zamka nie otworzy [W12].* Po chwili badana dodała: *No i założyłam kamerę. Chłopacy z pracy kupili kamerę i założyli, i jest monitorowana ta strona [W12].* Podobne rozwiązanie zastosował kolejny opiekun. Narratorka wskazała na następujące rozwiązanie: *Żeśmy tu podorabiali klucze, ja i brat, i będziemy zamykać bramę, bo rzeczywiście to jest niebezpieczne [W20].*

Na temat dotyczący bezpieczeństwa 82-letniej seniorki wypowiadała się w sposób następujący kobieta sprawująca opiekę nad matką chorą na reumatyzm: *Jedyne, co to założyłam takie ochraniacze dziecięce na rogi (mebli – przyp. K.Sz.), bo, ona upada. No w różnym miejscu może upaść, no ja nie jestem w stanie przewidzieć, gdzie, więc chodzi o to, żeby po prostu głową gdzieś tam nie uderzyła, czy okiem nie daj Boże, bo to wiadomo jak taki człowiek upada bezwiednie, w żaden sposób tego nie kontroluje, nie amortyzuje, nie jest w stanie [W13].* Dbłość o bezpieczeństwo seniora była widoczna również w kolejnej wypowiedzi: *Matę jeszcze kładziemy do wanny, żeby się nie poślizgnęła [W6].*

Oprócz zapewnienia bezpieczeństwa seniorowi, opiekunowie mówili także o trosce o komfort zarówno człowieka starego, jak i opiekuna. Wskazywała na to wypowiedź jednego z rozmówców opiekującego się matką: *Żeśmy założyli jej solary. Dzięki temu ma teraz latem ciepłą wodę, a tak trzeba było jej latem palić, żeby miała ciepłą wodę, no to już wie Pani, zrobiliśmy to dla swojej wygody, nawet nie dla niej [W14].*

Zdarzało się, że badane rodziny miały problem z zapewnieniem opieki z powodu nieodpowiednich warunków lokalowych bądź niechęci do zmiany miejsca zamieszkania przez seniora. Jedna z rozmówczyń, nawiązując do tego tematu, wspominała dawne czasy: *Kiedyś rodziny mieszkały razem i to było naturalne i jakaś babcia z Alzheimerem nie była groźna, bo zawsze ktoś był w domu, zawsze ktoś tam dopilnował i mieszkania nie podpaliła. A teraz, jak to babcie są same, nie chcą się nigdzie przeprowadzić, bo ona jest u siebie i chce być u siebie, i to się robi trochę kłopot [W11].*

W kodowaniu zebranego materiału pojawiła się kategoria *rozwiązania dotyczące opieki* w ramach szerszej kategorii *OPIEKA*. Kategoria ta obejmuje wiele działań, w które zaangażowani byli wszyscy członkowie rodziny. Osoby uczestniczące w wywiadzie opowiadały o przedmiotach i strategiach działania, które w znaczny sposób ułatwiły im opiekę.

Uczestnicy badania wymieniali wiele sprzętów codziennego użytku. Wraz z upływem czasu dostosowywali je do potrzeb seniora. Wśród najczęściej

wymienianych sprzętów było obrotowe krzesło montowane na wannę. Mówiła o tym kobieta sprawująca opiekę nad swoją matką: *Mamy takie krzesło na wannę obrotowe, mamy podest, mama wchodzi na podest, siada na krzesle, nóżki do góry, cyk do wanny. Właśnie w Internecie znalazłam to obrotowe krzeselko, kupiliśmy to krzeselko i to naprawdę wybawienie, bo mama jest bezpieczna, nie potrzeba żadnego wysiłku, żeby tam mamę wtransportować do tej wanny [W6].* Takie samo rozwiązanie zastosowała inna rozmówczyni: *Mamy takie siodełko do wanny i przy tam niewielkiej mojej pomocy mama spokojnie wchodzi do wanny [W11].* Mówili o zakupie chodzika: *W tej chwili już z chodzikiem, chodzi po domu, bo ortopeda stwierdził, że przy jej zmianach najlepiej, jak chodzik będzie [W5]* bądź laski inwalidzkiej dla seniora: *Ma laski, to ciągle, te kule albo gubi, albo gdzieś położy, ale jest kilka w domu, więc jak nie z tą, to chodzi z inną kulą po prostu [W20].*

Z rozwiązaniami usprawniającymi opiekę wiązał się również zakup odpowiedniego łóżka w celu zwiększenia komfortu seniora, który spędzał na nim wiele godzin. Kobieta sprawująca opiekę nad matką mówiła o tym w następujący sposób: *Ma łóżko, takie specjalne podnoszone, bez tego łóżka nie dalibyśmy sobie rady w ogóle. To jest łóżko kompletnie automatyczne, czyli jest łamane trzykrotnie, czyli możesz głowę, tutaj pod kolanami tak że jest takie zmechanizowane kompletnie [W8].* Inny opiekun podkreślał zalety łóżka, które kupił dla mamy: *To łóżko też ma wygodne takie bardzo, z takim odleżynowym materacem, może to jeszcze nie jest potrzebne, ale, jest naprawdę wygodne, takie sprężynujące, tak że myślę, że dobrze jej się śpi. Ma poduszkę ortopedyczną, bo też był taki problem, że tutaj mamę bolała szyja, a odkąd zaczęła spać na tej ortopedycznej poduszce, no to jest lepiej [W6].* Troska o zdrowie i samopoczucie seniora była powodem zadbania o ten wygodny mebel. Jeden z rozmówców tak o tym mówił: *Wstawanie z łóżka spowodowało, że wylew w barku powstał, w związku z tym kupiliśmy taki stelaż pod materac, który elektrycznie podnosi zagłówek, żeby do pozycji siedzącej podniosła się elektrycznie, czasami umie to zrobić, czasami nie umie tego zrobić. Jak wraca, to tylko siada, nogi na łóżko i kładzie się już, nie musi się łokciami podierać, bo sprawny człowiek w ogóle nie zwraca na to uwagi, jak wstaje, w ogóle o tym nie myśli [W5].*

Narratorzy bardzo mocno podkreślali własne działania, aby zapewnić seniorowi kontakty z członkami rodziny, także przy użyciu telefonu.

- *Ma wypisane numery telefonów i dzwoni do nas, jak coś potrzebuje [W14];*
- *Wie, że może do mnie zadzwonić. Ma całą litanie wypisaną telefonów [W3];*
- *Ma telefon, umie się przecież posługiwać telefonem bez problemu [W8].*

W przypadku osób dotkniętych chorobą Alzheimera bardzo ważne jest, aby miały one przy sobie dane osobowe i kontakt do kogoś z rodziny, ponieważ

często zdarza się, że osoba chora wychodzi z domu i nie pamięta, jak do niego wrócić. Rozmówcy mówili o *wszywaniu danych osobowych w kurtki seniora*. Zięć seniora stwierdził: *Też za namową tego lekarza ma w kurtki wszyte wizytówki. Wszywki w ubraniu z nazwiskiem i numerem kontaktowym, oczywiście nie do niego. Na początku włożyliśmy mu kartki, a lekarz mówi, że kartki to on wyjmie, bo nie będzie pamiętał, po co są te kartki, tak że ma wszywki* [W19]. Jedna z rozmówczyń mówiła o prowadzeniu dziennika wraz z opiekunkom w celu kontrolowania wszystkiego i uniknięcia popełniania błędów: *W ciągu tygodnia to jest tak, że my prowadzimy dziennik, ponieważ jak się zaczęły te takie kłopoty z mamą, nie było wiadomo, kiedy było siusiu, kiedy była kupka, bo mama też nie zawoła, nie powie, jak robi, czy jest, czy nie ma. Trzeba to po prostu samemu sprawdzić, czy coś było, czy coś nie było. Tak że prowadzimy zapiski szczegółowe. Takie najważniejsze rzeczy. O której leki, czy są podane, o której jest siusianie, bo to trzeba kontrolować, bo trochę tam kłopoty z pęcherzem też były. Dlatego w momencie, gdy się tak zmieniamy z tą Anią, to żeby nie pytać się ciągle, co kto robił, no to jest o (pokazuje zapiski w kalendarzu – przyp. K.Sz.), codziennie jest zapisane. Jak jest złe samopoczucie, to jest ciśnienie wpisane, no całe takie najważniejsze rzeczy, które trzeba sprawdzić, kiedy ostatni raz był stolec no to jest to ujęte, takie podstawowe rzeczy, leki, no, bo tych leków też jest trochę* [W6].

Innym rozwiązaniem związanym z usprawnieniem opieki nad seniorem było jego ubezwłasnowolnienie w celu ochrony seniora przed popełnianiem błędów, które mogły obciążyć go finansowo na wiele lat, a czasem nawet jego najbliższych. Nieświadomy senior może podpisać kredyt, zakupić drogi sprzęt przy jednoczesnym braku środków na pokrycie kosztów związanych z podjęciem takiej decyzji. Ustawodawca przewidział rozwiązanie w sytuacji, gdy osoba chora nie ma możliwości świadomego podejmowania decyzji, które mogą zaważyć na przyszłości człowieka i jego najbliższych. Rodzina na skutek choroby psychicznej typu choroba Alzheimera może wnieść wniosek do sądu o ubezwłasnowolnienie seniora. Efektem pozytywnego rozpatrzenia takiego wniosku jest ograniczenie czynności prawnych takiej osoby, a tym samym decyzja sądu powstrzymuje niepożądane skutki prawne, jakie może wywołać nieświadome bądź nieodpowiedzialne zachowanie seniora (<https://www.alzheimer-krakow.pl/WniosekOUbezwlasnowolnienie.html>, dostęp: 10.09.2015).

Opowieść kolejnego badanego dotyczyła procedury ubezwłasnowolnienia seniora z powodu sytuacji, które doprowadziły do oszukania go na znaczną kwotę. W związku z tą sytuacją mężczyzna wraz z żoną (córką seniora) złożyli wniosek do

sądu o ubezwłasnowolnienie go. Z narracji tej wynikało, że procedura ta nie była ani prosta, ani przyjemna, gdyż opiekunowie spotkali się z brakiem zrozumienia ze strony sądu. Potwierdzeniem tego była wypowiedź rozmówców, którzy razem uczestniczyli w wywiadzie: *W międzyczasie jeszcze ubezwłasnowolniliśmy go, bo nie wiadomo, jak się teraz bronić, przed takimi ludźmi. Tak że musiałyby być jakby nasza decyzja do takiego zarządzania pieniędzmi [W19].* Żona dodała: *To też nie jest tak łatwo uzyskać ubezwłasnowolnienie. My jakby działamy dla dobra taty i dla swojego, ponieważ mamy jeszcze syna niepełnosprawnego, więc mamy dwójkę do opieki w tej chwili, a zostaliśmy tak potraktowani, jakbyśmy, no nie wiem, chcieli tatę okraść. Sąd potraktował nas na równi z tą Panią, która to zrobiła gładko i powabnie, i właściwie bez żadnych konsekwencji [W19].* Mężczyzna po chwili kontynuował narrację: *Zaczęliśmy procedurę ubezwłasnowolnienia, po tej sytuacji z tą kobietą. Przy czym no pierwsza wizyta w sądzie była bardzo, że tak powiem nieprzyjemna, bo się okazało, że sąd, który rozpatruje sprawę w obecności prokuratora, uznaje, że my wykonujemy skok na kasę i, że właściwie nieważny jest stan pacjenta i to, co powiedzieli biegli psychiatrzy, dwóch biegłych psychiatrów [W19].* Dalej żona zauważyła: *No i sąd się zwrócił właśnie do teścia: Czy nie będzie już otwierał drzwi obcym? Teściu powiedział, że nie, do człowieka z Alzheimerem, więc jakby go uzdrowili, no jak widać sąd się zna na uzdrawianiu osób chorych, zwłaszcza ciężko. W efekcie sprawa zakończyła się tak, że: ustalono częściowe ubezwłasnowolnienie [W19].*

Z narracji tej wynika, że opiekunowie osób starszych borykają się z wieloma przeciwnościami, a jedną z nich jest brak zrozumienia urzędników administracji państwowej, którzy zamiast wspierać opiekunów osób starszych swoim postępowaniem i decyzjami, utrudniają sprawowanie opieki, a tym samym odbierają seniorom nadzieję na godną starość w postaci pełnej opieki przez niezestresowanych opiekunów.

6.4. Zakres sprawowanej opieki

Zakres sprawowanej opieki w głównej mierze był zdeterminowany sprawnością fizyczną i psychiczną seniora. Kategoria ta została zakwalifikowana do szerszej kategorii OPIEKA. Opiekunowie rodinni, poruszając ten wątek, nawiązywali do wielu różnych aspektów opieki, wśród których znalazły się *higiena osobista i wygląd, zaspokojenie potrzeb fizjologicznych seniora, takich jak spożywanie posiłków bądź karmienie, wykorzystanie pieluchomajtek w celu zapewnienia komfortu psychicznego seniorowi oraz dbanie o bezpieczeństwo seniora, które*

dotyczyło likwidacji możliwych zagrożeń w jego najbliższym otoczeniu. Kategoria ta również należała do głównej kategorii *OPIEKA*.

Rodzaj schorzenia i zaawansowanie choroby wpływały na zakres sprawowanej opieki, która przejawiała się przede wszystkim w *dbaniu o higienę osobistą i wygląd*. Potwierdzeniem tego była następująca wypowiedź: *Wiadomo, że tutaj o higienę to dbamy bardzo, nie ma dnia, żeby nie było kąpeli. Mama zresztą zawsze była czysta, zawsze dbała o siebie (...). Jak się ją wykąpie i ubierze w czystą piżamkę, to po prostu lubi* [W6]. Inny opiekun w następujący sposób opowiadał, w jaki sposób dbał o higienę osobistą i wygląd swojej mamy: *Sobota zaczyna się kąpaniem, tak że robimy kąpiel w wannie, mycie włosów, wszystkie tam manicure i tak dalej* [W11]. Podobnie brzmiała wypowiedź kobiety zajmującej się teściową dotkniętą chorobą Alzheimera: *Ja jej paznokcie poobcinam od nóg i ją tam nabalsamuję i nogi, i tak dalej. Ona jeszcze mówi, że mam jej to zrobić, bo sama nie robi. Czasami sama jej ścinam włosy i staram się naprawdę ładnie ją ściąć* [W14].

Innym wyszczególnionym podczas analizy typem działań opiekuńczych było: *ubieranie i rozbieranie*: *Mamę ubieram, szykuję ją* [W7], *Często tak bywa, że muszę go rozebrać* [W4], *Dbam, żeby była zmiana bielizny raz w tygodniu* [W9], *Zmieniam jej po prostu majtki* [W20].

Działania opiekunów w dużej mierze były ukierunkowane na *zaspokojenie potrzeb fizjologicznych seniora*, dbanie o jego komfort psychiczny przez wykorzystanie *pieluchomajtek* oraz stworzenie w miarę bezpiecznych warunków w jego otoczeniu (Klimczuk, 2010, s. 78).

Przygotowywanie posiłków lub *karmienie* to kolejne wyodrębnione obszary opieki. Jedna z rozmówczyń mówiła o tym w następujący sposób: *Mama nie jest w stanie sobie przygotować posiłków, ale teraz samodzielnie dostaje kanapkę i pomidoraka pokrojonego, i potrafi to zjeść sama* [W6]. Kolejna natomiast wspominała o karmieniu swojej matki: *W tej chwili karmimy mamę, bo sama nie naje się* [W1]. Kolejna 65-letnia kobieta w następujący sposób wypowiadała się na ten temat: *Ja jej nie robię, bo kiedyś tak, robiłam, a teraz nie zrobię no, bo cały czas powtarzam, że dopóki ona może, dopóki się rusza, niech cały czas myśli, że trzeba tą wodę zagotować, że trzeba tę herbatę do szklanki wrzucić i tak dalej* [W14]. W następnej wypowiedzi również rozmówczyni była zwolenniczką samodzielnego spożywania posiłków przez seniora: *Jeść ma sama. Wolę, żeby ona poplamiała bluzkę czy spódniczkę, bo po to jest pralka, żeby wrzucić pranie, a żeby mogła sobie zjeść sama* [W13]. Istotną kwestię związaną z odżywianiem seniorów poruszyła inna rozmówczyni. Sądziła ona, że należy: *zapewnić starszemu człowiekowi tutaj regularność posiłków* [W5].

Jak wynika z analizy przeprowadzonych wywiadów, pieluchy dla dorosłych, inaczej *pieluchomajtki*, były wielokrotnie wspomniane, wpisując się w zakres sprawowanej opieki. Ich wykorzystanie u niektórych osób wynikało z:

- sporadycznego nietrzymania moczu w nocy: *Na noc dają jej takie pieluchomajtki. Bo ja widziałam, że nie raz było mokre prześcieradło, tak że kupiłam jej takie pod foliowane prześcieradło. Ona nie chciała tych majtek ubierać. Mówiła, że ona nie potrzebuje, ale zaczęła ubierać. Jak rano przychodzę, no to faktycznie czasami ma mokre, czasami nie, ale większość ma wilgotne, tak że kupujemy jej te pieluchomajtki i ubieramy. One są dobre, bo jak pampers to co innego. Ale to jakby normalne majtki ma, tak że jej one w zupełności wystarczą. Te pieluchomajtki to są wygodne [W14];*
- unikania konieczności nocnego wstawania do toalety: *Od jakiegoś czasu jest ubierana w pampersa głównie, dlatego, że wstając w nocy ona się przewraca. Traci równowagę i przewraca się, a że nie bardzo chciała się tak pampersować na noc, więc wymyśliłyśmy z siostrą, że tak kazał lekarz, że zabronił wstawać w nocy [W13];*
- używania ich przez całą dobę: *Ona normalnie w ciągu dnia ma takie majtki chłonne, a na noc ma taką pieluchę dosyć taką, o dużym stopniu chłonności, bo miała takie lżejsze, ale to przeciekało czasami [W8];*
- możliwości samodzielnego założenia i zdjęcia ich przez seniora: *Ma pieluchomajtki, nie pampersy, żeby łatwiej, choć tą jedną ręką jest ciężko, ale sobie radzi [W7].*

6.5. Finansowe możliwości rodziny

Opieka nad seniorem w dużej mierze była wyznaczona warunkami finansowymi rodziny. Po wnikliwym przeanalizowaniu tej kwestii stwierdzono, że *sytuacja materialna rodziny* w ramach szerszej kategorii *OPIEKA* decydowała o możliwościach zapewnienia seniorowi pełnej opieki. Również w tym przypadku sytuacja materialna rozmówców była bardzo zróżnicowana, co wpływało na poziom zapewnienia opieki podopiecznemu. Jedna z rozmówczyń twierdziła, że: *Mając małe fundusze, nie można wszystkiego zapewnić, godnej tej starości, jest to okropne [W20]*. Wypowiedź ta dowodzi, że sytuacja materialna determinuje jakość opieki sprawowanej nad seniorem.

W wyniku analizy przy użyciu programu MAXQDA dokonano podziału *sytuacji materialnej* badanych rodzin. Wśród badanych rodzin wyszczególniono cztery grupy. W pierwszej z nich wyraźnie był sygnalizowany *podział kosztów*

*sprawowania opieki między członków rodziny. Osoby, które zadeklarowały partycypowanie w kosztach opieki nad seniorem, czyniły to regularnie od momentu, gdy osoba starsza wymagała stałej opieki. Druga grupa wskazywała na *wysoką emeryturę seniora oraz jego oszczędności*. W przypadku trzeciej grupy opiekunów rodzinnych widoczna była *pomoc finansowa rodziny*, która dotyczyła nieregularnego wsparcia finansowego, zależnego od bieżących potrzeb, np. pogarszającego się stanu zdrowia seniora. Czwarta grupa to ta, która wprost mówiła o *niskiej emeryturze seniora*, na skutek czego opieka nad nim obciążała finansowo opiekuna. Ostatnia z wyodrębnionych grup wskazywała na *dobrą sytuację finansową opiekuna*. W tabeli 9 przedstawiono szczegółowo sytuację materialną opiekunów oraz seniorów z podziałem na pięć grup.*

Tabela 9. Sytuacja materialna rodziny i seniora

Podział kosztów sprawowania opieki między członków rodziny
<p><i>Rodzice mają dobre emerytury, w razie czego, czasami, jeżeli chodzi o te wizyty lekarskie to, tak ustaliliśmy, że po połowie z ojcem się dzielimy [W9].</i></p> <p><i>Nie, no pewnie, że nie wystarcza, no jak mogłoby wystarczyć, jak tej emerytury jest chyba 1300 zł tylko. I dzielimy to z moją siostrą na pół i też nikt o tym nie dyskutował, po prostu było to oczywiste. To jest na takiej zasadzie, że po prostu ona kupuje, więc zostawia mi paragon i kwota na pół. Jeśli ja kupuję leki, zostawiam jej paragon i kwota na pół. No jakoś tak nie wiem, u nas to bardzo, bardzo naturalnie wychodzi [W13].</i></p> <p><i>Ja składam się z siostrami, bo one też to zaakceptowały, że będziemy się razem składać wszyscy, że mama pójdzie do Samarytanina. (...) Teraz na Samarytanina, jak tutaj jest to my się wszystkie trzy składamy siostry, ona też tam czwartą część dokłada. Opłacamy taksówkę w tą i z powrotem, jedzenie. To już dwa lata jej tak opłacamy to wszystko [W15].</i></p>
Wysoka emerytura seniora oraz jego oszczędności
<p><i>Nie, moi rodzice mają dobrą emeryturę. Mama ma jeszcze dodatki, bo w swoim czasie była więźniem stalinowskim, tak że z tego tytułu państwo stanęło na wysokości zadania, tak że, jeżeli chodzi o finanse, to jakoś tam sobie radzimy. Nic zastawiać nie musiałam ani sprzedawać, nasi rodzice są samowystarczalni [W8].</i></p> <p><i>Nie, emerytura mamy na te podstawowe wydatki starcza. Mama miała oszczędności, które tam coraz bardziej zostały, czy już właściwie prawie zużyte, bo miała pewne oszczędności, ale, no one stopniały no, bo po prostu leki są szczególnie te na pamięć drogie, ale jeszcze to pokrywa właściwie kosztą opieki. Znaczą poza oczywiście tym, że nie liczymy tego, co wydajemy na jedzenie dla niej, no po prostu takich wydatków nie liczę, tylko jej emerytura starcza na opiekę i lekarstwa [W10].</i></p> <p><i>Nie, nie. Mama jest z tych, które były same bardzo oszczędne, więc tam miała też odłożone [W11].</i></p> <p><i>Generalnie rodzice, mama nie ma jakiejś takiej super tej emerytury, ale ma nie najgorszą emeryturę, ojciec ma taką przeciętną i oni jak razem zebrali do siebie na dwie osoby, to nie najgorzej to wyszło finansowo. (...) I właściwie wtedy, jak byli sami, to im starczało zupełnie [W17].</i></p>

Nie, ja po prostu nie potrzebuję. Ma rentę i ma opiekuńczy do tego, tak że nam starcza na to wszystko. Toż jak człowiek żyje, jak żyje. Ponad stan nie żyje i w biedzie też nie żyje, no chyba nie jest źle, jakoś sobie musimy radzić [W18].

Na opłaty za Samarytanina, na taksówkę tata płaci sam za siebie. Na szczęście ma taką emeryturę, że wystarcza [W19].

Pomoc finansowa rodzeństwa

Nawet jak trzeba było prywatnie lekarza, to też z tych pieniędzy plus to, co brat tam, właśnie nie może za bardzo uczestniczyć tak fizycznie w opiece, więc przelewają dodatkowo, co miesiąc pewną kwotę. Nie, nie ma to problemu, nie musiałam absolutnie ich o nic prosić [W11].

Pozostałe dwie siostry są zagranicą. Ta, która z Kanady, to absolutnie jak najbardziej, że zawsze, jeśli będzie taka konieczność, to ona oczywiście się dołoży jak najbardziej. Zresztą pomagała też ta druga siostra, ona na bieżąco teraz tam troszeczkę spłaca częściowo kredyt, to nie jest jakaś duża kwota [W17].

Sytuacja, odkąd brat się z bratową rozstał, zrobiła się taka nieciekawa no, bo przedtem jakoś tam bratowa dofinansowywała, utrzymywała dom. Jak się wyprowadziła, to wszystko jest na nim i były ogromne długi, no to ja mu ze swoich pokrywałam, no żyją skromnie, ale jak nie mają, to staram się im pomagać. Siostra czasami daje na gaz czy coś [W20].

Niska emerytura seniora – opieka obciąża finansowo opiekuna

Tak że mama ma 1272 zł emerytury, naprawdę nie starcza na to wszystko, ja dokładam cały czas. (...) Ja muszę dokładać ze swoich, z bieżących wydatków [W12].

A to wie Pani, raczej nie. Emerytura tu nie wystarcza, bo ona ma emeryturę po teściu, tak że teraz jest trochę mało, bo troszkę więcej płacimy w Samarytaninie i ona ma więcej leków. Ona na same leki wydaje ponad 400 zł miesięcznie. (...) No nie powiem, żeby jej nic nie kupić, ale czasami coś jej kupię. Na szczęście dużo nie dokładamy na dzień dzisiejszy [W14].

Dobra sytuacja finansowa opiekuna

Ja pokrywałam wszystko. Rodzina chciała dawać pieniądze i dawać pomoc, ale w tej sytuacji nie było to wymagane, nie były to aż takie potężne pieniądze. A po drugie człowiek lepiej sytuowany to wiadomo, jakby na to przyszło, to by rodzina pomogła, chciała pomóc, ale nie potrzebowaliśmy, tak że wszystko zostało na naszej głowie [W2].

Nie, my w ogóle tak do tego nie podchodzimy. Powiem szczerze tak: Mama ma emeryturę, ma tą emeryturę na konto i my po prostu z tej emerytury kupujemy te wszystkie jej niezbędne rzeczy. Pewnie jakbyśmy tak podliczyli z ołówkiem, to by się okazało, czy my dokładamy, czy nie dokładamy prawda? Ale na dzisiaj to tak trudno ocenić, to nie jest jakaś tam taka sytuacja, że my w ogóle tu cokolwiek odczuwamy [W5].

Ja od mamy na początku brałam tylko pieniądze na lekarstwa i na Samarytanina, więc po jakimś tam czasie trochę się tych pieniędzy uezierało no i za te pieniądze kupiliśmy właśnie i te łóżko, i to krzeselko na tą wannę, i ten podeścik i to, co było potrzebne. No te leki mamy są dosyć drogie, bo to jest prawie 300 zł miesięcznie, teraz przy tych zmianach mało co jest refundowane, przeważnie wszystko jest na 100% płatne. Tak że praktycznie mamy emerytura starcza na Samarytanina, na lekarstwa i na lekarzy. Na opiekunkę my musimy sami płacić [W6].

Źródło: opracowanie własne.

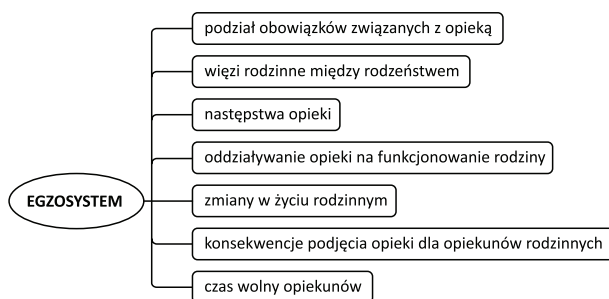
Przytoczone wypowiedzi opiekunów świadczą o zróżnicowanej sytuacji finansowej badanych rodzin. Niektórzy rozmówcy twierdzili, że emerytura ojca lub matki była na tyle wysoka, że umożliwiała pokrycie wszystkich kosztów, wśród których najczęściej wymieniali: leki, wizyty u lekarzy, opłatę za pobyt w Domu Dziennego Pobytu w Ośrodku Samarytanin oraz opiekunki. Kolejni rozmówcy wskazywali na solidarność, jaka panowała w ich rodzinie, a była ona związana z uczciwym podziałem kosztów i dzieleniem się nimi z rodzeństwem bądź regularna pomoc opiekunowi. Na dobrą sytuację materialną wskazywało również kilku opiekunów, którzy przyznawali, że nie podliczali skrupulatnie wszystkich wydatków związanych z opieką nad ich starszym członkiem rodziny. Świadczy to o tym, że nie borykali się oni z problemami finansowymi.

Odmienną grupę stanowili opiekunowie, dla których opieka nad seniorem była dużym obciążeniem finansowym z tego względu, że emerytura seniora była zbyt niska, aby pokryć wszystkie koszty. W jednym tylko wypadku opiekun mówił o tym, że rozlicza się bardzo dokładnie ze swoją matką, co potwierdza następująca wypowiedź: *Rozliczamy się, dokładnie z karteczką, pieniądze są oddane wszystkie, rozliczone tak, że na temat pieniędzy to ona już do mnie nie ma żadnych tutaj niedomówień. (...) I teraz się z mamą rozliczam dokładnie, co do grosza. Nie chcę od niej nic, mówię teraz, dziękuję mamuś, mam to, nic nie wezmę od niej* [W15]. Taka skrupulatność w kwestiach finansowych może świadczyć o braku zaufania do opiekuna ze strony seniora bądź o występujących konfliktach w tej rodzinie.

ROZDZIAŁ 7

RODZINNA ODPOWIEDŹ NA STARZENIE SIĘ SENIORA – MIĘDZY SAMOREGULACJĄ A KONIECZNOŚCIĄ

Jak opieka nad człowiekiem starym wpływa na funkcjonowanie całej rodziny? Analiza treści z wykorzystaniem programu MAXQDA umożliwiła wyodrębnienie kategorii, za pomocą których można odpowiedzieć na to pytanie. Z przeprowadzonej analizy wyłonił się rozbudowany wykres obejmujący siedem kategorii: *podział obowiązków związany z opieką* (kursywą zaznaczono nazwy kategorii wygenerowane podczas analizy z użyciem programu MAXQDA) sprawowaną przez *rodzeństwo, małżonków, wnuków i dalszą rodzinę* oraz *więzi rodzinne między rodzeństwem*. Kategorie te należą do szerszej kategorii **WSPARCIE SPOŁECZNE vs BRAK WSPARCIA**. Następnie analizie poddano kategorie, które należą do głównej kategorii **OPIEKUN** i odnoszą się do opiekunów rodzinnych, a mianowicie: *następstwa opieki, oddziaływanie opieki na funkcjonowanie rodziny, zmiany w życiu rodzinnym oraz konsekwencje podjęcia opieki dla opiekunów rodzinnych* oraz *czas wolny opiekunów*.



Rycina 8. Egzosystem

Źródło: opracowanie własne.

7.1. Rodzinna opieka nad seniorem – podział ról i obowiązków

Jednym z czynników wyodrębnionych w toku analiz przy użyciu programu MAXQDA, który wpływał znacząco na sposób organizacji opieki nad seniorem, była kwestia *pomocy dalszej i bliższej rodziny* w opiece oraz *podział obowiązków* związanych z opieką nad seniorem między członkami rodziny. Kategoria ta należy do szerszej kategorii *WSPARCIE SPOŁECZNE vs BRAK WSPARCIA*. Analiza wykazała, że uczestnicy badania dzielili się obowiązkami między rodzeństwem, współmałżonkiem oraz dalszą rodziną. Sporadycznie zdarzało się, że senior przebywał kilka dni bądź tygodni u innych członków rodziny. Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że owe dzielenie się opieką uzewnętrzniało siłę i typ więzi panujących w rodzinie.

Więzi między członkami rodziny miały największy wpływ na zakres opieki sprawowanej przez głównych opiekunów. Jeśli w badanych rodzinach istniały więzi, to najczęściej uwidaczniały się one między współmałżonkiem a dziećmi opiekunów, którzy włączali się w opiekę, odciążając głównego opiekuna. Jednakże częściej osoby badane wskazywały na słabe więzi z dalszą rodziną, czego skutkiem był brak wsparcia i pomocy. Konsekwencją tego było całkowite obciążenie opieką głównego opiekuna. Jedna z rozmówczyń wskazała na ten problem: *Nie ma tak, żeby ktoś przyszedł i z mamą posiedział, muszę mamę zostawić* [W7]. Identycznie uważał kolejny opiekun: *Jestem sama, dziewczyny są w Anglii i pomocy nie ma* [W12]. Następny rozmówca wyznał, że nie ma możliwości, aby jego matka na jakiś czas zamieszkała u któregoś z synów: *Nie ma szans, żeby taki podział zrobić, bo ona nigdzie nie pójdzie. Tu jest jej pokój, tu jest jej wszystko i koniec* [W3]. W innym

miejscu kobieta zaznaczyła: *Nie, to jest wszystko w naszej tutaj gestii, nas dwie. Nie ma takiego wsparcia do pomocy na co dzień, a no finansowo to nie pomogą, im też jest ciężko. Musimy zadbać o siebie, bo jak my same o siebie nie zadbamy, to kto o nas zadba? Nikt. Tak że my musimy walczyć obie o siebie. Nie ma nikogo do pomocy [W3].* Podobny pogląd, a zarazem ubolewanie wyrażała inna rozmówczyni, sprawująca opiekę nad bratem: *My od początku tak ustaliliśmy. Ja tak chciałam, tu wszystkich zebrałam, że po miesiącu niech go każdy bierze, no i do dziś odpowiedzi nie mam przez tyle lat, nawet na jeden dzień go nikt nie weźmie, nawet na sobotę, niedzielę czy to taki problem? Mam żal do rodziny czasami, że nikt go nie weźmie, że ta siostra chociaż [W18].*

Analiza wywiadów umożliwiła wyodrębnienie grupy opiekunów rodzinnych, którzy nie otrzymywali wsparcia w postaci pomocy w opiece ze strony dalszej rodziny, gdyż nie posiadali rodzeństwa. Tak o tym mówiła jedna z rozmówczyń – synowa sprawująca opiekę: *Nie mamy tu w Toruniu żadnej rodziny, tutaj na miejscu nie mamy żadnej rodziny. Mój mąż miał brata, który już nie żyje od 22 lat, no i praktycznie myśmy zostali tylko, jako ta najbliższa rodzina, no, bo więcej dzieci nie było [W5].*

Podczas kodowania wyłoniono kategorię *podział obowiązków* w ramach głównej kategorii *WSPARCIE SPOŁECZNE vs BRAK WSPARCIA*. Członkowie rodziny włączali się w wiele czynności opiekuńczych i wymieniali się opieką, aby odciążyć głównego opiekuna. Wśród tych czynności znalazły się: porządki w mieszkaniu seniora oraz odwożenie i odbieranie seniora z Domu Dziennego Pobytu Samarytanin. Zakres kategorii *podział obowiązków* był związany z rodzajem więzi, jaki łączył członków rodziny. W tabeli 10 przedstawiono dokonaną kategoryzację członków rodziny na cztery grupy: rodzeństwo głównego opiekuna, małżonkowie, wnuki oraz dalsza rodzina człowieka starego.

Tabela 10. Podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między członków rodziny – rodzeństwo

Podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między członków rodziny
RODZEŃSTWO
<i>Ustaliliśmy, że okna myjemy raz każda w ciągu roku, czyli trzy razy są myte okna. I wtedy one tam i firanki piorą. A jak przyjadą co dwa tygodnie, to te dyżury mają. To one wtedy trzy godziny gdzieś są. Wtedy odkurzą mieszkanie, zrobią jej jakieś tam zakupy, z nią zjedzą obiad czy coś i już pędzą, bo mają swoje zajęcia [W15].</i>

Podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między członków rodziny
RODZEŃSTWO
<p><i>Jeżeli ja wyjeżdżam, to zostaje siostra, albo zabieram mamę na działkę, jeżeli jedziemy na działkę. Jeżeli zostaje w domu, to zostaje z nią siostra. Siostra z kolei dojeżdża do mamy. (...) Ten kto ma czas, wymieniamy się [W13].</i></p> <p><i>W dzień jak ja szłam do pracy, oczywiście początkowe miesiące no to ja wzięłam opiekę na mamę, potem siostra przyjechała wzięła opiekę, więc jakoś te pierwsze miesiące, te wakacyjne tak tu z rodziną się nawzajem zmienialiśmy, upłynęły. W miarę możliwości jak ona może w pracy wziąć wolne, no to stara się chociaż taki przedłużony weekend co drugi miesiąc być, no to wtedy po prostu jest ona u nas [W11].</i></p> <p><i>No więc, co drugi dzień dzielimy to z siostrą. Co drugi dzień i co drugi weekend, na zmianę. Jak tylko wrócę z pracy, to biorę, albo siostra, to zależy, która z nas ma dyżur tego dnia, no i wtedy ta druga ma powiedzieć wolne popołudnie czy weekend cały [W10].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

Przytoczone w tabeli 11 narracje wskazują, że rodzeństwo rozmówców włączyło się w opiekę nad seniorem kilka razy w tygodniu, próbując odciążyc od niej głównych opiekunów bądź umożliwić im kontynuowanie pracy zawodowej.

Tabela 11. Podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między członków rodziny – małżonkowie

Podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między członków rodziny
MAŁŻONKOWIE
<p><i>Nieraz, kiedy nie mogę (...) też to też mąż musi się zająć w jakiś tam stopniu, piecze jakoś tam przy babci, opiekuje się kilka tam godzin czy chwil [W1].</i></p> <p><i>On się za bardzo nie buntuje, to co babci to musi. Nie wiem, skąd to się wzięło, ale robi. Zrobi czasami byle jak, no ale robi. Zawiezie i pojedzie i tak dalej. Taki układ, że ja mamę zawożę do Samarytanina, a on odbiera, to ja to wymyśliłam. Nie ma to, że mnie ktoś tam zmuszał i tak dalej [W14].</i></p> <p><i>Ja zawożę, mąż odbiera. Recepty, leki to jest na tej zasadzie, kto akurat w danym momencie ma czas. Bo czasami do lekarza on chodzi, czasami ja chodzę. To jakby tutaj na bieżąco wychodzi. Tak że właściwie po południu i wieczorem mąż, ja od rana [W5].</i></p> <p><i>No tak, coś my na zmianę robili, bo każdy ma swoje obowiązki i wiadomo, że to po godzinie, po dwie człowiek się zmieniał w ten sposób. Pracujemy i wiadomo, trzeba było to jakoś rozłożyć. Tak że w sumie, wspólnie razem dajemy sobie radę. (...) Wszystko ja, lub po prostu z żoną, żeby jeden przypilnował czy na wózk, czy jak, a drugi poszedł pozatratwiać inne formalności. Czy na rehabilitację no to żeśmy wspólnie się uzupełniali [W2].</i></p> <p><i>Ja rano teściową zawożę, a po południu już mój mąż ją odbiera [W16].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 11 przedstawiono podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między małżonkami. Uczestnicy badania wskazywali, że małżonkowie włączali się aktywnie w opiekę nad ich matką lub ojcem. Mówili oni najczęściej, że pomoc ta przejawiała się opieką trwającą kilka godzin, odwożeniem bądź odbieraniem seniora z Domu Dziennego Pobytu Samarytanin, wizytami u lekarzy, zakupem leków bądź opieką na zmianę, aby każde z nich miało czas dla siebie.

Tabela 12. Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny – wnuki

Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny
WNUKI
<i>Dzieciaki trochę babci pilnują, ale mówię, u nas nie jest to problemem. No zawsze tutaj na nich można było liczyć, jeśli chodzi o pomoc przy babci [W11].</i>
<i>Tak, właśnie planujemy w sobotę wyjechać. Ja na córkę mogę liczyć. Mama z nią bez problemu zostanie, bo Monika mieszka i to też jest inaczej jak ktoś obcy. Chociaż ta młodsza córka, w tamtym roku też pojechaliśmy na wakacje i ona miała zająć się babcią, bo Monika pomagała w sklepie, a Paulina miała za zadanie tutaj babcią się opiekować. No dorosłe kobiety są, tak że spokojnie można je zostawić [W6].</i>
<i>Jak Patryk (syn – przyp. K.Sz.) był, to chociaż tam zrobił herbatę czy kawę. Patryk to nawet tak robił, w zeszłym roku, że chciał sobie zrobić uprawnienia na taksówki i opiekował się babcią, potem leciał, coś tam robił, takie małe tam robótki robił, ale na czas insuliny, jedzenia przylatywał i robił, jedzenie robił i zastrzyk. Tak że wiesz, taki był systematyczny i opiekuńczy [W3].</i>
<i>Tak, jedna często przyjeżdża, to ta tak, bardzo pomaga. Nawet odstawi mamę, to już tego latania mniej takiego. Nie no, to wtedy oddycham, tak bo ona robi jedzenie, wszystko, ona ją wykąpie [W12].</i>
<i>Moja córka się obroniła, wróciła do Torunia, bo studiowała w Warszawie, więc teraz my się wymieniamy tym odwożeniem, tą opieką. Więc tego czasu jest nagle bardzo, bardzo dużo. Raczej może nie bardzo dużo, ale więcej, bo się podzieliłyśmy tymi obowiązkami [W13].</i>
<i>Ostatnio wyjechaliśmy na dwa dni, był tutaj nasz syn i przez te dwa dni też nic się nie stało [W5].</i>

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 12 przedstawiono to, w jaki sposób wnukowie angażowali się w opiekę nad babcią lub dziadkiem. Bardzo często rozmówcy mówili o tym, że ich dzieci pomagały im w opiece nad matką lub ojcem, ponieważ kiedyś ci sami seniorzy opiekowali się ich dziećmi. Pomoc wnuków jest wielokrotnie doceniana, daje opiekunom rodzinnym możliwość wyjazdu na kilka dni i odpoczynku zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Tabela 13. Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny – dalsza rodzina

Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny
DALSZĄ RODZINĄ
<p>Moja mama ma siostrę, głęboko wierzącą osobę i jak wyjeżdżam gdzieś na wakacje, raz w roku zwykle jestem poza Polską na dwa tygodnie, to wtedy płacę mojej mamy siostrze za każdy dzień odpowiednią kwotę, żeby wyszła z mamą na spacer, trochę się nią zajęła [W9].</p> <p>Wujek się zaoferował, że posiedzi z mamą to na zasadzie właśnie takiej, żeby nie była sama. Czy na przykład mówiła mamie, że gdyby coś to jest wujostwo u góry, tak że taka bierna, jak gdyby obecność, ale nigdy mi nie odmówili, ale no to mówię na takie drobne rzeczy [W8].</p> <p>Zdarzało się, że szwagierka teścia przychodziła, odwiedzała go w domu. Siostra mojej mamy. Ale ona też jest starsza od mojej mamy i w zasadzie też choruje, ale zawsze mówiła, że jak coś to ona może pomóc. Czasem odwiedzała, o właśnie, rybę sobie smażyli, bo dziadek też już nie ogarniał. Siostra z Gdańska zawsze mu przywoziła rybę i miał zamrożoną. Pytał wtedy: No ale jak to zrobić. Ja mówię: tata zaprosi ciocię, ciocia chętnie zje dobrą rybkę i potem się spotykali [W19].</p> <p>Na urlopie takim byłam we Włoszech dwa tygodnie, ja naprawdę odpoczęłam. Przyjechała kuzynka aż z Kołobrzegu. Jej kuzynka (mamy – przyp. K.Sz.), nie moja. Moja to ciocia. I wyobraź sobie, że ona dwa tygodnie siedziała i ona miała dosyć. Ona wypierdziała do chatupy [W3].</p>

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 13, w pomoc przy opiece nad seniorem włączali się również członkowie dalszej rodziny. Ich pomoc charakteryzowała się różnym natężeniem. Przejmowali oni wszystkie obowiązki opiekuńcze przez kilka dni lub też kilka godzin w ciągu dnia, dając opiekunom rodzinnym możliwość wyjazdu bądź załatwienia spraw poza domem.

Z przeprowadzonych badań wynika, że podział obowiązków między członków rodziny nie ograniczał się tylko do opieki nad seniorem w jego domu. Opiekunowie zwracali również uwagę, że wielokrotnie osoba starsza przebywała kilka dni bądź tygodni u innych członków rodziny. Jedna z rozmówczyń mówiła o tym w następujący sposób: *Siostra bardzo się upierała, że weźmie tatę i to na całe trzy tygodnie [W19].* Następna rozmówczyni również wspominała o pobycie jej matki u sióstr, jednocześnie w swojej narracji podkreślała, że opieka nad matką nie była dla niej łatwa, o czym świadczyła następująca sytuacja: *Bo czasami siostry ją biorą na niedzielę czy coś. Wzięły teraz, musiały się opiekować mamą. (...) One już miały tak dosyć mamy, że szybko ją przywiozła już ta ostatnia, dwa dni jeszcze przed naszym przyjazdem już wolała z nią tutaj zostać i jej obiad ugotować, ale żeby już ją z tego domu swojego wypchnąć. A ja mówię, dobrze, niech zobaczą, jak to wygląda, że to nie jest taki miód, że to nie jest tak łatwo [W15].* W wypowiedzi

tej można dostrzec negatywny odbiór opieki nad matką, który został wyrażony słowami: *to nie jest taki miód, że to nie jest tak łatwo* [W15]. Dopiero wyjazd siostry pozwolił doświadczyć trudności, z jakimi musiały zmagać się codziennie.

7.2. Senior – między konfliktem a wsparciem rodziny

W rozważaniach dotyczących opieki nad seniorem wypowiedzi opiekunów można było podzielić na dwie grupy. Jedną z nich stanowili ci, którzy mówili o braku wpływu podjętej opieki na życie rodzinne, drudzy natomiast jednoznacznie wskazywali na wiele zmian, w większości negatywnych. W wyniku analizy materiału badawczego wyłonioną kategorią było *oddziaływanie opieki na funkcjonowanie rodziny*. Kategoria ta należy do kategorii głównej *OPIEKUN*.

Po pierwsze, opieka nad seniorem zmieniała *relacje między rodzeństwem opiekunów*. W wyniku analiz stwierdzono, że relacje te można podzielić na dwa rodzaje. Z jednej strony były to partnerskie relacje, opierające się na zgodzie i zaufaniu. Wskazuje na to następująca wypowiedź: *Z siostrą raczej przez całe życie było dobrze. Gdybyśmy miały jakieś wątpliwości, że nie potrafimy się pogodzić, to przede wszystkim nie kupowałybyśmy mieszkań obok siebie. (...) pozwalamy sobie dać od siebie odpocząć też, może dlatego udaje nam się pogodzić i porozumieć się w tej kwestii* [W10].

Inaczej to przedstawiało się, gdy opiekunowie rodzinni nie mogli liczyć na pomoc ze strony rodzeństwa. Jedna z badanych mówiła: *Ze strony siostry to pomocy nie ma. Ja się właściwie uparłam, żeby chociaż chodziła z nią do geriatry na wizyty, na kontrole, bo ja to niestety, każda wizyta u lekarza to zwolnienie z pracy* [W12]. Inny opiekun również opowiadał o konflikcie z siostrą, na którą nie mógł liczyć: *Nie mogę liczyć na siostrę, zwłaszcza że mnie to strasznie dużo zdrowia kosztuje, jak ją proszę. W końcu nie proszę o nic nadzwyczajnego, tylko o po prostu pobycie z mamą i dostaję za każdym razem, że ona ma inne plany, ona jest zmęczona, ona jest chora, tak jak ja bym nigdy w życiu nie była też chora* [W6].

Z przeprowadzonej analizy w obrębie kategorii *więzi rodzinne między rodzeństwem opiekunów* wynika, że często pojawiającym się konfliktem wśród siostr i braci był spór o dobra materialne i dziedziczenie spadku. Mówiła o tym narratorka: *Oni doszli do takiego wniosku, że oni wyszli z domu, że nie dostali majątku, tak jak to się mówi. A przecież dostali. Jeden ma chałupę, drugi ma chałupę, trzeci ma. Jeszcze ojciec im postawił, ale oni widzą tylko moją piętrowkę. Ty dostałaś, najwięcej, to ty musisz, jak mama umrze, to wszystko będzie twoje. Tylko, że moje zdrowie i psychika, to tego nikt nie liczy* [W3]. Konflikt ten także dotykał dzieci

uczestniczki badania, które słyszały od rodzeństwa swojej matki: *Ty powinnaś z Włoch zjechać i się zajmować babcią, bo w jednym domu z nią mieszkałaś. Na to odpowiada Małgosia: Ale ja jestem tylko wnuczką, a jeszcze są dzieci, są synowie, którzy powinni pomóc mojej mamie, bo mieszkacie bliżej [W3].*

Podsumowując analizę kategorii *więzi rodzinne między rodzeństwem opiekunów*, można stwierdzić, że opieka nad seniorem rodziła niekiedy konflikty między rodzeństwem, które przede wszystkim dotyczyły majątku po rodzicach.

Odnosząc się do kategorii *oddziaływanie opieki na funkcjonowanie rodziny*, opieka nad seniorem nie wpłynęła w sposób negatywny. Potwierdzenie tego stanowiła następująca wypowiedź: *Nie, nie. Absolutnie nie. Wiedzieliśmy od zawsze, że to nastąpi kiedyś, ale nie wiedzieliśmy, kiedy. Cieszymy się, że tak późno. Tak że, nie, zupełnie nic się nie zmieniło. Wręcz nawet miałam pomoc od dzieci czy od męża, jeżeli chodzi o opiekę, czy sprzątnięcie czy czegokolwiek takich cięższych spraw [W1].* Identyfikacyjnie uważał następny opiekun: *Nie (...) życie po zachorowaniu mamy niewiele się zmieniło [W3].* Warto również przytoczyć wypowiedź rozmówczynie sprawującej opiekę nad matką po udarze, która mówiła o relacjach między nią a jej siostrą: *Nie ma znaczenia. Myśmy cały czas byli dobrym rodzeństwem, jesteśmy, nie ma żadnego znaczenia, czy jest chora mama, czy była chora, czy nie była chora, to nie było znaczenia [W7].*

Brak zmian zatem łączył się z pozytywnym *oddziaływaniem opieki na funkcjonowanie rodziny* i relacje w niej panujące. Mężczyzna sprawujący opiekę nad matką wyznał: *Nic się między nami nie pogorszyło, między rodzeństwem czy z żoną. Można powiedzieć, że korzystnie się stało, nastąpiło zbliżenie takie. To jest nauka po prostu no, że jakby przyszło z czasem między nami takie kolejne nieszczęście to wiadomo, że człowiek by bardziej zajął się po prostu, bardziej czułym był i tak dalej. Bo to jest lekcja życia w nieszczęściu [W2].*

O pozytywnych zmianach dotyczących funkcjonowania rodziny mówiła kobieta sprawująca opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera: (...) *zbliżyła nas do nas sytuacja rodzinna bardzo, a w tym wszystkim jest jeszcze ta mama [W20].* Z kolei córka 92-letniej seniorki uważała, że sprawowana opieka nad matką pozytywnie wpłynęła na nią i jej siostry. Kobieta sytuację opieki widziała w kontekście pozytywnych zmian. Mówiła o tym w następujący sposób: *Nauczyła nas solidarności i współpracy, bo każda z nas na początku miała inny stosunek do mamy [W15].* Następna osoba mówiła o tym w dość ogólny sposób: *No i w tym momencie faktycznie, no musieliśmy zupełnie przestawić swoje tutaj życie [W11].*

Analiza materiału badawczego w obrębie kategorii *oddziaływanie opieki na funkcjonowanie rodziny* wykazała również, że u części uczestników badania

opieka nad seniorem zasadniczo zmienia życie rodzinne. Narratorzy w tym miejscu mówili o:

- zaniechaniu spotkań towarzyskich: *Nie mogli do nas przychodzić goście i być za długo, bo mama reagowała negatywnie, bo wiadomo takie są piętrówki, tu wszystko bardzo słyhać [W1].* Kolejni opiekunowie również wskazywali na ograniczenie możliwości spotkań towarzyskich: *Na pewno kwestia ograniczenia spotkań wieczornych ze znajomymi, a naprawdę mamy grupki, z mojego jeszcze liceum, z poprzedniej pracy, tak że bardziej pode mnie się w tej chwili osoby podpasowują [W11]* i drugi opiekun doświadczył tego samego: *Całe nasze życie jest podporządkowane. My nie spotykamy się z żadnymi znajomymi praktycznie, bo nie mamy na to czasu. Bo jedynie to mogą do nas przyjść, bo z mamą praktycznie no nie bardzo jest możliwość [W6];*
- braku wspólnie spędzanych niedziel lub weekendów z małżonkiem: *Nie mamy niedziel, bo próba wyciągnięcia taty na jakikolwiek spacer, nawet przejścia się jest nieudana. (...) Natomiast no nie ma opcji, żeby gdzieś wyjechać na weekend [W19];*
- negatywnym wpływie opieki na całą rodzinę: *To był wór bez dna trochę. Tak że ja to traktuje jako porażkę trochę. To był taki moment, że zaczęło to być destrukcyjne dla nas, dla mnie też, bo byłam bardzo już zmęczona. To dotyczyło naszą rodzinę no i przede wszystkim ojca [W17];*
- zaniku życia rodzinnego w domu opiekuna: *Ja praktycznie w swoim domu nie mieszkam. Śpię cały tydzień u mamy [W11];*
- brak spotkań w gronie rodziny: *To znaczy generalnie to, co w ogóle się zmieniło w funkcjonowaniu naszej rodziny, to kompletnie zamarzy spotkania rodzinne. Bo to była taka u nas tradycja, że jak gdyby grupowaliśmy, imieniny i tak dalej i wtedy tam się spotykaliśmy. Kompletnie to wymarło [W8].*

Zmiana życia rodzinnego dotyczyła również głównego opiekuna. Analiza treści wykazała, że opieka ograniczyła jego życie prywatne. Jedna z interlokuterek mówiła wprost, że zrezygnowała z pracy i całkowicie poświęciła się opiece nad mamą: *Ja po prostu musiałam zrezygnować praktycznie ze swojego życia, żeby się mamą opiekować [W7].* Brak możliwości wyjść z domu sygnalizowali kolejni opiekunowie. Pierwsza osoba mówiła o tym następująco: *Nie mam możliwości, żebym ja mogła kiedyś, gdzieś wyjść, bo czasami już po prostu mam dosyć (...) żeby tak wyjść, jak pies z łańcucha zerwać i polatać chociażby nawet czy gdzieś iść, no nic nie mogę, jestem uziemiona totalnie [W12].* Druga natomiast twierdziła, że: *kiedyś, to czy na jakieś lody poszliśmy, czy do kawiarni, a teraz no za bardzo nie ma jak, bo wiadomo. (...) No, ale widocznie tak musi być [W6].* Z kolei inna

rozmówczynie sprawująca opiekę nad matką o wpływie opieki na funkcjonowanie całej rodziny mówiła w następujący sposób: *Tak, absolutnie. Tego też nawet jakoś tam nie uzgadniałyśmy. No my trochę ubolewamy z siostrą, że my nie możemy sobie razem gdzieś pojechać, bo to już jest wykluczone raczej. No ale przemiennie tak, jak najbardziej* [W13].

7.3. Opiekunowie rodzinni – troska, opiekuńczość czy bezradność, frustracja i zmęczenie

W trakcie analizy treści wykonanej przy użyciu programu MAXQDA wyłoniono kategorie odnoszące się do szerszej kategorii *OPIEKUN*, którą określono jako *następstwa opieki*. Z przeprowadzonych analiz wynika, że opiekunowie rodzinni bardzo angażowali się w proces pielęgnowania seniora. Konsekwencją długiego czasu trwania opieki jest tzw. zespół wypalenia (Zych, 2010, *zespół wypalenia zawodowego*, s. 213), który oznacza niewydolność opiekuna w sprawowaniu opieki nad seniorem. Taka sytuacja oznacza pojawienie się negatywnych emocji i zachowań wobec osoby starszej. Trudna codzienność niesie ze sobą liczne wyzwania i troski. Gdy utrzymują się one dłużej, powoduje to bezsilność oraz niechęć do sprawowanej opieki (Halicka, 2006, s. 249).

Jak pokazały badania, opiekunowie doświadczali podobnych emocji. 67-letnia kobieta uważała, że bliskość zamieszkania jej matki miała ułatwić sprawowanie opieki. Tak niestety się nie stało. Mówiła o tym w następujący sposób: *Ja zamiast pomóc sobie, to sobie utrudniłam życie. Zawsze na siebie bat kręciłam przy tym. I teraz przestałam tak nadskakiwać, bo to im więcej, to tym było gorzej, zawsze coś* [W15]. Z wypowiedzi narratorki wynikało, że jej matka miała coraz większe wymagania związane z opieką, które doprowadziły do poczucia zniechęcenia ze strony uczestniczki badania. Kolejna rozmówczynie miała podobne odczucia. Zachowania seniorki negatywnie oddziaływały na całą rodzinę. Dowodziła tego mówiąc: *Był taki moment, że zaczęło to być destrukcyjne dla nas, dla mnie też, bo byłam bardzo już zmęczona, naszą rodzinę no i przede wszystkim to ze strony ojca tam destrukcję taką* [W17]. Uczucie niechęci do sprawowanej opieki może być również związane z zachowaniami seniora wynikającymi z jego choroby. Tak też było w przypadku jednej z rozmówczyń, która sprawowała opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera. Opiekun tak relacjonował zachowania swojej matki: *Szuka, przebiera się, zakłada różne rzeczy, tego nie robiła, a teraz wprowadza taki nieład i bałagan, że no ręce mi opadają* [W20].

Pogarszający się stan zdrowia seniora, jak pokazały przeprowadzone badania, oznaczał *zwiększające się potrzeby opiekuńcze*. Mówiło o tym wielu rozmówców, ponieważ to oni przede wszystkim ponosili tego konsekwencje, gdyż musieli poświęcać coraz więcej czasu na opiekę nad seniorem. Kobieta sprawująca opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera w długiej narracji opowiadała o tym, w jaki sposób zwiększał się zakres opieki nad seniorką w jej domu: *Na samym początku jak była sama, to właściwie to się zaczęło taką depresją. Była najpierw leczona na depresję, a potem się zaczynały coraz większe kłopoty z pamięcią, no i było tam badanie, tomograf był zrobiony, no i on potwierdził* [W6]. Wraz z rozwojem choroby rosło zagrożenie i potrzeba nieustannej uwagi. Jedna z interlokuterek mówiła: *Biorę szybko prysznic, żebym miała chociaż te dziesięć minut dla siebie, bo tak to łazienki praktycznie nie zamykam, też jak wchodzę, bo nigdy nie wiadomo, co tutaj się wydarzy* [W6].

Na zwiększające się potrzeby opiekuńcze wskazywała wypowiedź kobiety, która odczuwała zmęczenie w związku z pogarszającym się stanem zdrowia jej matki i próbą niedostosowywania się do jej próśb związanych z nieustannym przemeblowywaniem mieszkania. Mówiła o tym w następujący sposób: *Jeszcze do tej pory jest nie tak, nie w tym miejscu, nie tak, to ona jakieś pomysły ma szalone, czasami w ogóle nie do zrealizowania, ale my staramy się mało zmieniać, bo to jest kosztowne i czasochłonne. No po co? Czasami no pomysły ma szalone. Teraz ma, takie czasami aż dziecinne te pomysły, nie realizujemy już teraz tych pomysłów jej wszystkich* [W15]. Inna narratorka tak mówiła o pogarszającym się stanie zdrowia jej ojca: *Ale później się zaczęło to jakby zmieniać, pogarszać* [W19]. Kobieta opowiadała, jakie działania podjęli wraz z mężem, gdy zauważyli znaczne pogorszenie się stanu zdrowia seniora. Obrazuje to jej wypowiedź: *Wtedy już podjęliśmy kolejną wizytę u lekarza właśnie z opisem przypadku i wtedy już trochę mocniejsze leki. No, przy czym potem było skierowanie, też na badanie, tak w międzyczasie był na rezonansie* [W19]. Natomiast kobieta sprawująca opiekę nad matką po udarze przestała się orientować w stanie zdrowia seniorki, gdyż w krótkim czasie uległ on znacznemu pogorszeniu: *Teraz to w ogóle to się sytuacja bardzo zmieniła, jeśli chodzi w ogóle o opiekę, bo był postęp choroby też, ja do końca nie wiem, na ile to poszło* [W17]. Kobieta sprawująca opiekę nad 90-letnią matką w długiej i ciekawej narracji opowiadała o stopniowym pogarszaniu się stanu jej zdrowia. Wskazywała ona również na to, w jaki sposób członkowie rodziny akceptowali zwiększającą się zależność seniorki: *Kiedy babcia nic nie umiała i nie wiedziała, jaki jest miesiąc, jaki jest dzień tygodnia, nie wiedziała, jak ma na imię, to już wiadomo, że u babci zaczął się jakiś tam problem. No, ale*

uczylismy się tego, to następowało powoli. Nie był to taki od razu wielki bum, jakiś tam wylew czy udar, że z dnia na dzień, tylko ta choroba postępowała, dla nas to było takie normalne, że już dzisiaj tego nie robi, a jeśli ta choroba troszeczkę się cofnęła, to była u nas taka ogromna radość: ojej babcia przemówiła, czy babcia coś zrobiła samodzielnie sama, w ten sposób [W1].

Wśród kategorii charakteryzujących sytuacje opiekuna pojawiło się: *zmęczony emocjonalnie i wyczerpany psychicznie*. Badania pokazały, że opiekunowie byli obarczeni wieloma codziennymi obowiązkami przekraczającymi ich możliwości fizyczne i psychiczne. Po kilku latach takiego przeciążenia stawali się wyczerpani emocjonalnie, niezadowoleni z pełnionej roli opiekuna rodzinnego. Zdawali sobie sprawę, że powinni wspierać seniora, lecz w wyniku przeciążenia opieką sami wymagali wsparcia (Halicka, 2006, s. 250). Obrazowała to wypowiedź mężczyzny sprawującego opiekę nad matką po wylewie: *Wszystko w tej chwili jest na mojej głowie [W2]*. Inna rozmówczyni mówiła wprost o zmęczeniu związanym z opieką nad matką: *W tej chwili jestem zmęczona, bo jeszcze pracuję zawodowo i ja już w pół do piątej muszę wstać. Ale to cię nikt nie chce zrozumieć [W3]*. W dalszej wypowiedzi badana powracała do tego problemu: *Za długo to trwa, to już leci dwunasty rok. To ja nie mam prawa być zmęczona? [W3]*. Również na zmęczenie z powodu 24-godzinnej opieki nad seniorem wskazała inna rozmówczyni w swojej narracji: *Był taki moment, że byłam już trochę po prostu zmęczona, mówię: no nie, niech się też ktoś nim zajmie, już mam dosyć [W17]*. Kobieta sprawująca opiekę nad matką także odczuwała zmęczenie ciągłą opieką. Mówiła o tym w następujący sposób: *Czasami też jestem zmęczona, że bym chciała tak odetchnąć. Na przykład pójść wieczorem do koleżanki albo gdzieś się umówić, nawet pójść do kina. Ja tego nie mam. A brat pracuje praktycznie od rana do wieczora i go nigdy nie ma [W7]*. Natomiast małżeństwo sprawujące opiekę nad mężczyzną dotkniętym chorobą Alzheimera wskazało na ciągłe napięcie, ciągły stan gotowości. *Żyjemy na telefon, tylko telefon był od taty i pytanie: Co znowu? Czy trzeba tam jechać, ratować? [W19]*. Córka zaś seniorki chorującej na cukrzycę uważała, że: *najgorzej ma ten, który właśnie mieszka z takim rodzicem. Bo ten co przyjdzie w odwiedziny, a tu kawka, herbatka, wypije i do widzenia [W3]*.

Rosnące wymagania opiekuńcze wpływały na jakość sprawowanej opieki. Pojawiał się wtedy stan wyczerpania psychicznego opiekuna rodzinnego, co w konsekwencji prowadziło do wrogości, złego traktowania, niechęci oraz zaniedbań opiekuńczych (Halicka, 2006). Osoby uczestniczące w badaniu wskazywały na obciążenie psychiczne, jakie wywoływała u nich sprawowana opieka. Jedna

z osób mówiła, że nie miała możliwości odpocząć psychicznie od opieki nad matką, ponieważ bez przerwy zastanawiała się, czy seniorka miała zaspokojone wszystkie potrzeby. Tak o tym mówiła: *Zawsze wiem, że muszę tam jechać, muszę. Nie to, że chcę, muszę. To jest takie obciążenie psychiczne. Bo wiem, że muszę do niej jechać, bo ona tam beze mnie to jest w złym stanie* [W20]. Inna osoba wskazała na poczucie odizolowania społecznego, ponieważ zrezygnowała z pracy na rzecz opieki nad matką. Dopiero po dwóch latach sprawowania opieki nad seniorką uświadomiła sobie, że nie była to dobra decyzja. Potwierdzeniem tego były następujące słowa: *Ja bym chciała bardzo też pójść do pracy między ludzi, brakuje mi tego* [W7]. Kolejna osoba mówiła wprost o sprawowanej opiece jako o problemie: *To jest dla mnie problem, no jakby nie patrzył. Muszę się nim opiekować* [W18]. Kolejni opiekunowie wskazywali na brak sił i częste zdenerwowanie: *Ja po prostu nie wytrzymuję już tego wszystkiego, ja jestem tak już znerwicowana, że ja nie mam siły* [W15], po drugie zdarzało im się podnosić głos na seniora: *Potrafię też krzyknąć wtedy ku zaskoczeniu mamy raptem, potem człowiek jest zły, niby wie, że to jest choroba* [W11]. Przyczynę zmęczenia opiekunów rodzinnych podała 50-letnia kobieta sprawująca opiekę nad teściową, która uważała, że: *Jeśli opieka nad osobą starszą spada tylko na jedną osobę, to ta osoba jest wykończona totalnie i że tak powiem, nadaje się na terapię zajęciową* [W5].

Podczas analizy materiału badawczego wygenerowano kategorię *nieustanna troska* w ramach głównej kategorii *OPIEKUN*. Kategoria ta dotyczyła dążenia do zaspokojenia wszystkich potrzeb seniora oraz zapewnienia mu bezpieczeństwa. Konsekwencją intensywnie sprawowanej opieki był *zmęczony emocjonalnie i wyczerpany psychicznie opiekun*.

Kobieta sprawująca opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera w związku z nieustanną troską o nią tylko w pracy miała możliwość odpocząć psychicznie. Mówiła o tym w następujący sposób: *W pracy odpoczywam psychicznie od niej – powiem szczerze. Rano to biegnę z duszą na ramieniu, co ja w łóżku zastanę. Albo pampersy leżą tutaj, a ona z gołą pupą i jeszcze obsikana* [W12]. *Nieustanna troska o bezpieczeństwo seniora* wybrzmiewała w kolejnej wypowiedzi: *Dlatego jest ten alarm, bo ja się bałam, żeby mama w nocy nie wstała, nie przewróciła się, bo był taki okres, że się potrafiła zachwiać, więc trzeba było cały czas przy niej być* [W6]. Wśród badanych opiekunów znalazło się również dwóch, których pierwsza myśl po przebudzeniu była związana ze stanem zdrowia seniora. Pierwszy opiekun tak o tym mówił: *Każdego dnia, kiedy budzimy się rano, to pierwsza nasza myśl jest, czy nasza mama żyje* [W1]. I drugi: *Jak się budzę, to lecę i patrzę, czy aby żyje. Bo z sercem to jest różnie, już nie z tym udarem, ale z sercem to różnie* [W4].

Następstwem rosnących obciążeń związanych z opieką nad seniorem było ujawnione w badaniach wypalenie, wyczerpanie i rezygnacja, a nawet żałowanie decyzji o podjęciu opieki nad seniorem. Jak mówiła kobieta opiekująca się swoją matką: *Ja nie osiągnęłam, takiego zadowolenia z jej strony. Tak że ja to traktuję jako trochę porażkę mimo wszystko w takim znaczeniu, że ja sądziłam, że mi się uda tak zorganizować to wszystko, takimi nakładami finansowymi i czasem i tym wszystkim, tą organizacją* [W17]. W skrajnych wypadkach pojawiało się poczucie winy: *Takie poczucie winy, że człowiek nie jest w stanie poświęcić tyle czasu, ile chciałby, żeby być w zgodzie ze swoim sumieniem, to jest straszne* [W8].

Przytoczone wypowiedzi opiekunów rodzinnych wskazały na kilka płaszczyzn związanych z przeciążeniem psychicznym. Z jednej strony było to obciążenie opieką tylko jednej osoby, która nie miała żadnej pomocy ze strony innych członków rodziny. Kolejnym powodem przeciążenia był bardzo długi czas trwania opieki. Wśród badanych najdłużej sprawowała opiekę 67-letnia kobieta nad 90-letnią matką. Opieka w tym przypadku trwała od 15 lat, natomiast 55-letnia kobieta sprawowała opiekę od 12 lat nad matką po udarze, z zaawansowaną cukrzycą i chorobą nerek.

W narracjach uczestników badania pokazujących ich zaangażowanie w opiekę nad seniorem pojawiła się specjalna kategoria wskazująca na *bezwarunkowe poświęcenie*. Jedna z osób badanych mówiła o tym w następujący sposób: *To już dwa lata trwa, jak mama choruje. Ja więcej czasu poświęcam mamie niż dzieciom* [W7].

Inna wypowiedź była także potwierdzeniem *bezwarunkowego poświęcenia* swojego czasu i życia osobistego: *Mój dzień zaczyna się powiedzmy rano i kończy koło 21 codziennie, no więc coś za coś. Nie mam w ogóle czasu dla siebie no bo jeszcze zostają te weekendy, jak mówiłem, ale wtedy mam właśnie czas dla mamy, taki, że mogę iść z mamą na spacer czy coś* [W9] – mówił jeden z interlokutorów. Inna narratorka podała: *Na pewno brakuje nam czasu dla siebie, stąd też nawet te decyzje, że mąż też śpi u mamy mojej, no, bo chociaż tą chwilę, te pół godziny, jak przyjedzie od swojej, chwilę posiedzimy, chwilę porozmawiamy, właściwie to jest takie prawie jedyne te pół godziny, że widzimy się razem* [W11].

W wypowiedziach opiekunów pojawiały się zdania wskazujące na *przyzwyczajenie do opieki*. Kobieta sprawująca opiekę nad matką od 12 lat mówiła o tym w następujący sposób: *Ja już się przyzwyczaiłam, te dni się nie różnią. Tylko cały tydzień jest taki sam, taki sam* [W3]. Dla kolejnej rozmówczyni opieka to: (...) *rozpęd, przyzwyczajenie przez tyle lat, no różnie to można oceniać, ale to każdy chyba ma coś takiego, co byś nie robiła tak że cię to zaczyna denerwować, zmęczenie*

chyba o! I jeszcze dochodzą inne problemy i to mnie irytuje bardziej [W8]. Poza tym warto zauważyć, że kobieta mówiła również o zmęczeniu opieką, czego konsekwencją było jej zdenerwowanie. W przypadku kolejnej rozmówczynie sprawującej opiekę nad teściową od pięciu lat było podobnie. Opieka to dla niej rutyna. Opowiadała o tym następującymi słowami: *Traktuje się to teraz jako rutynę, wstaje się, robi się, są pewne rzeczy, które trzeba rano zrobić, zakropić oko, podciągnąć wszystko, powiedzieć, że ma umyć zęby, że ma pójść na sedes, sprawdzić czy tam wszystko w porządku, ewentualnie zrobić [W5].* Wypowiedź ta wskazywała, że rozmówczynie była przyzwyczajona do sprawowanej opieki i nie narzekała na monotonię powtarzające się czynności. Zaakceptowała ten stan rzeczy.

Z analizy treści wynika, że opiekunowie, z którymi prowadzono wywiady, angażowali się bardzo mocno w sprawowaną opiekę. Niektórzy troszczyli się o seniora nieustannie. Prowadziło to wielokroć do różnorodnych negatywnych konsekwencji.

W tych ambiwalentnych ocenach i stanach pojawiały się także wypowiedzi świadczące o niepewności jutra. Były to różne obawy związane z *zapewnieniem bezpieczeństwa seniorowi*, próbami opuszczenia przez niego domu, zagubienia się. Jeden z uczestników badania opowiadał, jakie działania podjął w celu zwiększenia bezpieczeństwa seniorki: (...) *teraz jest ustalone, że prawdopodobnie będziemy zamykać na taki zamek drzwi, żeby mama samodzielnie nie otworzyła tych drzwi [W9].* Inna osoba dodała: *Teraz żyję tym, że może mi się coś stać i to w obsesję zaczynam wpadać chyba jakąś, bo się martwię o niego i o te dzieciaki. O wszystko, bo, wie Pani, komuś na głowę, ja inaczej to postrzegam [W4].* Kolejna narratorka mówiła tak: *Mam takie momenty, że to wszystko mnie przeraża, przeraża [W8].*

Na podstawie zebranych narracji dało się wyróżnić trzy obszary w życiu opiekunów, które pod wpływem sprawowanej opieki uległy zmianie, a dotyczyły *postrzegania przez opiekunów rodzinnych przyszłości swojej i najbliższych członków rodziny, wyobrażeń na temat własnej starości oraz rozumienia sprawowanej opieki w stosunku do człowieka starego.*

Po pierwsze, opiekunowie rodzinni nie mieli planów na przyszłość, co przed rozpoczęciem opieki się nie zdarzało. Po drugie, osoby biorące udział w badaniu nie planowały niczego, ponieważ choroba seniora była dla nich dużym zaskoczeniem, które całkiem zmieniło ich plany życiowe. Pierwszy z obszarów obrazowała narracja kobiety sprawującej opiekę nad matką chorą na demencję: *O tym nie myślę. Znaczą po prostu nie mam takich myśli, ja staram się przyjmować wszystko co jest. Aczkolwiek nie wybiegam myślą zbyt daleko w przyszłość, tylko tak ogarniam najbliższe perspektywy i tyle [W10].* W przypadku kolejnej rozmówczynie, która

sprawowała opiekę nad matką po udarze, było podobnie: *Tak że w tej chwili naprawdę nie kombinujemy, nie zastanawiamy się, tak jak z dnia na dzień nam się wszystko musiało przestawić, tak różnie może być jutro, pojutrze, a może to jeszcze i 10 lat wszystko może trwać i dłużej. (...) Nie jest to takie łatwe. Na razie nie myślę, co jutro będzie. Nie jestem w stanie przewidzieć, co nam się uda w następnym tygodniu* [W11]. Wypowiedź ta wskazywała, że sytuacja nagłej choroby seniora wiążąca się z koniecznością podjęcia nad nim opieki wpływała na postrzeganie przyszłości. Rozmówczyni wskazała na nieprzewidywalność życia. Nauczyła się żyć dniem dzisiejszym. Trwanie w terażniejszości bez wybiegania w przyszłość było również widoczne w wypowiedzi kolejnego opiekuna: *Niczego nie planujemy, o niczym nie myślimy, tylko żyjemy dniem dzisiejszym* [W5].

Drugi obszar odwołujący się do *wyobrażeń na temat własnej starości* charakteryzowały następujące wypowiedzi. Pięćdziesięcioletnia rozmówczyni tak mówiła o starości: *Raczej nie, że mnie przeraża, ale tak mi trochę przykro, że to życie tak się kończy* [W17]. Po chwili kobieta dodaje: *Ja się osobiście zastanawiam czasami, jaką ja będę miała starość, czy tak nie będzie kiedyś, że ja też tak będę leżeć?* [W17]. Przytoczona wypowiedź ukazuje zarówno przygnębienie okresem starości, jak i obawy przed swoim stanem zdrowia w tym czasie. Strach przed niedołężnością w okresie trzeciego wieku wyrażała jedna z uczestniczek badania sprawująca opiekę nad matką, która zaczęła wymagać opieki z powodu wystąpienia udaru. Wyrażała ona swoje obawy w następujący sposób: *Zobaczmy, jak to będzie. Nad sobą to też nieraz myślę i się tego boję. Jak ja bym miała leżeć, to ja sobie nie wyobrażam tego tak naprawdę* [W18]. Natomiast kobieta sprawująca opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera sądziła, że człowiek w okresie starości wymagający opieki jest uzależniony od osób trzecich. Obrazuje to następująca wypowiedź: *Strasznie się boję, jest to coś okrutnego, takiego uzależnienia i jeszcze mając małe fundusze, nie można wszystkiego zapewnić, godnej tej starości, jest to okropne* [W20]. Dodatkowo kobieta wskazała na barierę finansową uniemożliwiającą zaspokojenie wszystkich potrzeb seniora. W innym miejscu rozmówczyni wyraziła obawy związane z zachowaniem na chorobę Alzheimera. Mówiła o tym w następujący sposób: *Jestem przerażona, bo Alzheimer był u nas dziedziczny, my nie mieliśmy właśnie w rodzinie nikogo chorego i boję się, żeby mnie to nie spotkało. Nawet taki głupi żart jak coś zapomnę to, oho zaczyna się albo coś takiego. Strasznie się boję, jest to coś okrutnego, takie uzależnienie* [W20]. Takich samych niepokojów doświadczał mężczyzna sprawujący opiekę nad matką, która również była dotknięta chorobą Alzheimera. Mówił o tym w długiej i interesującej narracji: *Jeżeli patrzę z perspektywy swojej własnej osoby i to, że jestem obciążony genetycznie, to czuję dużą obawę, lęk, że mogę*

mieć to samo i jednocześnie nie mając w zasadzie rodziny, muszę sobie radzić sam, ale co będzie, jeżeli właśnie też będę miał taką chorobę otępienną. W pewnej chwili będę tak jak dziecko, chyba, że zdołam jeszcze na czas pozalać sobie jakiś dom już stałej opieki [W9]. Obawy mężczyzny mają dwojaki charakter. Z jednej strony jest to strach przed chorobą Alzheimera, której podłoże w jego rodzinie sytuuje się w genetyce, z drugiej zaś odczuwał zaniepokojenie związane z nieposiadaniem partnerki życiowej, która mogłaby sprawować w stosunku do niego opiekę, gdyby ta choroba pojawiła się u niego.

Trzeci obszar dotyczył *zrozumienia sprawowanej opieki* w stosunku do człowieka starego. Osoby uczestniczące w badaniu doświadczyły trudności związanych ze sprawowaniem opieki. Myśląc o swojej starości, nie chciałyby obarczać opieką nikogo z rodziny. Jedna z osób, z którą prowadzono wywiady, wyrażała swoje obawy związane ze starością i koniecznością sprawowania opieki w następujących słowach: *Boję się, że niedługo ja będę też w tym wieku i będę też potrzebowała opieki i nie wiem, jaka będzie postawa moich dzieci, bliskich w stosunku do mnie. Nie chciałabym być taką męczącą osobą, bo ja widzę, że to jest jednak dużo nakładu tych osób [W15].* W wypowiedzi kobiety wybrzmiewała z jednej strony obawa przed byciem uciążliwym w okresie starości, z drugiej zaś narratorka zastanawiała się, czy jej dzieci będą się nią zajmować, gdy będzie tego wymagała. Doświadczenie bycia dokuczliwym, nieznośnym, męczącym, marudnym, a nawet uciążliwym w okresie starości miała kobieta, która sprawowała opiekę nad matką po wylewie. Kobieta podczas rozmowy wielokrotnie wskazywała na uciążliwe zachowania jej matki. Proces opieki zatem wpłynął na obawy dotyczące własnej starości. Mówiła o tym w następujący sposób: *Boże, żeby tylko ja taka nie była dla swoich dzieci, upierdliwa taka, żeby dziecięć światów ze mną nie miały [W17].*

Zasadniczo większość opiekunów, zastanawiając się nad swoją przyszłością, deklarowała chęć zamieszkania w domu pomocy społecznej w okresie starości. Jeden z opiekunów mówił o tym w następujący sposób: *W życiu nie chciałabym obciążać swoich dzieci czymś takim, w życiu. Bo mimo wszystko, mimo że to jak gdyby na co dzień fizycznie nie czuję się tak obciążona, ale cały czas jest ten psychiczny obowiązek. (...) Dlatego już im mówię, żeby się nawet nie zastanawiali tylko, jak gdyby się coś takiego nie dał Boże stało, niech mnie oddadzą do jakiegoś domu, byleby mnie odwiedzali [W8].* Następną osobą była tego samego zdania: *Nie miałabym żalu do synów, jakby mnie oddali do takiego domu, bo wiem, co to znaczy opiekować się taką osobą, bo ja wiem, że to nie jest łatwe [W18].*

Niewielką grupę badanych cechował brak sprecyzowanych oczekiwań do własnych dzieci związanych z opieką nad nimi w okresie starości. Z jednej

strony mówili o swojej gotowości do zamieszkania w domu pomocy społecznej w okresie starości: *Tak, ja chyba wybiorę sobie DPS, nie będę chciała męczyć moich dzieci, bo ja już jestem umęczona swoimi rodzicami i chyba swoich dzieci nie będę chciała męczyć* [W3]. Jednak za chwilę kobieta odzwierciedliła społeczne sprzeczności i oczekiwania, dodając: *Chyba, że będą chcieli mnie trzymać, chyba, że będę sprawna, nie wiem, jaka będę, bo nikt nie jest w stanie przewidzieć, co go czeka w życiu* [W3]. Przytoczona wypowiedź pozwala stwierdzić, że uczestniczka badania nie wiedziała, czym jest podnoszenie ciężaru, a czym bycie ciężarem. W wypowiedzi innego opiekuna również pojawiły się te same wątpliwości. 55-letnia kobieta zdawała sobie sprawę z tego, że postrzeganie rzeczywistości przez człowieka ulega zmianie w ciągu życia. O swojej przyszłości mówiła w następujących słowach: *Trudno mi cokolwiek powiedzieć, bo jak później człowiek zachoruje, to może też inaczej myśli, żeby nie obciążać. Nie chciałabym, żeby się dzieciaki mną zajmowały i tylko, wie Pani, no ja już swoje przeżyję i później dzieci mają mi się podporządkować, no myślę, że ja bym nie chciała tego, przynajmniej, jak mam taką świadomość co teraz. Ale nigdy nie wiadomo, jak to będzie* [W14]. Wypowiedź rozmówczynie ukazała doświadczenia opieki nad seniorem i jego wpływu na opiekuna. Kobieta doświadczyła konieczności podporządkowywania się swojej teściowej. Jednakże na końcu swojej narracji wskazywała na zmieniające się postrzeganie rzeczywistości w okresie starości.

Przyszłość opiekunów osób starszych była widziana przez nich jako okres zależności od drugiego człowieka. Odkąd podjęli opiekę nad seniorem, nie snuli planów na przyszłość, zrezygnowali z pracy zawodowej oraz aktywności w wolnym czasie.

Osobom badanym starość kojarzyła się tylko w negatywny sposób. Postrzegali ją przez pryzmat chorób współwystępujących w tym okresie, widzieli ją w kontekście niepełnosprawności i postawy oczekującej opieki, i wsparcia. Interlokutorzy odczuwali niepokój związany z własną starością, która kojarzyła im się głównie z zależnością od drugiego człowieka. W związku z tym akceptowali oni zamieszkanie w domu pomocy społecznej, aby nie obarczać opieką własnych dzieci.

7.4. Opiekun między poświęceniem a zrozumieniem konieczności

Jak opieka nad człowiekiem starym wpływa na funkcjonowanie całej rodziny? W zebranych wypowiedziach pojawiały się dwie tendencje. Z jednej strony opiekunowie rodzinni mówili o braku zmian w funkcjonowaniu rodziny w związku z opieką nad seniorem. Z drugiej natomiast wskazywali na zmiany, jakie nastąpiły

w ich życiu. A zatem kolejnym zagadnieniem, jak pokazała analiza treści wykonana przy użyciu programu MAXQDA, było pytanie: Jak funkcjonuje rodzina sprawująca opiekę nad seniorem i jakie to ma konsekwencje dla opiekunów formalnych? Niesamodzielność seniora obciążała przede wszystkim głównego opiekuna, który najbardziej intensywnie angażował się w realizację funkcji opiekuńczej. Narażał się on na wiele sytuacji stresujących, które ujawniały jego niskie kompetencje, problemy finansowe lub wyczerpanie psychofizyczne.

W wyniku analiz stwierdzono, że kategorię *konsekwencje podjęcia opieki dla opiekunów rodzinnych* w ramach głównej kategorii OPIEKUN można podzielić na kilka obszarów: *życie rodzinne* oraz *zaniedbania opiekuńcze względem dzieci* narratorów. We wszystkich obszarach uczestnicy badania dostrzegali negatywne strony podjęcia opieki. Wśród wypowiedzi pojawiły się również takie, które wskazywały na to, że sprawowana opieka nad seniorem nie doprowadziła do rezygnacji z niczego. Jedna z kobiet sądziła, że odpowiednia organizacja opieki umożliwiła zrealizowanie wszystkiego. Badana tak to opisała: *Nie, nie. Zrezygnować nie. Nie jestem osobą, która coś odpuszcza, bo ja jestem osobą, która reorganizuje czas. Nie, nie, ja nie zrezygnowałam absolutnie z niczego zresztą moja mama, jak była osobą sprawną i wiele razy, jak ja mówiłam jej: Słuchaj, ale ja nie mam na to czasu. To ona mówiła: Wiesz co? Ci co najmniej robią, mają najmniej czasu. Ja nie rezygnuję, ja po prostu inaczej to układam* [W13]. Jest to wypowiedź odosobniona, gdyż w większości przypadków opiekunowie wskazywali negatywne skutki opieki, które obejmowały wiele obszarów życia osobistego i rodzinnego.

Badania wykazały, że niesprawność seniora niosąca za sobą konieczność sprawowania nad nim opieki wpływała na rodzinę oraz stwarzała w niej określoną i charakterystyczną sytuację psychologiczną. W momencie, kiedy rodzina rozpoczynała sprawować opiekę nad człowiekiem starym, potrzeby pozostałych członków rodziny stały się mniej ważne, najważniejsze bowiem stały się potrzeby seniora. Opiekunowie rodzinni troszczyli się wtedy przede wszystkim o zapewnienie osobie starszej opieki i bezpieczeństwa zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Działo się to wielokrotnie kosztem innych członków rodziny, gdyż główni opiekunowie poświęcali cały swój czas i energię seniorowi (Janion, 2011, s. 127). Taką sytuację sygnalizowali rozmówcy.

W konsekwencji przeniesienia uwagi na opiekę nad starszym członkiem rodziny pojawiały się *zaniedbania opiekuńcze względem dzieci*. Rozmówcy mówili o zbyt małym poświęceniu czasu dla swoich dzieci. Córka sprawująca opiekę nad 80-letnią matką twierdziła: *Mój najmłodszy syn, osiemnastoletni, to widzę, że troszeczkę tak jakby był wrogo nastawiony do mnie, że ja się muszę mamą*

zajmować, a on nie rozumie tego, mi się tak wydaje, jakby jest jeszcze może za młody. To już dwa lata trwa, że ja więcej czasu poświęcam mamie niż jemu. Z czego mogę narzekać, to narzekam, że nie mam czasu dla swoich dzieci. No, bo nie mam [W7]. Druga rozmówczyni mówiła na ten temat wprost: *To znaczy na tym odpokutowała moja córka, bo tak powiem Pani szczerze, że zupełnie inaczej sobie to wyobrażałam, bo nawet wynajmując dla niej mieszkanie, to brałam pod uwagę to, że będę tam jeździła do niej częściej, dłużej, bo tak jak mówiłam, była w sumie no generalnie brakowało jej nas. Brakowało jej tej opieki i na pewno się na niej odbiło niekorzystnie. Tak że na pewno tutaj to poszło w złą stronę. Tak że jedyną osobą, która jak gdyby ucierpiała, to była moja córka [W8].* Wypowiedź kobiety dowodziła, że doświadczała ona poczucia porażki z powodu niepoświęcania odpowiedniej ilości czasu jej córce.

Zachwiana rola życiowa osoby sprawującej opiekę nad seniorem dotyczy interakcji rodzinnych, które są znacznie zaburzone, ponieważ cała uwaga jest skupiona na osobie starszej. Skutkiem tego są następujące zjawiska. Po pierwsze, jest to brak czasu wolnego, którego praktycznie nie ma, gdyż jest on poświęcany pielęgnacji osoby starszej. Cierpi na tym praca zawodowa, z której opiekunowie muszą zrezygnować na rzecz pomocy seniorowi w czynnościach dnia codziennego. Konsekwencją tego są problemy finansowe. Z biegiem czasu może się pojawić dualizm ról polegający na łączeniu pracy zawodowej z pracą opiekunki/ opiekuna, skutkiem tego jest dwukrotne obciążenie w następstwie prowadzące do zmęczenia, wypalenia sił, a nawet przemocy wobec seniora. Z kolei zerwanie sieci relacji społecznych z powodu deficytu czasu wolnego prowadzi do braku możliwości spotkań towarzyskich (Tobiasz-Adamczyk, 2013, s. 205).

7.5. Czas wolny opiekunów

Podczas analizy materiału badawczego została wyłoniona kategoria *czas wolny*. Kategoria ta należała do głównej kategorii *OPIEKUN*. Czas wolny oznacza „przedział czasu, który dana osoba może wykorzystywać dla regeneracji sił psychicznych i fizycznych, zaspokajania własnych zainteresowań zawodowych i pozazawodowych, samokształcenia, wypoczynku i rozrywki po wykonaniu zadań wynikających z różnorodnych obowiązków” (Kupisiewicz, Kupisiewicz, 2009, *czas wolny*, s. 25). Rozmówcy wielokrotnie wskazywali, że codzienna opieka ich przytłaczała, czuli się sfrustrowani i przemęczeni z powodu ciągłej troski o zabezpieczenie wszystkich potrzeb seniora oraz o zadbanie o jego bezpieczeństwo. 50-letnia kobieta sprawująca opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera

od dwóch lat mówiła w następujący sposób na temat swojego czasu wolnego: *Ale mamy też takie trochę zdroworozsądkowe podejście do sytuacji i robimy sobie jakiś luz, od czasu do czasu jakieś wyjście, od czasu do czasu jakiś wyjazd no, bo po prostu no ja psychicznie jednak to odczuwam ten ciężar [W6].*

Przy użyciu programu MAXQDA wyłoniono szczegółowe kategorie pokazujące deficyty związane z czasem wolnym. Był to: *brak urlopu, wyjazdy na kilka dni, potrzeba odpoczynku, wymuszanie czasu wolnego, silne przywiązanie do seniora uniemożliwiający wypoczynek.*

Brak urlopu badanych opiekunów obrazowały następujące wypowiedzi:

– *To znaczy tak: na pewno już trzeci rok, jak nie ma urlopu takiego wyjazdowego, część urlopu ja tracę na dowożenie mamy czy tam jak czasami jest sytuacja, że mąż nie może odebrać, no to ja też szybciej wychodzę i po prostu co jakiś czas biorę dzień urlopu, który już właściwie wykorzystałam [W11];*

– *Nie, nie. To znaczy nigdy nie jeździliśmy, a teraz na starość będę jeździć, nie będę zganiać na mamę, wie Pani, jak właściwie nigdy nie jeździliśmy [W14];*

– *Natomiast no właściwie prawie od pięciu lat nie byliśmy na żadnym urlopie takim normalnym. To są te minusy. Trudno kogoś znaleźć, zwłaszcza, że teściowa ma taką przypadłość, o której pewnie Pani nawet nie słyszała, że wypada jej odbyć [W5];*

– *Dla mnie czas wolny to w zasadzie jest w tej chwili abstrakcją [W8].*

Drugą grupę stanowiły osoby, które mówiły, że mogą pozwolić sobie na *wyjazd na kilka dni*. Jeden z opiekunów wspominał swój wyjazd do sanatorium, podczas którego opiekę nad matką przejęły siostry: *Teraz w tym roku pojechaliśmy do sanatorium do Ciechocinka, wprawdzie niedaleko, ale sami. No pojechaliśmy sami, no i teraz opieka nad mamą trzy tygodnie spadła na siostry [W15].* Identycznie uważała kobieta sprawująca opiekę nad bratem od trzech lat: *W takich sytuacjach mogę liczyć na rodzinę, bo ja zimą, no w zeszłym roku z siostrzenicą nie byłam, bo była w ciąży, ale jedziemy w góry na tydzień, nie ma problemu. Wtedy zabierają go do siebie, nie ma go tu. Wtedy mogę sobie odpocząć. Jak tylko mówię, że gdzieś wyjeżdżam, to nie ma problemu [W18].* Kolejny rozmówca zaś mówił o tym w następujący sposób: *Gdybym poprosiła mojego brata to tak, na tydzień nawet i dwa gdybym poprosiła, to my się po prostu potrafimy spiąć i ja mówię mu z dużym wyprzedzeniem, trzy tygodnie, cztery mówię: Karol ja będę potrzebowała tydzień, czy masz okazję i wtedy my sobie pewne rzeczy ustalamy, czyli tak [W7].*

Trzecia grupa opiekunów wskazywała na *potrzebę odpoczynku*, którą starała się sobie zorganizować w miarę możliwości. O ciekawym rozwiązaniu mówiła jedna z osób uczestniczących w badaniu: *Na przykład moje córki na każde imieniny,*

*święta kupują nam na prezenty bilety do teatru, do opery gdziekolwiek i to jest najfajniejsza sprawa, bo jest bilet, jest termin, musimy się zorganizować i wychodzimy po prostu z domu [W6]. Kolejna rozmówczyni wskazała, że mogłaby wyjechać na tygodniowe wakacje, ale nie czuła takiej potrzeby. Kobieta uważała, że wystarczyłby jej dłuższy pobyt we własnym domu, ponieważ w chwili obecnej mieszkała wraz ze swoim mężem w mieszkaniu swojej matki, nad którą sprawowała opiekę: *Na tygodniowe wakacje jakbym się uparła w momencie, jak przyjeżdża tu moja siostra no to nie ma problemu. Tylko w tej chwili nie wiem, czy ja chcę tygodniowe wakacje, jak ja sobie chętnie dłużej niż dwie godziny w swoim mieszkaniu posiedzę. Gdyby to była siostra, to psychicznie też umiałabym wypocząć, no przecież jakby był ktoś obcy, no to na pewno byłoby to trudniej [W11].* Inna rozmówczyni wskazywała, że co jakiś czas planowali wyjazd na kilka dni, aby odpocząć. Oczekiwała go wtedy z niecierpliwością. Tak o tym mówiła: *Jest ta marchewka, do której wiadomo, że trzeba wszystko przejść, ale wiadomo, że tam jest to światelko, że będzie ta nagroda, że wyjedziemy, odpoczniemy i tak mówię: staram się naprawdę, w styczniu byliśmy na tydzień, potem pojechaliśmy do Maćka rodziców na kilka dni, potem gdzieś tam nad morze na kilka dni [W6].* Dalej dodała: *Jak już było z mamą tak bardzo źle i się trochę zrobiło lepiej, to ja mówię: słuchaj, planujemy wakacje, wyjeżdżamy, wykupujemy i odliczamy, odliczamy dni do wyjazdu i to każdy dzień, mniej do wyjazdu to już jest lepiej tak [W6].**

Czwartą grupą opiekunów byli ci, którzy musieli wymuszać czas wolny od pozostałych członków rodziny lub od seniora, który wtedy zostawał sam w domu. W przypadku kobiety sprawującej opiekę nad matką od 12 lat można było zaobserwować konsekwencję i zdeterminowanie: *Postawiłam warunek, wyjeżdżam do swojej córki i wszystko, to jest mój urlop. I jak byłam we Włoszech dwa tygodnie, ja naprawdę odpoczęłam [W3].* Po chwili kobieta dodała: *Są takie dni, że chcę wyjść z domu, spotkać się z koleżankami, pogadać i ja tak robię, na siłę robię, i to na chłama zostawiam, dzień kobiet, dzień pracownika socjalnego to zapowiadam – będziecie musieli z dializ odebrać, bo akurat tak trafia, że mam imprezę, a ja na tę imprezę wychodzę. I stawiam warunek twardo, żeby otwierają, że ja idę, a ja idę mówię, niestety, ale ja wychodzę. Stopniowo, przyzwyczajam ich, że też mam swoje życie, więc im oznajmiam i wychodzę [W3].* Kobieta sprawująca opiekę nad mężem po udarze również sygnalizowała potrzebę wyjścia z domu i spotkania się z sąsiadką. Przedtem przygotowywała wszystko, aby nic mężowi nie brakowało. Ubolewała nad tym, że był on niezadowolony z jej wyjść. Obrazowała to następująca narracja: *Jak pójdę do sąsiadki, to najpierw położę go, nakarmię, telewizorek włączę. No to idę do sąsiadki, nie odzywa się nic, ale cały dzień to ja w domu siedzę, ja tak*

tylko jadę coś tam załatwić i tak dalej, nie zostawiam go. No, ale ma pretensje, że poszłam tam do tej sąsiadki [W4].

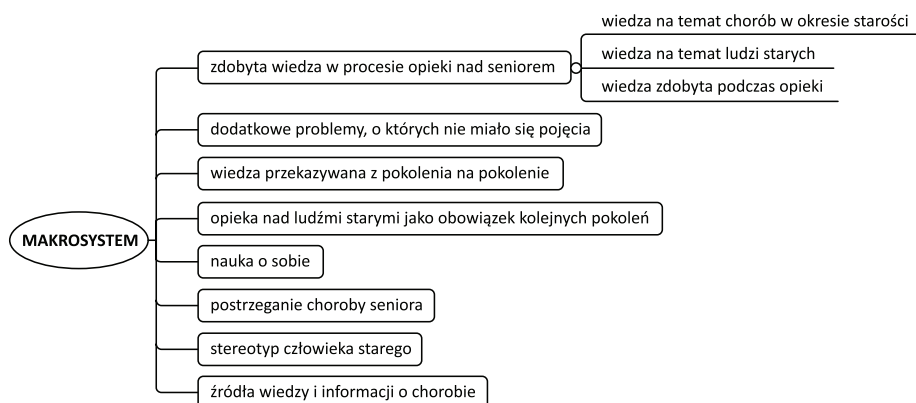
Piąta grupa to opiekunowie, u których *silne przywiązanie do seniora uniemożliwiało im wypoczynek*, ponieważ cały czas zastanawiali się, jak czuli się matka lub ojciec, którzy byli pod opieką innej osoby. Jedną z takich sytuacji obrazowała następująca wypowiedź: *Miałam kiedyś tydzień wolnego, mówię, Karol, ja chcę spróbować na tydzień wolnego, żeby tak od mamy odpoczęła. To okazało się, że ja nie umiem odpoczywać cały czas. Myślę o mamie, chodź wiem, że jest z moim bratem, to ja cały czas czy mama to ma, czy mamie to potrzeba, cały czas, nawet przyjechałam zobaczyć, jak tutaj wszystko wygląda. No mówię, jestem raz, że odpowiedzialna. No tak jestem zżyta z mamą. Ja nigdy, nawet jak mama jeszcze nie była, to ja byłam tutaj codziennie. Bym pojechała do dzieci, bo bym chciała odwiedzić, bo bym go odwiedziła czy coś, ale żeby tak sobie zapomnieć o wszystkim, nie umiem [W7].*

W zebranych wypowiedziach była zauważalna odpowiedzialność, troska, ale także obawy opiekunów. Związane były one z *zorganizowaniem najbliższego otoczenia przed wyjazdem*. Zazwyczaj dotyczyły przygotowania gotowych posiłków. Tak o tym mówili rozmówcy: *Ponieważ wiedziałam, że danego dnia pojadę, więc musiałam tutaj wcześniej przygotować na przykład drugie śniadanie, bo obiad to już nie, ale to tak w takiej porze powiedzmy między godziną 9 a 13, przygotować drugie śniadanie i jeszcze tam mamę obudzić i powiedzieć, że ja wychodzę i żeby to drugie śniadanie zjadła i wtedy zjadała [W5].* W podobny sposób postępował kolejny opiekun: *Wiadomo, że ja muszę, żeby gdzieś się ruszyć, to musi być wszystko przygotowane i firma, i dom, i jedzenie, i pomrożone zupki dla mamy, że w razie gdyby zachorowała, żeby było, co mamie podać, wszystko to musi być zorganizowane i nieraz jest tak, że przed takim wyjazdem to mam taki dzień, że po prostu muszę dużo rzeczy zrobić [W6].* Z kolei kobieta pomagająca bratu w opiece mówiła o przygotowywaniu bratu czystych ubrań dla mamy: *No byłam cztery dni, byłam nad morzem. Naszykowałam bratu ubranie, ale on jej nie wykąpał, ja przed wyjazdem to ją wykąpałam, ubrałam czysto, naszykowałam, pokazałam mu gdzie, co, w razie czego, żeby ją tam ogarnął [W20].* Ostatnim ze sposobów organizacji otoczenia przed wyjazdem było zatrudnienie opiekunki na czas nieobecności opiekuna: *Jak gdzieś wyjeżdżałam, wtedy starałam się załatwić czy Monikę z Samarytanina, czy kogoś tam, żeby chociaż pomógł tacie tam mamę ubrać, sprowadzić, bo bałam się tej taty niepełnosprawności, że mi tą mamę spuści, tego się bałam [W8].*

ROZDZIAŁ 8

CZEGO I W JAKI SPOSÓB RODZINA UCZY SIĘ W TRAKCIE OPIEKI NAD SENIOREM?

Czego rodzina nauczyła się o starzeniu i starości w procesie opieki nad seniorem? Podczas analizy treści z wykorzystaniem programu MAXQDA wyodrębniono następujące kategorie opisujące ten problem: *zdobyta wiedza w procesie opieki nad seniorem (kursywą zaznaczono nazwy kategorii wygenerowane podczas analizy z użyciem programu MAXQDA), dodatkowe problemy, o których nie miało się pojęcia, wiedza przekazywana z pokolenia na pokolenie, opieka nad ludźmi starymi jako obowiązek kolejnych pokoleń, nauka o sobie, postrzeganie choroby seniora, stereotyp człowieka starego oraz źródła wiedzy i informacji o chorobie*. Kategorie te należą do szerszej kategorii OPIEKUN.



Rycina 9. Makrosystem (opiekun seniora, rodzina)

Źródło: opracowanie własne.

Wiedzę, jaką zdobyli uczestnicy badania w procesie opieki nad seniorem, można było podzielić na trzy grupy: wiedza na temat ludzi starych, wiedza na temat chorób, na które cierpieli seniorzy oraz wiedza zdobyta podczas opieki. Wiedza na temat ludzi starych i starzenia się była związana z postrzeganiem człowieka starego przez opiekunów rodzinnych. Badani oceniali seniorów przez pryzmat sprawowanej opieki w sposób neutralny bądź negatywny. Ocena ta ściśle wiązała się ze stereotypowym postrzeganiem człowieka starego, wiedzą zdobywaną na temat chorób starczych, a także wiedzą, jaką opiekunowie zdobywali o sobie, o sprawowanej przez siebie opiece nad starszymi członkami rodziny. Sprawowana funkcja opiekuńcza przyczyniła się do tego, że opiekunowie rodzinni dowiedzieli się, w jaki sposób zachowywać się w stosunku do człowieka starszego, a także nauczyli się szacunku dla utartych zachowań seniora.

Odnośząc się do źródeł wiedzy na temat chorób w okresie starości, uczestnicy badania wskazywali na sześć źródeł, wśród których wymieniali: lekarza/rehabilitanta, książki/broszury, Internet, członków rodziny/przyjaciół, własne doświadczenie zawodowe oraz telewizję, prasę i radio. Opieka nad człowiekiem starym okazała się również nauką o sobie. Interlokutorzy najczęściej wymieniali wśród cech, jakie poznali, następujące: pokora i cierpliwość. Ostatni analizowany dalej wątek był związany z przekazywaniem wiedzy na temat opieki z pokolenia na pokolenie. Warto w tym miejscu podkreślić, że dość często sygnalizowany temat dotyczył braku przygotowania do roli opiekuna swojego rodzica. Jest

to istotna kwestia, gdyż brak tego przygotowania może wpływać na jakość sprawowanej opieki nad zależnym członkiem rodziny.

8.1. Uczenie się z doświadczeń

Jak wykazała analiza treści, opieka sprawowana nad człowiekiem starym ukształtowała opiekunów rodzinnych i ich najbliższych. Elżbieta Dubas we wprowadzeniu do książki pt. *Uczenie się z (własnej) biografii* podkreśla, że należy odróżnić uczenie się z własnej biografii od uczenia się z doświadczeń. Ten drugi rodzaj uczenia się jest „uczeniem się w trakcie życia, w sytuacjach organizowanych lub incydentalnych, przypadkowych, związanych z realizacją zadań życiowych, podejmowanymi aktywnościami czy także ich zaniechaniem. Jest to uczenie się z doświadczeń w sposób bezpośredni – w trakcie dziania się zdarzeń, w trakcie trwania sytuacji” (Dubas, Świtalski, 2011b, s. 7). W innym miejscu autorka twierdziła, że uczenie się z doświadczeń jest „uczeniem się we współdziałaniu i współdziałaniu: w zdarzeniach, w sytuacjach życiowych, poprzez styczności i interakcje w tym samym czasie i przestrzeni, poprzez spotkania, rozmowy, dialog, obserwacje, działanie itp. Jest uczeniem się w relacjach, w których powstają doświadczenia” (Dubas, Świtalski, 2011b, s. 7).

W analizie komputerowej zostały wyłonione różne kategorie w ramach szerszej kategorii *OPIEKUN*, które dadzą się połączyć w trzy grupy: *wiedza na temat ludzi starych*, *wiedza na temat chorób w okresie starości* oraz *wiedza pozyskana podczas sprawowanej opieki*.

Postrzeganie ludzi starych i starości wśród narratorów było zarówno pozytywne, jak i negatywne. Kobieta sprawująca opiekę nad matką po wylewie na temat starości mówiła w następujący sposób: *Starość Panu Bogu nie wyszła, tak powiem* [W13]. Kolejna rozmówczyni, pracująca w domu pomocy społecznej wyznała, że starzenie się i choroby współwystępujące w tym wieku ją przerażały. Tak o tym mówiła: *Znaczy, wie Pani co, czego nauczyła mnie moja mama to raz, ale teraz bardzo takie przemyślenia mam z tego domu opieki (...). Raczej nie, że mnie przeraża, ale tak mi trochę przykro, no że to życie tak się kończy. (...) Oj Panu Bogu się starość nie udała, bo Pan Bóg tylko 33 lata przeżył i nie wie, jak to jest* [W17]. Dalej kobieta dodała: *Ale to jest jakieś przerażające dla mnie, że to po prostu się tak kończy, że człowiek ma wszystko i nagle po prostu się wyklucza, wypada z tego świata zupełnie* [W17].

Z wypowiedzi uczestników badania na temat opieki i ludzi starych dało się wyodrębnić definicje starości podawane przez opiekunów rodzinnych. Oto przykłady wypowiedzi na ten temat:

– *To jest jakiś etap życia dla mnie [W17];*

– *To jest bardzo ciężki okres w życiu człowieka [W15];*

– *No starość, no taka kolej rzeczy, że trzeba się zestarzeć i trzeba się z tym pogodzić. Przynajmniej dziś mam taki rozum, może później powiem coś innego, no i ja wiem, trochę przygotować. Dobrze by było, o widzi Pani, dobrze by było zrobić coś dobrego na tamtą stronę, żeby z czymś tam iść [W14];*

– *I w zasadzie kiedy, no jest to cholernie niesprawiedliwe, że kiedy mogłaby sobie teraz żyć, odpoczywać, nie wiem, cieszyć się życiem, spotykać ze znajomymi, teraz właśnie jest niepełnosprawna, teraz cierpi, no nie, to jest nie fair, starość jest nie fair według mnie [W13].*

Narratorzy uważali przede wszystkim, że starość, podobnie jak opieka, stanowi etap, okres, kolej rzeczy. Skąd zatem bierze się przekonanie o zasłużonym odpoczynku? Ostatnia wypowiedź natomiast wskazuje na rozczarowanie okresem starości.

Analiza wywiadów umożliwiła wyłonienie kategorii *postrzeganie choroby seniora*, która należy do szerszej kategorii *OPIEKUN*. Negatywne postrzeganie starości i chorób występujących w tym okresie pojawiało się w wielu wypowiedziach opiekunów. Mężczyzna sprawujący opiekę nad teściem dotkniętym chorobą Alzheimera wraz z żoną uważali, że jedynym sposobem na to, aby spowolnić proces starzenia się to: *ćwiczenie głowy, żeby spróbować do takich rzeczy nie doprowadzić. No ale to zaczyna się wtedy kołowrotek zastanawiania, czy lepiej wtedy rzucić się pod pociąg [W19]*. Negatywny odbiór choroby Alzheimera możemy również dostrzec w wypowiedziach innych rozmówców: *Okropnie. Jestem przerażona. Jestem przerażona, bo Alzheimer był u nas dziedziczny, my mieliśmy właśnie w rodzinie i boję się, żeby mnie to nie spotkało. Nawet taki głupi żart, jak coś zapomnę to, oho zaczyna się albo coś takiego. Strasznie się boję, jest to coś okrutnego, takiego uzależnienia [W20]*. Jedna z rozmówczyń także uważała, że choroba Alzheimera to wyzwanie, przede wszystkim dla opiekuna. Stwierdziła: *Jak patrzę na swoją mamę z Alzheimerem, to będę się chyba modlić o nowotwór dla siebie jako końcówkę życia [W20]*.

Choroba seniora przerażała i przynębiała opiekunów, z którymi prowadzono wywiady. Potwierdzeniem tego były słowa 50-letniej kobiety: *Smutek, takie przynębienie to na pewno, bo świadomość, że człowiek, który był kiedyś motorem całej rodziny i źródłem jakiejś informacji i pomocy i nagle potrzebuje opieki, jak*

małe dziecko po prostu [W6]. Takie nacechowane emocjami oceny mieszały się ze stwierdzeniami, w których wyraźnie wybrzmiewały determinacja i zrozumienie konieczności. Ja nawet lubię to robić, bo zawsze swoją babcię kochałam, zawsze miałam z nią wyjątkowy kontakt i na przykład irytuje mnie brak szacunku do osób starszych, (...) ale rzeczywistość jest inna, nie możesz jak gdyby zostawić tego wszystkiego i zamknąć się w domu i nimi opiekować się [W8].

Zdobyta wiedza w procesie opieki nad seniorem to uczenie się z doświadczeń, uczenie się tego, jacy są ludzie starzy. Rozmówcy w wywiadach podawali wiele cech, które dostrzegli u swoich rodziców lub teściów w procesie opieki. Jedna z osób badanych twierdziła, że można dostrzec różne postawy wobec osób starszych. Mówiła o tym w następujący sposób: Obserwuje się różne postawy ludzi wobec wieku starczego. Trochę na marginesie się ich spycha mimo wszystko, naprawdę. Nie ma czegoś takiego, jak na Zachodzie, że jednak chyba bardziej się opiekują tymi starszymi [W15].

W tabeli 14 przedstawiono, w jaki sposób opiekunowie wypowiadali się na temat starości, starzenia się bliskich im osób oraz sprawowanej nad nimi opieki. Narracje osób badanych można podzielić na takie, które miały wymiar negatywny i neutralny.

Tabela 14. Starość i ludzie starzy przez pryzmat sprawowanej opieki

Postawy opiekunów
Neutralna
<p><i>To trzeba zaakceptować po prostu, bo trzeba wiedzieć, że ludzie starsi wszystko sami chcą. Nie mogą, a krzyczą, że chcą sami to zrobić, a wiadomo, że jest niepełnosprawny [W2].</i></p> <p><i>Żał mi jest tych ludzi, bo wielu z nich naprawdę pracowało, było aktywnych i stanowiska jakieś mieli i w rodzinie. Tak już każdy babcia potem zaczyna mówić, babciu, babciu. Już się nie mówi do nich mamo. Przez to babcia to już się ich nawet tak poniża, że oni już są tacy mało potrzebni, że jest jakaś uroczyść, tu babcię posadzą, dadzą jej jeść, ale tak, żeby z tych młodych usiedli i porozmawiali to nie [W15].</i></p> <p><i>Ja zawsze tak postrzegałam dość życzliwie, to znaczy starszych ludzi, wzruszali mnie. To samo mogę powiedzieć o mamie, tym bardziej że jest takim ujmującym człowiekiem i no po prostu mam dużo zrozumienia dla starszych ludzi, jakoś tak. Lubię to może za dużo powiedziane, ale w każdym razie nie mam oporów od przebywania w tym takim towarzystwie i żadnych niechęci czy czegoś takiego, wręcz przeciwnie. Uważam, że tak trzeba ze zrozumieniem i nawet jakąś sympatią do takich ludzi [W10].</i></p>

Postawy opiekunów
<p><i>No gdyby cały świat zwolnił, to oni by jeszcze ten świat widzieli, ogarniali tylko, że już by zapomnieli, co tam na początku było nie? Tak to mniej więcej działa, że to wszystko powinno się wolniej toczyć, powinno się wolniej mówić, ale już się okazuje, że pamięć nie ogarnia tego i już się nie pamięta, co było na początku [W5].</i></p>
Negatywna
<p><i>Nie mówiąc o tym, że zawsze się mówi, że na starość się wady wyostają, a zalety giną. Tak że no coś pewnie w tym jest, znaczy może zalety nie giną, tylko po prostu te wady tam przystaniają [W5].</i></p> <p><i>Większość seniorów jest niestety egoistami i ograniczenia, które ich spotykają to, te ograniczenia również powodują, ograniczają myślenie o byciu w rodzinie, w społeczności. Oni tacy są, tak sfokusowani na siebie. Bo ja na przykład nigdy od mojej teściowej nie usłyszałam pytania: Czy Ty się dobrze czujesz? [W5].</i></p> <p><i>Oni nawet nie wiedzą, jak ci starsi ludzie niszczą psychikę, zdrowego, młodego człowieka. Bo oni też są dokuczliwi na swój sposób, to nie jest tak ładnie gładko, że się babcia ładnie do ciebie odniesie [W3].</i></p> <p><i>Mentalność takich osób jest no bardzo skomplikowana i wszystko odbierają, generalnie bardzo negatywnie. Zamach na swoją, nie wiem, prywatność, no trudno mi to ocenić [W5].</i></p> <p><i>Poza tym chyba nie tylko mama, ale większość starszych ludzi ma takie coś jak taki egoizm w stosunku do siebie, chce, żeby się nimi zajmować [W11].</i></p> <p><i>Przy starszych osobach też jest dużo pracy [W7].</i></p> <p><i>Czynnik takiej złośliwości starczej wychodzi [W8].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

Wypowiedzi przedstawione w tabeli 14 dają się podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich ma charakter neutralny. Narracje opiekunów w tym wypadku wskazywały, że należy zaakceptować fakt starzenia się i występowania chorób w okresie starości u rodziców. Kolejne odczucia, jakie pojawiały się, to: współczucie dla ludzi starych, wzruszenie, ciągła troska związana z tym, że nie należy pozostawiać ich samym sobie oraz świadomość tego, że nie nadążają oni za tym, co dzieje się wokół nich.

Druga grupa wypowiedzi ma wyraźny oddźwięk negatywny. Uczestnicy badania mówili o takich cechach ludzi starych, jak: posiadanie wielu wad, egoizm, dokuczliwość, pretensjonalność, ułomność, złośliwość oraz to, że przy osobach starszych jest dużo pracy. Jedna z rozmówczyń stwierdziła, że: *Trzeba obcować ze starszymi osobami na co dzień, żeby to móc zrozumieć, żeby móc usprawiedliwić niektóre działania, bo to jest ważne, żeby móc zdać sobie sprawę, że ta osoba jest starsza, trzeba jej wiele wybaczyć, to jest też ważne [W8].* Zacytowana wypowiedź wskazuje, że aby zrozumieć zachowania drugiej osoby,

należy ją dobrze poznać, dzięki temu jest bowiem szansa, że da się zrozumieć jej negatywne zachowania.

Z zebranych narracji wyłania się *stereotyp człowieka starego*, czyli „uproszczony, tradycyjny, zazwyczaj irracjonalny obraz rzeczy, osób, instytucji itd. Stereotyp taki składa się z cech poczytywanych za charakterystyczne dla nich, wpojony przez środowisko w świadomości członków jakiejś grupy lub warstwy społecznej” (Kopaliński, 2002, *stereotyp*, s. 473). Funkcjonuje on w przestrzeni publicznej i w indywidualnych doświadczeniach opiekunów. *Uważam, że społeczeństwo, że środki przekazu mało czynią, bardzo mało, naprawdę postawa, że my wszyscy jesteśmy eleganccy, młodzi, wypiełgowani, a ten starszy to tak spychany jest* [W15] – relacjonowała jedna z rozmówczyń. Wypowiedź ta dowodzi, że w dzisiejszym świecie nie ma miejsca dla osób starych, brzydkich i chorych. Liczy się piękno zewnętrzne i dążenie do osiągnięcia jak największego sukcesu w życiu. Joanna Cieśla w artykule pt. „O odpychaniu i przyciąganiu się Młodości i Starości” wskazuje wprost kilka obszarów życia społecznego, w których nie ma miejsca dla osób starszych. O starości i młodości mówi się w następujący sposób: „Młodość ze Starością nie mijają się w windach. Starości nie ma na nowo stawianych osiedlach, gdzie kupuje się apartamenty za kredyty na 30 lat. (...) Starość nie przyjdzie na zakupy do Zary ani do Promodu, bo za drogo i nie sprzedają tam ubrań w odpowiednich rozmiarach. Przemyka po ulicach w niemodnych paltach z second handów. (...) Wielkie miasta są dla Starości wrogie: autobusy zbyt prędko odjeżdżają z przystanków, zbyt szybko zmieniają się światła na przejściach. Nie ma ławek, na których można by odpocząć, za mało jest publicznych toalet. (...) Kolejka w przychodni, kolejka na poczcie – tam płynie życie społeczne Starości. (...) Enklawą Starości są sanatoria – tu szuka się ostatnich miłości, popijając zdrowotne wody na deptakach Ciechocinka, Dusznik Zdroju” (<https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1501575,1,mlodosc—starosc—konflikt.read>, dostęp: 4.09.2015).

W toku rozmowy o opiece badani wykazywali się *zdobytą wiedzą w procesie opieki nad seniorem*, która w szczególności dotyczyła tego, *w jaki sposób zachowywać się wobec człowieka starego*. Jeden z opiekunów sprawujący opiekę nad matką dotkniętą chorobą Alzheimera wskazywał na chwalenie seniora. Dobrze obrazowała to działania wypowiedź mężczyzny: *Ja mam na mamę metodę, że ją chwale. Jeżeli chwale i mówię: zobacz, jak ty potrafiłaś się ostatnio wykąpać, teraz tak samo będziesz energicznie się kąpać (...) mama przyspiesza, więc cieszy się i metoda chwalenia jest najlepszą metodą w tym wypadku, bo rzeczywiście daje motywację do działania* [W9]. Z kolei drugi opiekun wskazał, że jedynym

rozwiązaniem, aby przekonać jej matkę do nowych rozwiązań, było mówienie, że są to zalecenia lekarza. Tak o tym mówiła kobieta: (...) *bo moja mama generalnie, jeżeli coś jest nakazane przez lekarza to tak, a jeżeli przez dzieci to niekoniecznie, bo wymyślają, o tak bym to ujęła* [W13].

W zebranych narracjach widać, jak opiekunowie odkrywali w doświadczeniach codziennych wiele ważnych zasad i reguł opieki nad seniorem. Jest to kolejny element *zdobytej wiedzy w procesie opieki nad seniorem*. Wśród tych doświadczeń wymieniali szacunek dla utartych zachowań seniora, powtarzalność, przewidywalność czynności, a nawet respektowanie rutyny czy wręcz obsesji. Jedna z badanych mówiła o swojej matce. *Musi mieć zawsze chleb, zawsze musi mieć chleb, potrafi w nocy zjeść bochenek chleba. (...) I zawsze jest nie mam chleba, nie mam chleba, na tle tego chleba po prostu i musi być zawsze ten chleb* [W20]. Inny opiekun wskazał na obsesję związaną z kurzeniem się: *To jest w ogóle jego mania prześladowcza od zawsze, z tego co wiem, bo się kurzy, bo kurz po prostu zabija* [W19]. Następna rozmówczyni mówiła o obsesyjnym dbaniu o porządek: *Wszystko musi być w lodówce pochowane* [W14].

Inni opiekunowie również wskazywali na przyzwyczajenia, którymi są utarte zachowania. Kobieta sprawująca opiekę nad matką w jej domu uważała, że jej mama zawsze dbała o porządek, dlatego każde wyjście z domu przebiegało tak, jak opisała w swojej narracji: *Zanim zejdziemy do samochodu, no to jeszcze jest przegląd mieszkania, firanki muszą być równo, poduszki wyklepane, no i zlew. Zlew musi być czyszczony, obojętnie, co mama ma na sobie, czy gruby zimowy płaszcz, podchodzi z precyzją jest czyszczony zlew* [W11]. Kolejna rozmówczyni sprawująca opiekę nad matką opowiadała o notorycznym chowaniu zmywaka: *Nigdy nie ma zmywaka w kuchni. Ten zmywak albo znajduje, albo nie, albo znajduje go pod poduszką, albo gdzieś w oknie, albo gdzieś na podwórzu, w bardzo różnych miejscach. Chowa zmywak, nie wiem czemu* [W20]. Inna rozmówczyni wskazała, że jej teściowa mimo niepełnosprawności obrywała regularnie kwiaty z balkonu: *Potrafi oberwać wszystkie kwiatki, które przystają do balkonu i liście. Wtedy zbiera je do worka i wyrzuca do kosza* [W16]. Pojawiały się także narracje wskazujące na zachowania aberracyjne, niebezpieczne. Jeden z opiekunów mówił: *Czajnik jej kupiliśmy. No to ona teraz grzeje na gazie wodę i wlewa do tego czajnika elektrycznego. Pytam się jej: Po co mamu tak robisz? No bo dłużej ciepło trzyma* [W15].

Kolejna rozmówczyni mówiła o zachowaniach jej matki: *Bierze te wszystkie ofertówki tam z Reala i innych (...). Ja mówię: i po co bierzesz? Na to ona: Do spalenia. Ja: przecież nie palisz wcale, bo mamy gaz, ale jej się przyda i koniec* [W12]. Dla wielu rozmówców problemy, z którymi się borykali, były związane

z zachowaniami wynikającymi z choroby. *Podobno to chowanie to jest normalne, to chyba w tą chorobę jest wpisane. Sąsiadka mówiła, żeby się nie przejmować, bo tak robią, tak się zachowują ci starsi ludzie [W12].*

8.2. Między doświadczeniem a szukaniem wiedzy o chorobach seniorów

Diagnoza lekarska dotycząca choroby jest szokiem przede wszystkim dla najbliższej rodziny. Jedna z badanych wspomina, że lekarz zdiagnozował u jej matki demencję starczą. Było to dla niej nieznanne schorzenie, którego objawów uczyła się wraz z postępującą chorobą. Potwierdza to następująca wypowiedź: *Ale też tam brat z nią był u lekarza, no to oni określili to jako demencja starcza. Nic mi to nie mówiło, demencja starcza. No starość, dla mnie po prostu [W20].* Podobnie mówiła na ten temat następna rozmówczyni sprawująca opiekę nad mężem po udarze: *Nie znałam choroby, myślałam, że to wróci, natychmiast albo po jakimś czasie, że to wróci. Byłam ciemna zupełnie, wie Pani, myśmy tak nie chorowali tak specjalnie, ja to już w ogóle, a mąż z sercem, ale zrobili i latał dalej [W4].*

Opieka nad seniorem była lekcją, doświadczeniem, skłaniała do szukania wiedzy na temat procesu starzenia się i choroby, z którą zmagał się senior i opiekun. Kobieta sprawująca opiekę nad teściową wysnuła następującą refleksję na temat starości: *Bo przy tej całej starości, poza zachowaniami, które wszyscy obserwują, są schorzenia, o których człowiek w ogóle nie ma zielonego pojęcia, że coś takiego występuje. Dopiero człowiek później z czasem się uczy [W5].* Inni opiekunowie tak mówili na ten temat: *To był szok dla całej rodziny, bo nie mieliśmy takich schorzeń w naszej rodzinie. Wszystkiego tak naprawdę się od początku uczyliśmy [W2].* Kolejna rozmówczyni stwierdziła: *Słowo afazja do momentu mamy udaru było mi obce [W11].* Po chwili narratorka tłumaczyła, na czym polega afazja.

Kategoria *zdobyta wiedza w procesie opieki nad seniorem* dotyczyła również wiedzy na temat chorób, którą pogłębiali opiekunowie. Przykładem tego była wypowiedź badanej: *Ja nigdy nie miałam kontaktu z osobami dializowanymi. Tylko słyszałam, że przeszczep, że coś tam, a później się wdrażasz, coś wyczytasz, coś w telewizji powiedzą na jakimś tam, jest taki program medycyna coś tam, coś tam. To ci opowiadają o takich chorobach, o takich, jak postępować [W3].* W kolejnej narracji uwypuklono, z jakim wyzwaniem w opiece spotykają się opiekunowie: *Jak jeszcze człowiek nie znał tych wszystkich mechanizmów, nie wiedział, czego może się spodziewać. No i co, zaczęło się wtedy dokopywanie, informacje. Co? Jak? [W8].* Na poszerzenie wiedzy na temat chorób występujących w okresie starości

wskazywała wypowiedź kolejnej osoby: *Dowiedziałam się, że brak apetytu to jeden z takich podstawowych symptomów tej choroby, jaką jest demencja [W10]. Aby sobie z nim poradzić, jedynym rozwiązaniem było poszukiwanie informacji na ten temat. Podobne doświadczenia związane z uczeniem się o chorobie przytaczała kobieta sprawująca opiekę nad bratem: Ten lekarz badał mu ten cukier i on ten cukier miał taki wysoki, od tego się zaczęło, no ale, że siostra ma też tą cukrzycę, to ona mnie nauczyła. Trochę się bałam, bo ta igła, ja się tak boję igły, no ale mówię, no co trzeba. Ale tak powiem Pani, że mi to bardzo sprawnie wszystko poszło. Damian (syn – przyp. K.Sz.) mnie trochę uczył. I tak się nauczyłam i sprawdzam mu ten cukier i znam się, ile musi być, ile nie może być [W18].*

Z przeprowadzonych badań wynika, że pogłębianie wiedzy na temat chorób występujących u seniorów w rodzinach, w których prowadzono wywiady, było częstym działaniem. W wywiadach opiekunowie bardzo chętnie dzielili się tą wiedzą. Oto przykład takiej wypowiedzi: *W jednej broszurze znalazłem, że z osobami chorymi na Alzheimera nie wolno rozmawiać o faktach, bo one nie mają żadnego znaczenia. Należy posługiwać się emocjami, czyli próbować tak manipulować rozmową, żeby opierać się na właśnie emocjach i takich chwilowych uczuciach i z tego spróbować coś wywnioskować, bo rzeczywiście to można wtedy, z cyklu: Jak się czuje? Co czuje? A nie: Co się stało? Ewentualnie: Co mogłoby się stać? Bo to nie ma żadnego przełożenia. No stało się albo się nie stało, no i co z tego. To jest nieistniejąca rzeczywistość, świat równoległy jakby tak [W19].*

Ostatnią odnoszącą się do stopniowego nabywania wiedzy na temat chorób w okresie starości była wypowiedź córki 75-letniej kobiety, która miała udar: *Tak że to tak na bieżąco, co było mi potrzebne, to poszukiwałam [W17].*

Kategoria *źródła wiedzy i informacji o chorobie* należy do szerszej kategorii OPIEKUN. Analiza treści wykazała, że osoby, które brały udział w badaniu, czerpały wiedzę z różnych źródeł, gdy szukały informacji na temat choroby seniora. Wielu nie wystarczyły informacje przekazywane przez lekarza. Poszukiwali oni informacji na temat schorzeń także wśród rodziny, przyjaciół i znajomych z pracy. Sięgali również do informacji zawartych w prasie, książkach bądź w Internecie. Różnymi drogami starali się budować swoją wiedzę o chorobie i opiece nad seniorem. Obrazują to dane zamieszczone w tabeli 15.

Tabela 15. Zmienne charakteryzujące kod opieka/ źródła wiedzy i informacji o chorobie

Kod	Wszystkie zakodowane fragmenty	Dokumenty
lekarz/rehabilitant	46	18
książki, broszury	13	7
Internet	11	9
od członków rodziny/ przyjaciół	9	7
własne doświadczenie zawodowe	9	5
telewizja, prasa, radio	4	3

Źródło: opracowanie własne.

Zestawienie danych wskazuje, że najczęstszym źródłem wiedzy i informacji o chorobie byli lekarz i rehabilitant. Wskazani zostali w 46 fragmentach wywiadów i źródło to pojawiło się w 18 wywiadach na 20 przeprowadzonych. Na drugim miejscu opiekunowie wymieniali książki i broszury. To źródło z kolei pojawiło się 13 razy w 7 wywiadach. W dalszej kolejności uczestnicy badania wymieniali jako źródło wiedzy o chorobie: Internet, członków rodziny oraz własne doświadczenie zawodowe. Łącznie te źródła pojawiły się 29 razy, średnio w 7 dokumentach. Najmniej opiekunowie rodzeni wykorzystywali telewizję, prasę i radio, aby uzyskać wiedzę na temat chorób seniorów, nad którymi sprawowali opiekę. Przykład tego stanowi narracja mężczyzny sprawującego opiekę nad teściem dotkniętym chorobą Alzheimera: *No, a w takiej opiece, to jest coś, co usłyszeliśmy w radiu i co nas przeraziło, że Pani jedna, naukowiec od spraw Alzheimera, że człowieka z Alzheimerem nie należy nawet na minutę zostawić samego w domu. To znaczy, że nie wolno wyjść do sklepu, jeżeli osoba jest niechodząca, to nie ma szans. No i tak to jest w kolejnych etapach i właśnie* [W19].

A zatem najważniejszym, profesjonalnym źródłem informacji i wiedzy o chorobie seniora byli lekarz i rehabilitant. Znaczące wypowiedzi na ten temat są zestawione w tabeli 16.

Tabela 16. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – lekarze i rehabilitanci

Źródła wiedzy i informacji o chorobie
LEKARZE I REHABILITANCI
<p>Wiadomo, przecież mama chodziła do lekarza, lekarza się pytałam, rozmawialiśmy z lekarzem. (...) Bardziej pytałam się lekarza, czy coś możemy z tym zrobić? [W1].</p> <p>Lekarz mówił po prostu nie wiadomo, czy to się pogłębi, czy się zatrzyma na takim poziomie i pozostanie, tak trudno przewidzieć. Natomiast dokładnie komentuje różne możliwości leczenia i tutaj jestem zorientowana, jakie leki bierze, czy jak długo, w jakiej dawce, to wszystko dokładnie wiem [W10].</p> <p>Geriatra powiedział mi, że mama ma taki despotyczny charakter, że Pani jej nie zmieni, nie zmienią ją leki, nie zmienią jej osobowości i tak mówi, musi Pani to zaakceptować, bo ona ma 90 lat. I jednak widzę, że to wszystko chyli się [W15].</p> <p>Przeważnie uzyskałam informację od lekarzy, no i później rehabilitacja. Rehabilitant do nas przyjeżdżał tutaj, pokazał, jakie ćwiczenia, jak łąpać, jak pomóc przenieść czy obrócić. To wszystko tak i, później to wszystko w swoim zakresie. Mielśmy też taką planszę od lekarza tak że, jakie ćwiczenia robić, rysunki po prostu według tego cały czas się ćwiczę [W2].</p> <p>Dowadywałam się głównie od lekarza no, bo rozmawialiśmy z lekarzem na początku, ja jeździłam z mamą na badania, czy to był tomograf, czy rezonans, wie Pani, tam wszędzie człowiek czegoś się dowiaduje [W13].</p> <p>No i tam tak naprawdę to chodziłam na rehabilitację, lekarka mi pokazała, jak chodzić, co robić, jak asekurować, co zrobić, jakby się przewracała i to były zajęcia praktyczne i tego na przykład nie było tutaj na Batorym. I na tych zajęciach praktycznych dopiero się dowiedziałam, jak tak naprawdę z mamą postępować [W8].</p>

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z przedstawionego zestawienia, rozmówcy dowiadawali się od lekarzy, w jaki sposób spowolnić przebieg choroby, w jaki sposób dawkować leki, jakie są przyczyny choroby oraz jakie będą kolejne jej objawy. Z kolei rehabilitanci uczyli opiekunów osób po wylewach, w jaki sposób ćwiczyć z seniorem i sprawować nad nim opiekę medyczno-pielęgniacyjną.

Tabela 17. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – książki i broszury

Źródła wiedzy i informacji o chorobie
KSIĄŻKI I BROSZURY
<p>Lekarz mi dał książkę, no to przeczytałam o tej chorobie [W20].</p> <p>Przeczytałam taką książkę o Alzheimerze i opiece właśnie nad tak chorymi [W6].</p>

Źródła wiedzy i informacji o chorobie
KSIĄŻKI I BROSZURY
<p><i>Raczej troszkę ja doczytywałam, jeśli chodzi o leczenia niektóre, to rzeczywiście, na przykład takie leki te uspokajające, jakieś takie trochę czytałam o chorobie, żeby tak trochę zrozumieć, tu jak był problem z mamą, o tej padaczkę to starałam się czytać, bo neurologzy w ogóle mnie tu zawiedli zupełnie [W17].</i></p> <p><i>Czytałam, sama czytałam. (...) Dowiadywałam się z takich broszur, z książek też, bo nawet mam takie [W15].</i></p> <p><i>Więc generalnie zaczęłam sobie trochę o tym czytać, przeczytałam, że Mrozek miał afazję i jak z tego wybrnął [W11].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

Książki i broszury były drugim źródłem wiedzy na temat chorób w okresie starości. W jednym przypadku opiekun przeczytał książkę, która została mu polecona przez lekarza. Pozostali opiekunowie mówili, że sami poszukiwali informacji, docierając do odpowiednich lektur.

Tabela 18. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – Internet

Źródła wiedzy i informacji o chorobie
INTERNET
<p><i>W Internecie znalazłem, że są już nowe programy, pionierskie programy w Stanach i w Anglii, gdzie proces Alzheimera jest zahamowany, a nawet wycofywany, ale to nie jest jeszcze ogólnie dostępne, to są dopiero próbne badania, bardzo obiecujące rzeczywiście [W9].</i></p> <p><i>W Internecie też poszukiwałam informacji [W13].</i></p> <p><i>Tak, to cały czas Internet, my z moim bratem cały czas coś szukaliśmy, co jak, żeby było dobrze [W7].</i></p> <p><i>W Internecie. Jakies tam objawy, to szukałam na to rozwiązania, ale to właściwie nie ma rozwiązania, dobra opieka i tyle [W12].</i></p> <p><i>Szukałam trochę w Internecie, chociaż ja nie mam za dużo też czasu na to [W6].</i></p> <p><i>To znaczy, pięć lat temu ja sobie zdałam z tego sprawę, że to już jest kiepsko. Jak poszukałam w Internecie, jest tak zwany test zegara dla osób z otępieniem umysłowym, z otępieniem starczym, że trzeba takiej osobie kazać narysować zegar i zaznaczyć drugą czterdzieści pięć i niestety nie było tego i to wiedziałam, że to już jest bardzo źle, bo nie umiała zaznaczyć kresek godzinowych [W5].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli 18 ukazują, że w Internecie rozmówcy poszukiwali między innymi informacji na temat choroby seniora, sposobów zahamowania jej postępów lub w jaki sposób zdiagnozować demencję starczą.

Tabela 19. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – znajomi

Źródła wiedzy i informacji o chorobie
ZNAJOMI
<p><i>A jeżeli chodzi o formę rehabilitacji, to mówię, że głównie pomogła mi ta przyjaciółka, która przychodziła mimo swojej, jak gdyby choroby, przychodziła chyba przez miesiąc do mamy i uczyła ją chodzić, tak że to chyba najczęściej z tego wyniosłam [W8].</i></p> <p><i>Należy ćwiczyć, pytałam osoby, która pracuje właśnie z osobami niepełnosprawnymi w Lipnie [W1].</i></p> <p><i>Potem z opowieści jakichś innych doświadczonych to wiesz, co tu jest taki lekarz, a taki [W4].</i></p> <p><i>Zresztą trochę mi też koleżanka moja pomogła ta, która jest w Anglii, bo ona od wielu lat pracuje w domu opieki, ona pracowała dwa lata w jednym. Ona dużo szkoleń przeszła, bo ona nie miała takiego wykształcenia i ona mi dużo też opowiadała na przykład, jak kapać taką osobę, na każdy ruch muszę bardzo uważać [W17].</i></p>

Źródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabeli 19 wskazują, że źródłem informacji byli także znajomi, którzy mówili o metodach rehabilitacji, dostępie do specjalistów etc.

Znamienne, że własne doświadczenia nie pojawiały się często jako źródło informacji i uczenia się. Trudno powiedzieć, czy uczestnicy badania w ten sposób dystansowali się od swoich doświadczeń, czy był to przejaw ich niepewności, strachu, nadmiernej odpowiedzialności za własne działania. Własne doświadczenie jako źródło wiedzy obrazowała wypowiedź: *Nie za bardzo. Ja po prostu, jako hipochondryk zajmuję się medycyną, jako trener personalny przy okazji też coś tam liźnąłem. Intuicja również, podpatrywanie, co działa, co nie działa. To jakoś samoczynnie przychodzi, w sposób naturalny [W9].* Zaskakująca była natomiast wypowiedź na temat pozyskiwania informacji od innych osób kobiety sprawującej 12 lat opiekę nad swoją matką: *Od ludzi za wiele się nie dowiesz, bo jedni są tacy, że powiedzą trochę coś, a drudzy są tacy, że trzymają to dla siebie i nie opowiadają o swoich, co się stało w rodzinie, są mniej otwarci na takie rzeczy. A co tu jest do ukrycia, to jest tylko wymiana doświadczeń, ciebie to dotknęło, mnie to dotknęło [W3].* Przytoczona opinia może świadczyć o wielokrotnym rozczarowaniu rozmówczyni, prowadzącym do braku zaufania innym osobom oraz niezrozumienia postępowania innych osób, które nie chcą dzielić się swoim doświadczeniem.

Opieka nad seniorem dla niektórych opiekunów była także ważną lekcją refleksji nad sobą. W analizie treści wykonanej przy użyciu programu MAXQDA udało się wygenerować kategorię *nauka o sobie* w ramach głównej kategorii *OPIEKUN*. Interlokutorzy podczas opowieści o seniorze, o sobie i swojej rodzinie wskazywali, czego sami nauczyli się o sobie.

- (...) *pokory, tolerancji, pewnie spokoju, tolerowania innej osoby* [W1];
- (...) *pokory przede wszystkim, pokory do drugiego człowieka i dużo pracy nad sobą* [W12];
- *Na pewno pokory i do śmierci i do drugiego człowieka, tym bardziej, że mąż umarł mi na rękach* [W12].

Z kolei inna rozmówczyni, która sprawowała opiekę nad matką po wylewie, mówiła: *Nauczyłam się nie planować, o tak bym to określiła* [W11]. Inny opiekun z kolei stwierdził, że: *Nie można niczego zostawiać na później, bo później tego potem może nie być* [W17].

Inna kategoria edukacyjna wymieniana przez rozmówców, dotycząca *nauki o sobie, to cierpliwość*. Uczestnicy badania traktowali ją jako bardzo ważną cechę, której nauczyli się w opiece nad starszymi. *Mama cierpliwości mnie uczy cały czas bardzo mocno* [W6]. *Trzeba było się nauczyć cierpliwości* [W2]. Inny opiekun mówił: *Trzeba mieć dużo cierpliwości. To wymaga tłumaczenia dziesięć razy tego samego. To właśnie taka rzecz* [W19]. Jedna z rozmówczyń tak wypowiadała się na temat cierpliwości: *Opieka nad mamą nauczyła mnie cierpliwości, bo powiem, że chyba do mojej mamy mam więcej cierpliwości niż miałam do mojej córki, ale moja córka była dzieckiem zdrowym, normalnie rozwijającym się, natomiast tutaj no moja mama, jak gdyby cofa się w tym rozwoju, więc ćwiczę swoją cierpliwość bardzo* [W13].

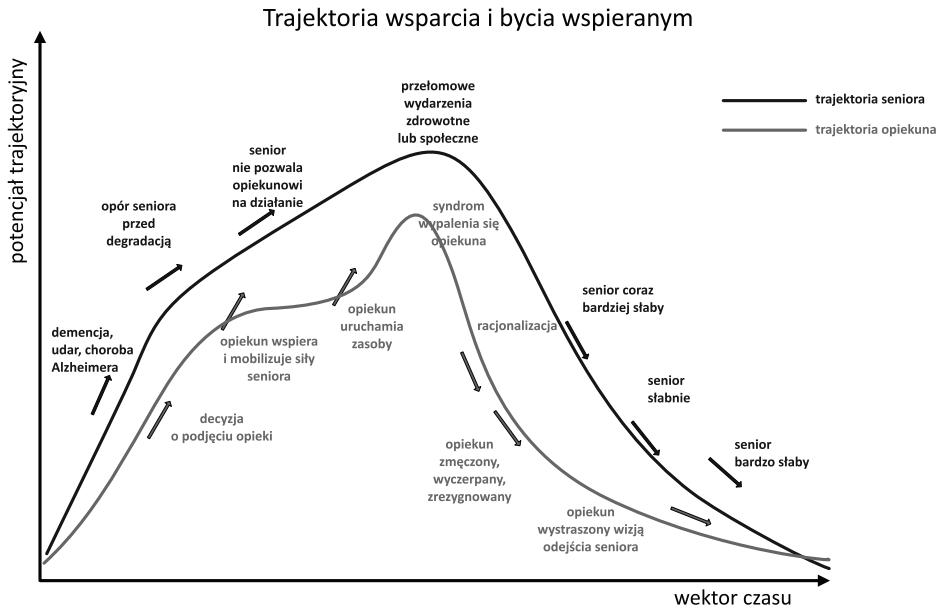
W konkluzji tych narracji pojawiła się refleksja wskazująca na zrozumienie sytuacji, determinację, ale także na pojednanie z nieuchronnym procesem starzenia się i przemijania. Inna narratorka w taki oto sposób mówiła o tym procesie: *Teraz już się z tym pogodziłam, niestety nic się nie da odwrócić, nie da się tego zmienić, trzeba żeby to życie jej tam, że tak powiem, było w miarę przyjemne* [W12].

W narracjach opiekunów pojawiał się edukacyjny wątek biograficzny. Opieka nad dziećmi, nad seniorem była nakazem moralnym i społecznym w ich rodzinach. Uczestniczyli w opiece rodziców nad dziadkami, uczyli się postawy opiekuńczej. Można w tym przypadku mówić o pokoleniowym przekazie, dziedziczeniu czy uczeniu się z biografii swoich rodziców. Kategoria ta rozumiana jest jako „uczenie się z przypominanych doświadczeń – pośrednio, zawartych w pamięci biograficznej w wyniku refleksji nad biografią innego” (Dubas, Świtalski, 2011b,

s. 7). Wątek ten dotyczył następujących kategorii analitycznych związanych z wiedzą przekazywaną z pokolenia na pokolenie na temat: *starości, ludzi starych i opieki nad ludźmi starymi jako obowiązek kolejnych pokoleń* w ramach głównej kategorii OPIEKUN. Opiekunowie, z którymi przeprowadzono wywiady, wielokrotnie wracali pamięcią do czasów dzieciństwa i opowiadali, jak opieka nad najstarszym członkiem rodziny przebiegała w ich domu. Mówili również o maksymach przekazywanych z pokolenia na pokolenie, którymi kierowali się w życiu. Przykład tego stanowi następująca wypowiedź: *Bo to jest jej takie chyba najczęstsze powiedzenie, że pamiętaj: Co kamieniem rzucisz, głazem przed sobą znajdziesz* [W13].

Wspomnienia z domu rodzinnego związane z opieką nad członkami rodziny były kilkakrotnie podkreślane: *Moja mama, jak gdyby owszem opiekowała się, (...) swoją mamą i tak dalej, ale babcia była do końca sprawna, czyli jak gdyby jeszcze pomagała mojej mamie opiekować się nami, czy nawet moimi dziećmi* [W8]. *Mama opiekowała się swoją mamą, więc ja opiekuję się moją mamą. Był czas, że ona opiekowała się mną – proste?* [W9] – przekonywał jeden z rozmówców. Dla wielu uczestników badania opieka nad człowiekiem starym, który jej wymagał, była czymś oczywistym i nie wymagała żadnych ustaleń.

W narracjach pojawiały się także wypowiedzi wskazujące na *brak przygotowania do roli opiekuna swojego rodzica: Nikt niestety nie przygotowuje nas do tego, że rodzice mogą się starzeć, a w konsekwencji wymagać opieki, nikt nie uczy nas tego, jak wygląda starość* [W6]. Brak przygotowania do roli opiekuna był ściśle związany z brakiem doświadczenia w opiece nad osobami starszymi. Osoby uczestniczące w badaniu sygnalizowały ten problem. Mówił o tym w następujący sposób jeden z opiekunów: *U nas w rodzinie nie było takiego przypadku, dlatego to jest w ogóle nowe* [W12]. Inna z rozmówczyń dodała, że w jej rodzinie: *nikt nigdy tak długo nie żył. I to jest dla mnie wyzwanie* [W15].



Rycina 10. Trajektoria wsparcia i bycia wspieranym

Źródło: opracowanie własne.

WNIOSKI – TRAJEKTORIA WSPARCIA I BYCIA WSPIERANYM

Z przeprowadzonych analiz z wykorzystaniem programu MAXQDA wyłonił się proces opieki, w którym nakładają się dwie płaszczyzny zmian. Po pierwsze, są to zmiany dokonujące się w życiu seniora, w jego sytuacji i codziennym funkcjonowaniu. Po drugie, są to zmiany dokonujące się w działaniach opiekunów. Zmiany te mają różną dynamikę i różne wektory. Przedstawione na rycinie 10 zdarzenia trajektoryjne odnoszą się do opiekunów rodzinnych z jednej strony oraz do seniorów z drugiej, zgodnie ze stadiami rozwijania się trajektorii opisanej przez Mirosława Góreckiego (2007, *trajektoria*, s. 778–779) za Gerardem Riemannem i Fritzem Schützem.

Pierwsze stadium dotyczy stopniowego gromadzenia się potencjału trajektoryjnego. Proces trajektoryjny bardzo rzadko rozpoczyna się niespodziewanie. Tak również było w przypadku opiekunów rodzinnych, u których proces trajektoryjny kumulował się stopniowo wraz ze starzeniem się seniora. Analiza badań wykazała, że rozmówcy w większości przypadków zdawali sobie sprawę z tego, że kiedyś w przyszłości będą sprawować nad nim opiekę. Byli oni świadomi procesu starzenia się swoich rodziców. Kilku z nich poczyniło przygotowania

dotyczące sprawowania opieki w przyszłości w postaci zakupu mieszkania seniorowi w pobliżu własnego miejsca zamieszkania. Inne działania związane ze świadomością sprawowania opieki nad seniorem w dalszej perspektywie czasowej odnosiły się do stopniowego przystosowywania własnego mieszkania do ewentualnych potrzeb seniora, np. wymiana wanny na prysznic i montaż uchwytów podczas remontu łazienki. Takie postępowania w późniejszym czasie okazały się bardzo praktyczne, gdyż organizacja opieki w tych rodzinach przebiegła znacznie sprawniej.

Oprócz opiekunów rodzinnych ofiarą procesu trajektoryjnego byli seniorzy, którzy dostrzegali niekorzystną sytuację życiową, dotyczącą pogarszającego się ich stanu zdrowia. Degradacyjne procesy zachodzące w organizmie starzejącego się człowieka zniewalały go. Przykładem obrazującym dobrze tę sytuację była choroba Alzheimera. Opiekunowie sprawujący opiekę skupiali uwagę na kłopotach z pamięcią u seniora. Był to jeden z najszybciej zauważalnych przejawów choroby. Stwarzało to dla człowieka starego sytuację niebezpieczeństwa i zagrożenia. Pierwszą reakcją było wyparcie ze świadomości początkowych objawów choroby bądź nieprzyjmowanie do wiadomości, że sytuacje związane z kłopotami z pamięcią są pierwszymi symptomami choroby. Seniorzy, kamuflując swój stan zdrowia, argumentowali go zmęczeniem. Niektórzy z nich obniżali widoczne symptomy trajektorii przez zakup suplementów poprawiających pamięć (Górecki, 2007, *trajektoria*, s. 778).

Wyjątkiem od stopniowego gromadzenia potencjału trajektoryjnego jest stwierdzenie poważnej choroby. Odwołując się do przeprowadzonych wywiadów, odstępstwo od tej reguły stanowił nagły i w każdym przypadku niespodziewany udar. Sytuacja ta zaskoczyła zarówno opiekunów, których dotąd spokojne i uporządkowane życie zostało zachwiane, jak i seniorów, którzy nigdy nie zaakceptowali swojej niepełnosprawności.

Niezależnie od przyczyn pojawienia się objawów choroby – demencja starcza lub wylew – częstą reakcją na objawy choroby wśród seniorów, nad którymi sprawowano opiekę, było nieakceptowanie tego stanu rzeczy. Niepogodzenie się z chorobą oraz gorsze funkcjonowanie na co dzień prowadziło nieuchronnie do coraz większej zależności od opiekuna. Opiekunowie natomiast w początkowym okresie sprawowania opieki podporządkowywali się prośbom seniora, nie zdając sobie sprawy z konsekwencji takiego postępowania.

Drugim stadium rozwijania się trajektorii jest „nagle przekroczenie granicy uczynienia potencjału trajektoryjnego” (Górecki, 2007, *trajektoria*, s. 778). Omawiając drugie stadium, należy mieć na uwadze, że kumulowanie się potencjału

trajektoryjnego jest nieostrym procesem, który nie ma wyraźnego początku. Jednakże w narracji biograficznej jest możliwe wyznaczenie jego punktu kulminacyjnego. To moment utraty nadziei i uświadomienia sobie przez jednostkę, że to, co dzieje się obecnie w jej życiu, jest niezależne od niej, gdyż na jej biografie działają siły zewnętrzne i nie jest ona w stanie kierować swoim postępowaniem według znanych sobie strategii. Odnosząc to stadium do sytuacji opiekunów, występowało ono w momencie konieczności podjęcia opieki nad niesprawnym seniorem. Opiekunowie rodzinni uświadomili sobie, że stan seniora jest na tyle poważny, że wymaga stałej opieki. Decydowali się oni wtedy albo na doraźną opiekę w miejscu zamieszkania seniora, albo na zamieszkanie seniora w ich domu. Początki opieki były przepełnione nadzieją związaną z tym, że dobrze zorganizowana nie zmieni wiele w ich życiu. Jednakże z biegiem czasu uświadamiali sobie, że opieka nad człowiekiem starym stanowi ogromne wyzwanie dla całej rodziny. Zyskiwali świadomość swojego beznadziejnego położenia, a wraz z upływającym czasem doświadczali szoku i dezorganizacji ich własnego życia.

Odnosząc drugie stadium rozwijania się trajektorii do seniora, należy podkreślić moment, w którym senior uświadamia sobie konieczność pomocy ze strony innych osób. Pogarszający się stan zdrowia seniora jest związany z postępującym procesem chorobowym. W przypadku demencji starczej bądź choroby Alzheimera człowiek stary do pewnego momentu jest świadomy, że jego zachowania są sterowane przez zewnętrzne siły oraz że nie może on już kierować swoim postępowaniem. Senior również doświadcza świadomości beznadziejnego położenia połączonego z odczuciami szoku i dezorientacji. Stan taki utrzymuje się do momentu, gdy zmiany w układzie nerwowym będą na tyle duże, że człowiek stary nie będzie świadom swoich zachowań i sytuacji zależności od osób trzecich (Górecki, 2007, *trajektoria*).

Trzecim stadium jest „próba rozwinięcia równowagi i radzenia sobie z życiem codziennym” (Górecki, 2007, *trajektoria*, s. 778). Analiza badań wykazała, że wstrząs i zawirowanie, jakie nastąpiło w związku z opieką nad seniorem, zostało przewyżczone, gdyż działania opiekunów rodzinnych były ukierunkowane na wytworzenie nowej równowagi w obszarze życia codziennego. Niestety bardzo szybko się okazało, że równowaga ta nie jest trwała i była uzyskiwana kosztem ciągłego i wyczerpującego wysiłku. Przeprowadzone badania wyszczególniają taki moment, w którym opiekunowie rodzinni odczuwali ogromne zmęczenie dążeniem za wszelką cenę do zaspokojenia wszystkich potrzeb seniora, przy jednoczesnym utrzymaniu homeostazy życia rodzinnego. Zaczynali oni zdawać sobie sprawę, że dążenie do zadowolenia seniora za wszelką cenę wpływa

destrukcyjnie przede wszystkim na nich samych, ale także na członków rodziny, gdyż przyczynia się to do licznych konfliktów dotyczących działań opiekunów względem seniorów.

W przypadku seniorów stadium to było związane z próbą zaakceptowania obecnego stanu zdrowia. Dotyczyło to w szczególności tych seniorów, u których nastąpił udar, prowadząc do niepełnosprawności fizycznej, przy całkowitej sprawności intelektualnej. Analiza badań z wykorzystaniem programu MAXQDA wykazała, że przez krótki moment po doświadczeniu szoku i zamętu seniorzy stworzyli nową równowagę w obszarze spraw codziennych, zastępując dawne aktywności nowymi. Na przykład uczestnictwo w zajęciach Domu Dziennego Pobytu Samarytanin, rozwiązywanie krzyżówek, spacerów bądź ćwiczenia rehabilitacyjne, mające na celu jak najszybszy powrót do zdrowia, który niestety nie następował, a wręcz ulegał pogorszeniu (Górecki, 2007, *trajektoria*, s. 779).

Czwartym stadium jest „destabilizacja chwiejnej równowagi radzenia sobie z życiem codziennym” (Górecki, 2007, *trajektoria*). Przebyte do tej pory stadia trajektoryjne, które dotyczyły wstrząsowych doświadczeń, przekroczenia granicy potencjału biograficznego oraz zmagania się z nieustabilizowaną równowagą niosą ze sobą znaczące koszty biograficzne wiążące się z: wyobcowaniem, ogólnie rozumianą utratą zaufania oraz szacunku do siebie i do innych.

Opiekunowie rodzinni, którzy są w czwartym stadium, zaczynają odczuwać zmęczenie sprawowaną opieką. Jest to związane z jednej strony z rosnącymi wymaganiami seniora wobec nich, z drugiej zaś z brakiem pomocy ze strony innych członków rodziny, którzy mimo wcześniejszych deklaracji pomocy nie angażowali się w opiekę nad seniorem. Badania wykazały, że opiekunowie wykorzystywali na tym etapie resztki energii, aby utrzymać relatywną równowagę związaną z postrzeganiem seniora przez innych przez pryzmat dobrze sprawowanej funkcji opiekuńczej. Wykorzystywali oni rodzinne zasoby, czyli zewnętrzne i wewnętrzne elementy, składające się na środowisko rodzinne danej osoby, które wpływały na jej rozwój.

W skład rodzinnych zasobów wchodzi indywidualne zasoby poszczególnych członków rodziny, materialne zasoby oraz zasoby związane z zewnętrznym wsparciem. Opiekunowie w związku z pogarszającym się stanem zdrowia seniora zaczęli wykorzystywać posiadane zasoby osobiste poszczególnych członków rodziny oraz wewnętrzne zasoby rodziny. Wśród działań opiekunów związanych z wykorzystywaniem posiadanych zasobów można wymienić: zatrudnienie opiekunki dla seniora, zamieszkanie seniora wraz z opiekunem bądź zakup mieszkania seniorowi w niedalekiej odległości od opiekuna, dostosowywanie

mieszkania do potrzeb psychofizycznych seniora bądź zagospodarowanie mu jego własnego miejsca, w którym będzie czuł się komfortowo wraz z likwidacją barier zagrażających bezpieczeństwu seniora oraz zorganizowanie czasu wolnego seniorowi w Domu Dziennego Pobytu Samarytanin. Analiza badań wykazała, że opiekunowie rodzinni stosowali wiele rozwiązań, aby zmniejszyć skutki ciągłej opieki. Wśród najczęściej wymienianych było dbanie o kontakty seniora z rodziną oraz troska o jego sprawność fizyczną. Opiekunowie osób starszych mówili także o zakupie sprzętów, które ułatwiły im opiekę, takich jak: obrotowe krzesło na wannę, chodzik, wózek inwalidzki, łóżko z materacem przeciwoleżynowym oraz pieluchomajtki. Mimo to zbyt duża koncentracja na seniorze prowadziła do zaniedbań związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, zaniedbań wobec współmałżonka i dzieci oraz zerwania kontaktów ze znajomymi. Kulminacyjnym momentem tego stadium jest nagromadzony nieład, który zaczyna dosięgać wszystkich sfer funkcjonowania opiekuna. Objawia się to pogarszającym stanem jego zdrowia (Górecki, 2007, *trajektoria*).

W przypadku człowieka starego stadium czwarte dotyczy coraz bardziej postępujących objawów choroby, których zakamuflowanie wymaga coraz więcej wysiłku. Wielokrotnie przynosi to odwrotny efekt do zamierzonego skutkując coraz większym wyobcowaniem, utratą zaufania i szacunku do samego siebie. Jeśli choroba nie jest na tyle rozwinięta i senior ma świadomy kontakt z rzeczywistością, zaczyna on tracić oparcie w samym sobie. Zaczyna być skazany na pomoc innych, którą postrzega jako coś oczywistego. Skutkuje to rosnącymi wymaganiami wobec opiekuna.

Piąte stadium to „załamanie się organizacji życia codziennego i orientacji wobec samego siebie” (Górecki, 2007, *trajektoria*). Opiekunowie rodzinni, którzy są w tym stadium, tracą kontrolę nad sobą oraz otoczeniem wraz z coraz gorszym stanem zdrowia seniora. Mimo wszelkich działań w postaci organizacji otoczenia, wizyt u specjalistów stan zdrowia seniora z dnia na dzień się pogarsza. Pojawiają się u nich wątpliwości, czy jeszcze sprawy zwykłe, codzienne toczą się w normalny sposób, czy wszyscy borykają się z podobnymi problemami. Opiekunowie uwikłani i silnie zaangażowani w opiekę nad seniorem przeżywają zupełne załamanie ładu czynności codziennych. Zaczyna to być dostrzegane przez osoby trzecie, z którymi opiekunowie mają stały kontakt, np. najbliższa rodzina, pracodawca.

Przeprowadzone badania wykazały, że opiekunowie w tym stadium mieli poczucie beznadziejności, a otaczający świat stał się im całkiem obcy, gdyż w ich odczuciu nikt nie rozumiał sytuacji, w jakiej się znaleźli. Charakterystyczny element tego stadium to utrata zaufania do samego siebie, co było bardzo widoczne

w przeprowadzonych badaniach. Opiekunowie rodzinni byli zrezygnowani i obwiniali siebie o nieradzenie sobie z opieką nad seniorem. Utrata zaufania dotyczyła również osób znaczących, w których pokładali nadzieję. Długotrwała opieka doprowadziła do wycofania się z pomocy najbliższej rodziny, co poskutkowało tym, że opiekunowie zostali pozostawieni samym sobie. W postępowaniach jednostki będącej w tym stadium pojawia się sprzeczność działań, ponieważ mimo że utraciła ona zaufanie w stosunku do najbliższych, lekarzy, urzędników oraz instytucji opiekuńczych, nadal posiada ogromną potrzebę wsparcia, aby wyzwolić się z tej pułapki. Analiza badań wykazała, że opiekunowie rodzinni, będąc w tym stadium, zaczynali rozważać zamieszkanie seniora w domu pomocy społecznej (Górecki, 2007, *trajektoria*).

Piąte stadium odnosi się do seniora przebiega zazwyczaj w sposób nieświadomy, gdyż zaawansowana choroba o charakterze demencyjnym powoduje, że brak organizacji życia codziennego nie jest tak silnie przeżywany, jak w przypadku opiekunów rodzinnych.

Szóste stadium dotyczy „próby racjonalizacji trajektorii i pogodzenia się z nią” (Górecki, 2007, *trajektoria*). Jednostka będąca w tym stadium doświadcza zupełnej niezdolności do działania. Czuje się wyobcowana i nie zgadza się ze światem. Tworzy nową definicję własnej sytuacji życiowej, która może prowadzić albo do działania, albo pozbawienia jednostki odwagi życia (Górecki, 2007, *trajektoria*). Odwołując się do przeprowadzonych badań, opiekunowie rodzinni, doświadczając szóstego stadium, byli zmuszeni do stworzenia nowej definicji własnej sytuacji życiowej i starali się opanować dynamikę trajektorii, gdyż nasilające się objawy choroby, których konsekwencją był coraz słabszy senior, prowadziły do przybywania sytuacji kłopotliwych. Opiekunowie na tym etapie choroby seniora racjonalizowali sobie wiele jego zachowań, odnoszących się do niego samego, członków rodziny czy też zupełnie obcych osób. Usprawiedliwiali je zaawansowaną chorobą seniora i dzięki temu radzili sobie z trudną sytuacją, w jakiej się znaleźli. Jednakże odczuwali oni również złość, gdyż nie potrafili do końca ich zaakceptować.

Ostatnim stadium rozwijania się trajektorii jest „praktyczna praca nad trajektorią i uzyskanie nad nią kontroli oraz/lub uwolnienie się z jej więzów” (Górecki, 2007, *trajektoria*). Mirosław Górecki przedstawia trzy formy nastawień. Pierwsza z nich dotyczy ucieczki od trajektorii. Następuje ona wtedy, gdy jednostka nie akceptuje i ignoruje doświadczenia biograficzne bądź fizycznie opuszcza trajektorię. Odwołując się do przeprowadzonych badań, sytuacja taka występowała w momencie decyzji o umieszczeniu seniora w domu pomocy społecznej.

Od tego momentu opiekunowie rodzinni zwalniali się z opieki nad seniorem, którą przejmuje dana instytucja. Druga forma nastawienia dotyczy oswojenia trajektorii i życie z nią. W przypadku opiekunów osób starszych jest to moment pełnej akceptacji stanu zdrowia seniora i włączenie sytuacji opiekuńczej do codziennych obowiązków. Analiza badań wspomagana komputerowo wykazała, że forma życia z trajektorią pojawiała się w przypadku seniorów, u których nastąpił udar i powstała niepełnosprawność, wymagająca długoletniej opieki nad nim. Opiekunowie rodzinni zaakceptowali to i zabiegi opiekuńcze nad seniorem zostały włączone w codzienne funkcjonowanie rodziny. Osoby badane wskazywały na próby powrotu do dawnych aktywności życiowych w postaci urlopów wypoczynkowych. Innym z zastosowanych rozwiązań był pobyt seniora u innych członków rodziny.

Trzecia forma dotyczy regularnej eliminacji potencjału trajektoryjnego przez całkowite przeorganizowanie sytuacji życiowej, skoncentrowanie się na własnym rozwoju oraz wykorzystanie trajektorii jako bazy, która wzbogaci osobiste doświadczenia życiowe. Forma ta w momencie przeprowadzania wywiadów nie pojawiła się, gdyż wszystkie badane osoby były uwikłane w proces opieki, która wpływała na nich negatywnie. Odczuwali oni lęk przed odejściem osoby starszej, ale pomimo słabnących sił nadal pracowali nad swoją trajektorią. Forma ta może się pojawić w momencie śmierci seniora. Opiekunowie rodzinni na nowo będą musieli przeorganizować swoje życie, mając świadomość, że są bogatsi o nowe doświadczenia życiowe, którymi mogą się dzielić z innymi osobami, sprawującymi opiekę nad człowiekiem starym (Górecki, 2007, *trajektoria*).

Podczas analizy badań wykonanej przy użyciu programu MAXQDA wyodrębniono pięć wektorów zmian, które dotyczą zarówno seniora, jak i opiekuna rodzinnego. Opieka rozumiana jest tu jako proces, który ulega przekształceniu, zmianie i wreszcie dostosowaniu wraz z postępującym procesem starzenia się. Zmiana postaw opiekunów następuje równocześnie wraz ze zmianą zachowań seniora, na które wpływają przede wszystkim postępujące choroby. Dogłębna analiza wywiadów wykazała, że wektory tych zmian na początku były skierowane w tę samą stronę, gdyż zarówno opiekun, jak i senior próbował przezwyciężyć pojawiające się ograniczenia w funkcjonowaniu. Wraz z upływem czasu i coraz większą utratą sprawności, skutkującą zwiększającą się zależnością seniora, prowadziły do zmęczenia opiekuna, tłumaczenia jego zachowań, a wreszcie do strachu przed jego odejściem.

W momencie krytycznym opiekun racjonalizuje sobie zachowania seniora, uzasadniając je jego stanem zdrowia. Z kolei senior w tym samym momencie

procesu trajektoryjnego opada całkowicie z sił i z każdym dniem wymaga coraz intensywniejszej opieki. Na końcu tego procesu wektory są skierowane w tym samym kierunku, ponieważ senior i opiekun są u schyłku drogi związanej ze sprawowaną opieką. Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że mimo bardzo ciężkiego stanu zdrowia seniorów oraz zmęczenia i licznych ograniczeń, jakie spotkali uczestnicy badania na swojej drodze, snuli oni rozważania o tym, jak będzie wyglądać ich życie po śmierci seniora. Obawiali się, że tak długo sprawowana opieka nad człowiekiem starym przyczyniła się do silnego przywiązania do niego i jego odejście nie przyniesie im tak długo wyczekiwanego odpoczynku i wytchnienia.

ZAKOŃCZENIE

W monografii dokonano analizy funkcji opiekuńczej sprawowanej wobec seniora. Jest to ważne zagadnienie zarówno z perspektywy osób starszych, jak i ich opiekunów. Dane demograficzne wskazujące na systematycznie wzrastającą liczbę osób starszych w społeczeństwie są niepokojące przede wszystkim, gdy spojrzymy na nie w aspekcie pojawiającej się u tych osób niesprawności. Wielochorobowość, jaka charakteryzuje okres starości, zmieniające się role społeczne seniorów, brak rozwiązań administracyjnych związanych z opieką nad tą grupą osób powodują, że odpowiedzialność za opiekę nad nimi spada na członków rodziny. Zazwyczaj opiekę taką podejmuje kobieta (żona, córka, synowa), będąca w wieku około 50 lat. Obciążona jest ona jednocześnie obowiązkami zawodowymi, opiekuńczymi nad małoletnimi dziećmi, a obecnie – coraz częściej także nad starzejącymi się rodzicami. Dzisiejsza sytuacja dowodzi, że starość i starzenie się stanowią wyzwania stojące przed społeczeństwem, państwem i rodziną.

Wiele raportów, szczegółowych badań zaprezentowanych w tej monografii pokazuje zadania, jakie wobec ludzi starszych podejmuje państwo. Znacznie mniej wiemy na temat opieki sprawowanej przez rodzinę wobec żyjących w niej

seniorów. Tę właśnie rodzinną perspektywę opieki nad najstarszymi osobami podjęłam w tej pracy.

W dotychczasowych ujęciach dotyczących starości i starzenia się dominowała perspektywa deskryptywna. Dzięki tym badaniom znamy strukturę płci, rozmieszczenie terytorialne ludzi starych, stan zdrowia, poziom sprawności, sytuację materialną, warunki życia gospodarstw domowych, w których zamieszkują osoby starsze, źródła utrzymania, wydatki ponoszone na świadczenia medyczne, sposoby spędzania czasu wolnego, poziom aktywności zawodowej, jakość życia oraz potrzeby opiekuńcze osób starszych. Ostatni z wymienionych aspektów analizuje zapotrzebowanie opieki z perspektywy człowieka starego, pomijając rodzinę jako główne źródło pomocy, bez której niemożliwe byłoby prawidłowe jego funkcjonowanie. Dotychczasowe badania niezbyt umożliwiały poznanie problemów związanych z opieką, jakich doświadczają opiekunowie rodzinni. Nie dawały one możliwości pokazania kategorii ludzkiego doświadczenia.

Zwykle opiekunem staje się kobieta i zmienia się jej rola – matki, żony, dorosłej córki. W momencie utraty samodzielności człowieka starego to ona przejmuje rolę opiekuna swojego rodzica, nie rezygnując jednocześnie z pełnionych ról w swojej rodzinie i środowisku. W największym stopniu doświadczą zmian życia osobistego, co jest związane z zaprzestaniem spotkań towarzyskich, brakiem czasu wolnego oraz psychofizycznym zmęczeniem, które wpływa na życie rodzinne.

Podjęmowana funkcja opiekuńcza przez rodzinę przyczyniała się do powstania nowego schematu życia rodzinnego, w którym każdy ma określone obowiązki, odnoszące się do konkretnej sfery życia codziennego. Prowadziła ona również do zmiany relacji opiekuna z innymi członkami rodziny, a w szczególności z mężem, dziećmi i rodzeństwem. Wkradała się w relacje z nimi. Nagle okazywało się, że wiele kwestii związanych z organizacją opieki, czasem i energią poświęcaną na nią stawały się odmiennymi i nieoczywistymi. Pojawiały się konflikty i napięcia związane z podziałem obowiązków, czasu i finansów.

W rodzinie, w której członkowie sprawowali opiekę nad niesamodzielnym seniorem, odbijały się relacje rodzinne panujące w niej przed pojawieniem się konieczności podjęcia opieki nad seniorem. Miały one charakter biograficzny, były wynikiem wcześniejszych doświadczeń i częstotliwości kontaktów poszczególnych członków rodziny między sobą, np. jeśli senior nie miał bliskich relacji z wnukami w czasie pełnej sprawności, nie nastąpił gwałtowny zwrot w postaci troski i częstego partycypowania w proces opieki.

Opieka, jak potwierdziły badania, ma charakter kulturowo-aksjologiczny, będąc pewną formą mobilizacji i racjonalizacji. Dotyczy różnych podmiotów,

uruchamia rozmaite instytucje. Przeprowadzone rozpoznanie pokazało, że opieka nad seniorem jest różnie definiowana. W pierwszej perspektywie jest rozumiana jako aksjologiczna powinność. W tej perspektywie członkowie rodziny odwołują się do systemów religijnych i społecznych. Traktują to jako moralny i prawny obowiązek. Obowiązek, który również ma charakter generacyjny. W polskiej tradycji, jak pokazały badania, młodsze pokolenie, dorosłe dzieci czują się zobowiązane do sprawowania opieki nad swoimi starszymi, często chorymi rodzicami.

W innej perspektywie opieka rodzinna jest ujmowana jako konieczne rozwiązanie, wynikające z braku akceptacji dla instytucjonalnych form wsparcia. Korzystanie z pomocy instytucjonalnej przez wielu interlokutorów było traktowane jako wyrzut, porażka lub smutna konieczność.

Definicja opieki jest zatem dynamiczna, gdyż zmienia swoje znaczenie dla opiekunów rodzinnych podczas sprawowania funkcji opiekuńczej. Zmiany te są związane zarówno z dialektyką choroby, jak i z biografią oraz sytuacją opiekuna. Nakłada się na nie bardzo wyraźnie autodefinicja biografii i starzenia się budowana przez opiekunów rodzinnych. Perspektywa systemowa pozwoliła zobaczyć, w jaki sposób członkowie rodziny, którzy są uwikłani w opiekę, odnajdują się na pozycjach wymagających od nich poświęcenia, zaangażowania, rezygnacji z własnych potrzeb czy pozornej akceptacji sytuacji, w której się znaleźli.

Starość i starzenie się są początkiem trajektorii, która uruchamia zasoby rodziny i seniora. Umiejętne ich wykorzystanie prowadzi do nieponoszenia wysokich kosztów związanych z podjęciem funkcji opiekuńczej. Jak wykazały badania, w opiece nad seniorem kumulują się różne zasoby seniora oraz zasoby rodziny. Wśród zasobów seniora należy szczególną uwagę zwrócić na jego oszczędności oraz posiadane nieruchomości. To na nich w pierwszych tygodniach i miesiącach bazuje rodzina. W opiece nad seniorem kumulują się również zasoby bliższej i dalszej rodziny: oszczędności, więzi, umiejętności współpracy, stan zdrowia, czas, sytuacja rodzinna i inne. Rodzina ulega nieustannym zmianom, gdy pojawiają się w niej starość i zależność, a więc konieczność wsparcia i podjęcia opieki. System odpowiada na te potrzeby w zależności od tego, jak starzeje się senior. Przeprowadzone analizy wykazały, że opiekunowie uruchamiali zasoby w postaci własnej wiedzy, wiedzy innych, zasoby materialne, komunikacyjne, nieformalne, czyli przyjaciół i sąsiadów. Rodzina w tej opiece zmieniała mieszkanie, przystosowywała przestrzeń do aktualnych potrzeb, wynajmowała opiekunki, zapisywała seniora do domu dziennego pobytu. Zasoby te były różnie uruchamiane i wyczerpywane, ponieważ opieka nad człowiekiem starym jest ciągłym procesem ich wykorzystywania. Zasoby nie regenerowały się, ich systematyczne zmniejszanie się

wpływało z jednej strony na seniora, któremu poświęcało się coraz mniej czasu, koncentrując się tylko na czynnościach pielęgnacyjnych. Z drugiej strony natomiast wpływało na opiekunów rodzinnych, gdyż wyczerpywała się ich energia i pozytywne myślenie. Odczuwali oni zmęczenie, pogorszenie relacji rodzinnych, brak czasu wolnego, co w dłuższej perspektywie prowadziło do pojawienia się syndromu wypalenia.

Opieka nad człowiekiem starym dokonuje się również kosztem młodego pokolenia, gdyż koncentracja na niesamodzielnej osobie starszej prowadzi do zaniedbań opiekuńczych względem dzieci opiekunów, którym nie jest poświęcana odpowiednia ilość czasu wolnego. W związku z tym zarówno senior, jak i opiekun byli uwikłani w trajektorię opieki, uruchamiali posiadane zasoby, dążąc do zahamowania postępów choroby. Brak widocznych efektów prowadził do załamania procesu trajektoryjnego.

Konsekwencje sprawowanej opieki ponosili również członkowie najbliższej rodziny, jednak ich potrzeby schodziły na dalszy plan na rzecz zaspokajania potrzeb seniora. Dotyczyły one sfery relacji między głównym opiekunem a członkami rodziny oraz relacji z seniorem, zmian w przestrzeni życia domowego, a także ograniczeń związanych z swobodnym planowaniem czasu wolnego, który należało dostosowywać do potrzeb seniora. Pełnienie podwójnej roli związanej z opieką nad własnymi dziećmi i rodzicami skutkowało zmianą zachowań opiekuna względem najbliższych. Przedłużający się stan nieustannego kumulowania swojej energii, aby zaspokoić potrzeby człowieka starego, prowadził do zachwiania życia rodzinno-towarzyskiego.

Inną zauważalną zmianą, jaka zaszła u członków rodziny uwikłanych w proces funkcji opiekuńczej, była zmiana relacji i postaw w stosunku do siebie. Pojawienie się człowieka starego w życiu rodzinnym stanowiło wydarzenie zazwyczaj nagłe i niespodziewane. Członkowie rodziny stawali przed trudnym wyzwaniem stawienia czoła opiece, podejmowali próby wypracowania modelu współpracy i podziału obowiązków. U jednych nastąpiło wzmocnienie więzi, u innych zaś pogłębiły się konflikty rodzinne, prowadzące do pozostawienia opiekuna osoby starszej bez pomocy i wsparcia.

Opieka nad seniorem stanowi doświadczenie edukacyjne dla całej rodziny, a przede wszystkim dla głównego opiekuna. Wykorzystywał on swoją wiedzę, która była z jednej strony wyczerpywana, z drugiej zaś rozbudowywana. Pogarszający się stan zdrowia seniora prowadził do uruchamiania działań mających na celu spowolnienie procesu starzenia się. Każda taka sytuacja zwiększała wiedzę członków rodziny na temat starości i chorób seniorów.

Opieka nad człowiekiem starym była lekcją, w której przede wszystkim główny opiekun uczył się jej w perspektywie swoich doświadczeń i antycypował jednocześnie swoją przyszłość i swoją biografię. Widział w tej opiece nad człowiekiem starym siebie, uczył się cierpliwości, zrozumienia, pokory i akceptacji tego okresu życia. Opieka zmieniła jego percepcję życia dotyczącą postrzegania procesu starzenia się, ludzi starych i innych opiekunów. Przeprowadzone badania pokazały, że często konieczność opieki spadała na opiekunów nagle i niespodziewanie. Nie mieli oni czasu, by zastanowić się nad tym, z jakimi trudnościami się spotykają, jakim wyzwaniom będą musieli sprostać. Starość i starzenie się zaczęli postrzegać odtąd przez pryzmat swojego starzejącego się rodzica bądź rodziców, ich chorób, zachowań, przyzwyczajień i oczekiwań. Wobec tego opieka to uczenie się o sobie i codzienne odpowiadanie na pytanie – ile jeszcze mogę znieść?

Opieka zatem zmienia patrzenie na przyszłość, która jawi się jako coś nieprzewidywalnego, nieznanego, często budzącego strach i obawy. Opiekunowie rodzinni nigdy już nie będą tymi samymi ludźmi, jakimi byli przed podjęciem opieki nad seniorami. Obserwując walkę z chorobą, z procesami starzenia się, z ograniczeniami spowodowanymi wiekiem oraz stopniowym odchodzeniem najstarszych członków rodziny, uczyli się akceptacji własnej starości i przyjmowali ją jako kolejny, nieunikniony etap w życiu, którego musi doświadczyć każdy człowiek.

Przeprowadzone badania wykazały, że długotrwałość opieki powoduje, iż rodzina zmienia się i rekonstruuje, dostosowując się do wyzwań, jakie są przed nią stawiane w związku z pogarszającym się stanem zdrowia seniora. Zmieniają się postawy w stosunku do człowieka starego. Po kilku latach opieki członkowie rodziny postrzegali seniora przez pryzmat jego starczych zachowań jako osobę niezadowoloną, pełną pretensji i żali.

Doświadczenie choroby i niesprawności człowieka starego prowadzi do zmiany stereotypów na temat wsparcia seniorów ze strony instytucji. Opiekunowie w związku z długoletnią opieką inaczej zaczęli postrzegać instytucjonalne formy pomocy osobom starszym. Po kilku bądź kilkunastu latach sprawowania opieki dopuszczali oni możliwość zamieszkania seniora w domu pomocy społecznej. Działo się tak dlatego, że dopiero bezpośrednie doświadczenie w życiu człowieka powodowało przekształcenie myślenia i zmianę postrzegania wielu wymiarów życia. Akceptowanie pobytu seniora w Domu Pomocy Społecznej wiązało się również z akceptacją ewentualności związanej z własnym zamieszkaniem w tego typu instytucji.

Prezentowana monografia umożliwiła rekonstrukcję postrzegania starości i starzenia się przez pryzmat pogarszającego się zdrowia, utraty samodzielności, aż do całkowitej zależności człowieka starego od rodziny. Seniorzy zazwyczaj nie akceptują nagłej bądź stopniowej utraty samodzielności. Z kolei opiekunowie, będąc tego świadomymi, rozszerzają pole działań opiekuńczych, minimalizując skutki zwiększającej się zależności człowieka starego od rodziny. Zatem problematyka opieki nad seniorem jest trudna dla każdej z uwikłanych w nią stron. Stawianie się osobą zależną od pomocy innych jest bardzo trudnym doświadczeniem dla seniorów, którzy dopóki są świadomi swojego stanu, cierpią podwójnie. Raz z powodu swojej bezsilności, drugi, gdy patrzą na swoją córkę lub synową, która musi zaopiekować się zarówno najstarszym członkiem rodziny, jak i własnymi dziećmi. Opieka to również wyzwanie dla opiekunów rodzinnych – niejako z góry nakłada się obowiązek opieki, do której nie są oni przygotowani i często sami zmagają się z problemami i trudnościami.

Praca ta pozostawia nadal wiele pytań otwartych. Potwierdza to, że warto badać rodziny sprawujące opiekę nad niesamodzielnym seniorem w tej perspektywie. Tak ujęty problem umożliwia pokazanie doświadczeń i znaczeń, jakie nadają opiekunowie rodzinni sprawowanej opiece. Mam nadzieję, że książka ta ułatwi opiekunom rodzinnym organizację opieki nad seniorem, która nie będzie dla nich negatywnym doświadczeniem, a jedynie trudną lekcją życia wiodącą do konstruktywnych wniosków.

BIBLIOGRAFIA

- Adamski, F. (1984). *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bańka, A. (2002). *Spoleczna psychologia srodowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Barbaro de, B. (red.). (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bień, B. (2006). *Family Caregiving for the Elderly in Poland*. Białystok: Wydawnictwo Trans Humana.
- Bień, B.Z., Wojszel, B., Wilmańska, J., Sienkiewicz, J. (red.). (2001). *Starość pod ochroną. Opiekunowie Rodzinni Nieprawnych Osób Starszych w Polsce. Porównawcze Studium Srodowiska Miejskiego i Wiejskiego*. Białystok: Oficyna Wydawnicza TEXT.
- Błądowski, P., Pędich, W. (2004). Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki domowej nad niesprawnymi osobami starszymi. W: P. Błądowski (red.), *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności* (s. 171–182). Warszawa: Wydawnictwo Szkoła Główna Handlowa.
- Bocheńska-Seweryn, M., Kluzowa, K. (2011). Rodzinna i pozarodzinna opieka nad osobami starszymi. W: Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna* (s. 43–54). Kraków: Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza AFM.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University.

- Brzezińska, M., Graczkowska, M. (red.). (2012). *Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej?* Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Czapiński, J., Błędowski, P. (red.). (2014). *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2015). *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Dąbrowski, Z. (2006). *Pedagogika opiekuńcza w zarysie. Tom 1*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Dąbrowski, Z. (2008). Terminologia pedagogiki opiekuńczej. W: E. Jundziłł, R. Pawłowska (red.), *Pedagogika opiekuńcza. Przeszłość – terażniejszość – przyszłość* (s. 423–473). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Dąbrowski, Z., Kulpiński, F. (red.). (2000). *Pedagogika opiekuńcza. Historia, teoria, terminologia*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Dobrowolska, D. (1992). Przebieg życia – fazy – wydarzenia. *Kultura i Społeczeństwo*, XXXVI, 2, 75–88.
- Dubas, E., Gutkowska, A. (red.). (2018). *Czas i miejsce w biografii. Aspekty edukacyjne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dubas, E., Stelmaszczyk, J. (red.). (2014). *Biografie edukacyjne. Wybrane konteksty*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dubas, E., Stelmaszczyk, J. (red.). (2015). *Biografie i uczenie się*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dubas, E., Świtalski, W. (red.). (2011a). *Uczenie się z (własnej) biografii*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dubas, E., Świtalski, W. (red.). (2011b). *Uczenie się z biografii innych*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dyczewski, L. (1994a). *Ludzie starzy i starość*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Dyczewski, L. (1994b). *Rodzina, społeczeństwo, państwo*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Dyczewski, L. (2007). *Małżeństwo i rodzina w nowoczesnym społeczeństwie*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Dzięgielewska, M. (1999). Starość w rodzinach polskich, wstęp do problematyki. *Problemy Rodziny*, 2/3, 3–5.
- Fabiś, A., Wąsiński, A. (2008). Opiekun osób starszych – więcej frustracji niż satysfakcji. W: R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy* (s. 227–237). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Feliksiak, M. (2020). *Korzystanie z Internetu*. Centrum Badań Opinii Społecznej, 85, 1–16.
- Flick, U. (2011). *Projektowanie badania jakościowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gabryelewicz, T., Barczak, A., Barcikowska, M. (2018). *Otępienie w praktyce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.

- Giddens, A. (2012). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zakłady stacjonarne pomocy społecznej* (2019). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Górecki, M. (2007). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom VI, hasło: trajektoria*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., Danbrook, C. (red.). (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association*, 157(8), 1101–1105.
- Grzanka-Tykwińska, A., Kędziora-Kornatowska, K. (2010). Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 18(1), 29–32.
- Grzeszczyk, S. (2004). Udział rodziny w usprawnianiu i pielęgnowaniu chorego seniora w domu. *Wspólne Tematy*, 7/8, 49–53.
- Guzik-Tkacz, M., Siegień-Matyjewicz, A.J. (red.). (2012). *Leksykon terminów metodologicznych. Nauki pedagogiczne i pokrewne, hasło: badania jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Halicka, M. (2004). *Satysfakcja życiowa ludzi starych: studium teoretyczno-empiryczne*. Białystok: Wydawnictwo Akademia Medyczna.
- Halicka, M. (2006). Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym. W: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi: księga pamiątkowa dedykowana profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej* (s. 242–254). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Halicki, J. (2010). *Obrazy starości. Rysowane przeżyciami seniorów*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Hooyman, N.R., Kiyak, H.A. (2011). *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*. Boston: Pearson Education. Inc.
- Izdebska, J. (2010). Relacje między pokoleniami w rodzinie – ich charakter i przemiany w dobie globalizacji i ponowoczesności. W: M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu* (s. 143–152). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Janion, E. (2011). Wpływ choroby Alzheimera na życie rodziny. W: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym* (s. 121–136). Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Jaworska-Oblój, Z., Skuza, B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, XXIX, 3, 733–746.
- Jemielnik, D. (2012). *Badania jakościowe. Metody i narzędzia. Tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jundziłł, E., Pawłowska, R. (2008). Wieloznaczność pojęcia „opieka” – próba ustosunkowania się wobec zniekształceń podstawowej aparatury pojęciowej pedagogiki opiekuńczej w świetle badań studentów pedagogiki. W: E. Jundziłł, R. Pawłowska (red.), *Pedagogika opiekuńcza. Przeszłość – teraźniejszość – przyszłość* (s. 169–175). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Kamiński, A. (1974). *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Biblioteka Pracownika Socjalnego. Niepełnosprawność – Specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1999). Seniorzy w rodzinie. Przegląd badań. *Problemy Rodzinne*, 5/6, 33–39.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (2008). *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Wydawnictwo Makmed.
- Kawula, S. (1988). *Funkcja opiekuńcza współczesnej rodziny polskiej*. Białystok: Wydawnictwo ODN.
- Kawula, S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2, 6–7.
- Kawula, S. (2002). *Pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej*. Olsztyn: Oficyna Wydawnicza Kastalia.
- Kawula, S. (2009). *Pedagogika społeczna: dokonania, aktualności, perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kazimierczak, D. (2004). Pomoc społeczna wobec osób starszych. W: J. Twardowska-Rajewska, D. Kazimierczak (red.), *Ku dobrej starości. Senior jako wyzwanie dla pracy socjalnej* (s. 13–18). Konin: Wydawnictwo Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie.
- Kirenko, J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki: Wydawnictwo Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania.
- Kittay, E.F. (2001). A Feminist Public Ethic of Care Meets the New Communitarian Family Policy. *Ethics*, 111, 523–547.
- Klimczuk, A. (2010). Bezpieczeństwo ludzi starych w kontekście badań nad kapitałem społecznym na przykładzie mieszkańców Białegostoku. W: M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu* (s. 75–90). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Klonowicz, S. (1986). Starzenie się ludności. W: I. Borsowa (red.), *Encyklopedia seniora* (s. 35–56). Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Klucznik, M. (2012). Choroba Alzheimera jako przykład niepełnosprawności osób starzejących się i starych. W: A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość* (s. 199–213). Łask: Wydawnictwo Progres.
- Kopaliński, W. (2002). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*. Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Księga Mądrości Syracha. W: *Pismo Święte Nowego i Starego Testamentu* (2002). Gliwice: Wydawnictwo Pallottinum.
- Kulesza, M. (2009). Rodzinne zasoby. Nowe możliwości w diagnozie i terapii rodziny. *Pedagogika Społeczna*, 3/4, 25–39.
- Kupisiewicz, C., Kupisiewicz, M. (red.) (2009). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lalak, D. (2010a). Podejście biograficzne (biograficzność) w naukach o wychowaniu. Trzy perspektywy dyskursu. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice* (s. 257–280). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Lalak, D. (2010b). *Życie jako biografia. Podejście biograficzne w perspektywie pedagogicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Lalak, D., Pilch, T. (1999). *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej* (s. 338–341). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Liszewska, M. (1997). Rodzina starego człowieka. *Wspólne Tematy*, 11/12, 70–81.
- Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie* (2016). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Łobocki, M. (2010). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Łosiakowska, A. (2008). Trudności w przygotowaniu seniora i jego rodziny do starości. W: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości. Wybrane konteksty – problemy – uwarunkowania* (s. 247–258). Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej.
- Łysiuk, L. (2010). Identyfikacja osób starszych jako podstawa poczucia bezpieczeństwa. W: M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu* (s. 33–39). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Marshall, G. (2008). *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Marynowicz-Hetka, E. (2009). *Pedagogika społeczna. Tom 1*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Matyjas, B. (2004). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom III, hasło: opieka domowa*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mielczarek, A. (2010). *Człowiek stary w domu pomocy społecznej*. Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. X Rewizja (2008), tom I. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Minois, G. (1995). *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: Wydawnictwo Marabut.
- Misztal, B. (1977). *Zagadnienia społecznego uczestnictwa i współdziałania. Analiza w świetle teorii i badań socjologicznych*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Muszyński, H. (1998). Metodologiczne problemy i status pedagogiki opiekuńczej. W: J. Żeromski (red.), *Pedagogika opiekuńcza w okresie demokratycznych przemian* (s. 35–47). Gdańsk: Wydawnictwo GTN.
- Muszyński, H. (2008). Opieka w systemie pojęć. W: E. Jundziłł, R. Pawłowska (red.), *Pedagogika opiekuńcza. Przeszłość – terażniejszość – przyszłość* (s. 89–106). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Najwyższa Izba Kontroli (2017). *Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy*.
- Nowicka, A. (2011). „Zespół opiekuna” jako konsekwencja sprawowania długotrwałej opieki nad osobą z otępieniem typu Alzheimerera. W: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimerera w rodzinie i środowisku lokalnym* (s. 153–171). Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Nowicka, A., Baziuk, W. (red.). (2011). *Człowiek z chorobą Alzheimerera w rodzinie i środowisku lokalnym*. Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.

- Olubiński, A. (2007). Siły społeczne jako kluczowa kategoria pedagogiki społecznej. W: S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna: dokonania, aktualności, perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów* (s. 163–171). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Orzechowska, G. (2001). *Aktualne problemy gerontologii społecznej*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Orzechowska, G. (2004). Seniorzy w rodzinie. Zaburzenia w relacjach międzypokoleniowych. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku, rozwój, przedmiot, obszary refleksji badań* (s. 239–245). Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Ostrowska, A. (1990). Chory w rodzinie. Implikacje praktyczne płynące z teorii socjologicznych. *Rocznik Socjologii Rodziny*, t. 11, 83–97.
- Parnicka, U. (2002). Starość w rodzinie. *Auxilium Sociale – wsparcie społeczne*, 3/4, (23/24), 141–145.
- Perek-Białas, J. i in. (2015). *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej*. Kraków: Wydawnictwo Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.
- Pędich W., Wojszel B.Z. (1997). Higiena wieku podeszłego. W: Z. Jehton, A. Grzybowski (red.), *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa* (s. 307–323). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Philips, J. (2009). *Troska*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Pikuła, N. (2011). *Gerontologia dla pracowników socjalnych. Etos starości w aspekcie społecznym*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Pikuła, N. (2013). *Senior w przestrzeni społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Borgis.
- Pilch, T. (2006). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Piotrowski, J. (1973). *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Prognoza ludności na lata 2014–2050* (2014). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Radlińska, H. (1961). *Pedagogika społeczna*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich.
- Rembowski, J. (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ritzer, G. (2004). *Klasyczna teoria socjologiczna*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Rocznik Demograficzny. Główny Urząd Statystyczny* (2020). Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej* (2019). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Sales, E. (2003). Family Burden and Quality of Life. *Quality of Life Research*, t. 12, 33–41.

- Savage, S., Carvill, N. (2009). The relationship between taking an informal caring role and social exclusion. W: A. Taket, B.R. Crisp, A. Nevil, G. Lamaro, M. Graham, S. Bartet (red.), *Theorising Social Exclusion* (s. 85–94). London–New York: Routledge.
- Schiamberg, L.B., Gans, D. (red.). (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factor the intergenerational character of quality of life. *Aging and Human Development*, t. 50(4), 329–359.
- Segiet, K. (2008). Miejsce człowieka starego w codzienności rodzinnej. W: A. Tokaj (red.), *Starość w perspektywie studiów pedagogicznych* (s. 56–68). Leszno: Wydawnictwo WSH.
- Sendyk, M. (2006). Osoby starsze w roli dziadków. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych* (s. 151–160). Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.). (2005). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Silverman, D. (2007). *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skroban, K., Skierniewska, M. (2019). E-wykluczenie osób starszych z aktywnego życia zawodowego. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych/ Szkoła Główna Handlowa*, 56, 361–377.
- Smolińska-Theiss, B. (1997). Od opieki do prewencji. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 10, 3–8.
- Smolińska-Theiss, B. (1998). Między opieką a pomocą i pracą socjalną W: J. Żebrowski (red.), *Pedagogika opiekuńcza w okresie przemian demokratycznych* (s. 265–273). Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Naukowe.
- Smolińska-Theiss, B. (2008). Pedagogika opiekuńcza czy praca socjalna. W: E. Jundziłł, R. Pawłowska (red.), *Pedagogika opiekuńcza. Przeszłość – terażniejszość – przyszłość* (s. 73–86). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Smolińska-Theiss, B., Theiss, W. (2010). Badania jakościowe – przewodnik po labiryncie. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice* (s. 79–102). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Spółeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2014–2018*. Główny Urząd Statystyczny (2018). Warszawa, Szczecin: Urząd Statystyczny w Szczecinie. Ośrodek Statystyki Nauki, Techniki, Innowacji i Społeczeństwa Informacyjnego.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* (2006). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Studen, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stuart-Hamilton, I. (2006). *Psychologia starzenia się*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Susło, R., Paplicki, M., Drobniak, J. (2019). *Wykluczenie cyfrowe osób starszych i niepełnosprawnych*. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Synak, B. (1987). Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie – niektóre aspekty przemian współczesnych. *Zdrowie Psychiczne*, XXVIII, 4, 30–40.

- Synak, B. (1990). Teoretyczne i pojęciowe problemy zależności w starszym wieku. W: J. Starega-Piasek, B. Synak (red.), *Społeczne aspekty starzenia się i starości* (s. 88–108). Warszawa: Wydawnictwo CMKP.
- Szarota, Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytet Pedagogiczny.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., Dzięgielewska, M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Szczyptański, J. (1970). *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Szlendak, T. (2010). *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tchorzewski, A.M. (1990). *Funkcje edukacyjne rodziny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
- Theiss, W. (1984). *Radlińska*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Theiss, W., Winiarski, M. (2011). *Pedagogika społeczna. Wielowymiarowość przestrzeni i środowisk wychowawczych*. Warszawa: Wydawnictwo Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2013). Wyzwania dla rodzin związane z opieką nad chorym lub starszym bliskim. W: K. Slany (red.), *Zagadnienia małżeństwa i rodzin w perspektywie feministyczno-genderowej*. (191–211). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tokaj, A. (2005a). Codziennosc, bezradnosc, pomoc. Trzy kategorie opisu sytuacji zyciowej czlowieka starszego. *Auxilium Sociale – Wsparcie Spoleczne*, 3/4, 80–95.
- Tokaj, A. (2005b). Rodzina w zyciu seniora a przebieg procesu adaptacji do starosci. W: A. Fabisz (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i spoleczenstwie* (s. 41–49). Sosnowiec: Wydawnictwo Wyzsza Szkoła Zarzadzania i Marketingu.
- Trafialek, E. (2006a). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom V, haslo: starosc*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Trafialek, E. (2006b). *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Kielce: Wydawnictwo Wszechnica Świętokrzyska.
- Twardowska-Rajewska, J. (2013). Deficyty opiekuńcze wobec osoby starszej w rodzinie. W: A. Kotlarska-Michalska (red.), *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie* (s. 171–186). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Tyszka, Z. (1979). *Socjologia rodziny*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Vasta, R., Haith, M. (red.). (2004). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Wiatr, M. (2004). Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – w poszukiwaniu teorii. *Auxilium Sociale – Wsparcie Spoleczne*, 3/4, 54–67.
- Winiarski, M. (1997). Rodowód i zakorzenienie się w pedagogice społecznej pojęć: „wsparcie społeczne”, „pomoc” i „opieka”. *Edukacja. Studia. Badania. Innowacje*, 3(59), 25–36.
- Winiarski, M. (1999). Od opieki do wsparcia społecznego. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 5, 3–8.

- Winiarski, M. (2008). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom VII*, hasło: *wsparcie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1975). *Stary człowiek w rodzinie*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Wiśniewska-Roszkowska, K. (1987). *Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Wojnarowska, B. (2003). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom II*, hasło: *kapitał społeczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Woźniak, R. (1998). *Zarys socjologii edukacji i zachowań społecznych*. Koszalin: Wydawnictwo Bałtycka Wyższa Szkoła Humanistyczna.
- Wóycicka, I., Rurarz, R. (2007). Zapotrzebowanie na opiekę. W: I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w świetle badań empirycznych* (s. 269–281). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wyka, J., Malczyk, E., Misiarz, M., Złoteńka-Synowiec, M. (2013). Sytuacja zdrowotna i demograficzna osób starszych w Polsce i w Europie. W: E. Grochowska-Niedworok, M. Złoteńka-Synowiec (red.), *Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi* (s. 11–17). Nysa: Oficyna Wydawnicza PWSZ.
- Zakrzewska-Manterys, E. (1995). *Down i zespół wątpliwości. Studium socjologii cierpienia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Semper.
- Zawiślak, A. (2011). *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Zbyrad, T. (2012). *Kryzys funkcji opiekuńczej współczesnej rodziny wyzwaniem dla instytucji pomocowych – na przykładzie domów pomocy społecznej*. W: M. Klimek, B. Więckiewicz (red.), *Problemy współczesnej rodziny polskiej* (s. 189–206). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Ziemska, M. (1986). *Rodzina i dziecko*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Zych, A. (2006). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom V*, hasło: *starość – starzenie się*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Zych, A. (2010). *Leksykon gerontologii*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- <https://6oplus.pl/?article=1156> (dostęp: 5.10.2020).
- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl (dostęp: 2.10.2020).
- https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl#Na_ka.C5.BCd.C4.85_osob.C4.99_w_wieku_65_lat_lub_wi.C4.99cej_przypada_nieco_wi.C4.99cej_ni.C5.BC_trzy_osoby_w_wieku_produkcyjnym (dostęp: 2.10.2020).
- https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pl#Stale_wzrasta_odsetek_os.C3.B3b_w_starszym_wieku (dostęp: 2.10.2020).

- https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/10/1/1/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkancow_polski_w_swietle_badiana_ehis_2014.pdf (dostęp: 10.09.2020).
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/> (dostęp: 3.08.2020).
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html> (dostęp: 22.09.2020).
- <https://www.alzheimer-krakow.pl/WniosekOUbezwlasnowolnienie.html> (dostęp: 10.09.2015).
- https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_085_20.PDF (dostęp: 29.09.2020).
- https://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf, s. 248-249 (dostęp: 23.09.2020).
- <https://www.infor.pl/prawo/prawa-seniora/ulgi-dla-seniora/3081777,PKP-znizki-dla-seniora.html> (dostęp: 5.10.2020).
- <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1501575,1,mlodosc—starosc—konflikt.read> (dostęp: 4.09.2015).
- <https://www.torun.pl/pl/zdrowie/torunska-karta-seniora> (dostęp: 5.10.2020).
- https://www.torun.pl/sites/default/files/pliki/2019/tns_partnerzy_26-11-2019.pdf (dostęp: 5.10.2020).

AKTY PRAWNE

- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 53 ze zm.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1359.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 111 ze zm.

SPIS RYCIN

1. Struktura ludności według płci i wieku w latach 1970–2050 (piramida wieku)	28
2. Model teorii systemów ekologicznych Uriego Bronfrenbrenera	95
3. Klasyfikacja zasobów rodzinnych	98
4. Schemat badawczy: relacje między perspektywą systemową, ekologiczną a rodzinnymi zasobami	104
5. Rozkład poszczególnych kategorii w przeprowadzonych wywiadach	114
6. Mikrosystem	116
7. Mezosystem	148
8. Egzosystem	168
9. Makrosystem (opiekun seniora, rodzina)	192
10. Trajektoria wsparcia i bycia wspieranym	207

SPIS TABEL

1. Formy świadczonej opieki	55
2. Charakterystyka badanych opiekunów rodzinnych	107
3. Choroby i schorzenia seniorów, wobec których była sprawowana opieka	108
4. Przyczyny podjęcia opieki nad seniorem	109
5. Matryca kodów wygenerowana z programu MAXQDA	113
6. Definicje opieki	117
7. Zmienne charakteryzujące kod: opiekun osoby starszej/ opiekun o seniorze/ samodzielność seniora	129
8. Sfery samodzielności seniora	130
9. Sytuacja materialna rodziny i seniora	163
10. Podział obowiązków związanych z opieką nad seniorem między członków rodziny – rodzeństwo	169
11. Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny – małżonkowie	170
12. Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny – wnuki	171
13. Podział obowiązków związany z opieką nad seniorem między członków rodziny – dalsza rodzina	172
14. Starość i ludzie starzy przez pryzmat sprawowanej opieki	195
15. Zmienne charakteryzujące kod opieka/ źródła wiedzy i informacji o chorobie	201
16. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – lekarze i rehabilitanci	202
17. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – książki i broszury	202
18. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – Internet	203
19. Źródła wiedzy i informacji o chorobie – znajomi	204